



Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et actions en
santé publique
Promotion : 2020-2021

Implication de l'assurance maladie dans les
politiques territoriales de santé
via l'exemple du CLS de Redon agglomération

JAZMIN ORUE GONZALEZ

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à Monsieur Campéon, responsable du Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, pour son écoute et ses encouragements et à Monsieur André, mon directeur de mémoire, pour m'avoir accompagné tout au long de ces derniers mois et m'avoir donné de précieux conseils tout en me laissant de la liberté pendant la réalisation de ce travail. Je leur en suis extrêmement reconnaissante.

J'adresse mes sincères remerciements à ma tutrice de stage Carine Treguer pour les responsabilités et la confiance qu'elle m'a accordées, ainsi qu'à toute l'équipe du pôle du développement de l'offre de soins pour la bienveillance et la tendresse avec lesquelles ils m'ont intégré à l'équipe.

Je remercie également toutes les personnes (agents de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine, de l'Agence régionale de santé Bretagne, et de Redon Agglomération) qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretien et qui ont partagé leur expérience et leurs travaux institutionnels. Leur participation a été précieuse pour le rendu de ce présent rapport.

Aussi, merci à Florence, François, Adèle, Fanny et Pauline pour votre accompagnement tout au long de cette année. Faire votre connaissance a fait de cette étape de ma vie une expérience mémorable et gratifiante.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mon compagnon Samuel, pour leur soutien et leur confiance indéfectible, au cours de ces deux années de cursus parfois difficiles. C'est à eux que je dédie ce mémoire.

Sommaire

Sommaire	1
Liste des sigles utilisés	4
Introduction	6
Méthodologie	8
Partie 1 : Les contrats locaux de santé comme un levier pour l'Assurance maladie pour déployer ses missions sur les territoires	11
1. Le contrat local de santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé.	11
1.1. Le Contrat local de santé, un outil prometteur peu défini par le cadre législatif	11
1.2. Les signataires et partenaires d'un contrat local de santé	16
1.3. La gouvernance	16
1.4. Les étapes du contrat locale de santé	18
1.5. La situation des contrats locaux de santé en Bretagne et plus particulièrement en Ille-et-Vilaine	19
2. Un contrat local de santé de deuxième génération sur Redon agglomération : Caractérisation du territoire de Redon au regard des inégalités sociales et territoriales de santé	20
3. L'intérêt du contrat local de santé au regard des compétences de l'Assurance maladie	25
3.1. Les missions de l'Assurance maladie	25
3.2. Le CLS un outil d'intérêt pour l'Assurance maladie	27
Partie 2 : l'implication de la CPAM 35 dans l'élaboration des contrats locaux de santé : une place en cours de construction	29
1. La vision stratégique de l'Assurance maladie sur le CLS : le processus de réflexion et d'appropriation du dispositif	29
1.1. La structuration et la formalisation de la mission « Pilotage et coordination des Contrats locaux de santé » au sein de l'Assurance maladie	29
1.2. Le traitement du sujet contrat locale de santé à la CPAM 35 : l'exemple du contrat local de santé de Redon agglomération	33

2.	L'articulation entre les missions de l'Assurance maladie et le CLS	36
2.1.	L'accès aux droits et aux soins	36
2.2.	La mutualisation de données	38
2.3.	La contribution à des actions de promotion et de prévention de la santé	39
2.4.	L'accompagnement et le soutien des structures d'exercice coordonné	39
2.5.	Le choix des interventions de l'Assurance maladie dans le cas du CLS de Redon agglomération	41
3.	Les atouts et les limites du CLS pour la CPAM 35	43
3.1.	Le nécessaire développement des transversalités internes et externes	43
3.2.	L'amélioration de l'interconnaissance des acteurs et du territoire.	44
3.3.	L'aide au déploiement des actions sur le territoire.	45
3.4.	Le renforcement de la coopération avec l'ARS	45
3.5.	Un outil qui requiert des connaissances en animation territoriale	45
3.6.	Des objectifs nationaux parfois inadaptés aux besoins locaux définis dans les CLS	46
Partie 3 : Des modalités de travail transversales à mettre en place pour la co-construction des politiques de santé en Ille-et-Vilaine		46
1.	Des préconisations à prendre en compte pour la démarche CLS de l'Assurance maladie	47
2.	Une évolution de la logique managériale de l'Assurance maladie : vers un nouvel équilibre entre objectifs de santé publique et objectifs de gestion.	51
2.1.	Contribution du contrat local de santé sur l'attente des objectifs CPG	51
2.2.	Une invitation à la gestion de la santé à partir d'une approche de lutte contre les inégalités sociales de santé	53
Conclusion		55
Bibliographie		57

Liste des figures

Figure 1 : Axes stratégiques des CLS en Bretagne.....	15
Figure 2 : Les étapes du CLS	18
Figure 3 : Les CLS en région Bretagne	19
Figure 4: Territoire de Redon Agglomération	21
Figure 5 : Position du poste Manager Coordonnateur Territoires et Santé dans l'organigramme	32
Figure 6: La coordination et pilotage du CLS au sein de la CPAM	34

Liste des tableaux

Tableau 1: Taux standardisés annuels de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable entre 2011 et 2015.....	22
Tableau 2: Exemples d'aides versés au titre de l'Action sanitaire et sociale	38
Tableau 3: Orientations futures du réseau assurance maladie dans le CLS deuxième génération de Redon agglomération	42
Tableau 4: SWOT de la Mission pilotage et coordination des CLS	47
Tableau 5: Axes du CPG.....	52

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

AME : Aide médicale de l'Etat

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

ATS : Animation territoriale de santé

CES : Centre d'examen de santé

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

CLSP : Contrats locaux de santé publique

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

COG : Convention d'objectifs et de gestion

COFIL : Comité de pilotage

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CPG : Contrat pluriannuel de gestion

CSS : Complémentaire santé solidaire

CTS : Conseil territoriale de santé

DDARS : Délégation départementale de l'Agence régionale de santé

DCGDR : Direction de la coordination de la gestion du risque

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

GDR : Gestion du risque

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HPST (loi) : Hôpital Patient Santé Territoire

ISS : Inégalités sociales de santé

MSA : Mutualité sociale agricole

MAS : Mission accompagnement santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PLANIR : Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures

PUMA : Protection universelle maladie

PRS : Projet régional de santé

PTS : Projet territorial de santé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RSO : Responsabilité sociale des organisations

SDOS : Sous-direction des offreurs de soins

SNS : Stratégie nationale de santé

Introduction

La pandémie du COVID-19 a mis en évidence les inégalités sanitaires socio-territoriales existantes et l'influence des déterminants sociaux sur la santé des individus. Ainsi, les chances des individus d'être en bonne santé sont liées aux conditions sociales dans lesquelles ils grandissent, étudient, vivent, travaillent et vieillissent. Ces déterminants de la santé peuvent avoir des conséquences négatives pour les plus précaires et influencer sur les résultats en matière de santé en créant des inégalités. Ces inégalités sont définies comme « des différences évitables et injustes entre des groupes de personnes ou des communautés en termes d'état de santé ». Dans le cas du COVID-19, l'OMS constate que « la mortalité augmente pour des individus qui étaient déjà en mauvaise santé et en situation de précarité » (OMS, 2021).

Pour lutter contre ces inégalités, la santé doit être conçue selon l'approche de l'OMS, c'est-à-dire comme « [un] état de complet bien-être physique, mental et social et (...) pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité »(OMS). Il s'agit donc de mettre en place des actions stratégiques, à partir d'une approche transversale et globale, en agissant sur les différents déterminants qui ont des répercussions sur la santé : le logement, l'éducation, le transport...

En France, depuis quelques années, cet objectif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé a fait l'objet de différentes politiques, notamment la Stratégie nationale de santé (SNS) "Ma santé 2022". Sur cette stratégie, on peut noter deux axes qui traitent du sujet des inégalités sociales de santé :

- Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. (cf. annexe 1).

On voit également une volonté de la part des pouvoirs publics de diffuser des objectifs en matière de santé vers d'autres ministères, en incluant ainsi la santé dans toutes les politiques.

Les collectivités territoriales sont aussi de puissants leviers pour agir sur les déterminants de la santé : « En complémentarité aux politiques nationales, l'action publique locale s'avère déterminante pour lutter contre les inégalités sociales de santé. » (Ridde, Beland and Lacouture, 2017) Bien qu'elles ne disposent pas de compétences en matière de santé, elles jouent un rôle important « (elles) sont les premiers artisans de l'écosystème de santé dans lequel évoluent leurs habitants, et assument une responsabilité générale au-delà des strictes logiques de compétences en matière de santé »(France Urbaine, 2020).

Or cette notion d'action locale est au diapason avec la démarche de territorialisation des politiques de santé, en cours depuis les années 70 en France. On entend par territorialisation des politiques de santé « l'appréhension [de la santé] à partir de réalités spatiales »(Amat-Roze, 2011). Ainsi, ces réformes « furent motrices d'un changement de paradigme, qui, à plus ou moins long terme, finirait par se concrétiser à travers l'adaptation de l'offre de soins aux besoins territoriales.»

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) vient finalement acter ce processus de territorialisation, à travers la création de l'agence régionale de santé, qui vise à mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation de la politique nationale de santé à l'échelon régional et infrarégional (ISSARTIAL, 2020). Pour ce faire, cette loi instaure des outils sur plusieurs niveaux du territoire : La région à travers des programmes régionaux de santé (PRS), le territoire de santé pour les programmes territoriaux de santé (PTS) et au niveau local pour les contrats locaux de santé (CLS) (Cros, 2014).

Le CLS constitue le cadre d'articulation des politiques publiques autour des problématiques de santé sur le territoire. Il est un instrument clé d'intervention sur un territoire donné : à travers le CLS, les partenaires s'engagent sur des actions coordonnées à mettre en œuvre, des moyens à mettre à disposition, un suivi et une évaluation des résultats attendus. Ainsi, les CLS permettent à l'agence régionale de santé de mettre en œuvre le PRS sur les territoires, grâce à une démarche transversale et partenariale. Les CLS se montrent alors comme un outil de réduction des inégalités sociales de santé qui vise à créer ou renforcer une dynamique dans un territoire afin de mieux coordonner et articuler les différentes politiques publiques.

L'égalité d'accès aux soins est, avec la qualité des soins et la solidarité, l'un des trois principes fondateurs de l'Assurance Maladie depuis 1945. C'est aussi la première de ses missions au quotidien : renforcer, dans chaque territoire, l'accès aux droits et le recours aux soins pour l'ensemble de ses assurés. Ainsi l'assurance maladie est, par nature, fortement impliquée dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, et par les objectifs définis dans le Contrat d'objectif et de gestion (COG) État-CNAM 2018-2022.

Dans ce cadre, la CPAM 35, s'implique aujourd'hui davantage dans l'outil CLS. L'objectif de ce mémoire est d'interroger, à travers l'exemple du CLS de Redon agglomération, les perspectives d'implication de l'Assurance Maladie dans l'élaboration et la signature du contrat local de santé : sa légitimité, la stratégie qu'elle met en place, les moyens qu'elle mobilise et la plus-value qu'elle peut espérer.

Dans un premier temps, je vais décrire l'outil CLS et l'opportunité qu'il représente pour l'Assurance Maladie (1). J'étudierai ensuite l'implication de la CPAM 35 dans l'élaboration des CLS (2). Enfin, je terminerai en analysant les modalités de travail de la CPAM 35 en vue d'une co-construction des politiques de santé sur l'échelle d'un territoire local (3)

Méthodologie

Ce travail se base sur les missions que j'ai pu effectuer lors de mon stage de 5 mois à la sous-direction des offreurs de soins de la CPAM 35.

Comme le précise les différents textes réglementaires de la CNAM, l'assurance maladie a pour ambition de travailler de manière décloisonnée et intégrée entre les différents services qui la composent. Pour ce faire, la caisse d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine, à travers la mission "Santé et Territoire", a pour objectif de présenter à ses partenaires une offre de service intégrée, adaptée à leurs besoins et en concertation avec les différents secteurs de la caisse.

Dans la perspective du développement de cette offre de service, les missions suivantes m'ont été confiées :

- L'élaboration d'un rapport sur les différents dispositifs de santé spécifiques au domaine du logement.
- L'élaboration d'un diagnostic sur la situation sanitaire et sociale de Redon agglomération dans le cadre du prochain contrat local de santé (CLS).
- L'élaboration d'un document de réflexion sur la stratégie territoriale de la CPAM 35.

En raison du contexte particulier qui a contraint les ressources humaines de la Caisse à être mobilisées sur l'organisation de la vaccination et du contact tracing, ma première mission a été supprimée alors que la mission CLS a été élargie. Ainsi, les deux principales missions sur lesquelles repose le présent travail se basent sur deux thèmes complémentaires que sont la participation de l'assurance maladie aux contrats locaux de santé et celui de la stratégie territoriale de la CPAM 35. Le présent rapport vise, par l'association des deux missions, à comprendre la participation de l'assurance Maladie à la construction des politiques territoriales, en prenant l'exemple du contrat local de santé de l'agglomération de Redon.

Période d'étude

Ce rapport a pour période d'étude les mois de mars à août 2021, au cours de laquelle a débuté le processus d'élaboration du contrat local de santé de deuxième génération de l'agglomération de

Redon. Durant cette période, deux étapes du CLS de Redon sont initiées : celle du diagnostic partagé et celle de la définition des lignes directrices internes propres au réseau de l'Assurance maladie.

A. Recueil de données :

Dans le cadre de ce mémoire, notre méthode de collecte de données s'est appuyée à la fois sur des données primaires¹, consistant en des entretiens semi-directifs, et sur des données secondaires², constituées de documents internes de l'Assurance maladie et d'une revue systématique de la littérature.

A.1. Revue bibliographique

Pour réaliser le présent rapport, une revue systématique de la littérature scientifique sur les contrats locaux de santé, en général (livres, articles scientifiques) a été effectuée. L'objectif de cette première étape était de déterminer le contexte dans lequel l'assurance maladie intervient dans les contrats locaux de santé. Cette revue bibliographique a été complétée par des entretiens d'orientation avec des experts scientifiques dans le domaine des Contrats locaux de santé afin de comprendre la subtilité de cet outil.

A.2. Revue de la documentation interne

Ce travail s'appuie également sur une analyse documentaire, basée sur la littérature grise issue d'internet ou de l'intranet de l'Assurance maladie. Parmi les documents utilisés, on peut citer :

- Lettres réseaux,
- Documents internes de l'assurance maladie,
- Rapports d'activité, courriers,
- 8 comptes rendus de réunion
- 4 observations de réunion (1 Copil CLS et 3 réunions du groupe de travail assurance maladie).
- Le diagnostic local de santé de Redon agglomération
- L'évaluation du CLS de première génération de Redon agglomération

Un diagnostic quantitatif sur la condition sanitaire et sociale sur Redon agglomération, que j'ai réalisé dans le cadre de mes missions, a été également mobilisé pour la réflexion du présent mémoire. Ce diagnostic utilise les données de la coordination régionale de la gestion des risques, la base de données du SNIIRAM, la base de données de l'INSEE, l'observatoire des territoires, l'observatoire de fragilité...

¹ Les données primaires sont ceux construites ou recueillies pour les besoins de l'enquête (Coron, 2020)

² S'agit des données préexistantes à l'enquête (ibid.)

A.3. Entretiens semi-directifs

Enfin, des entretiens semi-directifs avec des agents de la CPAM (35,44 et 56), la coordinatrice CLS de Redon, une chargée de mission ARS, des professionnelles de santé du territoire, nous ont permis de comprendre les expériences de terrain des professionnels et leur représentation du CLS. Au total, 16 entretiens semi-directifs ont été menés, chacun d'une durée d'environ 45 à 90 minutes (cf. annexe 2 et 3). De ces entretiens, j'en ai finalement retenu 8. Un guide a été conçu, pour chaque acteur interrogé, en fonction du sujet et de son niveau d'expertise. Avec leur accord, chaque entretien a été enregistré, retranscrit intégralement dans certains cas et partiellement dans d'autres cas, puis une analyse a été effectuée à partir d'une grille d'analyse.

B. Analyse des données

L'analyse des données recueillies se base sur la méthodologie de triangulation, "qui implique la combinaison de sources de données (ainsi que de méthodes) pour étudier un même phénomène social." L'utilisation de diverses méthodes de recueil de données nous a permis de diminuer le biais des méthodes quantitatives et qualitatives. Ainsi notre analyse s'est basée dans la combinaison des données issues de la documentation interne, de la littérature, des entretiens et de l'observation.

C. Les limites

Le présent mémoire comporte des limites liées à la méthodologie suivie qu'il est important de souligner. Tout d'abord, malgré le taux de réponse élevé aux sollicitations d'entretien, nous n'avons pas eu de réponse de la part de deux acteurs : l'ARS Pays de Loire et la mutualité du pays de Redon. Ainsi, est exclue de l'analyse, la vision d'un des co-pilotes du CLS de Redon agglomération : l'ARS Pays de Loire. D'autre part, aucun entretien auprès des habitants de Redon agglomération n'a été effectué. Néanmoins, les verbatims recueillis lors du diagnostic local de santé ont été utilisés dans ce rapport, ce qui peut remettre en question la fiabilité et l'exhaustivité des données puisque l'élaboration des grilles, la conduction et l'analyse des entretiens ont été effectuées pour un autre enquêteur.

On peut aussi noter qu'un certain nombre d'entretiens ont été effectués par téléphone ou visioconférence, ce qui empêche les échanges plus informels (en off) souvent présents à la fin des entretiens.

Enfin, la relative jeunesse du poste et de la cellule de travail de ma responsable de travail et le manque d'indicateurs d'évaluation ont rendu difficile la détermination de la plus-value de la démarche CLS à la CPAM 35.

Partie 1 : Les contrats locaux de santé comme un levier pour l'Assurance maladie pour déployer ses missions sur les territoires

Pour mieux comprendre l'implication de l'Assurance maladie au sujet des contrats locaux de santé (CLS), il est important de présenter d'abord l'outil CLS lui-même (1) et plus particulièrement celui de Redon agglomération (2). Par la suite, on analysera l'intérêt que lui porte la CPAM 35 et comment il peut s'intégrer à ses missions (3).

1. Le contrat local de santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé (ISS) constituent l'un des principaux enjeux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui (rapport 2009 du HCSP). Selon la définition de l'organisation mondiale de santé (OMS), les inégalités sociales de santé sont « des différences d'état de santé ou de répartition des ressources entre différents groupes de la population qui influent sur les conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (Guichard et Dupéré, 2017). Pour pouvoir faire face à cet enjeu, les politiques publiques visent de plus en plus au développement des politiques fondées sur des actions intersectorielles. Le Contrat local de santé vise à répondre à cette approche.

Cette partie vise à donner les premiers éléments explicatifs du contrat local de santé : leur définition (1), les signataires du contrat (2), leur gouvernance (3), les différentes étapes d'élaboration (4), pour ensuite présenter la situation des CLS en Ile-et-Vilaine (5).

1.1. Le Contrat local de santé, un outil prometteur peu défini par le cadre législatif

Avant la loi HPST (loi Hôpital Patient Santé Territoire), des outils existaient déjà pour développer des politiques de santé à l'échelle locale. Parmi eux, on peut citer l'atelier santé ville, les contrats locaux de santé publique (CLSP), le conseil local de santé mentale (CLSM), l'agenda 21 avec son volet santé, les réseaux ville santé OMS..... (Cros, 2014)

Les contrats locaux de santé s'inscrivent dans la continuité des contrats locaux de santé publique (CLSP) du Plan Espoir Banlieue de juin 2008 (Haschar-Noé et Salaméro, 2016). Ces CLSP correspondaient à une extension contractuelle de l'Atelier santé ville (ASV), dont l'objectif était de « développer dans les collectivités locales éligibles des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires » (CRES PACA et Lhours, 2011), pour lesquels les partenaires s'accordent sur un plan d'action et un calendrier afin de contribuer à l'amélioration de la situation

sanitaire dans les quartiers prioritaires (Bourgueil, 2017). Les partenaires participant aux contrats pouvaient être multiples : l'Etat, les collectivités locales, les professionnels de santé, les associations, et les acteurs privés de la santé (FIZELIER, 2013).

C'est la circulaire interministérielle DGS/DIV/DPI n°2009 - 68 du 20 janvier 2009 qui mentionne pour la première fois la notion de contrat local de santé (et non plus de CLSP), destinée à soutenir et amplifier les actions locales de santé au sein des Contrats Urbains de Cohésion Sociale³. Quelques mois plus tard, cet outil a été confirmé dans l'article L 1434-2 du Code de la Santé publique introduit par la loi HPST du 21 juillet 2009. La loi, prévoit que «la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats locaux de santé conclus par l'agence [régionale de santé], 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 ».

Un kit méthodologique à destination de l'ARS (agence régionale de santé) permet l'établissement d'un cadre de référence et de pilotage national uniforme pour le CLS, en préconisant son articulation avec le PRS (projet régional de santé) (Cros, 2014). Finalement, la loi de modernisation du système de santé réaffirme le CLS comme un moyen de contractualisation entre l'ARS et les collectivités locales afin de décliner le projet régional de santé au plus près des besoins des territoires, plaçant ainsi les collectivités locales et l'ARS comme acteurs de droit dans leur gouvernance. Il permet de mettre en œuvre le projet régional de santé (PRS) au niveau territorial afin de mobiliser et fédérer les acteurs locaux autour des enjeux de santé du territoire. A ce titre, il constitue un outil essentiel pour contribuer à mettre « la santé au cœur de toutes les politiques » et ainsi à lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales de santé, réduire la mortalité évitable et améliorer les parcours de santé.

Il est donc important que le CLS constitue un point de rencontre entre :

- « Une démarche « ascendante », venant des collectivités souhaitant faire reconnaître leurs actions en santé en contractualisant et valorisant l'engagement du territoire ;
- Et une démarche « descendante », venant de l'ARS pour décliner localement les priorités du Projet régional de santé et favoriser la coordination des politiques publiques » (ARS Bretagne, 2019).

³ Le contrat urbain de cohésion sociale est un contrat passé entre l'Etat et les collectivités territoriales qui engage chacun des partenaires à mettre en œuvre des actions concertées pour améliorer la vie quotidienne des habitants dans les quartiers connaissant des difficultés (chômage, violence, logement...).

Encadré 1 : Composition du PRS de l'ARS

« Le projet régional de santé (PRS) définit les objectifs des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, et détermine les mesures visant à les atteindre »(Keller, Moquet-Anger and Villeneuve, 2017)

Il se compose de trois éléments structurants :

1. Un cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine les objectifs de l'ARS et les résultats attendus sur dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
2. Un Schéma régional de santé (SRS), il a une durée de 5 ans et il est établi sur la base d'un diagnostic régional des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il développe les orientations du COS.
3. Un programme régionale relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunis (PRAPS)

De même, il peut contribuer à faire évoluer les positions institutionnelles et professionnelles sur la réorganisation du système de santé. Il est à noter que le CLS peut s'articuler avec d'autres démarches contractuelles (projet territoriale de santé mentale, communautés professionnelles territoriales de santé, conseil local de santé Mentale, projets territoriaux de santé, etc.) comme expliqué ci-dessous.

De plus, le CLS est un instrument qui permet d'adapter les politiques nationales aux besoins territoriaux. Selon Haschar-Noé et Salaméro, un CLS se construit principalement grâce à ces trois éléments :

- « D'abord, une phase de discussion spécifique sur les objectifs poursuivis et les ressources correspondantes,
- Ensuite, l'établissement d'engagements réciproques sur un calendrier d'action à moyen terme,
- Enfin, la mise à disposition de contributions (financières ou autres) pour la réalisation de ses objectifs. » (Haschar-Noé et Salaméro, 2016)

Encadré 2 : La perception du CLS à la CPAM 35

Pour la responsable de la mission pilotage et coordination de CLS de la CPAM 35, « *le CLS est un cadre de déploiement du PRS de l'ARS avec comme objectif ultime, la réduction des inégalités sociales des santé sur le territoire. Pour cela, on va mettre en place des actions proportionnées et universelles qui touchent toute la population, en insistant plus sur les personnes en situation de précarité. Pour moi c'est un très bon outil qui permet de définir un territoire sur lequel, on pose les problématiques et ou on travaille de concert avec les acteurs présents: l'ARS, les collectivités territoriales, les associations, les habitants, les différentes émanations locales des organismes et des institutions, les professionnels de santé et les structures d'exercice coordonnée. On partage la connaissance du territoire, on partage les objectifs, on partage un plan d'action, et on se coordonne pour déployer les actions. Pour moi, c'est ça un CLS, et c'est valoriser à a fois les actions menées par l'assurance maladie et celles menées par les différents partenaires. »*

Aujourd'hui, le contrat local de santé (CLS) constitue l'outil privilégié de l'action territoriale de l'ARS Bretagne, soutenu politiquement par l'agence et les collectivités territoriales. La mobilisation des services de l'Etat, des organismes sociaux, des autres acteurs locaux et de la population reste néanmoins indispensable dans ce cadre. C'est par ailleurs un outil qui répond aux principes d'action en promotion de la santé (action précoce, intersectorialité, participation des personnes, universalité et proportionnalité des actions). Il privilégie un mode de travail transversal, impliquant tous les acteurs du domaine de la santé et hors du domaine de la santé. Du point de vue des déterminants de la santé, les actions qui peuvent être menées à travers le CLS sont de natures diverses et relèvent de différents domaines : éducation, jeunesse, énergie, social, transports... (ARS Bretagne, 2019).

L'objectif d'une couverture de la population bretonne à 90% par un CLS d'ici 2023 est inscrit dans le Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)⁴ entre l'ARS Bretagne et le Ministère de la Santé et traduit l'engagement résolu de l'agence dans la territorialisation de sa politique (Ministères de solidarités et de la santé et ARS Bretagne, 2019). Au 1er janvier 2019, seulement 15 % de la population bretonne était couverte par un CLS. Lorsque les nouveaux CLS seront signés, à

⁴ Le CPOM est signé, entre chaque agence régionale de santé et le ministère des affaires sociales et de la santé en tant que ministère de tutelle. Il traduit la volonté de renforcer la dimension stratégique de la tutelle ministérielle, en s'orientant vers une démarche de contrat et d'évaluation de la performance. (ARS Ile de France, 2018)

l'horizon 2022, 43 % de la population sera couverte par un CLS. On est donc loin de l'objectif de 90% de la population couverte par un CLS en 2023 (ARS Bretagne, 2019).

Pour permettre à cet outil de jouer pleinement son rôle de transformateur du système de santé, une action est menée à deux niveaux :

- Au niveau régional : il s'agit de réduire les écarts en apportant des réponses renforcées sur les territoires présentant les indicateurs socio-sanitaires les plus dégradés,
- A l'échelon local : le CLS doit être la traduction d'une mobilisation coordonnée des politiques publiques permettant d'actionner différents leviers, sanitaires et autres (en lien avec les déterminants de santé tels que les politiques d'aménagement du territoire, des transports, etc.), et de proposer ainsi des réponses de proximité et des parcours de santé adaptés au parcours des habitants (BACQ, 2017).

En Bretagne, les CLS s'articulent autour de 3 axes stratégiques suivants reflétant les priorités du PRS 2, comme présenté dans le graphique ci-dessous :

- La prévention et la promotion de la santé,
- L'organisation des parcours de santé,
- Les populations vulnérables et leurs aidants. (ARS Bretagne, 2021)

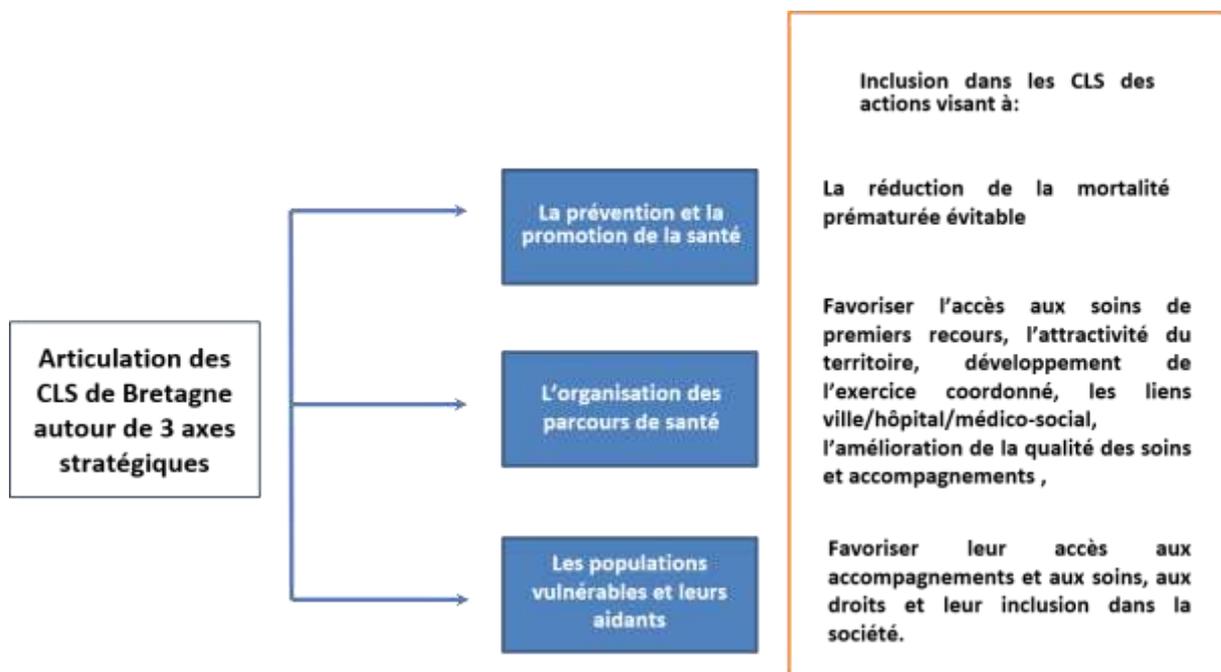


Figure 1 : Axes stratégiques des CLS en Bretagne

Source : site de l'ARS Bretagne.

1.2. Les signataires et partenaires d'un contrat local de santé

Le CLS est un instrument peu défini par les textes législatifs, il est présenté par le législateur comme un outil souple et malléable, l'absence de définition précise du CLS est volontaire ; les partenaires contractuels sont ainsi laissés libres de définir les modalités et la portée de ces contrats. Cette liberté donne aux ARS et aux collectivités territoriales une marge de manœuvre importante en termes de définition, de périmètre de champs d'action, de modalités d'organisation, d'acteurs impliqués.... C'est ainsi qu'on retrouve une diversité des CLS. Bien qu'un outil méthodologique ait été élaboré, chaque ARS et collectivité territoriale finit par s'emparer de l'outil différemment. Ainsi, l'ARS Bretagne a élaboré un document de cadrage « Doctrine régionale de contractualisation et d'appui à l'ingénierie territoriale en santé » adaptable aux différentes configurations territoriales qui donnent un éclairage sur la définition du contrat, les échelles de contractualisation et les modalités d'organisation, en permettant ainsi trouver une cohérence entre les différents CLS signés dans la région. (ARS Bretagne, 2019).

Bien que la loi HPST mentionne deux acteurs principaux dans les CLS : l'agence régionale de santé et les autorités locales, dans la pratique, le nombre d'acteurs impliqués dépasse largement ces acteurs. De même le champ large d'intervention des CLS amène des acteurs de compétences très différentes à participer au dispositif. Ainsi, selon le degré d'implication dans ce processus de contractualisation, on peut distinguer deux types d'acteurs : les signataires et les partenaires. Le signataire est engagé formellement dans le contrat et fait partie du comité de pilotage, alors que le partenaire ne signe pas le contrat et n'a donc aucune obligation contractuelle. Ce dernier est associé à la mise en œuvre des actions (Cros, 2014).

Parmi les signataires du CLS on retrouve à minima l'ARS, la Préfecture, le Conseil régional, la ou les collectivités porteuses du CLS (ou établissement public de coopération intercommunale (EPCI), Pays). Puis, le plus souvent, on y retrouve également le Conseil départemental, la CPAM, la Mutualité Sociale Agricole, le Centre Hospitalier, le Centre Hospitalier spécialisé, la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale (ARS Centre-Val de Loire, 2020).

1.3. La gouvernance

Un CLS est généralement structuré autour d'un Comité de pilotage et d'un Comité technique. Ces modalités de gouvernance peuvent cependant être ajustées en fonction de chaque territoire (instances et dynamiques préexistantes, cas d'un CLS qui s'appuie sur un autre contrat territorial...) (ARS Centre-Val de Loire, 2020).

L'ARS Bretagne, dans sa doctrine, propose une gouvernance partagée entre différentes instances :

- Une instance de décision locale : le **comité de pilotage** (COPIL) composé des partenaires du CLS, co-présidé par le directeur de l'ARS et un représentant de la communauté locale (cf. annexe 4 copil de Redon agglomération). Le copil est un lieu de concertation et d'échange entre les membres, qui permet de faire émerger des solutions/actions adaptées aux besoins du territoire. Cet organe se réunit au moins deux fois par an. Il est chargé de déterminer les orientations stratégiques du contrat, de valider son contenu opérationnel et de superviser sa mise en œuvre, tout en veillant à la concordance du contrat avec les intérêts de chaque partie. (ARS Ile de France, 2016)
- Doivent être impliqués à minima (outre les signataires du CLS) les grands acteurs locaux de la santé, les représentants des professionnels de santé libéraux locaux (associations) et institutionnels (Conseil de l'ordre des médecins et URPS médicaux et paramédicaux), les représentants des usagers (associations agréés et associations d'habitants), les représentants d'habitants, ainsi que les grands partenaires départementaux (structures de gestion de dépistage organisé de cancer), la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)...
- Le comité technique assure le suivi des étapes de diagnostic et de conception du CLS, ainsi qu'il participe à l'évaluation du CLS. Il est constitué d'une équipe projet composée des principaux partenaires du CLS, et est animé par le chargé de mission CLS de la délégation départementale de l'ARS (DDARS) et le chef de projet désigné par la collectivité territoriale.
- Une instance opérationnelle : le **duo de coordination**. Il est composé par le chargé de mission CLS à l'ARS et du chargé de mission désigné par la collectivité territoriale. Ce binôme anime la démarche projet, prépare les présentations, constitue les groupes de travail, mobilise les partenaires afin d'assurer la transversalité et l'intersectorialité au sein du CLS.
- Les groupes de travail sont organisés autour d'axes thématiques, ils portent sur l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions, à travers l'élaboration des fiches d'action⁵ (cf. annexe 5), ainsi que leur suivi après signature du CLS. Ils sont composés d'acteurs locaux positionnés sur des niveaux opérationnels intéressés à la thématique.
- Le Conseil territorial de santé (CTS) : il s'agit d'une instance de démocratie en santé, qui peut être mobilisée lors de l'étape d'élaboration du diagnostic partagé. Ainsi, le CTS est tenu informé des projets CLS.

⁵ Ces fiches actions « décrivent le contenu des actions à mettre en place, les partenaires associés, les modes de financement, les porteurs du projet, le calendrier et les indicateurs d'évaluation »(Haschar-Noé and Salaméro, 2016)

1.4. Les étapes du contrat locale de santé

La construction d'un CLS compte plusieurs étapes. Le temps de développement et de conception d'un CLS est relativement long : le référentiel de l'ARS Bretagne fixe un délai maximum d'un an. Ce délai s'explique en grande partie parce que l'élaboration nécessite de la "concertation" entre les différents acteurs impliqués.

La figure ci-dessous montre les différentes étapes à suivre, conformément aux recommandations de l'ARS Bretagne. Il convient de noter que ce sont des recommandations, et que les étapes à suivre et la durée du processus d'élaboration varient en fonction des dynamiques territoriales. Les durées d'élaboration de CLS sont plus ou moins longues en fonction du territoire. Par exemple, l'agglomération de Fougères a abrégé le processus d'élaboration de son deuxième CLS à 6 mois, suite à la volonté des élus de signer un CLS rapidement. (cf. annexe 7).

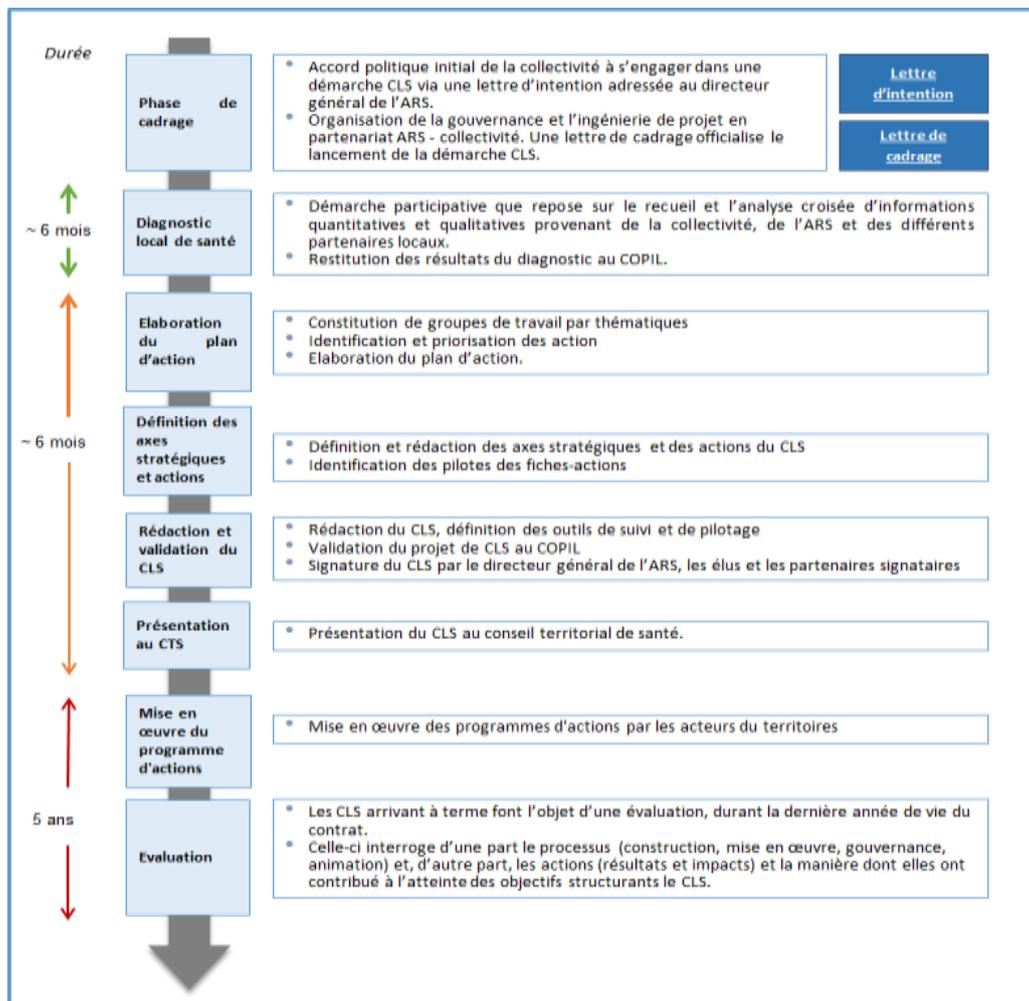


Figure 2 : Les étapes du CLS

Source : élaborée à partir de la doctrine de l'ARS Bretagne et le document de référence de l'ARS du Centre Val de Loire.

1.5. La situation des contrats locaux de santé en Bretagne et plus particulièrement en Ille-et-Vilaine

Au 1er janvier 2019, seulement 15 % de la population bretonne était couverte par un CLS. En 2020, selon le site de l'ARS Bretagne, la région compte sur son territoire 11 CLS en cours, 2 en fin de période et (en cours d'évaluation) et 4 en cours d'élaboration avec différents états d'avancement. Lorsque les projets en cours d'élaboration seront signés, environ 43% de la population Bretonne sera couverte par un CLS (ARS Bretagne, 2019). L'ARS Bretagne, dans le Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019 – 2023 conclu avec le Ministère des solidarités et de la santé, fixe désormais un objectif de 90 % de la population bretonne couverte par un CLS à l'horizon 2023.

La figure ci-dessous montre la répartition des CLS sur le territoire breton.



Figure 3 : Les CLS en région Bretagne
Source : Site de l'ARS Bretagne

En Bretagne, l'ARS a choisi de privilégier «la contractualisation avec des regroupements de plusieurs communautés de communes et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) » (Cros, 2014), de sorte que le champ d'application de la plupart des CLS se situe au niveau du Pays⁶ ou de l'agglomération. La région Bretagne compte au total 60 EPCIs sur son territoire, dont deux

⁶ L'État entend par "pays", "un ensemble formé d'une petite ville (généralement entre 5 et 15 000 habitants) et sa zone d'influence géographique, soit un ou plusieurs cantons" (Géoconfluences, 2021)

chevauchent sur la région des Pays-de-la-Loire : Redon Agglomération et la communauté d'agglomération de la Presqu'île de Guérande Atlantique.

Concernant le périmètre de couverture des CLS, l'ARS Bretagne précise dans son document cadre que le territoire contractant "doit en principe répondre aux deux critères suivants :

- Être peuplée d'au moins 50 000 habitants (sauf dans un contexte insulaire) ;
- Rester dans une taille géographique raisonnable pour stimuler les dynamiques locales et définir une stratégie territoriale commune en matière de santé. » (ARS Bretagne, 2019)

L'Ille-et-Vilaine compte un total de 6 CLS : 2 en place (CLS Pays de Saint Malo et CLS pays de Brocéliande qui démarre sa phase d'évaluation), 2 en cours de construction (CLS de Redon agglomération et Pays de Fougères), et 2 en début de renouvellement (Pays de Vitré et Ville de Rennes). Cependant, la majorité de la population n'est pas couverte par un CLS : 5 EPCI en plus de la métropole de Rennes, qui correspond d'ailleurs à la zone géographique la plus peuplée du département.

2. Un contrat local de santé de deuxième génération sur Redon agglomération : Caractérisation du territoire de Redon au regard des inégalités sociales et territoriales de santé

Le territoire Redon agglomération s'étend sur deux régions (Bretagne et Pays de la Loire) et plus particulièrement sur trois départements (Morbihan, Ille-et-Vilaine et Loire-Atlantique appartenant à ces deux régions). Il se situe entre quatre grandes villes (Rennes, Nantes, Saint-Nazaire et Vannes) et est au cœur des principaux réseaux routiers, fluviaux et ferroviaires de ces régions. Il est intéressant à noter le fait que le territoire est découpé administrativement entre deux ARS, avec des PRS et des référents institutionnels différents. On pourrait donc supposer qu'il y a une certaine complexité dans la gouvernance des dispositifs territoriaux. Cependant, la coordinatrice du CLS de Redon agglomération affirme que cette particularité représente plutôt une force du CLS, puisque l'effet d'être co-pilote en trinôme favorise la démocratie au moment des négociations « *(la négociation) s'équilibre assez naturellement. Par exemple s'il y a une problématique qui apparaît sur le territoire et que c'est une priorité pour le PRS du Pays de Loire et non pour l'ARS Bretagne, alors elle va être prise en compte dans le cadre du contrat local de santé* » (Coordinatrice CLS Redon agglomération)

Ce territoire d'environ 990 km² comprend 31 communes pour une population de 66 478 habitants inégalement répartie sur le territoire. Il s'agit d'un territoire faiblement peuplé avec une densité de 66,9 hab./km². Les plus fortes densités de population se concentrent sur la commune de

Redon et quelques communes avoisinantes, notamment St Perreux, St Jean la Poterie, St Nicolas de Redon et Rieux.

Ci-après, la figure 5 montre l'étendue du territoire de Redon sur les trois départements.



Figure 4: Territoire de Redon Agglomération
Source : d'après le site de Redon-agglomération. Août 2021.

Depuis ces dernières années, l'agglomération a connu une augmentation du nombre de familles résidant sur son territoire. Elle est cependant marquée par un vieillissement de sa population, avec une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans de 22% et une proportion importante de personnes de plus de 80 ans vivant seules (environ 50,6%).

Aujourd'hui, le territoire de Redon présente des indicateurs de précarité sociale préoccupants en raison du fort déclin industriel de la zone. Ainsi, le territoire présente l'un des taux de pauvreté les plus élevés du département d'Ille-et-Vilaine. En 2018, 12,7% des habitants vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire⁷ (1 063 euros par mois), avec un taux de chômage de 11,8% (vs 11,4 en Bretagne

⁷ Pauvreté monétaire: un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. [...] Le seuil est déterminé par rapport à la distribution

et 11,2 en Pays de la Loire), les femmes étant la population la plus touchée (INSEE, 2021). De même, 22,5% de la population de 15 ans et plus du territoire ne compte aucun diplôme au-delà du CEP, soit 11 248 personnes en 2018 (INSEE, 2018). Malgré ces indices socio-économiques défavorables, seulement 6,5% (vs 6,4 en Bretagne, 6,9 en Pays de la Loire et 10,1 en France) de la population est couverte par la CSS (complémentaire santé solidaire), on peut émettre l’hypothèse qu’une part de la population n’a pas recours à leurs droits.

Le lien entre l’état de santé d’une personne et sa position dans les classes sociales apparaît clairement sur le territoire de Redon grâce à des indicateurs épidémiologiques défavorables (Moquet, 2008). En effet, on observe un état de santé de la population dégradé, marqué par des indices de mortalité générale⁸, prématurée⁹ et prématurée évitable¹⁰ significativement plus élevés qu’au niveau régional et national (cf. tableau 1). Aussi, le nombre de populations exonérées au titre d’une affection longue durée (ALD) atteint 25%. Enfin, les indices de prévalence de maladies comme le diabète type 1 et 2, maladies cardiovasculaires, affections psychiatriques, maladies cardiovasculaires sont également supérieurs aux taux nationaux.

Tableau 1: Taux standardisés¹¹ annuels de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable entre 2011 et 2015

	Redon Agglomération	France métropolitaine
Mortalité générale	[856 à 932[759
Mortalité prématurée	[224 à 256[203
Mortalité prématurée évitable	[84 à 98[56

Lecture : En Redon agglomération entre 2011 et 2015, s’enregistre entre 856 à 931 décès pour 100 000 habitants, tandis qu’en France métropolitaine s’enregistrent 759 décès.

Source : Insee, Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne. Atlas des mortalités à l’échelle des EPCI, 2020. Standardisation sur la structure d’âge de la population française au RP 2006 RP, INSEE

des niveaux de vie de l’ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie.

⁸La mortalité générale représente l’ensemble des décès quelle que soit la cause

⁹La mortalité prématurée représente l’ensemble des décès avant 65 ans, quelle que soit la cause

¹⁰La mortalité prématurée évitable mesure la mortalité survenant avant 65 ans et liée à des comportements à risque

¹¹ Le taux standardisé de mortalité est le taux de mortalité d’une population ajusté en fonction d’une distribution standard par âge. Il permet de comparer la mortalité dans des populations différentes.

La santé mentale représente aussi un vrai enjeu sur ce territoire, d'autant plus que la situation a été aggravée par la crise sanitaire de la COVID-19 avec une offre insuffisante et des services saturés. (Guiral et Le Cotillec, 2021)

Au niveau de l'offre de soins, l'agglomération enregistre des problèmes de démographie médicale, marquée par une densité de médecins généralistes de 6,6 médecins pour 10 000 habitants contre 8,8 au niveau national. Au 31 décembre 2020, on constate que 17 communes n'avaient aucun médecin généraliste sur leur territoire. A cela s'ajoute que 35% des médecins de l'agglomération sont proches de la retraite (60 ans et plus), situation qui mettra encore plus en tension la faible démographie du territoire (annexe 8). Il en résulte de longs délais d'obtention de rendez-vous, ainsi qu'un nombre important de patients sans médecin traitant déclaré. A ce sujet, les chiffres de l'Assurance maladie montrent qu'environ 12,3% (vs 10,1% en France) des assurés n'ont pas accès à un médecin traitant (annexe 9). Par ailleurs, le zonage des médecins généralistes de l'ARS montre que sur les 31 communes, 23 sont classées comme zone d'intervention prioritaire (annexe 10). Ce zonage permet la mise en place d'un programme d'accompagnement et de financement à l'installation et au maintien des médecins généralistes sur des territoires sous-dotés. (Annexe 11)

Encadré 3 : Le Zonage de médecine générale

Dans chaque région de France, la révision du zonage médecins s'inscrit dans le Plan gouvernemental pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Le zonage permet de cartographier le niveau d'offre médicale disponible dans les territoires. Trois niveaux de zone permettent graduer le niveau d'aides accordées par l'ARS et l'Assurances :

- Les Zones d'intervention prioritaire – ZIP, ce sont les territoires les plus confrontés au manque des médecins. Ils sont éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'Assurance maladie et aux exonérations fiscales.
- Les Zones d'action complémentaire – ZAC, sont des territoires moins impactés par le manque de médecins mais où des mesures doivent être déployées pour éviter une détérioration au niveau de la démographie médicale
- Les Zones d'accompagnement régionale – ZAR : sont des zones parmi les ZA, éligibles à une aide d'installation complémentaire de l'ARS.
- Les Zones de vigilance – ZV sont des territoires où l'accès à la médecine générale libérale n'est pas une difficulté immédiate. Cependant un accompagnement de vigilance particulière est mis en place.

Les difficultés d'accès aux soins s'étendent également à l'offre de deuxième recours. On comprend par offre de deuxième recours aux « non couverts par l'offre de premier recours », leur prise en charge est assurée alors par les médecins spécialistes (ARS, 2016). Le diagnostic local de santé, élaboré par le cabinet Acsantis dans le cadre du deuxième CLS, recueille les témoignages des acteurs et des habitants du territoire à propos de ces problématiques :

- « *Nous manquons cruellement de médecins, dentistes, psychiatres...* » (acteur du territoire)
- « *Plus de 9 mois d'attente pour une consultation chez le dentiste* » (habitant de Redon agglomération)

De même, la mobilité joue un rôle important à l'heure de faciliter l'accès aux soins. L'effort de déplacement requis par les patients vivant dans des zones où l'offre de soins est rare et éloignée de leur domicile influence leur recours aux soins. En effet, en comparaison aux patients situés dans des zones mieux dotées, ils sont moins susceptibles de consulter un médecin généraliste au cours de l'année. Ainsi, les habitants de Redon agglomération ont accès à une moyenne de 3 consultations ou visites médicales par an, contre une moyenne nationale de 3,9 consultations. (Guiral et Le Cotillec, 2021)

Ainsi, pour un habitant, la distance à un médecin généraliste de l'agglomération est inférieure à 1 km dans 15 communes, et comprise entre 1 à 10 km dans les 16 autres. La situation est également défavorable pour l'accès à un dentiste et à un kinésithérapeute. Le territoire est aussi marqué par l'absence de services de soins à domicile. Cette situation est bien illustrée par le témoignage d'un habitant du territoire de Langon recueilli dans le cadre du diagnostic local de santé : « *Je suis en ALD, je ne peux plus conduire, j'habite en campagne. Pour les soins principaux, j'ai recours au transport vsl (véhicule sanitaire léger). Par contre pour ce qui est pédicure, dentiste, etc. ou pour ce qui n'est pas reconnu relevant directement de ma pathologie, je n'ai pas de moyen de transport. De même pour ce qui est du sport et de la vie sociale, qui impactent aussi ma pathologie. Pas de transport à la demande sur Langon, c'est un manque qui pèse très lourd sur ma santé* » (habitant de Redon agglomération).

L'inaccessibilité aux transports constitue donc un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins. Bien qu'il existe un service de transport en commun dans l'agglomération, il ne couvre que la zone semi-urbaine, de sorte que les habitants des communes rurales (âgés et souvent sans emploi) doivent recourir à la bonne volonté de voisins ou de proches disposés à les transporter jusqu'au lieu de consultation. Des initiatives locales telles que la « mobilité solidaire » ont pour but d'accompagner et de faciliter le transport des personnes âgées, fragiles ou isolées. Le service met en relation des personnes qui ont besoin d'être transportées et des « accompagnateurs bénévoles ». Bien que

l'approche gagne en popularité dans plusieurs municipalités, elle est limitée par l'essoufflement des volontaires (Redon Agglomération, 2021).

Ainsi, le contrat local de santé de l'agglomération de Redon se retrouve à la croisée des chemins entre les problématiques de santé d'un territoire aux indicateurs de morbidité et de mortalité préoccupants, l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, le déploiement du projet régional de santé de l'ARS et l'engagement de la collectivité en faveur de la santé de ses habitants.

Au regard de ses missions et de son rôle majeur de remboursement de soins, se pose la question de l'implication de l'Assurance maladie dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du CLS de Redon agglomération.

3. L'intérêt du contrat local de santé au regard des compétences de l'Assurance maladie

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, le CLS est un outil flexible, doté d'un cadre législatif ouvert qui ne limite pas les acteurs pouvant participer à son élaboration et à sa mise en œuvre. Grâce à cette liberté juridique, et conformément à ses missions et objectifs, la caisse d'Assurance maladie d'Ille-et-Vilaine a décidé de s'impliquer volontairement dans les différents CLS du département. Pour mieux comprendre la pertinence de ce choix, on analysera la cohérence¹² de cette implication dans les CLS avec la mission, les objectifs et les politiques internes de l'Assurance maladie. Dans un premier temps, nous allons décrire la mission de l'Assurance maladie et sa relation avec l'État (1), puis nous montrerons comment le CLS représente un champ d'action répondant aux missions et aux ambitions internes de la CPAM 35 (2).

3.1. Les missions de l'Assurance maladie

En France, depuis 1945, l'Assurance maladie repose sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité (Assurance maladie, 2021). Elle est fondée sur la maxime « chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins », qui traduit le modèle de solidarité entre malades et bien portants (Sauze, Eisinger et Chanut, 2009).

Ce système de solidarité est garanti par une redistribution entre les hauts et les bas revenus, basée sur un modèle de financement reposant sur des contributions croissantes en fonction du revenu. Au-delà de son rôle de financeur de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), l'Assurance maladie garantit l'égal accès aux soins. Ainsi, cette mission est à l'origine de toutes les autres, et son

¹² On comprend par cohérence le critère de jugement qui interroge l'adéquation entre les différentes composantes de l'intervention: objectifs, ressources allouées, activités prévues (cohérence interne); ou entre l'intervention évaluée et des autres interventions visant les mêmes effets.

traitement est inscrit dans une démarche globale, puisqu'il implique l'application et le déploiement de plusieurs outils qui convergent vers un même objectif. (Ribes, 2018). L'Assurance maladie joue également (avec l'Etat) un rôle de régulateur du système de santé, cherchant en permanence à concilier la meilleure qualité des soins et le meilleur coût. (Piveteau *et al.*, 2012).

Ainsi, elle représente un levier parmi d'autres pour réaliser le principe constitutionnel de protection de la santé pour tous. Cet objectif est destiné à couvrir tous les soins de santé préventifs et curatifs nécessaires, sous réserve des trois exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité. L'Assurance maladie est bien plus qu'un mécanisme d'assurance publique. Elle reflète à la fois les valeurs individuelles de santé et de qualité de vie et les valeurs collectives de solidarité et de santé publique. La poursuite de ces valeurs guide ses méthodes de gestion (Piveteau *et al.*, 2012).

Au niveau organisationnel, chaque régime d'Assurance maladie est géré par une caisse nationale qui anime un réseau de caisses autonomes : « pour le régime général, ces fonctions sont assurées par la caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et son réseau de caisses primaires ». Bien que les périmètres d'action entre l'État et l'Assurance maladie soient bien distincts, le suivi et le pilotage stratégique et financier sont assurés par le ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé qui dispose d'un pouvoir de tutelle (FERRAS et PLANEL, 2019). Les modalités d'exercice de ce contrôle ont évolué au fil du temps. Aujourd'hui, les lois de financement de la sécurité sociale et les conventions d'objectifs de gestion (COG)¹³ conclus formalisent les engagements respectifs de l'État et du réseau Assurance maladie¹⁴. Cet accord, défini par la loi L227-1 du code de la sécurité sociale, détermine les objectifs, les actions mises en œuvre par chacun des signataires et les moyens opérationnels de la branche (Huteau, 2019).

De cette façon, la convention signée entre l'Etat et la caisse nationale d'Assurance maladie vise à établir la chaîne des responsabilités entre les acteurs institutionnels et à fixer des objectifs partagés installant une culture du résultat (Spang, 2012). Cette convention est signée pour une période de cinq ans par le président et le directeur de la caisse nationale et par le ministère de tutelle dans le prolongement de la loi de financement de la Sécurité sociale votée chaque année par le Parlement.

Les caisses nationales déclinent ensuite ces objectifs aux caisses régionales et départementales dans le cadre de contrats appelés contrats pluriannuels de gestion (CPG).

¹³ L'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 dite « Juppé » portait, entre autres, sur l'apparition des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et la mise en place de contrats pluriannuels de gestion (CPG).

¹⁴ Le même type de convention est signée entre l'Etat et les autres branches de la sécurité sociale

Encadré 4 : La Convention des objectifs de gestion 2018-2022

Les objectifs de la COG 2018-2022 répondent aux défis principaux du système de santé (le vieillissement de la population et la transition écologique, la soutenabilité financière du système de protection sociale et la nécessité de transformation du système de santé) et elle comprend cinq grands objectifs :

- Renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins
- Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé
- Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité
- Accompagner l'innovation numérique en santé
- Réussir l'intégration des autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche.

3.2. Le CLS un outil d'intérêt pour l'Assurance maladie

L'accès aux droits et aux soins pour tous représente de nos jours un des grands enjeux du système de santé. « Selon le baromètre de l'Observatoire de non-recours aux droits et services (Odenore) menées en 2016, 2017 et 2018 dans 71 départements, un quart des assurés se présentant dans les accueils de l'Assurance maladie aurait déjà rencontré une situation de renoncement aux soins ». En effet, on parle de renoncement « lorsque des personnes déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité, ou une partie de leurs besoins de soins » (Revil, 2018). Bien que les raisons financières constituent un frein majeur à l'accès aux soins, elles ne sont pas les seules en cause du renoncement. D'autres facteurs, comme les conditions de vie, les ruptures et intégrations sociales, les représentations de santé et les caractéristiques psychologiques de chaque personne (cf. annexe 12) expliquent ce phénomène (Revil, 2018). Ainsi les conséquences du renoncement aux soins sont multiples, au-delà de la santé, ils impactent également le plan professionnel, social, voire familial.

Compte tenu de la réalité de ce phénomène et le risque qu'il constitue pour l'avenir du système de soins, l'État et l'Assurance maladie se mobilisent pour lutter contre le non recours d'accès aux droits et aux soins. Ainsi, il s'inscrit dans la stratégie nationale de santé 2018-2020, ainsi que dans la COG 2018-2022 (voir plus haut) en tant qu'un des axes d'intervention prioritaires.

Depuis des années, l'Assurance maladie œuvre dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins, à travers la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA), la complémentaire santé solidaire, le 100% santé, la mission accompagnement santé, les actions labellisées dans le plan local

d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR)¹⁵. Des actions sont également conduites pour tenter d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire (PEIX, 2020). Malgré ces efforts, le problème persiste, voire s'accroît. En tant que phénomène multifactoriel, comme le rappelle Wim Van Oorschot, les responsabilités sont partagées. Ainsi, agir sur le renoncement aux soins suppose d'agir de manière globale en mettant la santé au cœur de toutes les politiques¹⁶ (Revil, 2018).

Sous cette égide, un instrument comme le CLS permet l'articulation transversale des politiques publiques autour des problématiques de santé sur le territoire. C'est en agissant ensemble que la santé de la population pourra s'améliorer. Les collectivités territoriales améliorant l'attractivité de leur territoire, l'Assurance maladie favorisant : l'accès aux droits et aux soins, le remboursement des soins, l'accompagnement attentif des publics fragiles, la mise en œuvre du 100 % santé, la limitation des dépassements d'honoraires et en lien avec l'ARS accompagnant les professionnels de santé vers de nouvelles formes d'exercice professionnel, et favorisant le recours à la télémédecine...

Pour l'Assurance maladie, développer un CLS est une opportunité, d'une part d'améliorer ses connaissances des territoires et de ses problématiques, afin d'adapter ses actions aux besoins locaux et d'améliorer ses performances. Pour donner un exemple, comme on le verra ultérieurement, les dynamiques territoriales des CLS pourraient influencer le déploiement des structures d'exercice coordonné. Ainsi, le CLS devient un levier parmi d'autres pour permettre à l'Assurance maladie de déployer ses missions sur le territoire tout en améliorant son implication.

Dans le cas du territoire de Redon agglomération, on a pu observer les difficultés en matière d'accès aux soins, qui conduit entre autres sa population à un état de santé dégradé (voir partie 2). Les particularités liées au découpage administratif du territoire poussent à un travail cohérent afin de garantir un accès égalitaire à la santé, ce qui justifie donc davantage d'implication dans des outils tels que les CLS.

On a donc vu, jusque-là d'un point de vue théorique, que la mission première de l'Assurance maladie, celle de garantir un accès égalitaire à la santé, ainsi que les objectifs du COG 2018-2022 et sa politique interne, étaient cohérents avec son implication dans la définition des CLS.

Dans la partie suivante, nous allons voir la spécificité de la CPAM 35 dans l'élaboration des CLS.

¹⁵La démarche PLANIR, vise par de démarches d'aller-vers à améliorer le recours aux droits des assurés sociaux.

¹⁶ La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé.

Partie 2 : l'implication de la CPAM 35 dans l'élaboration des contrats locaux de santé : une place en cours de construction

Cette deuxième partie va présenter les stratégies d'implication de l'Assurance maladie dans l'élaboration des contrats locaux de santé, en lien notamment avec l'agence régionale de santé Bretagne, les collectivités territoriales, le réseau Assurance maladie et les partenaires externes. Cette implication répond d'abord à une vision stratégique de la direction de la caisse d'Ille-et-Vilaine (A) et qui permet un déploiement de ses actions dans un cadre contractuel territorial (B). Enfin, nous allons voir que le CLS est un instrument qui présente des atouts, mais aussi des limites pour l'Assurance maladie (C).

1. La vision stratégique de l'Assurance maladie sur le CLS : le processus de réflexion et d'appropriation du dispositif

Le déploiement de la mission pilotage et coordination du CLS au sein de la CPAM 35 est lié à plusieurs facteurs : d'une part, à un contexte favorable au déploiement de l'outil CLS en Bretagne, à un cadre législatif souple de l'outil permettant une participation aux processus d'élaboration, et enfin à une ambition de la part de la direction de « positionner la CPAM comme un acteur incontournable de la santé sur les territoires » (CPAM, 2019).

Nous allons donc explorer, dans un premier temps, la genèse du traitement des CLS au sein de la CPAM 35 (1) et plus spécifiquement le cas du CLS de Redon Agglomération (2).

1.1 La structuration et la formalisation de la mission « Pilotage et coordination des Contrats locaux de santé » au sein de l'Assurance maladie

Face au contexte d'accélération du déploiement des contrats locaux de santé au niveau régional, la caisse primaire d'Assurance maladie se retrouve comme un acteur signataire de « deuxième ligne ». Comme le précise la directrice de la CPAM 35, « *de par son histoire, les CLS ont existé sans que l'on intervienne* ». Le cadre législatif souple du CLS, qui ne détermine pas les acteurs signataires du CLS, ainsi que le référentiel des acteurs de santé locaux qui considèrent souvent l'Assurance maladie comme une caisse chargée uniquement du remboursement et de la maîtrise du système de santé, n'était pas favorable, au premier abord, à une implication de la CPAM 35 dans la réflexion autour des CLS : « *l'Assurance maladie n'était pas impliquée dès le démarrage dans les CLS. Ils nous oublient en fait [...] Nous on arrivait après, quand tout était déjà décidé* » (agent CPAM).

Dans ce contexte, la CPAM 35 s'est tout de même retrouvée investie dans la préparation des CLS, leur mise en œuvre et leur évaluation. Dans un premier temps, cet investissement a pris la forme d'une mobilisation très ponctuelle des équipes (service de prévention, service d'accès aux droits, centres d'examen de santé), en réponse à des sollicitations spécifiques de la part des porteurs de projet CLS. Traitée de manière satellite et non coordonnée, la direction de la caisse se retrouvait face à une « *méconnaissance de l'investissement (en termes) de ressources humaines au sujet des CLS* », et sans un « *suivi global de la démarche*'' (agent CPAM).

Finalement, c'est à la suite d'une sollicitation de la ville de Rennes, au sujet de l'évaluation d'un CLS, et à l'impossibilité de la caisse de répondre à certains questionnements évaluatifs que la problématique du manque de coordination et de pilotage interne à la CPAM 35 a été inscrit véritablement dans l'agenda de la direction de la CPAM. La directrice note que, sur ce point, il existait un problème de lisibilité et de suivi de l'implication de la caisse sur cet instrument. « *Une première fois il y a eu une évaluation du CLS à Rennes, j'avais pris mes fonctions mais je n'avais pas connaissance de ce sujet, des personnes en charge des CLS, de ses actions, ses thématiques... personne ne savait* ». (Directrice CPAM 35) C'est ainsi qu'il y a eu une prise de conscience du problème, et celui-ci a été opérationnalisée, d'abord via l'élaboration d'un « *état de lieux des actions menées par la CPAM 35 dans le cadre des CLS en Ille-et-Vilaine* ». Cette phase du diagnostic a permis à la directrice de dresser un état des lieux des connaissances et de se doter de proposer une solution.

Cette solution a été de formaliser le traitement du sujet CLS à travers la création d'une mission de coordination et pilotage CLS et la désignation d'un référent CLS au sein de la CPAM 35. Ce référent contribue aux CLS dès leur phase d'élaboration en coordonnant les actions des secteurs concernés de la caisse dans le cadre du CLS.

Finalement, la démarche a consisté à formaliser et à structurer différemment des sujets déjà traités à la caisse. On voit donc qu'il s'agit d'une réponse plus ou moins attendue à un problème identifié au sein de la direction de l'organisme. Le contexte favorable a permis l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité pour la prise de la décision. On peut donc citer ces différents facteurs :

- Une absence d'orientation et d'instruction de la part de la caisse nationale (CNAM) au sujet du CLS. « *Le traitement du CLS fait partie des particularités de la gestion et du management des différentes caisses de sécurité sociale, puisqu'il y a un management local, départemental qui peut faire des choix, il y a une marge de manœuvre*'' (Directrice CPAM 35). La gestion des caisses primaires est sous l'autorité du directeur « le directeur est chargé de rendre toutes les

décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière ».

- La disponibilité de ressources humaines au sein de la caisse caractérisée par la réaffectation d'un cadre manager au cabinet de direction avec un profil adapté pour un poste de coordination territoriale.
- La concordance du projet CLS avec les politiques et orientations internes de la caisse. Le CLS « *c'est un levier pour atteindre nos autres objectifs, il faut une stratégie partenariale, une stratégie de communication, une stratégie pour lutter contre les ISS, le CLS regroupe la totalité de ces objectifs.* » (Directrice CPAM 35)
- La souplesse propre du dispositif qui d'une part ne restreint pas la nature des acteurs signataires et d'autre part n'exige pas des moyens financiers à allouer aux dispositifs. « *Il n'y a pas des moyens à dédier, on n'arrive pas avec des fonds d'emblée* » (Directrice CPAM)

La référente du sujet CLS à la CPAM 35, explique que l'attribution de cette mission est finalement le résultat d'une *"concordance de facteurs [...]"* (agent CPAM). À sa mission principale, s'ajoutent celles de la coordination du volet santé de la stratégie de lutte contre la pauvreté, pour finir par la création du poste de « Manager Coordonnateur Territoires et Santé ». Au cours de ces deux dernières années, l'appellation du poste a changé ainsi que son positionnement dans l'organigramme, du fait de sa polyvalence : Initialement attaché à la direction générale, il a ensuite été intégré au sein de la sous-direction des offreurs de soins et prochainement à la coordination régionale de la gestion de risques (voir figure 6), ce qui lui permettra d'effectuer un pilotage stratégique régionale.

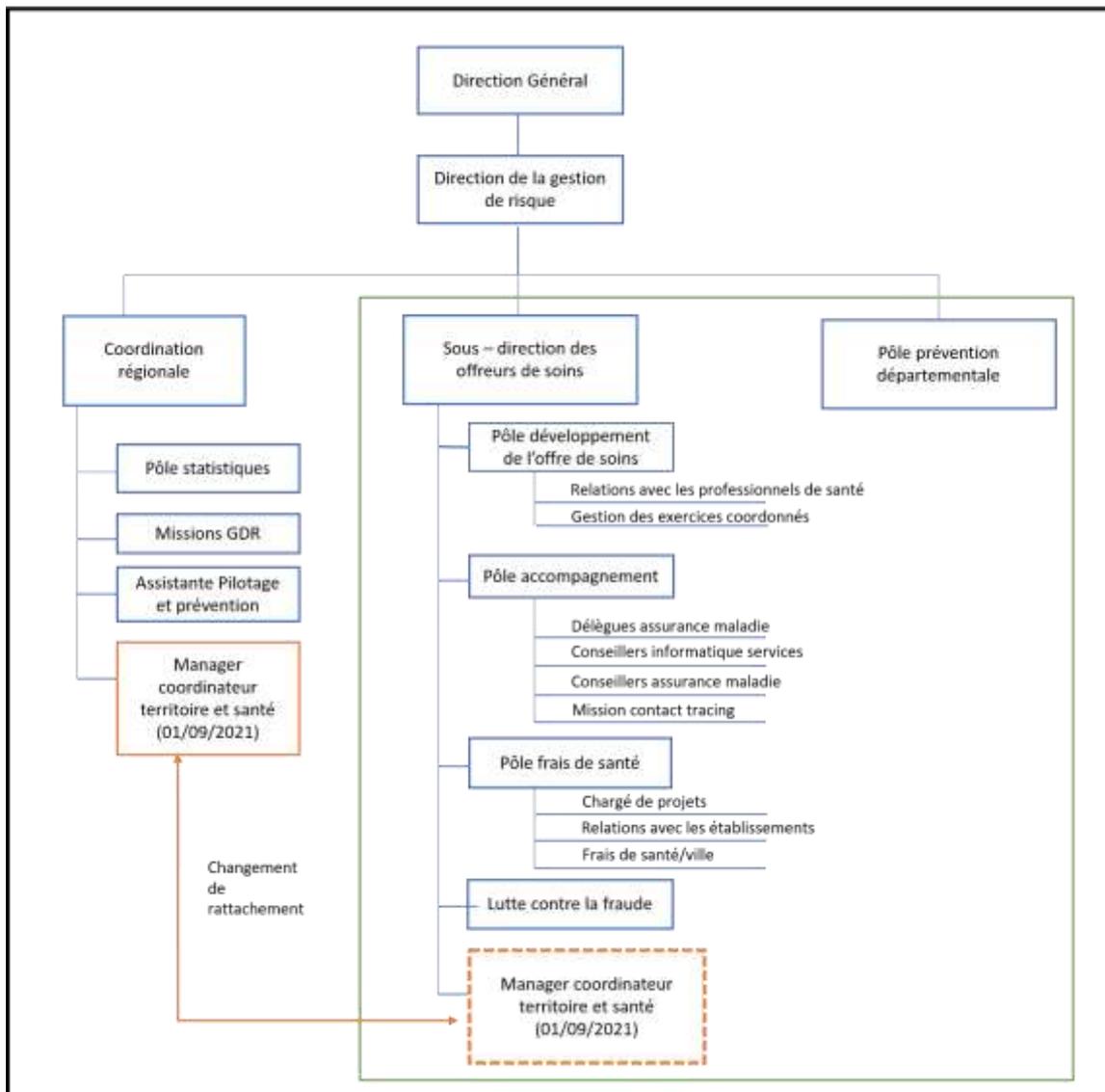


Figure 5 : Position du poste Manager Coordinateur Territoires et Santé dans l'organigramme
 Source: Organigramme CPAM d'Ille-et-Vilaine

Encadré 5 : Un poste qui a évolué progressivement au sein de l'organisme

L'évolution de la mission territoire et santé à plusieurs reprises dans l'organigramme peut s'expliquer par différentes hypothèses :

- Tout d'abord, le périmètre du poste. Le poste recouvre des missions avec des périmètres territoriaux différents. Initialement avec un ancrage départemental important, d'autres missions ont été ajoutées au poste avec la région comme territoire d'intervention (stratégie de lutte contre la pauvreté).

- La nécessité du travail intersectoriel. La mission nécessite de travailler en mode projet et de mobiliser les collaborateurs de différents secteurs de la caisse. Or cette nouvelle culture managériale est encore récente et nécessite du temps pour que les équipes puissent la partager.
- Un lien indirect entre l'approche des inégalités sociales de santé et les objectifs de la sous-direction des offreurs de soins en rendent difficile l'objectivation et la valorisation des actions de la mission CLS. A cela, on peut ajouter la prédominance de l'approche gestionnaire « maîtrise de dépense de santé » sur la notion et l'approche des inégalités sociales et territoriales de santé.

1.2 Le traitement du sujet contrat locale de santé à la CPAM 35 : l'exemple du contrat local de santé de Redon agglomération

On a donc vu comment le sujet du CLS s'est diffusé au sein de la CPAM 35 jusqu'à se consolider comme une mission transversale. Nous allons maintenant nous intéresser à la question du traitement et de la stratégie de la caisse sur ce sujet.

Tout d'abord, la stratégie de pilotage des CLS de l'Assurance maladie se base sur sa volonté de se positionner comme un acteur incontournable du système de santé. Aux yeux de la direction, s'impliquer dans les CLS représente « *un investissement utile dans la relation partenariale, un levier pour l'Assurance maladie d'accomplir, déployer leurs actions et objectifs sur les territoires, ainsi qu'un moyen de mieux connaître les territoires* » (Directrice CPAM).

Or l'implication de la CPAM 35 sur ses territoires ne peut être possible que par son implication dans les contrats locaux de santé dès le démarrage du processus d'élaboration de CLS. De nombreuses actions menées par la CPAM ne sont pas toujours connues par les professionnels du secteur sanitaire et médico-social et par le public, notamment sur les territoires. Par conséquent, les inscrire dans un CLS leur donne de la visibilité, renforce leur capacité à toucher la population ciblée des actions et ouvre la possibilité d'attirer des structures locales pour collaborer à leur déploiement (CPAM, 2019). Finalement, le CLS contribue à renforcer l'image de l'Assurance maladie aux yeux du public, des acteurs et des autorités locales, dans une optique de « *survie de l'institution* » (Directrice CPAM 35).

On peut aussi noter que le CLS est en accord avec le projet d'entreprise « Itinéraire 2019-2022 » (cf. annexe 13) qui définit les actions prioritaires de l'organisme en cohérence avec le projet stratégique national, et du plan local de responsabilité sociale des organisations (RSO).

Afin de pouvoir organiser et valoriser ses actions sur le territoire, la CPAM 35 coordonne en interne des actions, à chaque phase des contrats (figure 7).

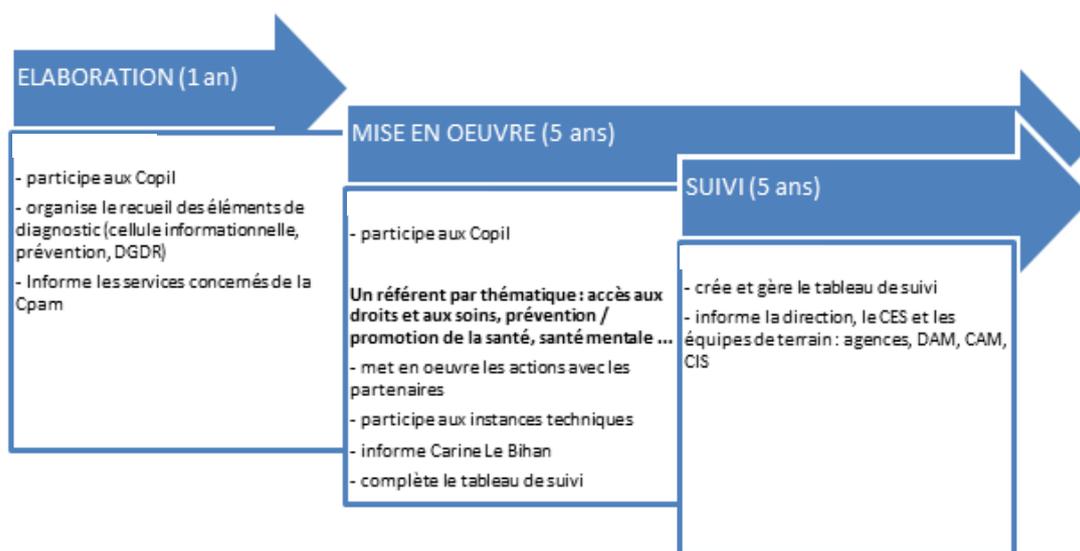


Figure 6: La coordination et pilotage du CLS au sein de la CPAM

Source : Stratégie de la CPAM d'Ille-et-Vilaine en matière de coordination et pilotage des CLS

Le CLS 2 de Redon agglomération, fait partie d'un des premiers CLS traité après la formalisation de la mission de coordination et pilotage de CLS à la CPAM 35. L'organisme était déjà impliqué sur ce territoire dans le cadre du CLS 1 à travers deux projets : création d'une antenne du centre d'examen de santé à Redon et promotion de l'accès aux droits et aux soins. Ainsi, la mission a été sollicitée par le service d'animation territoriale de santé (ATS) de Redon agglomération sur le suivi de ces deux fiches actions, et par le cabinet de conseil Acsantis pour l'évaluation du CLS 1 et l'élaboration du diagnostic partagé du CLS 2.

Dans le double cadre de l'élaboration du CLS de deuxième génération de l'agglomération de Redon et de l'émergence de la CPTS de Redon. La CPAM 35 a réalisé en interne un premier diagnostic du territoire. Ce diagnostic permet de déterminer les besoins et les enjeux du territoire et d'identifier les futurs axes de travail et actions sur lesquels l'Assurance maladie pourrait se positionner. A ce titre, des consultations sont lancées dans les services avec un ancrage territorial afin de récupérer des informations : exercice coordonné, accès aux droits et aux soins, prévention. La question des ressources, notamment pour le service statistique, ainsi que la mobilisation de certains services sur d'autres sujets prioritaires (tels que la vaccination, le dispositif « aller-vers » ou le contact tracing), rend difficile parfois le recueil d'éléments et d'indicateurs de diagnostic. Si le diagnostic interne est un élément contribuant à la connaissance du territoire, il présente la limite de mobilise d'avantage des

données quantitatives, parfois datées, qui ne permettent pas de prendre en compte la situation et l'évolution de l'état de santé de la population. Cependant, l'interrogation de l'équipe des conseillers territoriaux en santé permet de recueillir un nombre des données qualitatives qui seront enrichis après par les partenaires notamment Redon agglomération.

On peut également se poser la question sur la sélection des indicateurs mobilisés dans le diagnostic interne. N'ayant pas un document cadre qui spécifie les indicateurs à mobiliser pour l'analyse du territoire dans le cadre d'élaboration du CLS, le diagnostic interne se base sur les mêmes indicateurs que ceux utilisés lors de l'élaboration du portrait du territoire pour l'installation des structures d'exercice coordonné. Ces indicateurs sont parfois trop centralisés sur l'offre de soins et l'état de santé de la population, et ne font pas une analyse sur les conditions de vie des habitants (indicateurs socio-économiques). Il faut donc rester vigilant sur le ciblage sur les indicateurs à mobiliser lors du diagnostic.

Après un échange début 2021 avec Acsantis, prestataire choisi pour l'élaboration du futur contrat local de santé de Redon Agglomération et la participation à 2 séminaires organisés par l'animation territoriale de santé du territoire, la CPAM d'Ille-et-Vilaine a proposé un partage d'information aux CPAM du Morbihan et de Loire-Atlantique, en lien avec les ARS Bretagne et Pays-de-Loire. Il a été décidé lors de cet échange de constituer un groupe de travail représentant les CPAM 35, 44 et 56, la Mutualité sociale agricole (MSA) Portes de Bretagne, la MSA Loire-Atlantique - Vendée, en lien avec les ARS Bretagne et Pays-de-Loire. Le but de ce groupe étant de travailler de façon conjointe afin de proposer une offre de services coordonné des 3 CPAM et des 2 caisses de MSA concernées, sur les aspects conventionnels, prévention, promotion de la santé, accès aux droits et aux soins, centre d'examen de santé. Un total de trois réunions ont été effectuées (Annexe 14).

Il est intéressant de noter qu'au sein de chaque organisme, le sujet du CLS est traité différemment. Déjà, on observe que les postes occupés par les représentants des organismes ne sont pas les mêmes : « Chargée de mission cellule innovation territoriale en santé, animateur territorial, Délégué en représentation des élus ». D'autre, la mission CLS ne constitue pas la mission principale de ces agents, ainsi que la stratégie mobilisée autour de l'implication aux CLS n'est pas définie, c'est le cas notamment pour la CPAM 56 et la MSA Portes de Bretagne. Pour ces deux organismes, le degré d'implication et leurs objectifs sont en cours de détermination. La CPAM de Loire Atlantique, par contre, dispose d'une stratégie territoriale qui guide son implication au niveau de ses territoires d'intervention, plus particulièrement au sujet du CLS. Ils n'envisagent pas une participation systématique dans l'élaboration des contrats sinon en réponse à des sollicitations ponctuelles, et à une participation lorsque le CLS recouvre un des axes prioritaires pré-identifié dans leur stratégie

territoriale : « *la position interne est de dire que c'est l'ARS qui pilote et initie le CLS, nous ne sommes pas obligés d'être signataires du CLS. Cependant, si nous voyons qu'il y a des actions qui sont proches de nos priorités en termes de stratégie territoriale, nous pouvons nous impliquer et essayer d'être un facilitateur* » (agent CPAM de Loire Atlantique).

On voit donc que c'est la CPAM 35 qui se positionne le plus fortement au sujet des CLS, avec un investissement plus important en termes de ressources humaines, en comparaison aux autres caisses. Ce positionnement est également visible lors des réunions de groupe de travail où la CPAM 35 tient le rôle de l'animation.

2. L'articulation entre les missions de l'Assurance maladie et le CLS

Le CLS constitue le cadre d'articulation des politiques publiques autour des problématiques de santé sur le territoire. Cela permet aux acteurs signataires de décider collectivement des priorités, des objectifs et des plans d'action. En même temps, il offre un espace à la CPAM pour coordonner ses actions avec celles de ses partenaires dans un échange mutuellement bénéfique. Ainsi, en analysant la contribution de la CPAM aux différents CLS, on peut citer quatre axes ou thématiques possibles d'intervention : faciliter l'accès aux droits et à la santé des assurés (1), fournir des données de santé pour le suivi et l'évaluation de l'état de santé de la population (2) contribuer à des actions de promotion et de prévention de la santé (3), accompagner l'émergence et l'installation de structures d'exercice coordonné (4). Pour le cas de Redon agglomération, une réflexion collégiale des axes de développement est effectuée (5).

2.1. L'accès aux droits et aux soins

La notion d'accès aux soins comporte plusieurs dimensions, allant du fait d'avoir les moyens financiers de payer les soins reçus, de la possibilité d'accéder géographiquement aux soins, de la complexité, parfois technique, liée à l'accès à ces services notamment via la digitalisation ou la lourdeur administrative (cf. annexes 11), ou à la connaissance de l'organisation du système de santé pour savoir comment s'orienter et à quels professionnels de santé s'adresser.

La question de l'accès aux soins englobe donc deux dimensions : D'abord, une dimension de santé publique, car en facilitant l'accès aux soins, la population peut participer plus facilement à une démarche de prévention et ainsi rester plus longtemps en bonne santé. Et une question d'équité, puisque intervenir sur l'accès aux soins implique également de lutter contre les inégalités sociales et géographiques en matière de santé. Il est essentiel de mettre en place des actions pour que la population puisse bénéficier de prestations de santé quel que soit son niveau économique et sa

situation géographique (Ribes, 2018). Dans cette logique d'égalité, le traitement de l'accès aux droits et aux soins fait souvent partie des axes de travail dans les CLS. De même, comme on a pu le voir précédemment, l'accès aux droits et aux soins représente l'une des principales missions de l'Assurance maladie, et leur traitement s'inscrit dans une démarche globale qui nécessite le déploiement d'une multiplicité de ses interventions.

Pour cela, l'Assurance maladie et son réseau disposent d'un grand nombre de dispositifs nationaux visant à renforcer l'accès aux droits et aux soins (Ribes, 2018). Tout d'abord on peut citer le travail partenarial mené par l'Assurance maladie qui cherche à faciliter l'accès aux droits des personnes les plus éloignées de soin et pour lesquelles les formalités administratives constituent un obstacle. Dans ce cadre, elle propose aux services sociaux des communes, aux centres et établissements de santé, ainsi qu'aux associations, un partenariat renforcé, par lequel elle s'engage à former des correspondants et à traiter les demandes qui lui sont adressées par un circuit prioritaire, permettant un accès rapide aux droits. En mettant en contact des acteurs de différents secteurs, le CLS pourrait faciliter l'identification des nouveaux partenaires qui permettraient à l'Assurance maladie d'étendre leur activité sur le territoire. Cette action a fait l'objet d'une fiche action (action n° 29) dans le cadre du CLS 1 de Redon agglomération (cf. annexe 6).

La démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions, des Ruptures) est aussi un élément intéressant qui peut être capitalisé du CLS. Cette approche propose une série d'actions concrètes visant à limiter le non-recours, les malentendus et les ruptures au niveau local. Les actions mises en œuvre sont centrées le plus souvent sur les assurés les plus modestes. Six actions font partie de ce plan : parcours Santé Jeunes, l'accompagnement des enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'optimisation des relations CPAM/Permanence accès aux soins de santé (PASS), le parcours complémentaire santé solidaire (CSS), la ligne d'appel d'urgence, et la mission accompagnement santé (MISAS). Ce dernier dispositif, MISAS, induit une nouvelle approche pour l'Assurance maladie, puisqu'elle met en place une stratégie d'aller vers le public qui ne sollicite pas ses droits administratifs ou qui a des difficultés d'accès aux droits ou aux soins. En effet, cette mission permet aux assurés identifiés de bénéficier d'un accompagnement administratif personnalisé jusqu'à la prise en charge effective de leurs soins de santé, assurée par des conseillers spécialisés : Ils peuvent être identifiés par le personnel interne de la CPAM (accueils, services sociaux, CES, services médicaux), ainsi que par les partenaires du secteur social et par les professionnels de santé libéraux. Dans le cas de la CPAM 35, une cellule installée dans l'agence de Fréville, composée de conseillers spécialisés, apporte un soutien administratif, généralement par téléphone. Le soutien peut durer plusieurs mois, en fonction des besoins de l'assuré, jusqu'à ce que l'accès aux droits ou aux soins soit effectivement

réalisé. D'un autre côté, la CPAM engage des actions pour faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire (CSS), et à l'Aide médicale de l'Etat (AME).

Les fonds de l'action sanitaire et sociale sont aussi un autre levier d'intervention de la CPAM en faveur de l'accès aux droits et aux soins, via le versement des aides individuelles et des aides collectives facultatives. L'arrêté du 26 octobre 1995 définit quatre interventions en matière d'action sanitaire et sociale : les prestations supplémentaires facultatives à caractère individuel, les prestations supplémentaires obligatoires, que chaque caisse doit verser si les conditions d'attributions sont remplies, les aides financières individuelles, ce sont des aides d'urgence accordées à des assurés connaissant des situations difficiles et soumis à des frais importants et les aides collectives, qui sont des subventions accordées à des associations.

Tableau 2: Exemples d'aides versés au titre de l'Action sanitaire et sociale

Type d'aide	Exemple
Prestations supplémentaires facultatives à caractère individuel: le décret du 26 octobre définit un total de 13 actions pour cette intervention.	Participation aux frais de transport, non pris en charge au titre des prestations légales, engagés par les assurés sociaux ou leurs ayants droit, sous réserve de la justification médicale du traitement ou de l'examen.
Prestations supplémentaires obligatoires	La prise en charge de certains frais liés aux cures thermales (sous condition de ressources)
Aides financières individuelles	Les remboursements de services ou d'équipements (le paiement de frais d'électricité...)
Aides collectives	A destination de certaines associations qui présenteraient un projet lié à la santé, comme par exemple un programme de prévention ou d'accompagnement.

Source : Santé infos droits pratique- C.9.4 : Sécurité social : L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie.

2.2. La mutualisation de données

Les bases de données de l'Assurance maladie, informatisées et mises à jour de façon continue, représentent une source essentielle de données pour la recherche épidémiologique et l'aide à la décision en santé publique. Leur exploitation est susceptible d'apporter un éclairage complémentaire à celui obtenu depuis de nombreuses années à partir d'autres bases de données, telles que celles des certificats de décès.

Dans le cadre d'un CLS, l'Assurance maladie contribue à l'élaboration du diagnostic local de santé qui permet de définir les objectifs du contrat. Pour cela « elle fournit des données sur le profil de la population (démographie, % de la population ayant accès à une complémentaire santé, déclaration d'un médecin généraliste%), l'offre de soins (démographie des professionnels de santé libéraux, répartition géographique%), la prévention, la consommation de soins ». (Bocquier, Nauleau et Verger, 2009).

On voit donc que c'est la CPAM 35 qui se positionne le plus fortement au sujet des CLS, avec un investissement plus important en termes de ressources humaines, en comparaison aux autres caisses. Ce positionnement est également visible lors des réunions de groupe de travail où la CPAM 35 tient le rôle de l'animation.

2.3. La contribution à des actions de promotion et de prévention de la santé

L'Assurance maladie, via son Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), finance des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Parmi ces interventions, on peut citer : SOPHIA, un programme d'éducation à la santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques (asthme, diabète), le programme M'T dents, qui permet aux enfants et aux jeunes de 3 à 24 ans de bénéficier d'un bilan bucco-dentaire toute les 3 ans, complété par des opérations de sensibilisation et de dépistage dans les classes de maternelle et de CP. Également, le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) finance les actions de sensibilisation, de vaccination et de dépistage des cancers, ainsi que les actions du centre d'examen de santé (CES).

La CPAM d'Ille-et-Vilaine dispose d'un Centre d'examen de santé (CES) à Rennes, avec deux antennes, à Saint Malo et Redon. Ce centre qui réalise principalement des bilans, avec une attention particulière pour le public fragile, propose également des ateliers d'éducation thérapeutique (diabète de type 2, asthme et prévention des maladies cardiovasculaires)

2.4. L'accompagnement et le soutien des structures d'exercice coordonné

Enfin, la CPAM soutient également les collectivités locales dans leurs efforts pour améliorer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé afin de contribuer à une meilleure organisation des soins. Ce soutien prend notamment la forme d'une aide conventionnelle pour attirer de nouveaux professionnels de la santé dans les zones mal dotées (ZIP). En collaboration avec l'agence régionale de santé, elle soutient également les professionnels qui souhaitent créer des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé (CDS) ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CTPS).

A ce titre, on peut citer la signature en juillet 2021 de la CPTS de l'agglomération de Redon, un centre de santé participatif ouvrira ses portes fin 2022 à Langon.

Des articulations sont à prévoir entre les CLS et les CPTS. Une CPTS, communauté professionnelle territoriale de santé, d'après l'article L1434-12 du Code de la santé publique « est une organisation conçue autour d'un projet de santé et constituée à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné. Elles sont composées de professionnels de santé comme d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux ». Ces structures ont comme objectif de « concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé pour une meilleure coordination des acteurs qui la composent et plus particulièrement ceux du premier recours ». L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique définit les soins de premier recours sur la notion de proximité « L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades, sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. [...]».

En effet, les CPTS et les CLS peuvent présenter des points de convergence sur certains champs d'intervention. D'abord, comme les CLS, les CPTS s'appuient sur des éléments de diagnostics territoriaux et ont pour objectif de mettre en place des actions pour répondre aux besoins repérés dans ces diagnostics (ISSARTIAL, 2020). Les deux dispositifs peuvent agir pour améliorer l'attractivité d'un territoire et inciter l'installation des professionnels de santé. Des coopérations peuvent avoir lieu dans ce cas. En effet, l'offre de soins de premier recours représente l'une des préoccupations principales des élus locaux et est souvent un axe de travail lors de l'élaboration des CLS. Les CPTS se montrent alors comme un partenaire incontournable pour la mise en place d'actions à ce sujet. Par exemple, elles pourraient faciliter la formation des maîtres de stages des étudiants en médecine et inciter les étudiants à réaliser leur stage sur le territoire. D'autre part, la CPTS peut organiser la coordination des remplacements des professionnels libéraux puisque les remplacements au cours de l'internat sont désignés comme favorables au projet d'installation en ambulatoire des jeunes médecins. (Munck *et al.*, 2015)

Par ailleurs, à travers la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)¹⁷ entre la CPTS, l'Assurance maladie et l'ARS, le financement de ces structures est conditionné par la réalisation de trois missions fondamentales : l'accès aux soins, l'organisation des parcours et la prévention. Le CLS pourrait faciliter l'accomplissement de ces missions dans une perspective de lutte contre les inégalités

¹⁷ L'ACI est défini par arrêté du 21 août 2019

sociales, ce qui pourrait permettre aux CPTS de participer à la mise en œuvre de campagnes régionales de dépistage des cancers, ciblant des publics économiquement défavorisés ou des groupes de population spécifiques.

Le périmètre territorial d'un CLS peut entrer en concordance avec le périmètre d'une CPTS. Il semblerait d'ailleurs que les premiers puissent favoriser leur émergence. En Ille-et-Vilaine, on observe un grand nombre de CPTS partageant le périmètre territorial des CLS : le CLS du Pays de Saint-Malo correspond aux CPTS Côte d'Émeraude et Bretagne Romantique, le CLS du Pays de Fougères correspond à la CPTS Marches de Bretagne, et le futur CLS du Redon agglomération correspond à la CPTS de Redon (ISSARTIAL, 2020). Les limites des territoires concernés par les CLS et les projets de CPTS étant pratiquement identiques (cf. annexe 15 et 16).

En résumé, les CLS comme les CPTS permettent de concourir à la réalisation du projet régional de santé porté par les ARS. Ces deux dispositifs apportent tous deux un cadre partenarial territorial, les CLS dans une logique de santé publique et les CPST dans une logique de coopération en santé. Une intégration des CPTS dans l'élaboration des nouveaux CLS Ille-et-Vilaine permettrait de mieux répondre aux préconisations de l'OMS qui considère la santé de proximité au-delà de la prise en charge des maladies, devant s'inscrire dans une vision globale de la santé en tenant compte de ses déterminants.

2.5. Le choix des interventions de l'Assurance maladie dans le cas du CLS de Redon agglomération

Comme nous l'avons identifié ci-dessus, l'Assurance maladie peut intervenir dans différents aspects d'un contrat local de santé. Considérant la spécificité territoriale de Redon agglomération au regard des données épidémiologiques de la population et la nécessité de déployer des actions cohérentes garantissant le principe d'égalité en santé, la définition des domaines d'intervention de l'Assurance maladie repose sur une réflexion partagée et une décision collégiale. Les différentes caisses d'Assurance maladie ont une mission commune qui est d'améliorer l'accès aux droits et à la santé (du point de vue de la santé de l'OMS). Comme mentionné dans la partie 1.2, trois réunions ont eu lieu entre les trois CPAM (35, 56 et 44) et la MSA de Portes de Bretagne (cf. annexe 14). L'objectif de ces réunions était de rendre compte des actions menées par chaque organisme sur le territoire du CLS, d'identifier les enjeux et besoins territoriaux, et de faire des propositions de thèmes et d'actions sur lesquels le réseau de l'Assurance maladie pourrait se positionner. Le tableau suivant est le résultat des premières réflexions du groupe de travail. Ces orientations doivent ensuite être validées par la direction des organismes concernés.

Tableau 3: Orientations futures du réseau assurance maladie dans le CLS deuxième génération de Redon agglomération

THÉMATIQUE	ACTIONS	ACTEURS
Prévention	Dépistage des cancers	-
	Prévention buccodentaire en classe de CP	CPAM 35
	Développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes	CPAM 44 en lien avec l'IREPS
	Alimentation / nutrition	CPAM 44 et lien avec la CPAM 35 (CES) et la CPAM 56
	Activité physique	CPAM 44, 35 via le CES et CPAM 56
Accès aux droits et aux soins	Information sur les dispositifs santé précarité de l'assurance maladie	CPAM 35
	Faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes âgées	CPAM 35 et lien CPAM 44 et 56
	Diffuser des produits d'hygiène pour les jeunes	CPAM 35 et lien CPAM 44 et 56
	Expérimentation d'un territoire « zéro non recours »	-
Accompagnement à des structures d'exercice coordonné	Accompagnement intégré des structures d'exercice coordonné	CPAM 35
Numérique en santé	Appui au développement à la télémédecine (parcours cancérologie : accès inter-cures, insuffisance cardiaque)	CPAM 56
	Promotion du DMP par l'usage, en lien avec la CPTS.	-
	AAP ASS sur accompagnement numérique pour l'accès aux droits	-
	Téléexpertise	-
Coordination	Elaboration de la liste des destinataires des AAP de la CPAM et AMI de la lutte contre ISS	Chaque CPAM reste maître du choix des destinataires
	Coopérations entre acteurs santé et social	-

Source: Comptes rendus des réunions du groupe de travail de l'Assurance Maladie

Il faut souligner que la plupart des participants, lors des réunions, n'avaient aucune expérience dans le processus de réflexion et d'élaboration d'un CLS. « *Sur les CLS, jusque-là, il y avait très peu d'implication [...]. En fait, on a commencé à le suivre il y a 4 ou 5 mois.* » (Agent de la CPAM Loire Atlantique, en Juin 2021). Or la participation à un CLS nécessite un temps d'acculturation, à la fois aux dispositifs mais aussi à la culture de travail induit par ces dispositifs : transversalité, conduite de projet. C'est donc un changement de culture professionnelle, voire de posture professionnelle.

Ainsi le rôle de pilotage et d'animation des réunions a été attribué plus ou moins naturellement à la CPAM 35, lié en partie à l'existence d'un référent CLS, représentant aussi la CPAM 56, à la demande

de celle-ci, dans les réunions à caractère informatif relatives au CLS et au COPIL CLS. Ces aspects démontrent une certaine reconnaissance et légitimité de la CPAM 35 sur le sujet des CLS.

3. Les atouts et les limites du CLS pour la CPAM 35

L'analyse des atouts et des limites du CLS est issue des différents entretiens que nous avons menés. Cette analyse se base sur des critères subjectifs liés aux contributions du CLS aux missions de l'Assurance maladie.

3.1. Le nécessaire développement des transversalités internes et externes

Le CLS peut apparaître comme un premier pas vers la prise de conscience des déterminants sociaux de santé et le besoin de la mise en place d'une forme de travail intersectorielle. En Ille-et-Vilaine, lorsque des démarches en lien avec un CLS sont effectuées, les différents secteurs de la caisse concernés sont directement associés à ces démarches (le service d'accès aux droits et soins, le service de prévention, le pôle exercice coordonné, le CES). Le CLS requiert ainsi un management, il définit un cadre qui impulse des collaborations entre différents secteurs qui historiquement avaient tendance à travailler de façon cloisonnée : « *il y a des actions qui sont mises en place par la prévention, et d'autres par l'accès aux droits et soins. Et entre eux, il y a un manque d'information donc il faut qu'on soit vigilant à ce niveau et qu'on arrive à se coordonner. Le CLS permet de donner un cadre, en facilitant une coordination, mais par contre dans les territoires où il n'y a pas de CLS c'est un peu plus au tout venant* » (agent CPAM 35).

On voit donc que le CLS favorise une transversalité à l'intérieur de la CPAM 35. « *Le CLS nous a fait travailler énormément en interne sur les questions de transversalité, d'interconnaissance pour savoir ce que l'on fait les uns et les autres sur le territoire* » (agent CPAM 35). Ce processus parfois long et contre intuitif requiert des changements de culture professionnelle, une prise de conscience et un engagement des collaborateurs. Là où les agents avaient l'habitude de travailler seuls, il leur faut maintenant penser à associer, à passer l'information afin de faciliter le lien en interne et à améliorer l'efficacité des actions, en conséquence. Il est important de souligner que les agents autres que les managers ne sont pas accompagnés dans ce processus de changement de culture professionnelle. Comme on le verra ultérieurement (cf. partie 3.1), il semble important la mise en place des ateliers ou webinars pour introduire davantage cette culture de travail transversale au sein de la CPAM.

Au sein de la caisse primaire, certains agents notent la plus-value de l'approche transversale. A titre d'exemple, on peut évoquer les propos d'une responsable de service qui nous parle de la volonté d'associer d'emblée, au service de prévention, et à la mission pilotage et coordination de CLS

lors du prochain COPIL « accès aux droits et soins ». La diffusion de l'outil CLS progresse à des rythmes différents pour d'autres agents et managers, en fonction de leur compréhension du dispositif CLS, le lien opérationnel avec leurs missions, et de leur contribution. A cela peut s'ajouter également l'effet que la participation au CLS n'est pas inscrite dans leurs missions. De plus, la charge de travail actuelle, élevée à cause de la gestion de la crise COVID, vient limiter la possible intégration de nouvelles missions.

On voit ainsi que des avances ont été effectuées, mais qu'il reste encore des aspects sur lesquels travailler, notamment sur la compréhension et l'intérêt de l'outil.

3.2. L'amélioration de l'interconnaissance des acteurs et du territoire.

Ces deux dimensions du CLS semblent les plus importantes pour les acteurs interrogés. Comme on a pu le mentionner précédemment, l'élaboration du diagnostic local de santé et le partage de ses résultats permettent de mieux comprendre les besoins du territoire. Ainsi pour que les actions de l'Assurance maladie définies au niveau national trouvent une efficacité locale, « il semble nécessaire de connaître les logiques constitutives du territoire pour pouvoir envisager d'agir sur ces mécanismes. Sans cette compréhension de l'intérieur, on peut douter de la portée réelle d'actions de prévention plus ou moins standardisées. » (Rican et Vaillant, 2009)

De même, en améliorant la connaissance des besoins des territoires les CLS sont un moyen pour la caisse de s'interroger sur les priorités territoriales de leurs actions. À ce sujet, on peut mentionner le fléchage de certains appels à projets pour des acteurs locaux inscrits dans une démarche CLS. À titre d'exemple, on peut citer la mise en place d'une journée de sensibilisation au dépistage des cancers féminins en collaboration avec des acteurs du territoire de Redon agglomération.

D'autre part, on peut signaler que dans la totalité des entretiens menés, les acteurs mentionnent la capacité du CLS à « créer du réseau » en facilitant ainsi la connaissance plus fine des acteurs du territoire issus d'horizons différents (leurs actions et leurs logiques).

Mieux connaître les acteurs représente une opportunité pour l'Assurance maladie d'établir des conventions et des partenariats intéressants, notamment en lien avec la prévention et l'accès aux droits et aux soins. Ce gain de connaissances se traduit également comme un gain de temps et d'efficacité surtout lorsque la charge de travail globale est importante. « *Le CLS a cet avantage de réunir divers horizons et compétences, donc c'est une vraie opportunité pour nous de rencontrer tous ces interlocuteurs, ce qui nous fait gagner du temps* » (agent de la CPAM de Loire Atlantique).

3.3. L'aide au déploiement des actions sur le territoire.

La CPAM envisage le CLS comme un levier stratégique pour la mise en place de ses actions sur le territoire. Il permet de valoriser ses actions auprès des partenaires et des instances de différentes manières, soit parce qu'elles sont inscrites dans les CLS, soit parce que les agents de la CPAM lors de réunions en lien avec les CLS les communiquent. Ainsi, les agents interrogés témoignent de l'évolution positive de la perception des partenaires quant au rôle de l'Assurance maladie : *« je me suis rendu compte que les acteurs ne savaient pas ce qu'on faisait à l'Assurance maladie. Le premier COPIL du CLS auquel j'ai participé, l'unique attente a été celle de fournir des données pour le diagnostic. Au fur et à mesure, j'ai expliqué les différentes missions de l'Assurance maladie sur l'accès aux droits et aux soins, la mission accompagnement santé, la prévention et l'exercice coordonné. Maintenant ça commence à porter ses fruits auprès des partenaires. Aujourd'hui, les chargés de mission ou les animateurs territoriaux de santé, dans les territoires avec lesquels je travaille déjà (dont Redon, Saint Malo et Fougères) l'ont bien saisi »* (agent CPAM 35)

3.4. Le renforcement de la coopération avec l'ARS

Dans un contexte breton de coopération déjà favorable entre l'ARS et la CPAM 35, le CLS vient renforcer cette synergie. On peut citer comme facteur de cette coopération réussie, une connaissance réciproque entre les référents CLS (on connaît à partir des travaux de l'école des relations humaines, l'importance du facteur humain dans le développement des relations coopératives (Dameron, 2002)) et le partage d'informations entre les référents CLS des deux institutions. *« Je tiens informé mon homologue de l'ARS sur les actions et les démarches que l'on met en place. Pour maintenir des bonnes relations il faut que l'on sache ce que nous faisons les uns et les autres et que l'on partage l'information »* (agent CPAM 35).

Il semblerait que l'ARS Bretagne reconnaît dans la CPAM 35, un partenaire légitime et stratégique au sujet du CLS, à tel point que la CPAM 35 a été associée aux réflexions sur la conception d'une démarche abrégée du CLS de Fougères.

3.5. Un outil qui requiert des connaissances en animation territoriale

Comme on a vu le CLS « demande des compétences en matière d'animation territoriale qui ne sont pas forcément acquises par l'ensemble des acteurs ».

En reprenant les travaux d'Arnaud Bontemps au sujet des CPTS, on observe que plusieurs de ces constats sont reproductibles dans le pilotage du CLS au sein de l'Assurance maladie. Bontemps mobilise la notion de « renversement du sablier » c'est-à-dire de passer d'une approche descendante,

à une approche ascendante (Bontemps, 2020). Aujourd'hui on est face à des dispositifs qui poussent les agents des CPAM à un changement de culture, en passant de la régulation et du contrôle à une culture d'animation territoriale. La difficulté résultante est que cette nécessité de changement de culture n'est pas suivie par la mise en place des outils nécessaires. « Là où un agent était habitué à appliquer un dispositif national, parfois extrêmement encadré, on lui demande désormais de l'adapter à des réalités de terrain, en gardant le sens mais en déformant les modalités pratiques, qui apparaissent inadaptées – car c'est inévitable – ou en proposant les modalités encore inexistantes » (Bontemps, 2020). Cette situation rend les agents démunis et exige des formations pour pallier leur manque de compétences, en matière d'animation territoriale, sur les différents secteurs concernés par les CLS.

3.6. Des objectifs nationaux parfois inadaptés aux besoins locaux définis dans les CLS

De la même façon, un autre frein à l'efficacité des actions menées par la CPAM est la nature descendante (approche top down) des objectifs fixés par la CNAM, qui ne tient pas compte des réalités locales. Lors des séminaires de la Direction de la coordination de la gestion de risque (DCGDR), un des points soulevés est que les caisses sont parfois confrontées à des objectifs qui ne sont pas adaptés aux spécificités locales et pour lesquels il est parfois difficile d'agir. En effet, ils sont fixés annuellement, ce qui peut être très court lorsque des changements ou des évolutions de comportement sont nécessaires (objectifs liés à la prévention). On peut donc s'interroger sur la pertinence de ces objectifs, bien que la gestion par objectifs et résultats soit le mode de fonctionnement ordinaire de la caisse, entraînant parfois de l'incompréhension ou des tensions.

Partie 3 : Des modalités de travail transversales à mettre en place pour la co-construction des politiques de santé en Ille-et-Vilaine

Travailler sur un outil transversal comme le CLS, requiert une coordination importante entre les différents secteurs concernés au sein de la Caisse. Pour cela, nous avons décrit une série de recommandations à prendre en compte, lors du déploiement de la mission Pilotage et coordination des CLS (1). Puis on mènera une réflexion autour de la place à acquérir par l'assurance maladie dans la co-construction et la mise en œuvre des objectifs de santé publique (2).

1. Des préconisations à prendre en compte pour la démarche CLS de l'Assurance maladie

Les cinq mois de stage au sein de la mission pilotage et coordination des CLS à la Caisse primaire d'Ille-et-Vilaine et la synthèse des entretiens semi-directifs menés nous ont permis de réaliser un tableau SWOT.

Tableau 4: SWOT de la Mission pilotage et coordination des CLS

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">• Renforcement des relations et de la culture de coopération entre la CPAM 35 et la délégation départementale 35 de l'ARS Bretagne• Evolution potentielle de la mission « Pilotage et coordination du CLS » vers un pilotage régional• Un dispositif qui reste en cohérence avec les politiques stratégiques de la caisse primaire d'Assurance maladie : « Itinéraire, Responsabilité sociétale des organisations »• Intérêt de la directrice de la CPAM sur le sujet des inégalités sociales de santé et au déploiement des CLS.• Degré d'investissement dans l'outil CLS relativement faible, un engagement financier n'est pas requis.• L'objectif, la stratégie et le fonctionnement de la mission sont bien définis.	<ul style="list-style-type: none">• La participation aux CLS ne fait pas partie du cœur de métier de l'Assurance maladie.• Mission « personne-dépendant » de profils spécifiques à la CPAM• Absence d'objectifs CPG directement en lien à la mission « pilotage et coordination des CLS. »• Contexte de ressources humaines restreintes, l'investissement d'une personne comme référente sur ce à ce sujet peut être considérée comme « luxueux »• Difficulté d'évaluer les résultats des dispositifs CLS.• Méconnaissance par certains agents de la mission CLS et de sa contribution aux missions effectuées par la CPAM• Méconnaissance du sujet des inégalités sociales de santé de la part des agents.• Travail en silo au sein de l'organisme, manque de partage d'information et du travail en transversalité. A cela s'ajoute un certain

<ul style="list-style-type: none"> • La mission répond à un besoin : amélioration de la visibilité de la CPAM 35 sur le territoire. 	<p>degré de réticence au changement dans les modalités du travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d'investissement au dispositif CLS relativement important
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Volonté de l'ARS de couvrir 90% de la population bretonne par des CLS. • Création d'une instance, en lien avec la lutte contre les inégalités sociales de santé, avec une dotation de fonds importante. • Contexte de sensibilisation et engagement des élus locaux sur le sujet de la santé renforcé après la crise sanitaire. • Des objectifs COG entre l'Etat et l'Assurance maladie qui portent sur l'accès aux soins et le renforcement des actions de prévention. • L'évolution des modes d'action de la puissance publique en matière sanitaire et sociale, passant d'une gestion sectorielle à une logique de développement local. (Alaux <i>et al.</i>, 2013) • « Ambition de l'Etat de garder la main sur la conduite de l'action locale. » 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence des orientations de la CNAM sur l'investissement au sujet du CLS. • Approche top down marquée par la CNAM. En conséquence, la marge de manœuvre est restreinte pour l'investissement sur des actions répondant aux besoins locaux. • Bien que les élus portent un intérêt sur les sujets de santé, pour la plupart leurs préoccupations et engagements sont en lien avec la démographie médicale, et non avec le sujet des inégalités sociales et territoriales de santé. • Existence d'une multiplicité de dispositifs en lien avec la coordination (CLS, PTSM, CLSM, ASV...) rendant difficile la lisibilité de l'outil et son impact. • Multiplicité des acteurs investis dans le CLS, chacun avec ses orientations et prérogatives, ce qui pourrait rendre difficile l'inscription des ambitions de la CPAM au dispositif.

Sur la base de ces résultats, nous avons formulé un ensemble de recommandations qui a pour but de faire évoluer les pratiques, au sein de l'Assurance Maladie, sans prétendre à répondre à toutes les difficultés.

Recommandation 1 : Le développement d'une mission régionale au sujet des CLS

La mission de coordination et pilotage des CLS, à partir du 1 septembre sera rattachée à la coordination régionale de la gestion de risque. Dans un premier temps, le champ d'actions de la mission sera le même, c'est-à-dire accompagner les différents CLS mis en place en Ille-et-Vilaine, mais à terme il serait intéressant d'effectuer un pilotage stratégique régional du traitement du CLS dans les différentes caisses primaires bretonnes.

Face à ce changement, nous recommandons de mener un benchmarking auprès des différentes caisses primaires afin de comprendre le traitement qu'elles donnent au sujet des CLS et les représentations existantes de leurs agents et leurs dirigeants sur l'outil. La collecte d'information pourra se faire à partir d'entretiens semi-directifs portés aussi sur la présentation de la mission régionale de la Caisse.

L'élaboration du benchmarking servira de base pour la rédaction d'une stratégie de coordination régionale des CLS au sein de la Coordination régionale de la gestion de risque. Les objectifs, l'organisation, les leviers mobilisables, le calendrier de mise en œuvre, les modalités de suivi et l'évaluation pourront être développés dans ce document. Il est important de réfléchir en amont sur la phase évaluative et les indicateurs mobilisables à ce sujet, indicateurs quantitatifs et qualitatifs comme par exemple : le nombre de caisses accompagnées dans la démarche CLS, l'existence d'espaces de mutualisation d'expériences ou le degré de satisfaction de l'accompagnement... De même, il semblerait pertinent de déterminer des indicateurs de suivi en lien avec les objectifs déjà établis. A titre d'exemple, on peut citer quelques indicateurs qui nous semblent intéressants : le nombre de CLS pour lesquels les CPAM sont signataires, le nombre de référents CLS au sein d'une caisse primaire, etc.

Se pose également la question du suivi des actions à long terme, en Ille-et-Vilaine. Il pourrait être intéressant de confier la mission CLS à un autre agent.

Recommandation 2 : Engager une réflexion au sujet des CLS dans les différentes caisses primaires du territoire breton.

Comme nous l'avons vu, le sujet du CLS est peu abordé au sein des caisses primaires. Dans ce contexte, la rédaction d'un plaidoyer présentant la démarche CLS et ses avantages pour l'Assurance maladie pourrait être présentée aux autres caisses du réseau breton. Cette présentation, en plus du benchmarking, permettrait d'engager une première réflexion au sein des caisses primaires. Réflexion qui pourrait amener, dans un deuxième temps, à l'écriture d'une stratégie interne portant sur une définition des objectifs, des moyens mobilisables, des échéances, etc.

Recommandation 3 : Rédaction d'un référentiel CLS CPAM

Dans un cadre de mutualisation de pratiques, un document de bonnes pratiques, autour de l'expérience de la CPAM d'Ille-et-Vilaine sur les CLS, pourrait être élaboré et partagé avec les caisses de la région. Ce document cadre pourrait permettre une harmonisation des pratiques au sein du réseau des caisses primaires, tout en tenant en compte la particularité de chaque caisse et du territoire. Le document de cadrage ayant pour but d'être un guide suffisamment souple et modulable.

Recommandation 4 : Encourager la désignation d'un interlocuteur dédié aux CLS dans chaque CPAM

La désignation d'un interlocuteur CLS permettrait un échange plus fluide entre les collectivités territoriales, les ARS et les différents partenaires impliqués. Compte tenu du contexte des ressources humaines mobilisables restreintes, une option valable serait de reposer la mission sur les agents chargés de l'exercice coordonné, ayant connaissance du territoire.

Recommandation 5 : Création d'une plateforme collaborative régionale alimentée par la DCGDR, qui pourrait être étendue vers les différentes caisses de MSA.

Dans le cadre de la future mission régionale, il semble pertinent de développer une plateforme de mutualisation des expériences entre les différents référents CLS. Pour cela, des réunions périodiques (mensuelles) pourraient être organisées et animées par la mission régionale.

Recommandation 6 : Clarifier le lien entre CLS et CPTS

Comme nous l'avons vu auparavant, l'articulation entre CLS et CPTS représente un vrai enjeu. Des réflexions devront être envisagées à ce sujet entre le ROC (réfèrent des organisations coordonnées), les chargés de mission exercice coordonné, la mission régionale CLS, les référents CLS des différentes caisses, l'ARS et les animateurs territoriaux de santé des collectivités territoriales.

Recommandation 7 : Un changement de posture à l'intérieur des CPAM, à travers un renforcement de la transversalité entre les différents services

En reprenant la notion d'« animation territoriale », développée par Arnaud Bontemps, on considère que le traitement des sujets à travers un prisme territorial pourrait faciliter la transversalité dans les pratiques (Bontemps, 2020). On passera alors d'une approche sectorielle à une approche définie par les besoins de la population dans un espace géographique déterminé. Cette structuration permettra de développer des relations horizontales, ayant pour vocation de partager l'information et les expériences locales dans toutes les institutions et à tous niveaux (agents, managers, dirigeants).

Depuis peu, ce type d'approche est déployé dans la caisse de Loire Atlantique, tandis que la caisse d'Ille-et-Vilaine est en processus d'analyse, à travers l'élaboration de sa propre stratégie territoriale. La mise en place de cette approche est fortement encouragée. Pour favoriser son acculturation, il est recommandé de mettre en place un accompagnement renforcé (par exemple, via des ateliers, webinaires) à destination des agents (managers et collaborateurs).

Recommandation 8 : Poursuivre l'élaboration des « Portraits des territoires »

La compétence de l'Assurance maladie peut être précieuse en matière de systèmes d'information ou d'accès aux données mobilisables, au moment de l'élaboration du diagnostic local de santé. Actuellement, afin de mieux définir les besoins territoriaux et d'effectuer un suivi utile des indicateurs territoriaux, des « portraits de territoires » sont élaborés. Il serait intéressant d'effectuer une analyse de la pertinence de ces indicateurs et l'identification des indicateurs manquants. Cette démarche peut être effectuée conjointement avec l'ARS et les autres secteurs de la caisse amenés à mobiliser des données territoriales (prévention, exercice coordonné). L'actualisation des données doit être faite, dans la mesure du possible, au moins une fois par an.

2. Une évolution de la logique managériale de l'Assurance maladie : vers un nouvel équilibre entre objectifs de santé publique et objectifs de gestion.

Dans cette section, nous analyserons d'abord quelle est la contribution du CLS pour atteindre les objectifs du contrat pluriannuel de gestion de la CPAM 35 (1) pour, ensuite, explorer comment l'assurance maladie peut mener, de façon plus cohérente, ses actions à partir d'une vision de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (2).

2.1. Contribution du contrat local de santé sur l'attente des objectifs CPG

Pour décliner la Convention des objectifs de gestion (COG), la CNAM fixe les objectifs prioritaires de l'année aux organismes du réseau, avec des résultats attendus pour chaque indicateur. La performance du réseau de l'Assurance maladie s'évalue, donc sur plusieurs critères d'efficacité et

d'efficacité (CPAM 35, 2019). Par exemple, le score global de la convention pluriannuelle de gestion (CPG) est un des paramètres d'évaluation de l'efficacité. Il permet une comparaison entre organismes, une analyse des écarts et la validation de bonnes pratiques. Compte tenu de la crise sanitaire, depuis 2020, et de la mobilisation unilatérale des différents services de la caisse sur la gestion de la crise, les objectifs CPG de 2021 ont dû être adaptés.

Ainsi, le CPG est structuré en 5 axes qui regroupent des indicateurs classés par thématiques. La CNAM prédéfinit ainsi un objectif socle pour chaque indicateur, auquel sont attribués des points qui permettent de calculer le « score CPG ». Ce score CPG permet ainsi de comparer la performance de chaque caisse au sein du réseau.

Tableau 5: Axes du CPG

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Axe 1: Accessibilité du système de soins.● Axe 2: Efficience du système de santé.● Axe 3: Qualité du service.● Axe 4: Transition numérique.● Axe 5: Efficience interne et maîtrise des activités. |
|---|

Source : Document interne CPAM, CPG 2021.

On a vu que le traitement des CLS ne fait pas partie des objectifs CPG de la CPAM 35, mais on peut voir qu'ils sont souvent des éléments contributeurs (voir partie 2C) pour atteindre d'autres objectifs établis par la Caisse. Parmi les indicateurs CPG 2021 sur lesquels le CLS a une influence, on peut identifier :

- Le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire
- Le nombre d'accompagnements dans le cadre des saisines de la Mission accompagnement santé
- Le taux de participation au dépistage individuel et organisé du cancer du sein
- Le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus
- Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal
- Le taux de recours global aux chirurgiens-dentistes pour la classe d'âge concernée par l'examen buccodentaire
- Le nombre de CPTS adhérent à l'ACI

On peut noter également que la mission CLS contribue à atteindre les objectifs du Centre d'examen de Santé (CES), notamment ceux qui sont en lien avec la lutte contre les inégalités en santé comme :

- La connaissance de l'offre du CES
- Le maintien du nombre des examens de prévention en santé à 8 600 par an.
- Le recrutement pour les examens de prévention des personnes avec un taux de précarité de 62%

Cependant, il est difficile d'évaluer aujourd'hui quel est l'impact quantitatif des CLS. On part de l'hypothèse que les CLS contribuent de manière indirecte, à l'atteinte des objectifs CPG et des objectifs du CES, sans être en mesure de le prouver. Il faudra donc mettre en place des indicateurs de suivi et de résultat pour évaluer la contribution de cet instrument, au-delà de son aspect qualitatif.

2.2. Une invitation à la gestion de la santé à partir d'une approche de lutte contre les inégalités sociales de santé

Nous savons aujourd'hui que les inégalités sociales de santé en France sont fortes et ont tendance à s'accroître par rapport aux autres pays d'Europe. Ces inégalités ne touchent pas seulement les personnes les plus démunies mais se reflètent dans toutes les strates de la société. Cette notion est connue sous le nom de gradient social et cela se traduit par exemple, par une différence d'espérance de vie de 7 ans entre les ouvriers et les cadres (personnes de 35 ans) (Moquet, 2008) .

En reprenant la classification établie dans le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de la Sécurité Sociale, on peut distinguer deux grandes catégories explicatives des ISS : les inégalités liées à l'accès à la santé et les facteurs liés à l'environnement et au mode de vie (HCAAM, 2012). Il faut noter que la question des déterminants de la santé et des inégalités de santé est depuis longtemps analysée sous « un angle de soins individuels, la relation entre un malade et un médecin » (HCSP, 2009). Le débat en a porté essentiellement sur l'accès aux soins

Le HCAAM, dans son rapport de 2012 (à vérifier), montre que l'Assurance maladie est immédiatement concernée par la question des inégalités sociales de santé, surtout si celles-ci sont dues à des difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières, à l'indisponibilité des services de santé, ou à une qualité insuffisante des services de santé (insuffisance de moyens ou de services de prévention). Cela remet en cause la capacité de régulation des services de santé de l'Assurance maladie et de l'Etat. De même, l'Assurance maladie est indirectement impliquée lorsque les causes de ces inégalités sociales de santé dépassent son champ d'intervention (par exemple des problèmes d'accessibilité aux transports peuvent représenter un frein à l'accès aux services de santé).

Cependant, si le système de santé et d'accès aux soins joue un rôle dans la production de ces inégalités il ne peut qu'expliquer partiellement l'état de santé d'une population (Lang, 2014). La santé des individus est principalement liée à ses conditions et à son environnement de travail, à son alimentation et à ses conditions de vie. C'est pourquoi, la vision de l'Assurance maladie doit s'inscrire dans une perspective de santé globale, par le développement de liens « avec d'autres domaines de la protection sociale (retraite, politique familiale, soins de santé) » et avec des acteurs extérieurs au réseau de la sécurité sociale (éducation, logement...)

Aujourd'hui, la notion d'inégalités sociales de santé imprègne progressivement le système de l'Assurance maladie. Cette situation est bien illustrée en Ille-et-Vilaine, où la caisse primaire est impliquée dans des instruments tels que les contrats locaux de santé, la stratégie de lutte contre la pauvreté et bientôt l'instance régionale de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Toutefois, l'objectif n'est pas de faire d'une caisse primaire une succursale de la direction générale de la santé, mais plutôt de construire avec les autres acteurs une action transversale de plus grand impact. En complémentarité avec les politiques nationales déployées, l'action locale est une démarche très utile pour lutter contre les inégalités sociales de santé (Ridde, Beland et Lacouture, 2017) car c'est « le territoire » qui devient un dénominateur commun et la convergence entre les différents acteurs impliqués. L'objectif est de travailler en coopération, chacun apportant son champ d'expertise, afin de réduire les inégalités sociales de santé au sein de la population. De cette façon, l'Assurance maladie passera d'un rôle de financement du système de soins à un rôle de co-constructeur des politiques de santé.

Conclusion

Dans un contexte de territorialisation des politiques de santé et de crise sanitaire, la santé a gagné encore plus sa place au sein des collectivités territoriales, alors même qu'elle ne fait pas partie de son domaine de compétence. Un outil comme le Contrat Local de Santé (CLS) permet d'opérationnaliser les préoccupations des collectivités territoriales, notamment en matière de santé et de lutter, dans un cadre contractuel, contre les inégalités territoriales de santé. Son mode partenarial permet une meilleure coordination des politiques respectives menées au sein d'un territoire. De cette façon, ses actions deviennent plus pertinentes et adaptées aux besoins locaux, favorisant une utilisation plus efficace des fonds publics. Comme nous l'avons vu dans ce rapport, le CLS se caractérise par un cadre législatif souple qui ne restreint pas les acteurs qui peuvent être signataires. Ainsi, la CPAM 35 structure sa participation aux CLS via la création d'une mission spécifique ayant pour but de piloter et coordonner ses différentes actions menées dans les différents CLS dans lesquels elle s'est engagée.

Nous avons également vu que l'implication à ce dispositif s'inscrit dans le cadre de sa politique interne (sa politique d'entreprise, sa politique de responsabilité sociétale, sa politique partenariale...), ainsi que dans le cadre du COG signée entre la CNAM et l'Etat. Bien que le CLS apparaisse comme un levier pour l'assurance maladie, afin d'améliorer l'efficacité de ses actions, l'absence de cadre national, qui plus est avec des ressources humaines contraintes par la crise sanitaire, pourrait expliquer l'absence d'une implication des autres CPAM à ce dispositif. Nous avons donc pu observer que le degré de participation aux CLS était très variable selon les caisses.

Aussi, la mise en place de l'approche transversale, promue par les CLS, requiert une acculturation des acteurs, comme les agents des caisses, et un changement des logiques professionnelles. Bien que d'autres dispositifs portés par l'assurance maladie promeuvent cette approche, comme les CPTS, il faudra du temps à la CPAM, pour passer de la logique gestionnaire classique de ses agents, appliquant la réglementation, à une logique d'animation et d'accompagnement des politiques de santé sur les territoires.

Cette réforme est d'autant plus urgente et nécessaire qu'elle tend à s'imposer dans toutes les branches des politiques publiques où l'Etat encourage les institutions à travailler de façon décloisonnée. La nouvelle instance de lutte contre les inégalités sociales de santé, installée en Bretagne depuis Juin 2021 dans le cadre du Ségur de la santé, semble être justement un autre espace intéressant pour l'Assurance maladie pour élargir son champ de compétences vers l'approche globale de la santé, promue par l'OMS. Elle est aussi et surtout, la continuité de l'action de la CPAM dans les différents CLS

des territoires bretons et une opportunité pour continuer à travailler avec les autres acteurs de la santé, au sein des collectivités territoriales.

Bibliographie

Sources législatives, règlementaires et conventionnelles :

Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)

Arrêté du 26 octobre 1995 relatif aux prestations supplémentaires et aux aides financières attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie.

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

Code de la santé publique : art. L. 1411-11, L1434-12, L-1434-2.

Code de la sécurité sociale : L. 227-1

Décret no 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Littérature grise : Rapports, documentation interne.

ARS Bretagne (2019) 'DOCTRINE REGIONALE DE CONTRACTUALISATION ET D'APPUI A L'INGENIERIE TERRITORIALE EN SANTE'.

ARS Bretagne (2021) Contrats locaux de santé. Disponible en : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/contrats-locaux-de-sante-19> (Accessed: 26 August 2021).

ARS Centre-Val de Loire (2020) 'GUIDE D'ELABORATION DES CONTRATS LOCAUX DE SANTE EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE'.

ARS Ile de France (2016) 'Référentiel Contrat local de santé (CLS)'.

ARS (2016) 'PARCOURS DE SOINS, PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE VIE. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z'. Available at: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf.

CPAM 35 (2019) 'Resultats CPG 2019'.

HCAAM (2012) Rapport annuel 2012. Disponible en : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2012_hcaam.pdf.

HCSP (2009) Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Disponible en : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>.

INSEE (2018) Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires. Disponible en : <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=dipfor&report=r02&selgeo1=epci.243500741&selgeo2=reg.52> (Accessed: 26 August 2021).

INSEE (2021) Comparateur de territoire | Insee. Disponible en : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-243500741+REG-53+REG-52> (Accessed: 26 August 2021).

Ministères de solidarités et de la santé and ARS Bretagne (2019) 'CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS de l'agence régionale de santé Bretagne 2019-2023'.

OMS (2021) 'CONSEIL EXÉCUTIF EB148/24, Cent quarante-huitième session 6 janvier 2021, Point 16 de l'ordre du jour provisoire'. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-fr.pdf.

OMS (no date) 'CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ'. Available at: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf.

Piveteau, M. D. et al. (2012) L'avenir de l'assurance maladie, p. 31. Disponible en: https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2012/AVIS/HCAAM-2012-MARS-AVIS-AVENIR_DE_L-ASSURANCE_MALADIE_LES_OPTIONS_DU_HCAAM.pdf.

CPAM (2019) 'La stratégie de la CPAM d'Ille-et-Vilaine en matière de pilotage des contrats locaux de santé'.

Sites d'internet :

ARS Ile de France (2018) Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Disponible en: <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1> (Accessed: 26 August 2021).

Assurance maladie (2021) Garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins. Disponible en : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/acces-soins/acces-soins> (Accessed: 26 August 2021).

BACQ, R. (2017) Le Contrat Local de Santé : Evolution d'un outil dans un paysage en mutation. Exemple de la situation en Nouvelle-Aquitaine. EHESP. Disponible en : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/memoire_roxane_bacq_-_nouvelle_aquitaine_-_2017.pdf.

CRES PACA and Lhours, G. (2011) Glossaire Education pour la santé, promotion de la santé et santé publique à destination de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

France Urbaine (2020) *Les territoires urbains, fédérateurs des acteurs de la santé sur leur territoire | France urbaine*. Available at: <https://franceurbaine.org/actualites/les-territoires-urbains-federateurs-des-acteurs-de-la-sante-sur-leur-territoire> (Accessed: 3 September 2021).

Géoconfluences (2021) Pays. Disponible en : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/pays-2> (Accessed: 27 August 2021).

Articles

Alaux, L. et al. (2013) RECHERCHE-ACTION: LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ. Les conditions d'élaboration des CLS : Une approche de la performance en santé publique. Disponible en : <https://en3s.fr/articles-regards/reac/CONTRAT.pdf>.

Amat-Roze, J.-M. (2011) 'La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat', *Herodote*, n° 143(4), pp. 13–32.

Bocquier, A., Nauleau, S. and Verger, P. (2009) 'Intérêt des données de l'Assurance maladie pour l'étude des disparités territoriales de santé : l'exemple des anxiolytiques et des hypnotiques en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005', *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 40(2), pp. 91–97.

Bontemps, A. (2020) 'Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé', *Regards*, N° 57(1), pp. 225–241.

Bourgueil, Y. (2017) 'L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ?', *Sciences sociales et sante*, Vol. 35(1), pp. 97–108.

Coron, C. (2020) 'Outil 7. Les données : définitions', *BaO La Boite a Outils*, pp. 28–29.

Dameron, S. (2002) 'La dynamique relationnelle au sein d'équipes de conception', *Le travail humain*, Vol. 65(4), pp. 339–361.

FERRAS, B. and PLANEL, M.-P. (2019) *L'Assurance maladie en question(s)*. Rennes: Hygée Editions.

FIZELIER, L. (2013) *Animation territoriale de santé et contrat local de santé : quelles articulations ?* EHESP.

Guiral, A. and Le Cotillec, C. (2021) *Diagnostic local de Santé Redon Agglomération*,.

Haschar-Noé, N. and Salaméro, É. (2016) 'La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». Négociations et compromis sous tensions', *Sciences sociales et sante*, Vol. 34(2), pp. 81–105.

Lang, T. (2014) 'Inégalités sociales de santé', *Les Tribunes de la sante*, n° 43(2), pp. 31–38.

Moquet, M.-J. (2008) 'Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples', *LA SANTÉ DE L'HOMME*, (397), pp. 17–19.

Munck, S. et al. (2015) 'Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale', *Sante Publique*, Vol. 27(1), pp. 49–58.

Redon Agglomération (2021) *Transports collectifs*. Disponible en: <https://www.redon-agglomeration.bzh/transports-collectifs> (Accessed: 26 August 2021).

Revil, H. (2018) 'Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire', *Regards*, N° 53(1), pp. 29–41.

Ribes, D. C. de (2018) 'Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau', *Regards*, N° 53(1), pp. 57–68.

Rican, S. and Vaillant, Z. (2009) 'Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé', *Sciences sociales et sante*, Vol. 27(1), pp. 33–42.

Sauze, L., Eisinger, F. and Chanut, C. (2009) 'Assurance maladie : un futur à (re)construire', *Après-demain*, N° 12, NF(4), pp. 20–23.

Spang, L. (2012) 'Une explication de l'émergence et du développement du contrôle de gestion par une analyse en termes de fit : le cas des CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie)', *Gestion 2000*, Volume 29(3), pp. 29–44.

Ouvrages :

Ridde, V., Beland, D. and Lacouture, A. (2017) 'Stratégies par les politiques publiques', in *La Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP.

Guichard, A. and Dupéré, S. (2017) 'Chapitre 4: Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé', in *La Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP, p. 536.

Huteau, G. (2019) *Le droit de la sécurité sociale Système et finalités*. Presses de l'EHESP.

Keller, C., Moquet-Anger, M.-L. and Villeneuve, P. (2017) *L'épreuve de droit hospitalier*. Rennes: Presses de l'EHESP (Collection Fondamentaux).

Mémoire, Thèses :

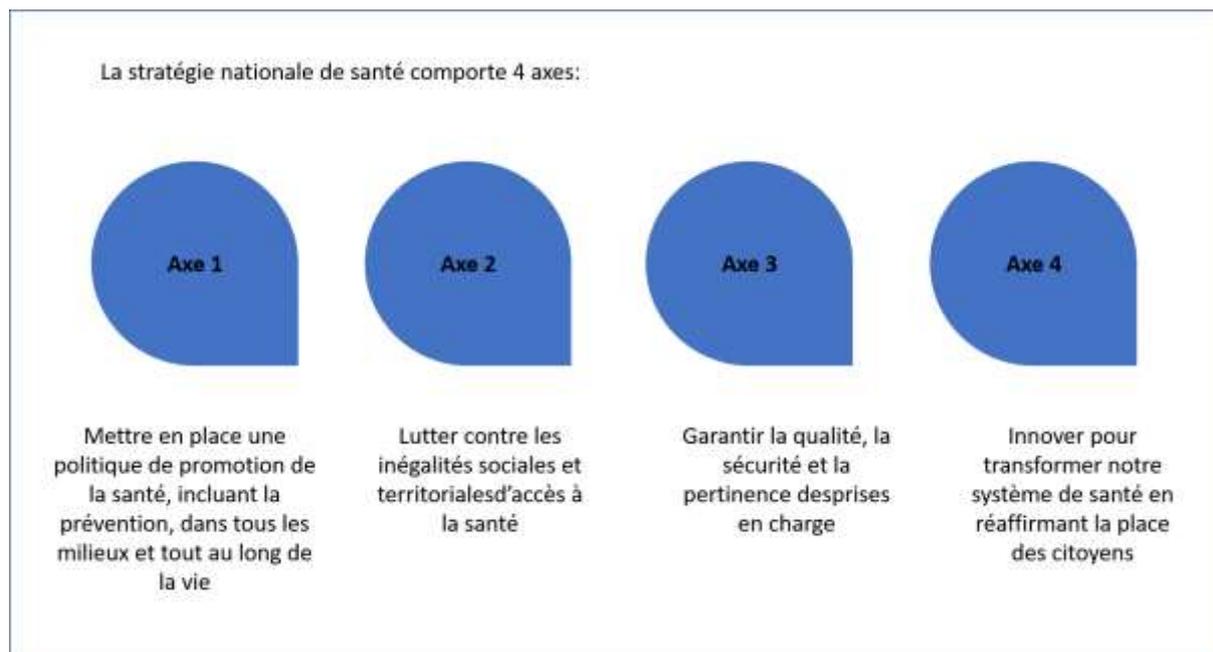
Cros, R. (2014) La mesure de la plus-value des CLS. EHESP. Disponible en: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/iass/cros.pdf>.

ISSARTIAL, G. (2020) L'accompagnement de l'Assurance Maladie dans la mise en place des Communautés Professionnelles territoriales de santé : L'exemple de la CPAM d'Ille-et-Vilaine (35). EHESP.

Liste des annexes

Annexe 1 : Axes de la Stratégie nationale de santé	62
Annexe 2 : Entretiens effectués	63
Annexe 3: Guides d'entretien	64
Annexe 4: La Gouvernance du CLS 1 de Redon Agglomération	73
Annexe 5 : Modèle de Fiche d'action	74
Annexe 6 : Liste d'action du CLS de Redon Agglomération.....	79
Annexe 7: Méthodologie d'intervention du CLS 2021-2026 du pays de Fougères	81
Annexe 8: Données sur la démographie médicale de Redon agglomération	82
Annexe 9: Population consommant (en%) par commune non couverte par un médecin traitant en 2020	85
Annexe 10: Classification de zonage des médecins sur Redon agglomération	86
Annexe 11: Mesures en faveur du maintien et de l'installation des médecins sur le territoire.....	87
Annexe 12: Obstacles à l'accès aux droits et aux soins.....	88
Annexe 13: Ambition et engagement du projet d'entreprise « Itinéraire 2019-2022 » de la CPAM	89
Annexe 14: Ordre du jour des réunions du groupe de travail du réseau de l'Assurance maladie au sujet de CLS de Redon agglomération	90
Annexe 15: Périmètres de CLS en Ille et Vilaine au 1er juillet 2021	91
Annexe 16: Répartition des structures de l'exercice coordonné au 06/2021	92

Annexe 1 : Axes de la Stratégie nationale de santé



Source : Stratégie nationale de santé 2018-2022

Annexe 2 : Entretiens effectués

Institution	Poste
Animation territoriale Redon Agglomération	Coordinatrice CLS
Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille et Vilaine	Conseiller technique territoriale
	Directrice
	Manageur territoire santé
	Agent de direction
	Charge de mission CGDR
	Responsable adjointe "Accès aux droits et soins" en charge des partenariats
	Responsable administrative CES
	Responsable adjoint Fréville
CPAM 44	Animateur Territorial CPAM 44
CPAM 56	Agent CPAM 56
Carsat	Responsable départementale du service social de l'Assurance maladie
EHESP	Chercheur
EHESP	Chercheur
EHESP	Chercheur
Agence régionale de santé	Charge de mission promotion et prévention de la santé et contrats locaux de santé de la Délégation départementale d'Ille et Vilaine

Annexe 3: Guides d'entretien

Guide d'entretien : Agents de la CPAM 56 et 44

Questions Introductives	
Présentation	Pouvez-vous vous présenter ? <ul style="list-style-type: none">• Depuis quand occupez- vous le poste ?• Quelles sont vos missions ?• Depuis quand vous avez la mission CLS ?• Quels sont vos interlocuteurs principaux en interne et externe ?• Vous travaillez en collaboration avec des autres services ?
	Comment est composé votre service ?
	Comment les lignes d'action du service sont-elles définies ? <ul style="list-style-type: none">• Répondent-ils à des directives nationales? (ou à des besoins territoriaux)
Organisation des Partenariats CPAM	
Participation invitation CLS	Sauriez-vous combien de CLS il y a dans le département du Morbihan ? <ul style="list-style-type: none">• La CPAM est signataire de tous les CLS ?• A quel moment la CPAM est associé lors de l'élaboration de CLS
Pilotage CLS	La représentation de la CPAM lors de CLS fait partie exclusive de vos missions ? où c'est une mission partage avec des autres services ? <ul style="list-style-type: none">• Il y a un objectif chiffré pour l'assurance maladie de concrétisation de conventions, partenariats ?• Il existe un objectif de couverture territoriale ?

Gouvernance CLS	Est-ce que la CPAM 56 fait partie des instances de pilotage (COPIL, groupes de travail) dans les différents CLS du département ?
Connaissance CLS	
Contribution CLS	Quels sont les bénéfices pour la CPAM d'intégrer un CLS?
Vision Direction CLS	Quel est le positionnement de la direction de la CPAM sur les CLS?
Rôle de la CPAM dans les CLS	A votre avis quel est la place de la CPAM dans les CLS ? Quel sont les types de demandes effectuées à la caisse ? (un rôle de financeur, régulateur de la désertification médicale ?)
Perspectives Coordination régionale	Pensez-vous qu'une coordination régionale des CLS au sein du réseaux assurance maladie pourrait faciliter le partage mutualisation ?
Territoire de Redon	
Enjeux	Concernant le territoire de <u>Redon</u> , quels sont les enjeux de santé ?

Guide d'entretien : Manager coordinatrice territoire Santé

Questions Introductives	
Présentation	Pouvez-vous vous présenter?
Place de l'assurance maladie dans l'élaboration de CLS	
Genèse mission	Origine de la création du poste

Définition CLS	Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est un CLS et l'opportunité qu'il représente pour l'assurance maladie ?
Articulation/Transversalité	Quelle est l'articulation en interne de votre poste avec les autres services de la caisse ?
	Pensez-vous que le l'organisation actuelle de la caisse permettent un travail en transversalité ?
	<p>Pensez-vous que des outils comme le CLS permettent/poussent à favoriser cette transversalité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment sont mobilisés les autres services lors de développement de vos missions CLS? • Pensez-vous que pourrait être pertinente la création d'une équipe territoire avec certains agents qui ont une bonne connaissance du territoire ?
Stratégie CLS	<p>Quel est la procédure/stratégie de la caisse lors de sa participation à l'élaboration des CLS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il une ambition d'être intégrée dès le départ ? Et dans tous les CLS ? <p>Inclure dans le CLS des priorités établies par la Caisse au niveau national et local? (p.ex. en matière de prévention, accès aux droits et soins...)</p>
Mise en œuvre et suivi des CLS	
Moyen mobilisées	Quels sont les moyens mobilisés pour la caisse pour mener à bien cette mission ?
Suivi	Quel dispositif de suivi des actions est mis en place ?
Evaluation	Il existe une évaluation en interne des engagements (fiche actions) pris dans le cadre de CLS?
Contribution CLS	
Atouts	Quelle est la plus-value pour l'assurance maladie de s'impliquer aux CLS ?

Coopération	<p>ARS=> Pensez-vous qu'un dispositif comme le CLS puisse renforcer les relations partenariales entre la CPAM et les acteurs du territoire ?</p> <p>Collectivités territoriales=> A votre avis, pensez-vous qu'avoir un interlocuteur identifié CPAM - CLS permet renforcer l'action locale /image vis-à-vis des collectivités locales ?</p>
Atteinte des objectifs en interne	<p>Selon vous, comment le CLS peut-il contribuer à l'attente des missions de la caisse ?</p> <p>Pensez-vous qu'ils peuvent contribuer aux attentes des objectifs CPG ?</p> <p>Comment la contribution de CLS pourrait-elle être valorisée ?</p>
Évolutions CLS	
Du dispositif CLS	Quelles évolutions possibles pour le CLS ?
Du pilotage CLS CPAM en interne	Vers une régionalisation et monte en puissance de l'implication des CLS ?
Evaluation de l'implication de la CPAM au CLS	Serait-il pertinent la création des objectifs de gestion en lien à l'implication de la CPAM aux CLS ?

Guide d'entretien : Responsable adjointe "Accès aux droits et soins" en charge des partenariats

Questions Introductives	
Présentation	<p style="text-align: center;">Pouvez-vous vous présenter ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Depuis quand occupez-vous le poste? ● Quelles sont vos missions ? ● Quels sont vos interlocuteurs principaux en interne et externe ?
Organisation des Partenariats CPAM 35	
Stratégie partenariale	<p>Comment s'est construit le réseau de partenaires de l'assurance maladie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quelles actions sont engagées ? ● Il existe une stratégie définie ? ● Comment le recrutement de partenaires se fait-il? Quelle porte d'entrée? ● Il y a un objectif chiffré pour l'assurance maladie de concrétisation de conventions, partenariats? ● Il existe un objectif de couverture territoriale ?

Suivi et évaluation	Quel dispositif de suivi de partenariats est mis en place ? <ul style="list-style-type: none"> • Suivi de financement et fonctionnement ?
	Il existe une évaluation des partenariats signés ?
Connaissance CLS	
Définition	Avez-vous entendu parler du CLS ? <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, pourriez-vous m'expliquer de quoi il s'agit ? • Est-ce que vous avez eu l'occasion de travailler dans le cadre d'établissement des relations partenariales via les CLS ?
Partenariat	Pensez-vous qu'un dispositif comme le CLS puisse renforcer les relations partenariales entre la CPAM et les acteurs du territoire ?
Contribution	Selon vous, comment le CLS peut-il contribuer à vos missions ?
Territoire de Redon	
Avez-vous connaissance des partenariats/conventions établis sur le territoire de Redon ?	

Guide Agent de direction CPAM 35

Gestion du risque		
Définition et évolution	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre définition de la GDR ? • Comment la SDOS intervient sur la gestion du risque ? • Avez-vous vu une évolution des actions de la CPAM ces dernières années (sur l'offre de soins, en matière de gestion du risque) ? 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelle est la posture de l'AM aujourd'hui dans l'organisation de l'offre de soins ?</i> • <i>L'organisation de l'AM et les outils à disposition sont-elles suffisantes pour accompagner la structuration des soins primaires</i>
Objectifs CPG	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les objectifs CPG principaux du service ? Tous les pôles ont des objectifs CPG ? • Que pensez-vous des objectifs CPG ? (Par exemple de l'objectif d'atteindre 5 CPTS en Ille-et-Vilaine) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De quelle manière ils impactent les actions déployées par le service ?</i> • <i>La mission territoires et santé n'a pas d'objectif, qu'est-ce que cela implique / signifie ?</i> • <i>Les objectifs vous semblent-ils pertinents ? Quelles pistes d'amélioration ?</i> • <i>Ajd les politiques publiques s'orientent vers la</i>

		<i>restructuration des soins primaires avec plus de prévention, la promotion de l'exercice coordonné. Dans quelle mesure cette orientation est-elle compatible avec la régulation annuelle des dépenses, les objectifs CPG fixés chaque année ?</i>
Relations ARS-AM	<ul style="list-style-type: none"> • Comment sont les relations avec l'ARS ? • Comment est-formalisé cette coopération ? • Comment la gouvernance de la gestion de risque est-elle définie au niveau régional ? (Cf. programme pluriannuel régional de gestion du risque) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ARS n'a pas toujours les mêmes objectifs, est-ce que cela impact les relations ? • Quelle coordination entre Etat et Assurance Maladie ?(porosité des champs d'action: comment se passe la coopération institutionnelle?)
Territoire et santé		
Lien ISS et GDR	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-il un lien entre GDR et lutte contre les ISS à partir de la définition actuel de la GDR? • Quel type d'actions de gestion des risques pourrait contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ? 	
Approche territoriale	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les spécificités territoriales sont-elles prises en compte lors du déploiement des actions ? 	

Guide d'entretien en destination de l'ATS Redon agglomération

Thématiques	Question principale
Présentation du territoire	Quelles actions en faveur de la santé sont menées par la collectivité territoriale ? (CLIC, MAIA, CCAS, Prévention...)
	Quels sont vos partenaires privilégiés lorsque vous travaillez la santé ?
	Quel sont les problématiques de santé identifiées sur le territoire ?
	Il existe un espace d'exercice de la citoyenneté ? Un conseil local de sante?
	Quel est la position des autres communes (mairies) concernant à la santé sur leur périmètre territoriale ?
Gouvernance CLS	Comment est décidée la gouvernance du CLS ? Quel modèle ? Participation/Représentation prépondérante d'un d'ARS ?

	Quel été la place de la CPAM 35 dans ces instances ? Et les autres CPAM ?
Modes de coordination/ATS	Comment via le CLS se favorisent les actions intersectorielles, et coopération entre les acteurs ?
	Comment sont mobilisés les porteurs des actions ?
Mise en œuvre du programme d'actions des CLS	Qu'est-ce que facilite, contraint le déploiement des actions prévus ?
Rationalité et motivations des acteurs au regard de CLS	Quel sont les bénéfices pour les structures locales ou régionales d'intégrer un CLS ?
	Qu'est qui caractérise la plus-value du CLS ?
Financement de CLS	Quelles sont les devoir/obligations de parties signataires dans le CLS ?
	Est-ce que le CLS permet la définition d'un budget (moyens alloués) pour faciliter la mise en œuvre des actions ?
Représentation de la place de la CPAM	Il y a des attentes spécifiques de la part de Redon agglo vis à vis de la CPAM au sein du prochaine CLS ?
Equité en santé	En prenant en compte la particularité territoriale de Redon agglo, comment garantir Le principe d'égalité de tous devant la santé et à l'accès aux soins ?
Apprentissage CLS 1	Quels atouts lors du déploiement de CLS 1 ? Quelles faiblesses ? Est-ce que l'évaluation a permis de révéler des points à prendre en compte pour la rédaction du prochain CLS ? Sensibilisation aux élus au sujet de sante? <i>Pensez-vous qu'il a permis un renforcement de relations partenariales entre la CPAM et la collectivité ?</i>
CLS 2eme génération : Diag partagée +définition de priorité de santé	Diagnostic partagée : Quelles sont les acteurs qui ont collaborée dans la rédaction du diagnostic partagée ?
	Schéma organisationnel pour le prochain CLS : Quel schéma organisationnel et quelle périodicité de rencontres : COPIL, Groupes techniques/travail ?? Quel espace de suivi ?
Signataires du CLS	Comment est défini le choix de signataires du CLS ?
Axes stratégiques-mise en œuvre des actions	Les axes stratégiques sont fixés une fois la signature du contrat, il y a possibilité d'ajustement du contrat ultérieurement en fonction des besoins sur le territoire ?
Divergence de définition de périmètre d'action	Comment assurer une construction du CLS adaptée au territoire, en tenant en compte la présence de 2 ARS avec des orientations dans les PRS distincts ?

Place de l'assurance maladie dans l'élaboration de CLS		
Genèse mission	Pourquoi l'assurance maladie de ille et vilaine a-t-elle décidé de s'impliquer dans l'élaboration et la signature des CLS ?	Origine de la création du poste Comment se traduit cette implication ? Quel est le but de cette implication ?
Définition CLS	Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est un CLS et l'opportunité qu'il représente pour l'assurance maladie ?	
Stratégie CLS	Quel est la procédure/stratégie de la caisse lors de sa participation à l'élaboration des CLS ?	Y a-t-il une ambition d'être intégrée dès le départ ? Et dans tous les CLS ? Inclure dans le CLS des priorités établies par la Caisse à niveau nationale et locale ? (P.ex. en matière de prévention, accès aux droits et soins...)
Articulation/Transversalité	Quelle est l'articulation en interne de votre poste avec les autres services de la caisse ?	
Mise en œuvre +suivi CLS		
Moyen mobilisés	Quelle sont les moyens mobilisés pour la caisse pour mener à bien cette mission ?	Est-il possible de débloquer des financements (supplémentaires) pour la mise en œuvre des fiches action lorsque la caisse y est impliquée ? (Sous quels forme APP ?) Y a-t-il une obligation de résultat lorsque le Caisse est impliqué dans la mise en œuvre d'une fiche action ?
Suivi	Quel dispositif de suivi des actions est mise en place ?	Suivi de financement et fonctionnement ?
Evaluation	Il existe une évaluation en interne des engagements (fiche actions) pris au cadre de CLS?	
Contribution CLS		
Atouts	Quel est la plus-value pour l'assurance maladie de s'impliquer aux CLS ?	(Interconnaissance acteurs, coopération, renforcement de l'image, création de lien de proximité avec les autorités locales...)
Transversalité	Pensez-vous que des outils comme le CLS permettent/poussent à favoriser cette transversalité ?	
Atteinte des objectifs en interne	Selon vous, comment le CLS peut-il contribuer à l'attente des missions de la caisse ?	Quelles missions ? (Missions classiques + RSO)

	Pensez-vous qu'ils peuvent contribuer aux attentes des objectifs CPG ?	Comment la contribution de CLS pourrait-elle être valorisée ?
Evolutions CLS		
Du dispositif CLS	Quelles évolutions possibles pour le CLS ?	Séjour de la santé ? Stratégie de lutte contre la pauvreté ? Crise covid : Pensez-vous que le CLS pourrait être mobilisé pour le déploiement des actions en lien avec la crise sanitaire
Du pilotage CLS CPAM en interne	Vers une régionalisation et monte en puissance de l'implication des CLS ?	Comment pourrait se traduire concrètement ? (Mutualisation des pratiques a niveau régionale,
Evaluation de l'implication de la CPAM au CLS	Serait-il pertinente la création des objectifs de gestion en lien a l'implication de la CPAM aux CLS ?	P. ex : nb de CLS auquel la CPAM est signataire, nb des partenariats établis grâce au CLS, nb d'actions mise en place

Annexe 4: La Gouvernance du CLS 1 de Redon Agglomération



Source : Le Contrat local de santé de Redon agglomération un outil pour la santé de tous, Synthèse détaillée 2015-2020 . ARS Bretagne, ARS Pays de Loire, Redon Agglomération.

Fiche n° 2 : modèle de fiche action CLS 2

AXE STRATEGIQUE :	
INTITULE DE L'ACTION :	
PORTEUR(S) DE L'ACTION :	
DUREE DE L'ACTION :	Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Début : Fin :
ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION	
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	
Parmi ces éléments d'analyse des besoins, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ¹ ?	
Si non, pourquoi ?	
Quels sont les territoires concernés par ces inégalités ? (le territoire du CLS : la commune ou l'agglomération, des infra-territoires : commune(s) pour un CLS interco. un ou plusieurs quartiers pour un CLS communal...)	
PUBLIC VISÉ : L'action cible-t-elle le public concerné par les inégalités sociales et territoriales repérées dans le diagnostic ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION :	Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel est le stade d'avancement ?	Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>

¹ Des inégalités liées au niveau de revenus, à l'appartenance à une catégorie sociale, au niveau d'éducation, à la discrimination (genre, ethniques, orientation sexuelle), de l'accès à l'offre, etc.

DESCRIPTION DE L'ACTION	
Objectif stratégique auquel se réfère l'action :	
Objectifs opérationnels de l'action :	
Les objectifs opérationnels visent-ils les inégalités sociales et territoriales de santé repérées dans l'analyse des besoins de l'action ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déroulé de l'action intégrant le calendrier :	Étape 1 (période)/ Étape 2 (période): etc.

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION	
Conditions socio-économiques	Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation <input type="checkbox"/>
Conditions de vie	Conditions de travail <input type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, logement, transport et aménagement du territoire) <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors service de santé (logement, emploi, services sociaux et éducatif, alimentation, loisir, etc.) <input type="checkbox"/>
Environnement social	Intégration sociale <input type="checkbox"/> Normes et climat social <input type="checkbox"/> Empowerment de la communauté (participation des habitants, organisation de la communauté) <input type="checkbox"/>
Mode de vie	Acquisition de comportements favorable à la santé (consommation d'alcool, tabac, addictions, alimentation, exercice physique, autres.) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours au soin et à la prévention) <input type="checkbox"/>
Système de soins	Accessibilité (géographique, administrative, financière, socio-culturelle, organisationnelle) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, offre de prévention, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité <input type="checkbox"/>
Contexte économique et politique	Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins des populations <input type="checkbox"/> Prise en compte des déterminants de santé dans les politiques <input type="checkbox"/>

TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS MISES EN PLACE	
Renforcement des capacités individuelles	Information sur la santé <input type="checkbox"/> Education à la santé <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/>
Renforcement des capacités de communautés	Mobilisation des membres de la communauté pour un engagement envers la santé <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Appui à l'organisation de la communauté <input type="checkbox"/>
Amélioration des conditions de vie et de travail	Réhabilitation des lieux de vie et de travail <input type="checkbox"/> Fourniture de biens matériels <input type="checkbox"/> Accès privilégié aux services <input type="checkbox"/> Mise en place de nouveaux services <input type="checkbox"/>
Réorientation des services de santé	Rapprochement et adaptation et services aux populations <input type="checkbox"/> Intégration des soins et coordination des équipes <input type="checkbox"/> Renforcement de l'offre de prévention <input type="checkbox"/> Renforcement des capacités des professionnels et des services de santé <input type="checkbox"/>
Développement stratégique	Développement et renforcement de partenariats intersectoriels <input type="checkbox"/> Amélioration des connaissances <input type="checkbox"/> Planification et mesures politiques <input type="checkbox"/>

PARTENAIRES DE L'ACTION		
Secteurs mobilisés	Acteurs mobilisés (structures, services)	Type de participation (analyse des besoins, organisation, gestion de l'action, pilotage, mobilisation des ressources)
Santé (exemples)		
Social		
Emploi/Insertion		

Education		
Logement		
Habitat		
Aménagement du territoire		
Politique de la ville		
Environnement		
Autres		

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du Contrat de Ville ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

PARTICIPATION	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, de quelle nature ? <i>(cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet)</i>	Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/>
Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :	
Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :	

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT	
Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic	
Indicateurs de processus ² :	
Indicateurs d'activité ³ :	
Indicateurs de résultats ⁴ :	
Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) :	

² **Indicateurs de processus** : ils décrivent les éléments du projet et de son déroulement (activités, acteurs, structures, moyens et ressources utilisées, méthodes employées...). Ils permettent de s'interroger: les activités prévues ont-elles été toutes réalisées? Les moyens ont-ils été tous utilisés?... (*Guide du promoteur PPS de l'ARS-IDF, 2014, annexe 4*)

³ **Indicateurs d'activité** : ils expriment par des données souvent chiffrées la quantité de la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions...). (*Guide du promoteur PPS de l'ARS-IDF, 2014, annexe 4*)

⁴ **Indicateurs de résultats** : ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives. (*Guide du promoteur PPS de l'ARS-IDF, 2014, annexe 4*)

Annexe 6 : Liste d'action du CLS de Redon Agglomération



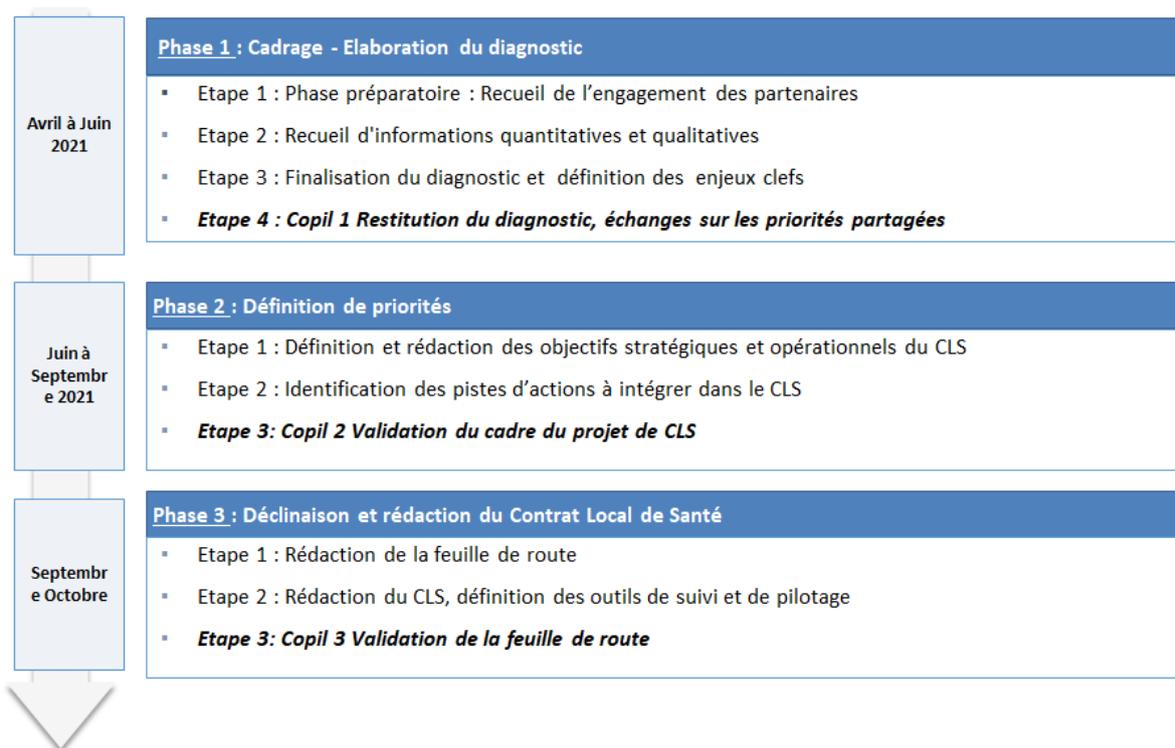
Liste des actions du CLS de REDON Agglomération

5 février 2019

Fiche Action	Intitulé de l'action	Pilote
1	Développer des actions d'éducation nutritionnelle pour les enfants et les adolescents	A définir
2	Développer des actions d'éducation nutritionnelles en direction des aînés	REDON Agglomération (CLIC)
3	Promouvoir la pratique de l'activité physique et le sport pour tous	OFIS de Redon
4	Favoriser l'interconnaissance des acteurs du domaine de l'alimentation et de l'activité physique et sportive	REDON Agglomération (ATS)
5	Informier et sensibiliser sur les dépistages des cancers du sein et du côlon	Adec3 35, Cap Santé Plus, ADECAM 56
6	Promouvoir la vaccination	Agence départementale du pays de Redon, CFPD 44
7	Mener une réflexion pour améliorer la prise en compte de la santé-environnementale sur le territoire	REDON Agglomération (ATS)
8	Développer des actions sur l'adaptation des espaces de vie au vieillissement	REDON Agglomération (CLIC)
9	Favoriser le développement des mobilités douces	REDON Agglomération (Service Transport et Mobilités durable)
38	Accompagner des porteurs de projets du CLS à l'intervention et à l'évaluation en prévention et promotion de la santé	IREPS Bretagne et Pays de la Loire
39	Elaborer une stratégie d'évaluation participative du Contrat local de santé du Pays de Redon-Bretagne Sud	REDON Agglomération (ATS)
10	Promouvoir les compétences psychosociales dès le plus jeune âge en milieu scolaire	IREPS Bretagne et Pays de la Loire
11	Conseiller et accompagner les entreprises en matière de prévention des addictions en milieu de travail	ANPAA 44-35-56
12	Former les professionnels de santé au repérage précoce et interventions brèves	ANPAA 44-35-56
13	Mettre en place un réseau intersectoriel d'acteurs en matière de prévention des conduites addictives chez les jeunes	REDON Agglomération (ATS)
14	Mener une réflexion sur la mise en place d'un Conseil Local en Santé Mentale	A définir
15	Former au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire	ARS DT 44, REDON Agglomération (ATS)
16	Permettre à des personnes en situation de fragilité psychique d'être actrices de leur santé	GEM oxygène
17	Sensibiliser et prévenir l'isolement des personnes âgées	REDON Agglomération (CLIC)

18	Proposer un accueil, une écoute, une prise en charge et une orientation pour les jeunes de 16 à 25 ans de la Mission Locale	Mission Locale Pays de Redon et Vilaine
19	Développer des interventions en milieu scolaire auprès des jeunes collégiens sur la vie affective et sexuelle	Agence départementale du Pays de Redon
20	Renforcer le maillage et la visibilité en matière d'offres de soins et de prévention en santé sexuelle	RRSS, Pôle coordination en santé sexuelle, REDON Agglomération (ATS)
21	Améliorer l'accès à la contraception sur le territoire	Agence départementale du Pays de Redon
22	Améliorer l'information des professionnels de santé sur les questions de prévention et de soins en santé sexuelle	RRSS, Pôle coordination en santé sexuelle
23	Renforcer l'interconnaissance et les partenariats entre les acteurs de la parentalité pour la santé et le bien être des familles	REDON Agglomération (ATS-Petite enfance)
24	Renforcer l'interconnaissance entre les acteurs de la périnatalité sur le Pays de Redon Bretagne Sud	Agence départementale du Pays de Redon
25	Favoriser l'exercice coordonné entre les professionnels de santé	ARS
26	Promouvoir la maîtrise de stage en Médecine Générale sur le territoire	REDON Agglomération (ATS)
27	Créer un centre d'Examen de Santé à Redon	CPAM 35
28	Diffuser et promouvoir le guide " La santé avec des mots simples"	REDON Agglomération (ATS)
29	Informier et sensibiliser les professionnels et les acteurs relais à l'accès aux droits et aux soins	CPAM 35
30	Améliorer la visibilité de la permanence d'accès aux soins au centre hospitalier de Redon	CH de Redon
31	Améliorer les parcours de santé des enfants dès le plus jeune âge	REDON Agglomération (ATS), ARS Bretagne – ARS PDL
32	Améliorer les parcours des personnes âgées	CH de Redon
33	Favoriser la cohérence du déploiement des MAIA sur le pays de Redon	REDON Agglomération (MAIA)
34	Favoriser le développement des plateformes de répit sur l'ensemble du territoire	REDON Agglomération (CLIC-MAIA)
35	Favoriser le développement des programmes d'Education Thérapeutique du patient	CH de Redon
36	Créer une unité de prévention et de promotion de la santé au sein du CH de Redon	CH de Redon
37	Développer des consultations avancées (CH, cliniques spécialisées...)	CH de Redon

Annexe 7: Méthodologie d'intervention du CLS 2021-2026 du pays de Fougères



Source: Méthodologie d'intervention "Le pilotage de la démarche", document interne Pays de Fougères.

Annexe 8: Données sur la démographie médicale de Redon agglomération

- **Démographie générale des professions de santé**

Plusieurs catégories de professionnels de santé sont présentes sur le territoire de Redon agglomération

Catégories professionnels de santé	Nombre sur le territoire		
	Total	+ de 60 ans	+ de 65 ans
Médecins généralistes	41	15	4
Médecins spécialistes	10	6	3
Sage-femme	8	0	0
Infirmier	66	1	0
Masseur kinésithérapeute	42	1	0
Pharmacie	20	-	-
Chirurgien-dentiste	26	5	1
Orthophonistes	14	0	0

Lecture : *Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, seules les officines ou sociétés sont dénombrées (les colonnes relatives aux âges sont donc neutralisées).

Source : cartosanté, d'après le site ARS Bretagne, et l'outil Rezone CPTS, données SNDS 2021.

- **Nombre de PS par commune et par catégorie en activité au 31 déc. 2020**

Les professionnels de santé se concentrent essentiellement dans trois communes : Redon (43 PS), Guémené-Penfao (18 PS) et Pipriac (13 PS). Au 31 décembre 2020, 17 communes n'avaient aucun médecin généraliste sur leur territoire.

Nombre de PS par commune et par catégorie en activité au 31 déc. 2020

Commune	Médecin spécialiste en méd. générale	Infirmier	Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste
Allaire	2	2	3	1
Avessac	-	3	1	-
Bains-sur-Oust	2	2	1	-
Béganne	-	1	-	-
Bruc-sur-Aff	-	-	-	-
La Chapelle-de-Brain	1	-	-	-
Conquereuil	-	3	-	-
Fégréac	1	2	-	-
Les Fougerêts	-	-	-	-
Guémené-Penfao	4	9	4	1
Langon	-	3	-	1
Lieuron	-	-	-	-
Massérac	-	1	-	-
Peillac	3	1	2	-
Pierric	-	-	-	-
Pipriac	2	5	4	2
Plessé	4	6	1	1
Redon	13	7	14	8
Renac	-	-	-	-
Rieux	2	2	1	-
Saint-Ganton	-	-	-	-
Saint-Gorgon	-	-	-	-
Saint-Jacut-les-Pins	1	2	-	-
Saint-Jean-la-Poterie	-	-	-	-
Saint-Just	-	1	-	-
Saint-Nicolas-de-Redon	1	4	4	-
Saint-Perreux	-	1	2	-
Saint-Vincent-sur-Oust	-	-	-	-
Sainte-Marie	1	-	-	-
Sixt-sur-Aff	3	4	2	-
Théhillac	-	1	-	-

Lecture

La commune est neutralisée pour la profession au vu du nombre de professionnels ayant eu une activité sur la période

Médecin spécialiste en méd. générale : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 67.5 %

Infirmier : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 55 %

Masseur Kinésithérapeute : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 64.1 %

Orthophoniste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 42.9 %

Source : Rezone CPTS, Données SNDS année 2020.

- **Evolution de la démographie médicale 2014-2019**

Au 31 décembre 2019, la densité de médecins généralistes est de 6,6, contre 8,8 en France métropolitaine. Cette densité évolue à la baisse depuis une dizaine d'années, et ce de façon plus marquée qu'au niveau national.

	CA Redon agglomération	France
Densité de généralistes lib (pour 10 000 hab)	6,6	8,8

Source : Insee, FNPS, données 2019 d'après l'outil cartosanté, ARS Bretagne, Atlas en continu, mars 2021.

- **Plus d'un tiers des médecins sont âgés de 60 ans et plus au 31 décembre 2020, contre 32,3% au niveau national**

27,5% des médecins généralistes de Redon agglomération sont âgés de moins de 40 ans au 31 décembre 2020, contre 21,5% au niveau national.

Cependant, la profession est vieillissante : 10 % des médecins généralistes sont âgés de 55 à 59 ans au 31 décembre 2020, et 35% de 60 ans et plus, contre 32,3% en France métropolitaine :

Répartition des omnipraticiens par tranche d'âge au 31/12/2020

	Nombre		%	
	CA Redon Agglomération	France	CA Redon Agglomération	France
Moins de 40 ans	11	12 526	27,5	21,5
40 à 49 ans	8	9 932	20,0	17,0
50 à 54 ans	3	5 958	7,5	10,2
55 à 59 ans	4	11 026	10,0	18,9
60 ans et plus	14	18 863	35,0	32,3
Total	40	58 392	100,0	100,0

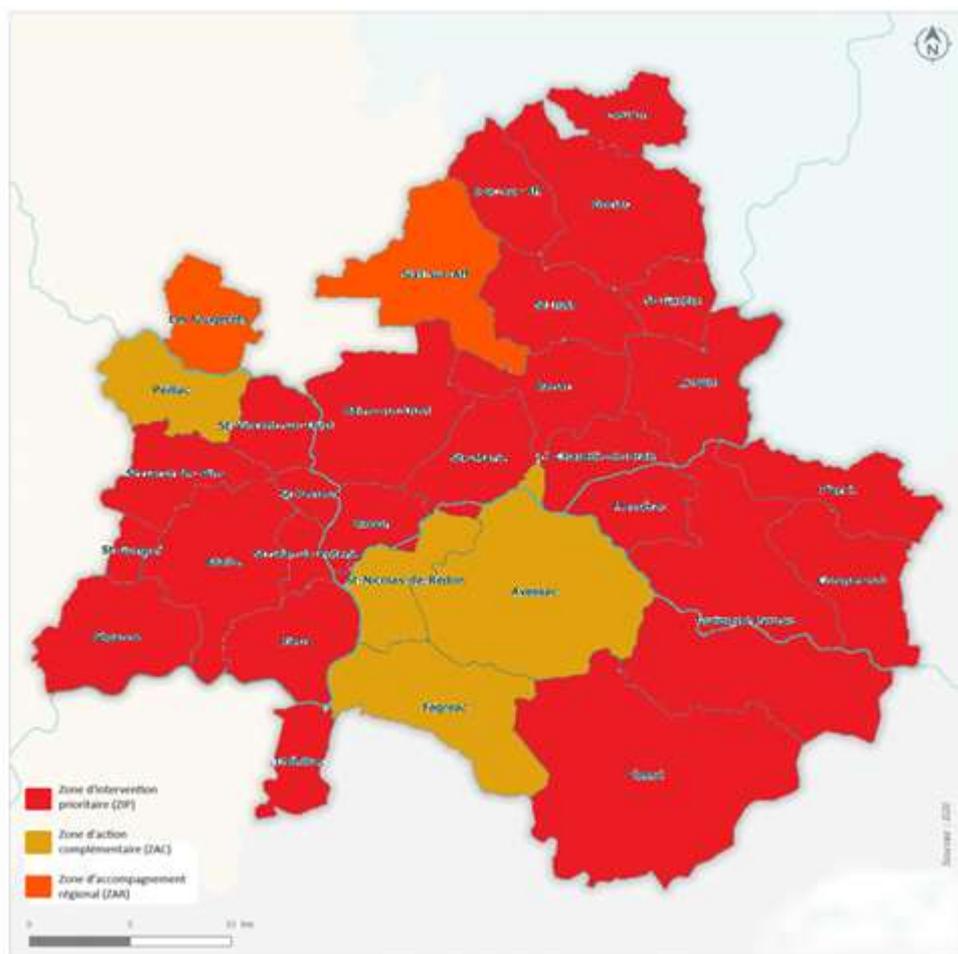
2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 **2020**

Source : Insee, FNPS, d'après l'outil cartosanté, ARS Bretagne, Atlas en continu, mars 2021.

Les médecins généralistes âgés de 60 ans et plus se concentrent dans les communes de Redon (35), Peillac (56) et Rieux (56). Les médecins généralistes de moins de 40 ans se trouvent essentiellement dans les communes de Redon (35) Pipriac (35), Guémené-Penfao (44), et Plessé (44).

Annexe 10: Classification de zonage des médecins sur Redon agglomération

Dans le cadre du zonage médecins généralistes, 23 communes de Redon agglomération sont classées en Zone d'intervention prioritaire (ZIP), 6 sont classées en Zone d'action complémentaire (ZAC), tandis que 2 communes sont classées en Zone d'accompagnement régional (ZAR)



Source : ARS Bretagne, janvier 2021 et d'après l'outil Rezone CPTS.

Annexe 11: Mesures en faveur du maintien et de l'installation des médecins sur le territoire

Des mesures en faveur du maintien et de l'installation des médecins sont mises en place sur les territoires classés en ZIP, en ZAC, en ZAR et/ou en Zone de vigilance.

	Mesures en faveur de l'installation	Mesures en faveur des MSP	Autres mesures
Zones d'intervention prioritaire (ZIP)	<ul style="list-style-type: none"> - Aides de l'ARS (CESP-PTMR-PTMG-PTMA, mises à disposition d'un praticien) * - Aides de l'assurance maladie (CAIM-COSCOM-COTRAM-CSTM) * - Aides des collectivités territoriales (aide à l'exercice des professionnels, bourse d'étude, indemnité de logement, indemnité de déplacement etc.) * - Aides fiscales (limitées aux seules rémunérations des actes de la permanence des soins) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement ARS pour rédaction et mise en œuvre du projet de santé - Soutien financier pour l'immobilier selon les orientations prises par les préfetures, le conseil régional et certains conseils départementaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des certificats de décès en dehors des horaires couverts par la PDSA*
Zones d'action complémentaire (ZAC)	<ul style="list-style-type: none"> - Aides de l'ARS (CESP-PTMR-PTMG-PTMA, mises à disposition d'un praticien) * - Aides des collectivités territoriales (aide à l'exercice des professionnels, bourse d'étude, indemnité de logement, indemnité de déplacement etc.) * 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement ARS rédaction et mise en œuvre du projet de santé - Soutien financier pour l'immobilier selon les orientations prises par les préfetures, le conseil régional et certains conseils départementaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des certificats de décès en dehors des horaires couverts par la PDSA*
Zones d'accompagnement régional (ZAR)**	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'installation de 25 000 € (financée sur le fonds d'intervention régional (FIR) de l'ARS Bretagne), pour toute nouvelle installation y compris hors primo installation, en libéral ou en centre de santé. 		
Zones de vigilance		<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement ARS rédaction et mise en œuvre du projet de santé (en vigueur lors de la parution du nouveau zonage) 	

* Articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, dispositions du b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale, article L. 632-6 du code de l'éducation, article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, article 151 ter du code général des impôts, articles L. 1435-4-2 à L. 1435-4-5 et articles L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du code de la santé publique

** Dans l'objectif de prendre en compte certaines spécificités territoriales, l'ARS Bretagne a décidé de créer une nouvelle catégorie de zone non réglementaire dans le cadre du zonage médecin 2021 : les zones d'accompagnement régional (ZAR). Ces ZAR appartiennent à la catégorie des ZAC mais bénéficient d'aides complémentaires du fait de leur particulière fragilité.

Source : ARS Bretagne, Révision du zonage médecins, 2018, et d'après le Portail d'accompagnement des professionnelles de santé Bretagne, janvier 2021.

Annexe 12: Obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients

Tableau 48 : Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients reçus dans les Casos, 2011

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Méconnaissance des droits et des structures	30,5	5 128
Difficultés administratives	20,7	3 487
Barrière linguistique	20,6	3 477
Aucun droit possible ¹	19,5	3 281
Pas de preuves de présence en France depuis 3 mois	13,6	2 282
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	7,5	1 267
Complémentaire trop chère (ou difficultés avance frais, paiement des franchises...)	7,3	1 232
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	2,1	361
Droits ouverts dans un autre pays européen	2,0	336
Mauvaise expérience dans le système de soins	1,4	230
Refus de renouvellement des droits	1,1	180
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) dans les lieux de soins	1,0	166
AME trop chère (pas les moyens d'acquitter le droit d'entrée)	0,5	85
Autre raison exprimée	4,2	712

Taux de réponses : 71,2 %.
¹ En France depuis moins de 3 mois ou visa touriste ou plafond dépassé.

Source : Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, rapport 2011, p. 100

Annexe 13: Ambition et engagement du projet d'entreprise « Itinéraire 2019-2022 » de la CPAM 35



POURSUIVONS NOTRE ITINÉRAIRE.

Affirmons nos ambitions et engagements pour les quatre années à venir

Cette période pluriannuelle permet une vision à moyen terme en concordance avec le cadrage national de nos missions 2019-2022.

Depuis septembre 2015, les salariés de la caisse primaire d'Assurance Maladie poursuivent leurs résolutions dans le cadre d'un grand projet couvrant la majeure partie de leurs activités et donnant des perspectives. Au fil des étapes et des avancées, l'ITINÉRAIRE a trouvé sa place comme il conduirait des transformations. Il donne du sens aux objectifs et réussites fondés sur les valeurs du service public et la solidarité. Il permet de rappeler ou souligner les engagements pris pour mieux vivre et travailler ensemble. Enfin, il révèle l'importance des contributions de notre organisme au réseau de l'Assurance Maladie.

Le souhait partagé de conserver les caractéristiques d'ITINÉRAIRE, vecteur de cohésion interne tout en simplifiant la gestion de ce projet d'envergure produit un nouvel ITINÉRAIRE. Cette version se trouve allégée de plans d'actions détaillés et de reporting. l'ITINÉRAIRE 2019-2022 n'en demeure pas moins porteur d'ambitions renouvelées qu'il s'agisse de performance, de mieux travailler ensemble ou encore de contribuer aux progrès du réseau. L'innovation prend une dimension plus affirmée et transversale au cœur de la stratégie d'avenir de l'organisme.

L'indispensable participation interne à l'élaboration de ce guide résulte des multiples questionnaires réalisés, de divers groupes de travail et instances et enfin de l'exploitation des rencontres collaboratives inscrites dans nos pratiques.

NOS AMBITIONS

Douze engagements collectifs déclinent trois grandes ambitions pour 2019-2022 :

- Relever avec confiance les nouveaux défis de la performance
- Investir dans l'innovation sociale pour avancer ensemble
- Réussir nos mutations dans un réseau en mouvement





ENGAGEMENT N°1

Faciliter la transformation du système de santé pour garantir une égale qualité des soins à nos assurés.

L'égalité qualité des soins pour les assurés sociaux est une ambition majeure de l'Assurance Maladie. C'est aussi un critère de performance pour le système de santé en cours de transformation.

Avec l'ambition de faciliter la nécessaire transformation du système de santé, nous nous engageons à :

- Mobiliser tous les leviers à notre disposition pour faciliter l'accès aux soins : régulation des dépassements d'honoraires, promotion des dispositifs incitatifs à l'installation dans les zones sous-dotées, promotion de l'exercice coordonné, etc.,
- Renforcer la place de la prévention dans nos actions de gestion du risque et s'engager auprès de l'Agence Régionale de Santé pour favoriser les projets de promotion de la santé auprès de la population, en privilégiant les publics et les territoires les plus fragiles,

- Porter les messages de pertinence des soins auprès de tous les acteurs du système de santé,
- Entretenir un partenariat solide avec les offreurs de soins, qu'il s'agisse des établissements ou des professionnels de santé libéraux, en leur garantissant une offre globale de service irréprochable et en les accompagnant dans leur exercice professionnel. Le guichet unique est un exemple emblématique de cette démarche,
- Favoriser l'innovation en santé, en jouant un rôle d'appui auprès des acteurs du système de santé et en promouvant les services numériques,
- Renforcer la transversalité et s'appuyer sur toutes nos compétences en interne pour avoir une action efficace et cohérente vis-à-vis de nos publics : en articulant mieux accompagnement et contrôle, accès aux droits et accès aux soins, prévention et régulation,

ENGAGEMENT N°2

Accompagner chacun dans son accès aux droits et aux soins.

L'accès aux droits et aux soins est au cœur de la mission de l'Assurance Maladie. Nous y œuvrons au quotidien et devons poursuivre l'accompagnement des assurés y compris par des actions innovantes et l'appui de nos partenaires.

La dernière action mise en œuvre est la plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) qui vise à mettre en place une détection et un accompagnement personnalisé pour connaître et limiter les renoncements aux soins.

De manière générale, l'analyse approfondie des besoins différenciés des assurés doit nous permettre d'adapter nos réponses à leurs problèmes, qu'ils soient dus à la complexité administrative, aux difficultés d'utilisation du numérique, à l'orientation dans le parcours de soins ou à la situation financière des assurés.

Dans une logique de simplification et de conseil attentionné, nous nous engageons à :

- lutter contre le renoncement aux soins avec des objectifs ambitieux pour la PFIDASS,
- prendre appui sur nos partenaires institutionnels, associatifs, territoriaux, les employeurs, les établissements et du monde libéral, pour mettre en place des solutions facilitantes et adaptées à chacun,
- promouvoir l'éducation en santé pour développer l'autonomie,
- favoriser l'inclusion numérique, en cohérence avec les autres organismes de la sphère sociale,
- orienter l'offre du CES vers les publics plus éloignés et fragilisés.

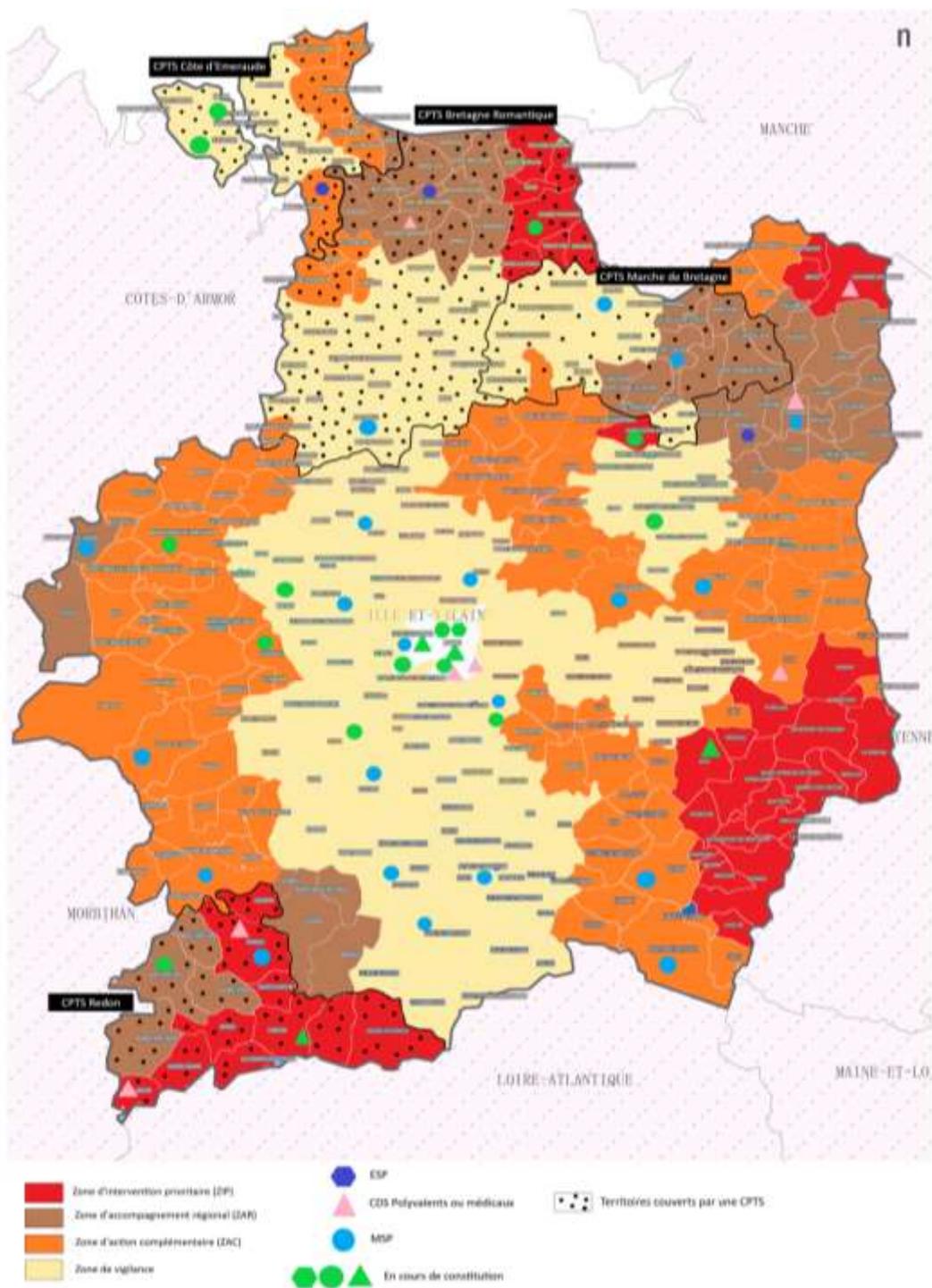
Source : Projet d'entreprise « Itinéraire 2019-2022 » de la CPAM 35

Annexe 14: Ordre du jour des réunions du groupe de travail du réseau de l'Assurance maladie au sujet de CLS de Redon agglomération

	Dates	Thématiques
1 ^{er} réunion	15/03/2021	<p>A. Retour sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conférences « Accompagner opérationnellement les professionnels et étudiants en santé sur le territoire » et « Développer des outils numériques et structures innovantes » • Les échanges avec le cabinet Acsantis. <p>B. Questionnements sur le rôle et l'investissement de l'assurance maladie sur le territoire de Redon Agglo :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos objectifs partagés sur ce territoire, • Nos leviers d'actions, • Les freins, <p>C. Réflexion partagée sur des pistes d'actions en vue du futur CLS de Redon Agglomération.</p>
2 ^{eme} réunion	16/06/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Point sur le diagnostic de territoire, • Point sur les actions en cours ou prévues par nos organismes, • Propositions d'orientations pour ce contrat local de santé.
3 ^{eme} réunion	07/08/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur le Copil CLS de Redon Agglomération du 1^{er} juil-21, • Complétude des actions en cours ou prévues par nos organismes (en particulier Cpm 44 et 56 qui prévoyaient de consulter leurs services prévention respectifs), • Formulation d'une proposition d'orientations à faire valider par nos directions.

Source : documentation interne CPAM 35

Annexe 16: Répartition des structures de l'exercice coordonné au 06/2021



Source : Base de données de l'assurance maladie, avril 2021 et FINSS – 2020

ORUE GONZALEZ	Jazmin	15/09/2021
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Implication de l'assurance maladie dans les politiques territoriales de santé via l'exemple du CLS de Redon agglomération		
Promotion 2020-2021		
<p>Résumé :</p> <p>Apparu avec la loi HPST de 2009, le contrat local de santé (CLS) constitue l'outil privilégié de l'action territoriale de l'ARS Bretagne, il est soutenu politiquement par l'agence et les collectivités territoriales. La mobilisation des services de l'État, des organismes sociaux, d'autres acteurs locaux et de la population reste néanmoins indispensable dans ce cadre. C'est par ailleurs un outil qui répond aux principes d'action en promotion de la santé (action précoce, intersectorialité, participation des personnes, universalité et proportionnalité des actions). Il privilégie un mode de travail transversal, impliquant tous les acteurs du domaine de la santé et hors du domaine de la santé.</p> <p>Depuis quelques années, la CPAM 35 formalise son implication aux CLS par le biais de la création d'une mission et une stratégie dédiée à ce sujet. L'implication dans ce type de dispositifs représente, d'une part une opportunité pour l'Assurance maladie au regard de sa mission première que c'est celle de favoriser l'égal accès, et d'autre part elle représente un enjeu car elle suppose un changement dans les modalités de travail : passer d'une culture professionnelle basée dans la régulation et contrôle à une approche basée sur l'animation territoriale.</p> <p>L'objectif de ce mémoire est d'interroger, à travers l'exemple du CLS de Redon agglomération, les perspectives d'implication de l'Assurance Maladie dans l'élaboration et signature du contrat local de santé : leur légitimité, la stratégie qu'elle met en place, les moyens dont elle mobilisé, leur plus-value, et la complémentarité de ses actions avec celles promues aux CLS. Tout en mettant en perspective comme l'assurance maladie peut passer d'une position de gestion de l'offre de soins à une place d'acteur dans la co-construction des politiques de santé locale. Le présent rapport se base sur une méthode de triangulation de données, ainsi à une analyse de la littérature grise et scientifique, l'accompagne l'analyse de 10 entretiens semi-directifs effectués auprès des acteurs institutionnels.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Contrat local de santé, Assurance maladie, transversalité, inégalités sociales de santé ; animation territoriale, animation territorial, Ille-et-Vilaine, Bretagne.</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>		