



EHESP

IASS

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **mars 2013**

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) comme outils de la co-construction des politiques locales de santé entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les collectivités territoriales.

Enjeux et perspectives au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon.

Murielle KORDYLAS

Remerciements

Je remercie tout d'abord mon maitre de stage, Dominique Keller, Directeur de la Santé Publique et de l'Environnement (DSPE) à l'ARS Languedoc-Roussillon. Il m'a permis d'effectuer mon stage d'exercice professionnel au sein de la DSPE et de commencer à y apprendre mon métier. Il m'a encouragée dans toutes mes démarches et notamment celles liées au mémoire et m'a beaucoup appris. Je le remercie de m'avoir soutenue tout en me laissant faire des choix et pour ses conseils concernant l'organisation et la rédaction de cette étude.

Je remercie tous les agents de la DSPE et de l'ARS Languedoc-Roussillon qui m'ont intégrée rapidement, qui m'ont associée à leur travail, qui m'ont fait confiance et qui ont toujours pris le temps de répondre à mes questions. Je remercie notamment Suzanne Guglielmi, responsable du Pole Prévention et Promotion de la santé, pour ses encouragements et Anne-Sophie Dormont, co-responsable de la Cellule Ingénierie en santé publique, pour sa disponibilité et ses conseils quant à l'organisation de ce mémoire.

Je remercie toutes les personnes au sein de l'ARS, des collectivités territoriales et les élus qui ont accepté de répondre à mes questions. Ils ont enrichi ma réflexion et m'ont permis de construire cette étude.

Je remercie également les équipes de l'EHESP et notamment la filière IASS et Marie-Elisabeth Cosson pour leur appui à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également toutes les personnes qui ont su se montrer présentes lors de la rédaction de ce mémoire, qui m'ont encouragée, m'ont donné des conseils ou des éléments de réflexion.

Sommaire

Introduction	3
Partie 1 : Les Contrats Locaux de Santé, s'inscrivent dans une nouvelle dynamique portée par les Agences Régionales de Santé, de territorialisation et de co-construction des politiques locales de santé.....	9
I. Les logiques antérieures d'organisation et de fonctionnement n'ayant pas donné entière satisfaction en termes d'efficience.....	9
A : Des logiques antérieures d'organisation et de fonctionnement moins soucieuses de la territorialisation des politiques publiques.....	9
B : Caractérisation de la région Languedoc-Roussillon notamment au regard des inégalités sociales et territoriales de santé	11
II. ... une nouvelle approche d'animation territoriale et de co-construction des politiques locales de santé a émergé depuis la création des ARS.....	14
A : Depuis la loi HPST, les ARS créent les conditions des démarches territorialisées notamment à travers les CLS	14
B : Les bénéfices attendus de la démarche CLS.....	16
C : La gestion des premières démarches CLS dans la région Languedoc-Roussillon et l'organisation mise en place au sein de l'ARS	21
Partie 2 : Les enjeux suscités par la co-construction des politiques locales de santé en Languedoc-Roussillon.....	25
I. Faire émerger une vision commune des besoins de santé, du projet local de santé et de sa mise en œuvre dans le cadre du Contrat Local de Santé	25
A : La conduite du diagnostic partagé	26
B : Le respect des priorités des co-signataires.....	28
II. Réunir les conditions d'un partenariat équilibré : la nécessité d'une compréhension commune des moyens mobilisés et du rôle de chaque partenaire	33
A : Les moyens apportés par les signataires.....	33
B : La mise en œuvre du contrat et son pilotage politique et technique.....	37
III. Susciter une entrée pertinente dans la démarche liée aux Contrats Locaux de Santé, des collectivités territoriales, de leurs élus et des partenaires.....	41
A : Une démarche CLS que l'ARS doit être capable d'orienter.....	41
B : Comment faire émerger une réponse locale de la part des opérateurs, des partenaires	45
Partie 3 : Les évolutions envisageables au sein de l'Agence Régionale de Santé afin de répondre aux enjeux posés par la démarche liée aux Contrats Locaux de Santé.....	47

I. De nouveaux outils au service des Contrats Locaux de Santé ou complémentaires à cette démarche.	47
A : De nouveaux outils de diagnostics territorialisés en cours d'élaboration pour repérer les besoins de santé.....	47
B : Les autres outils et concepts d'animation territoriale portés au sein de l'ARS	48
C : D'autres conceptions de la mise en œuvre des politiques locales de santé existent.	50
II. Des évolutions rendues nécessaires par la démarche liée aux Contrats Locaux de Santé	51
A : L'évolution de l'organisation interne de l'ARS Languedoc-Roussillon au service de l'animation territoriale.....	52
B : De nouvelles modalités de travail à mettre au service de la co-construction des politiques locales de santé en Languedoc-Roussillon	56
III. Un nouveau positionnement pour les inspecteurs au sein du cadre renouvelé par la co-construction des politiques locales de santé	59
Conclusion.....	61
Bibliographie et références	63
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS :	Agence Régionale de Santé
ASV :	Ateliers Santé Ville
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CDAG :	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CLAT :	Centre de Lutte Antituberculeuse
CLS :	Contrat Local de Santé
COSAD :	Cellule d'Observation Statistique et d'Aide à la Décision
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA :	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP :	Code de la Santé Publique
DDASS :	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSP :	Direction de la Stratégie et de la Performance
DSPE :	Direction de la Santé Publique et de l'Environnement
FIR :	Fonds d'Intervention Régional
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IASS :	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSP :	Maison de Santé Pluri-professionnelle
PRAPS :	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS :	Projet Régional de Santé
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
SRP :	Schéma Régional de la Prévention
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Pour R. Bachelot-Narquin « *les Agences Régionales de Santé (ARS) sont au plus près des territoires. Elles créent des espaces de dialogues, parfois même de codécision avec les élus locaux, avec les professionnels, avec les associations de patients.* »¹.

La volonté de renforcer le pilotage régional de la politique de santé et l'objectif de répondre au mieux aux besoins de la population dans les différents territoires, sont contenus dans la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST)². La notion de « territoires » est d'ailleurs mise en exergue dans l'intitulé de la loi³. La territorialisation des politiques et l'implication des élus locaux dans la définition de la politique de santé reposent notamment sur la démocratie sanitaire et les outils de l'animation territoriale tels que les Contrats Locaux de Santé (CLS). Les CLS s'intègrent dans la logique de reconnaissance de la pertinence de l'échelon régional et infrarégional pour intervenir sur les questions de santé et mettre en place une stratégie de promotion de la santé⁴. Les enjeux des l'ARS, de transversalité, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de travail en partenariat avec les élus des territoires, se retrouvent au sein de ce nouvel outil d'animation territoriale que sont les CLS.

Ainsi, la loi HPST prévoit que la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS) peut faire l'objet de CLS, conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales (Article L1434-17 du CSP). Les CLS ouvrent la perspective d'une contractualisation entre l'ARS et les collectivités et notamment les communes, les intercommunalités ou les pays afin de définir, d'élaborer un véritable projet de santé pour un territoire, partagé entre l'ARS et les acteurs locaux. Les champs sur lesquels il est possible de contractualiser sont ceux de la prévention et de la promotion de la santé et potentiellement tous les champs de compétences de l'ARS (soins de premiers recours, personnes âgées...) sans se substituer au régime des autorisations.

Depuis 2011 et parallèlement à la poursuite de la concertation régionale visant à l'adoption du PRS, l'ARS Languedoc-Roussillon s'est engagée dans une dynamique d'animation territoriale visant à faire rencontrer les besoins et les dynamiques des territoires identifiés par

¹ Actes de colloque, « Les enjeux locaux d'organisation de la santé », *Colloque consacré aux dynamiques territoriales de santé*, publiés par la Gazette Santé Social, novembre 2010.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n°1

³ GROUPE 18, PROMOTION « ROBERT BADINTER » (2009-2011) DE L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION (ENA), « L'émergence des ARS dans le paysage territorial et ses premiers résultats au regard des ambitions de territorialisation des politiques de santé », travail réalisé dans le cadre des Options d'approfondissement en février 2011, p.8

⁴ Document de présentation de la *8ème Université d'été francophone en santé publique de Besançon*, 26 juin au 1er juillet 2011, Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté

les élus locaux, avec les priorités et les politiques inscrites dans le PSRS et le PRS. Dans le Schéma Régional de la Prévention (SRP) de l'ARS Languedoc-Roussillon, le CLS est défini comme « *un instrument contractuel d'animation et d'articulation des dispositifs et des politiques publiques en santé* ». Son objectif est de « *créer des espaces de négociation et de coopération* ». Il s'agit « *d'un outil d'articulation des initiatives locales avec le PRS et qui s'inscrit dans un objectif de consolidation du partenariat local* »⁵.

On peut parler d'une « *expérience historique des municipalités dans le champ de la santé* »⁶ alors que les villes ont des compétences propres d'attribution très limitées dans ce champ. Il est uniquement question, dans le cadre de leur pouvoir de police, de leur responsabilité en termes de salubrité publique⁷. En effet et contrairement au champ des politiques sociales, les politiques de santé ont été peu concernées par le mouvement de décentralisation, « *le domaine de la santé est même le seul secteur dans lequel on a constaté une nouvelle centralisation* »⁸. Malgré cela, les communes assurent des missions de proximité en matière sociale et médico-sociale au travers des centres communaux d'action sociale. D'autre part, « *les communes sont (...) une échelle courante de la territorialisation des politiques nationales comme la politique de la ville* »⁹. En Languedoc-Roussillon, c'est d'abord avec les communes et leurs groupements que l'ARS conduit des discussions de CLS, en s'attachant à impliquer, lorsque cela est possible, le Conseil général. La première pierre d'une logique de contractualisation entre l'Etat et les acteurs locaux dans le champ de la santé a été posée en 2000, lorsque « *l'Etat réintégra plus fortement la santé dans les politiques locales à travers les Ateliers Santé Ville (ASV)* »¹⁰. Les ASV sont des projets territoriaux de santé spécifiques aux territoires de la politique de la ville prévus par la circulaire du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire¹¹ qui pose un cadre méthodologique de référence. Selon le Référentiel national des ASV « *l'ASV permet à une commune ou à un groupement de communes de développer, avec l'Etat, une approche contractualisée des problématiques de santé du territoire et des moyens à mettre en œuvre pour réduire les inégalités de santé*¹² ».

⁵ ARS LANGUEDOC ROUSSILLON, Schéma Régional de Prévention (SRP), 2011

⁶ SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (SGCIV), *Référentiel national des Ateliers santé ville (ASV)*, 10 avril 2012, Editions du CIV, p.31

⁷ Le Goff E., « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », *Revue française des affaires sociales* 4/2011 (n°4), p.160

⁸ GROUPE 18, PROMOTION « ROBERT BADINTER » DE L'ENA, *op. cit.*, p.13

⁹ Le Goff E., *op. cit.* p.160

¹⁰ *Ibid.*, p.160

¹¹ CIRCULAIRE N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

¹² SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (SGCIV), *op. cit.*, p.5

Les CLS, tout comme les ASV, ont la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé parmi leurs objectifs. Cependant, les CLS permettent un élargissement des champs, des territoires et des populations concernés par la dynamique de territorialisation contenue dans les ASV. Pour E. Le Goff, « *les CLS sont susceptibles de rassembler les initiatives locales et les priorités nationales de santé dans un cadre commun : ils sont le signe du renforcement de la présence de l'Etat dans les politiques de santé sur l'ensemble du territoire local et plus seulement sur des territoires relevant de la politique de la ville* »¹³. Pour D. Jourdan, c'est bien la création des CLS qui a fait émerger « *un cadre institutionnel en vue du développement d'action de santé au plus près de la population* »¹⁴.

Les CLS s'inscrivent à la croisée de plusieurs enjeux et de plusieurs notions. La co-construction des politiques locales de santé, au travers des CLS, vise à créer un espace commun (politique et technique) et les conditions de la poursuite d'objectifs partagés avec les collectivités territoriales et leurs élus, au service des objectifs de l'ARS, des collectivités territoriales impliquées et des besoins de santé de la population. Nous considérerons ici la co-construction des politiques locales de santé comme une forme de la territorialisation des politiques, puisqu'il s'agit d'identifier les besoins de la population depuis les territoires et d'apporter des réponses spécifiques et ce, en mutualisant les forces de l'ARS et des collectivités territoriales. Ainsi, « *la territorialisation des politiques publiques correspond à une application différenciée des politiques en fonction des spécificités des territoires* »¹⁵.

D'après la cellule d'appui à l'animation territoriale de l'ARS Languedoc-Roussillon, « *l'animation territoriale, c'est la mise en œuvre de la politique territorialisée de l'ARS* »¹⁶. L'animation territoriale des politiques peut être définie comme « *la mise en cohérence d'un ensemble d'activités en vue d'améliorer la santé de la population sur un territoire donné. Elle répond à la nécessité d'articuler à l'échelle d'un territoire les initiatives et politiques développées dans le domaine de la santé, en relation avec les besoins recensés et les ressources disponibles* »¹⁷.

Un Objectif national de conclusion de 250 Contrats Locaux de Santé par les ARS d'ici la fin de l'année 2013, a été affirmé¹⁸. En Languedoc Roussillon, trois CLS de préfiguration ont été signés sur la période 2011-2012, ce qui est en-deçà des objectifs fixés¹⁹.

¹³ Le Goff E., *op. cit.*, p.161

¹⁴ JOURDAN D. et al., « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique* 2/2012 p.174

¹⁵ Le Goff E., *op. cit.*, p.160

¹⁶ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, cellule d'appui à l'animation territoriale : Note à l'attention du Directeur général « Du PRS à l'animation territoriale », septembre 2012, p.2

¹⁷ GROUPE 18, PROMOTION « ROBERT BADINTER » DE L'ENA, *op. cit.*, p.27

¹⁸ « 250 Contrats Locaux de Santé pour 2013 », *Réseaux, Santé et Territoire n°38*, mai/juin 2011

Au delà du nombre de CLS d'ors et déjà signés par l'ARS Languedoc-Roussillon, c'est bien la place que la démarche d'animation territoriale est en train de prendre au sein de l'Agence et le nombre de contrats en cours d'élaboration qui doivent être observés et ce, d'autant plus que l'ARS est engagée dans une « deuxième phase » de démarche de préfiguration de CLS. Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, c'est la Direction de la Santé Publique et de l'Environnement (DSPE)²⁰ qui porte l'ingénierie et l'accompagnement des démarches de CLS, en appui ou en suppléance des délégations territoriales. C'est au sein de cette Direction que mon stage d'exercice professionnel a été réalisé. La Direction de la Stratégie et de la Performance (DSP) porte actuellement la réflexion sur l'animation territoriale.

En Languedoc-Roussillon, c'est bien la co-construction des politiques locales de santé entre l'ARS, les élus et les collectivités locales qu'il est intéressant d'étudier, car ce sont avec ces partenaires que l'ARS a jusqu'à présent choisi de contractualiser, là où d'autres ARS ont impliqué des hôpitaux ou des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP)²¹.

Alors que de l'expérience commence à être engrangée au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, il est primordial d'analyser les perspectives offertes par ce nouvel outil que sont les CLS et la nouvelle logique qu'ils induisent, celle de la co-construction des politiques locales de santé.

Méthode de travail

Dans la conduite de cette étude, l'approche qualitative a été privilégiée au regard du thème étudié :

- la conduite d'entretiens : en interne (ARS siège et délégations territoriales), en externe (élus, services de collectivités, coordinateurs techniques de CLS),
- l'observation directe : comités de pilotage de CLS, comités techniques de CLS, rencontres ARS-coordinateurs techniques de CLS, rencontres ARS-élus locaux, groupe de travail thématique d'élaboration d'un CLS et réunions internes à l'ARS (DSPE, DSPE-autres Directions),
- l'observation documentaire : lecture d'articles (revues, presse, internet), lecture de documents de présentation, de synthèses ou actes de conférences, de séminaires ou de colloques, lecture de documents internes à l'ARS, consultation de sites internet, consultation des textes officiels, d'éléments de planification locale et notamment du

¹⁹ L'ARS prévoyait de signer trois CLS de préfiguration dès 2011 (ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Rapport d'activité 2010*, 2011, p.19)

²⁰ Voir l'organigramme de l'ARS Languedoc-Roussillon en Annexe 1

²¹ L. Chambaud, alors Directeur de la Santé Publique de l'ARS Ile de France, a indiqué que « *les MSP sont parfois l'objet unique d'un CLS* » in Note établie à partir de la communication de CHAMBAUD L., « Les Contrats Locaux de Santé », *Journée Santé et territoires*, ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE, 7 février 2012, p.3

PRS de la région Languedoc-Roussillon, consultation de référentiels nationaux, lecture de rapports officiels...

L'objectif était d'arriver à une compréhension des modes de fonctionnement, des approches, des points de vue des différents acteurs, que ce soit au sein de l'ARS, des élus, des services des collectivités territoriales et ce, afin de répondre aux questions soulevées. L'observation documentaire, l'observation directe, la participation aux activités de l'ARS dans le champ de l'animation territoriale (stage d'exercice professionnel réalisé au sein de la DSPE) et notamment la rédaction d'un des CLS en cours de discussion et la conduite d'entretiens ont été riches d'enseignements²². Ainsi, le stage d'exercice professionnel, réalisé auprès du Directeur de DSPE a été une opportunité dans la réalisation de l'étude.

Cependant, la volonté de ne débiter les entretiens qu'une fois la réflexion sur le sujet suffisamment construite, a réduit le temps disponible, notamment pour réaliser le nombre d'entretiens initialement souhaités avec des élus de la région.

Le CLS est-il un outil pertinent de la territorialisation et de la co-construction des politiques locales de santé pour les ARS?

La co-construction des politiques locales de santé avec les collectivités territoriales et leurs élus vise à répondre aux besoins de santé de la population. Dans ce cadre, le CLS représente un outil innovant et pertinent de la territorialisation des politiques de santé susceptible de répondre aux enjeux de l'ARS (Partie 1). Cependant, ce nouvel outil modifie le cadre d'action et les pratiques de l'ARS (Partie 2), ce qui nécessite des adaptations afin de ne pas passer à côté des bénéfices attendus (Partie 3).

²² Méthode de travail décrite de façon plus détaillée en Annexe 2

Partie 1 : Les Contrats Locaux de Santé, s'inscrivent dans une nouvelle dynamique portée par les Agences Régionales de Santé, de territorialisation et de co-construction des politiques locales de santé.

Les logiques antérieures d'organisation et de fonctionnement n'ont pu donner entière satisfaction dans la région Languedoc-Roussillon, notamment en ce qui concerne la répartition territoriale de l'offre de prévention et de promotion de la santé (I). Une nouvelle approche d'animation territoriale et de co-construction des politiques locales de santé a émergé depuis la création des ARS, dans laquelle les collectivités territoriales de la région et l'Agence se sont engagées et qui suscite de nombreuses attentes (II).

I. Les logiques antérieures d'organisation et de fonctionnement n'ayant pas donné entière satisfaction en termes d'efficience...

Antérieurement à la loi HPST et à la création des ARS, la conduite des politiques locales de santé, ne s'inscrivait pas clairement dans une logique de territorialisation (A) et n'a pas permis de diminuer les inégalités territoriales de santé, présentes en Languedoc-Roussillon, région où la précarité est prégnante (B).

A : Des logiques antérieures d'organisation et de fonctionnement moins soucieuses de la territorialisation des politiques publiques

La volonté de répondre aux besoins de santé de la population n'est pas née avec la loi HPST et la création des ARS. Comme me l'a indiqué un MISIP de la délégation territoriale de l'Hérault « *nous n'avons pas attendu la création des ARS pour penser les besoins des différents territoires ; nous n'appelions simplement pas cela de l'animation territoriale* ». Cependant, la prise en compte des besoins spécifiques des territoires et de la répartition de l'offre de santé et notamment de prévention et de promotion de la santé, n'était pas la préoccupation qui conditionnait le plus l'action.

Au sein des DDASS et des DRASS, de multiples actions de partenariats ont été conduites entre différentes institutions. C'est notamment pour préserver ces réseaux

interinstitutionnels réunissant les DDASS, les préfetures de départements et les autres services de l'Etat et les Conseils généraux notamment, que les territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon correspondent aux départements, « *espaces de coordination des politiques publiques* »²³. Dans le champ de la nutrition par exemple, des liens importants ont été tissés au fil des années par le pilote du programme nutrition au sein de l'ARS et d'autres administrations comme la Direction régionale en charge de l'alimentation, l'éducation nationale, les Conseils généraux. Des stratégies de constitutions de Réseaux ont également été développées dans des domaines identifiés comme prioritaires tels que la périnatalité en Languedoc-Roussillon.

Pendant de nombreuses années, des moyens financiers importants ont permis de développer des dispositifs, des places d'établissements et des services sans toujours s'assurer de la répartition territoriale de cette offre ainsi créée.

Dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, la logique de l'appel à projets a conduit, dans la région Languedoc-Roussillon, au financement d'actions, avec peu de diagnostics territorialisés préalables des besoins de la population. Cela a entraîné le financement de nombreuses actions dans les villes chef-lieu de département, où de nombreux opérateurs sont présents (et susceptibles de déposer des dossiers) et donc, a des inégalités dans la répartition territoriale. Comme le rappelle le PSRS de l'ARS Languedoc-Roussillon, « *la région dispose d'un tissu important de structures, essentiellement associatives (environ 1 200) intervenant dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé. Cette offre importante ne doit pas masquer une grande dispersion et de fortes disparités territoriales dans l'accès à la prévention (zones montagneuses Cévennes, Gard, Lozère...)* »²⁴.

Les diagnostics réalisés dans le cadre de l'élaboration du PSRS et des schémas ont permis d'identifier des zones déficitaires, « *des zones blanches ou mal couvertes* »²⁵ notamment dans le domaine du médico-social spécifique. Il s'agit de :

Aude : Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lezignan-Corbieres), Port La Nouvelle.

Gard : Beaucaire, Saint Gilles/Aigues Mortes (petite Camargue), Nord Est du département (Bagnols sur Cèze, Pont St Esprit), Nord du département (les Cévennes).

Hérault : Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du département (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges).

Zones fragiles : Haut Languedoc (Bedarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault.

Lozère : Zone blanche des Cévennes

Zones très fragiles : Langogne, St Chely, Marvejols, Florac

²³ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Rapport d'activité 2010, 2011*, p.17

²⁴ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Plan Régional Stratégique de Santé (PSRS)*, 2011, p.16

²⁵ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) volet personnes à vulnérabilité spécifique*, 2011, p.49

Pyrénées-Orientales : Les Albères, les Fenouillèdes, le plateau Cerdan, le Haut Vallespir.

La qualité des actions proposées et leurs bénéfiques en termes de santé publique n'ont pas toujours pu être vérifiés du fait du nombre d'actions financées. Le PSRS évoque le fait que « *les compétences des promoteurs sont variables et cette situation se double d'une absence de labellisation au vu de critères de formation et d'évaluation* »²⁶.

Cela a pu conduire à des inefficiences financières du fait de l'absence de principe directeur dans le choix des actions financées.

D'autre part, la présence de différentes institutions intervenant dans le champ de la santé telles que les ARH, les DRASS, les DDASS et l'Assurance maladie a conduit à renforcer le morcellement des interventions sur le territoire. On a pu qualifier cette organisation de « *système éclaté et trop cloisonné* » et « *préjudiciable à l'efficacité du système* »²⁷.

Enfin, si des partenariats pouvaient exister avec les élus locaux afin de faire émerger des projets, on ne pouvait parler de co-construction de politiques locales santé. En effet, étant dans une logique de déclinaison de politiques nationales au sein de territoires administratifs, peu de place pouvait être laissée aux choix de priorités par les acteurs des territoires et à leur mise en œuvre concertée.

Les caractéristiques de la région Languedoc-Roussillon et notamment la prégnance de la précarité et des inégalités sociales et territoriales de santé ont participé à l'intérêt de l'ARS pour la politique de territorialisation et les CLS, ces derniers devant permettre de mobiliser et d'orienter les moyens au service des besoins de la population.

B : Caractérisation de la région Languedoc-Roussillon notamment au regard des inégalités sociales et territoriales de santé

La région Languedoc-Roussillon connaît une dynamique démographique très importante, elle est concernée par le vieillissement de la population et fortement touchée par la précarité. Les territoires de la région connaissent cependant des réalités fortement variables. Le PSRS évoque « *des contrastes qui recèlent de fortes opportunités* »²⁸. L'Atlas du diagnostic régional réalisé par l'ARS en septembre 2010 parle d'une « *région bipolaire entre zone littorale et arrière-pays* »²⁹. Un habitant sur trois vit dans une des

²⁶ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Plan Régional Stratégique de Santé (PSRS), 2011, p.16

²⁷ GROUPE 18, PROMOTION « ROBERT BADINTER » (2009-2011) DE L'ENA, « L'émergence des ARS dans le paysage territorial et ses premiers résultats au regard des ambitions de territorialisation des politiques de santé », février 2011, p.9

²⁸ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Plan Régional Stratégique de Santé (PSRS), 2011, p.11

²⁹ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Atlas du diagnostic régional*, septembre 2010, p.15

agglomérations de Nîmes, Montpellier et Perpignan. L'essentiel de la population régionale et des activités se concentrent à proximité du littoral, phénomène accentué par le caractère montagneux de l'arrière pays du département des Pyrénées-Orientales et du département de la Lozère.

Cela a été intégré à la réflexion dès l'élaboration des premiers documents du PRS avec la nécessité de prendre en compte des problématiques « *locales voire très locales* »³⁰ afin de tenir compte des spécificités des territoires.

Cependant, la précarité semble être une des caractéristiques les plus partagées dans les cinq départements de la région. Ainsi, le PSRS rappelle « *la prégnance d'une précarité qui ne cesse de progresser, et qui est un trait dominant de tous les territoires, dans un contexte de faible emploi interpelle sur l'enjeu de l'accessibilité qu'elle soit financière géographique ou sociale.* »³¹

Le PIB par habitant est le plus faible des régions de France³². Ainsi, 11% de la population de la région Languedoc-Roussillon est bénéficiaire du RSA contre 7% au plan national. Le département des Pyrénées-Orientales est d'ailleurs le premier département de France métropolitaine en nombre de bénéficiaires du RSA³³. La région est en deuxième position en ce qui concerne la part des bénéficiaires de la CMUc (10,8% de la population contre 6,8% en France métropolitaine)³⁴.

Au delà de la thématique de la précarité, la région est également fortement concernée par les inégalités. Il est d'ailleurs généralement considéré que pauvreté et inégalités sont liées³⁵. Ainsi, malgré les différents indicateurs alarmants précédemment évoqués, on peut noter que la région Languedoc-Roussillon est en sixième position au sein des régions françaises concernant le part de Cadres parmi les actifs (12,9%). De plus, trois départements (parmi les cinq de la région) sont parmi les 20 départements français où les revenus moyens des plus riches sont les plus élevés³⁶. Cela est à mettre en parallèle avec la précarité constatée dans la région puisqu'en Languedoc-Roussillon, comme en Corse et dans le Nord-Pas-de-Calais, les disparités sont amplifiées par rapport aux autres régions par le poids important des revenus les plus faibles³⁷.

³⁰ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Atlas du diagnostic régional*, septembre 2010, p.7

³¹ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Plan Régional Stratégique de Santé (PSRS), 2011, p.11

³² ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Atlas du diagnostic régional*, septembre 2010, p.16

³³ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Plan Régional Stratégique de Santé (PSRS), 2011, p.11

³⁴ *Ibid.*, p.11

³⁵ LEON O., Pauvreté : différents profils de régions et départements, in *La France et ses régions, édition 2010*, INSEE, p.19

³⁶ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Atlas du diagnostic régional*, septembre 2010, p.24

³⁷ AUZET L., FEVRIER M., LAPINTE A., Niveaux de vie et pauvreté en France : les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités, INSEE Première N°1162, octobre 2007, 4 p.

Dans la région Languedoc-Roussillon comme en France entière, un lien existe entre état de santé et catégorie socioprofessionnelle ce que traduisent les indicateurs comme l'espérance de vie des hommes à 35 ans (46 ans chez les cadres et 39 ans chez les ouvriers)³⁸ ou le taux de participation au dépistage organisé qui est plus faible chez les femmes bénéficiaires de la CMU âgées de 50 à 74 ans que pour les autres femmes du même âge³⁹.

Cette idée est reprise dans le PSRS de l'ARS Languedoc-Roussillon qui souligne que « *le niveau de précarité élevé du Languedoc-Roussillon pèse sur son état de santé* »⁴⁰. Le PSRS rappelle que « *les revenus, les situations de chômage et le niveau de diplôme sont les déterminants majeurs de l'état de santé de la population en raison des disparités de comportements et de recours aux soins qui leurs sont associés. Les catégories les plus modestes sont les plus exposées aux conduites à risque. Ce sont aussi celles dont le recours aux structures sanitaires et aux soins est le plus faible* »⁴¹.

Le constat que « *l'offre (libérale comme hospitalière) est inégalement répartie entre une zone littorale globalement bien pourvue et un arrière pays où une politique volontariste s'impose pour maintenir la continuité des soins* »⁴² est inscrit dans le PSRS. La région est plutôt bien dotée en termes de médecins généralistes et seul 1,5% de la population se trouve à plus de 10km d'un médecin. Pourtant, certaines zones ont été identifiées comme déficitaires en professionnels de santé notamment dans les Pyrénées-Orientales et en Lozère. Certaines zones sont à plus de 20 minutes d'une base SMUR et il faut prendre en compte les départs à la retraite proches d'un nombre certain de médecins⁴³.

L'ARS a conduit une enquête auprès des 1 545 maires de la région⁴⁴ en vue de compléter son diagnostic, point de départ de la rédaction du PRS. Les 823 maires ayant répondu à cette consultation représentent 1 640 000 habitants, soit 63% de la population régionale. Dans plusieurs départements les maires soulignent les difficultés d'accès, aussi bien géographiques que financières aux « *médecins spécialistes* »⁴⁵. En milieu rural, les maires évoquent des difficultés d'accès géographique sur l'ensemble de l'offre de santé⁴⁶.

³⁸ INSEE juin 2005 repris par l'*Atlas du diagnostic régional*, ARS Languedoc-Roussillon, septembre 2010, p.23

³⁹ Données régime général, MSA, RSI du 01/09/2004 au 31/08/2006 repris dans l'*Atlas du diagnostic régional*, ARS Languedoc-Roussillon, septembre 2010, p.26

⁴⁰ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Plan Régional Stratégique de Santé (PSRS), 2011, p.77

⁴¹ *Ibid.*, p.77

⁴² *Ibid.*, p.14

⁴³ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Atlas du diagnostic régional*, ARS Languedoc-Roussillon, septembre 2010, p.27

⁴⁴ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Consultation des maires du Languedoc-Roussillon – 2010 – synthèse, « évaluation des besoins de santé de la population », octobre 2010.

⁴⁵ *Ibid.* p.4

⁴⁶ *Ibid.*, p.7

Ces réalités de forte diversité régionale, de précarité et d'inégalités sociales et territoriales de santé conduisent à chercher les moyens d'améliorer l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la santé. L'outil que représente le CLS est, en ce sens, un moyen de mieux répondre aux besoins de santé des territoires, en mobilisant les services de l'ARS et les collectivités territoriales, en coordonnant et en mutualisant leurs actions.

II. ... une nouvelle approche d'animation territoriale et de co-construction des politiques locales de santé a émergé depuis la création des ARS.

La loi HPST a donné des outils aux ARS pour territorialiser la politique locale de santé (A) ce qui fait émerger des attentes chez les collectivités et au sein de l'Agence, au sujet des réponses aux besoins de santé de la population qui seront apportées (B). L'ARS Languedoc-Roussillon et en son sein la Direction de la Santé Publique et de l'Environnement (DSPE) se sont saisies des CLS afin d'en faire ressortir les potentialités (C).

A : Depuis la loi HPST, les ARS créent les conditions des démarches territorialisées notamment à travers les CLS

La création des ARS avait pour objectif de mieux répondre aux besoins de santé de la population, en créant la possibilité d'adapter les réponses aux réalités des territoires. Cela est vrai entre les 26 territoires régionaux mais aussi entre les territoires de santé au sein d'une même région et également entre les différents territoires d'un même territoire de santé, constitués autour de communes ou de leurs groupements.

Cet objectif repose tout d'abord sur les diagnostics réalisés par les ARS en amont de la rédaction de leur PRS et ce, notamment pour identifier des territoires où les besoins sont en décalage avec l'offre de santé proposée. L'ARS Languedoc-Roussillon a d'ailleurs dans ce cadre, consulté les maires de la région pour qu'ils participent à ce diagnostic.

Cette volonté repose également sur la capacité des ARS à co-construire les politiques de santé avec les élus, c'est-à-dire en entendant leurs diagnostics des besoins et en étant capable d'adapter la réponse apportée en mutualisant les énergies. La démocratie sanitaire est en cela un levier tout comme les outils de l'animation territoriale et en premier lieu les CLS. Pour un élu local que j'ai rencontré lors d'un entretien et qui est impliqué dans la démarche CLS au travers du CLS de Béziers⁴⁷, « *les CLS représente une bascule, le mode d'entrée ce n'est plus la politique thématique mais le territoire* »⁴⁸.

⁴⁷ Pour des informations complémentaires sur les CLS cités dans cette étude, voir ANNEXE 6

⁴⁸ Propos tenu par un élu local (lors d'un entretien le 10/10/2012) impliqué dans la démarche CLS au travers du CLS de Béziers

Pour certains auteurs, « *il a fallu attendre la loi [HPST] de 2009 et la création des CLS pour voir émerger un cadre institutionnel en vue du développement d'actions de santé au plus près de la population* »⁴⁹. Le cadre législatif des CLS est défini par la loi HPST⁵⁰ :

L'article 1434-1. prévoit tout d'abord que « Le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. L'article 1434-2 précise ensuite que « Le PRS est constitué :

« 1° D'un PSRS, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; »

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

« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. **La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des Contrats Locaux de Santé tels que définis à l'article L. 1434-17.** »

La signature de CLS apparaît bien comme une simple possibilité offerte aux ARS. Cependant, un objectif national de signature de CLS a bien été fixé⁵¹ et les Directeurs généraux des ARS se sont engagés sur la signature d'un certain nombre de CLS région par région. Ainsi, le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), signé entre l'ARS Languedoc Roussillon et les ministères sociaux le 8 février 2011 et qui a fixé les grandes priorités de l'ARS jusqu'en 2013, a retenu cinq indicateurs comme prioritaires pour l'ARS Languedoc-Roussillon en 2011 dont « *le nombre de Contrats Locaux de Santé signés sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux (isolés)* »⁵².

Les CLS sont également mentionnés dans l'article 1434-17 qui évoque les Conférences de territoire. Il précise que « La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique. **La mise en œuvre du PRS peut faire l'objet de CLS conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.** »

⁴⁹ JOURDAN D. et al., « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique* 2/2012 (Vol. 24), p. 174

⁵⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JORF n°167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n°1

⁵¹ « 250 Contrats Locaux de Santé pour 2013 », *Réseaux, Santé et Territoire* n°38, mai/juin 2011

⁵² ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Annexe 3 : les objectifs du CPOM », Rapport d'activité 2010, 2011, p.72

La Conférence de territoire a donc un rôle d'interface entre les projets territoriaux de santé et la politique régionale et nationale de santé. La Conférence de territoire peut également être le lieu de mise en cohérence des différentes démarches CLS au sein de même territoire de santé et faire le lien entre les outils de l'animation territoriale et la démocratie sanitaire.

C'est sur cette base législative issue de la loi HPST que se fonde l'action des ARS en matière de territorialisation des politiques de santé et que les ARS se sont saisies des possibilités offertes par les CLS. Leviers mis à disposition des l'ARS, ils sont désormais susceptibles de faire évoluer la place des différents acteurs qui participent à la construction des politiques locales de santé.

B : Les bénéfices attendus de la démarche CLS

La démarche de contractualisation liée aux CLS possède de nombreux atouts qui favorisent son déploiement. Elle est susceptible d'apporter des bénéfices en termes de conduite de politiques locales de santé aux élus locaux (1) tout comme à l'ARS (2). Les CLS suscitent également un intérêt et une attente chez les partenaires telles que les associations (3).

1) Les bénéfices attendus par les élus locaux

Les motivations des élus locaux à entrer dans cette démarche sont multiples. Pour les élus locaux, la signature d'un CLS représente l'assurance que l'Etat et potentiellement d'autres partenaires vont s'engager sur leur territoire. La réponse apportée aux besoins de santé de la population peut être un atout en termes d'attractivité pour leur territoire⁵³. C'est également une façon d'afficher leur implication dans le domaine de la santé et de le faire connaître de la population.

La conduite du diagnostic qui précède l'élaboration du CLS, offre une possibilité aux élus locaux de mieux connaître les besoins de la population⁵⁴ et de répertorier les actions

⁵³ DARTOUT P., DIACT in Actes de colloque, « Les enjeux locaux d'organisation de la santé », *Colloque consacré aux dynamiques territoriales de santé*, publiés par la Gazette Santé Social, novembre 2010

⁵⁴ Idée développée notamment par un élu local (maire, président de communauté de communes et conseiller général) du Pays Cœur d'Hérault et que j'ai enquêté (entretien réalisé le 16/11/2012). Il m'a indiqué que cette phase de diagnostic a permis de prendre conscience de problèmes de santé présents sur le territoire mais relativement ignorés.

conduites, les services existants sur leur territoire dans le domaine de la santé. Vis-à-vis des actions existantes, le CLS représente ainsi une double opportunité.

Premièrement, celle de consacrer l'existant, de reconnaître le rôle de ce qui est déjà réalisé sur le territoire⁵⁵. C'est notamment l'attente des élus de l'intercommunalité d'Alès et des coordinateurs du CLS d'Alès Pays Cévennes (Gard), territoire historiquement engagé dans la promotion de la santé publique et qui voient leur implication reconnue par la signature de ce CLS avec l'ARS⁵⁶. La contractualisation avec l'ARS est une façon de légitimer la collectivité concernée dans son rôle et dans son action vis-à-vis de la santé publique. Les CLS consacrent cette légitimité des élus locaux, alors qu'ils ont pu avoir l'impression qu'elle leur été contestée. Un élu local du Pays Cœur d'Hérault m'a indiqué que lorsque le Pays qui s'était doté d'une Commission santé et avait souhaité rencontrer l'ARS pour discuter des besoins du territoire en termes d'urgences et de permanence des soins, il leur avait alors fallu huit mois pour obtenir un rendez-vous⁵⁷.

Deuxièmement, les élus attendent un bénéfice en termes de coordination dans le cadre de cette démarche, entre les actions des différentes institutions. C'est d'abord une attente des maires de trouver un outil qui ne s'ajoute pas comme un nouveau dispositif⁵⁸ et qui permet au contraire d'associer les partenaires et de coordonner leurs actions, les CLS étant en cela avant tout un outil de gouvernance. Le CLS leur permet de continuer à investir le champ de la santé mais «*en gagnant en temps et en efficacité, en mettant la barre plus haut et en allant plus loin*»⁵⁹. Les maires souhaitent également que les professionnels de santé puissent repérer les dispositifs existants et s'associent à ce qui est fait. C'est notamment une attente exprimée par une adjointe au maire de Quillan (Aude), municipalité avec laquelle une démarche de préfiguration de CLS va être engagée⁶⁰.

Le CLS est également un moyen pour les personnes les plus impliquées dans la thématique santé au sein de la collectivité, qu'elles soient élues ou dans les services,

⁵⁵ Réunion entre la DT du Gard et les coordinateurs du CLS d'Alès, T. Cubedo et F. Demateis, membres de l'association Reseda le 3 octobre 2012 suivi d'un entretien avec deux des coordinateurs

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Entretien réalisé le 16/11/2012 avec un élu local du Pays Cœur d'Hérault.

⁵⁸ CHAMBAUD L., SCHOENE M., « Restitution n°1 : entre démarches communautaires et Contrats Locaux de Santé », Module Territ, 8ème Université d'été francophone en santé publique de Besançon, 27 juin 2011

⁵⁹ Propos tenu par un élu local lors d'un entretien le 10/10/2012, impliqué dans la démarche CLS au travers du CLS de Béziers

⁶⁰ Rencontre avec la municipalité de Quillan : initialisation d'une démarche de préfiguration d'un Contrat Local de Santé – 25/10/2012 – en présence de M. le Maire de Quillan, de deux de ses adjointes, de la Directrice de la Communauté de Communes, du Directeur de la DSPE et du délégué territorial de l'AUDE.

d'insuffler une dynamique et de promouvoir cette politique au sein de la collectivité et auprès des élus de la population. C'est notamment ce qui a pu ressortir d'un entretien avec une chargée de mission du Pays Haut Languedoc et Vignobles (Hérault), qui porte cette politique au sein de sa collectivité et qui souhaiterait que la dynamique engagée avec le début des discussions au sujet d'un CLS avec l'ARS, ne retombe pas⁶¹.

Ainsi, au coté des instances de coordination régionale et de la démocratie sanitaire⁶², les CLS sont un outil pour les élus locaux qui leur permet de participer non pas à la définition des politiques de l'ARS mais aux modalités de son application aux différents territoires. Ils reposent sur l'idée que l'implication des élus locaux ne peut passer par « *la multiplication de commissions et de réunions, mais [par] l'instauration d'un dialogue de qualité et le recours à des méthodes de travail originales* »⁶³ tels que les CLS. On peut en effet reconnaître une « *légitimité des élus locaux à parler au nom d'un territoire et de sa population* »⁶⁴, « *à apporter des idées et une vision du territoire* »⁶⁵. De plus, les différents échelons de collectivités territoriales regroupent un nombre important de compétences notamment dans le champ social et médico-social et leur consacrent des moyens financiers conséquents, ce qui représente une opportunité pour les ARS.

2) Les bénéfices attendus par les ARS

Les CLS sont des leviers d'action pour les ARS et ce, pour plusieurs raisons. Les CLS permettent tout d'abord, de passer des territoires de santé aux territoires d'action. En Languedoc-Roussillon, le territoire de santé correspond au territoire administratif qu'est le département. Cet échelon territorial permet de construire des coopérations avec les institutions et les décideurs tels que les Conseillers généraux ou les Préfets de départements. Si cela permet de conserver le cadre de coopération interinstitutionnelle existant, cela maintient comme cadre de référence des territoires dont la cohérence est administrative et qui sont vastes. En plus de ce territoire de santé, l'ARS recherche un territoire qui serait celui de la mise en œuvre concrète des politiques, le territoire de proximité⁶⁶. Les CLS concernent ces territoires d'action, ces territoires de proximité. La loi HPST et la pratique des CLS accordent une place importante aux

⁶¹ Entretien réalisé le 15 octobre 2012 avec la chargée de mission santé, enfance, personnes âgées du Pays Haut Languedoc et Vignobles

⁶² La Commission de Coordination des Politiques Publiques, la Conférence Régionale de Santé et de l'autonomie (CRSA), les Conférences de Territoires au sein de chaque département.

⁶³ GROUPE 18, PROMOTION « ROBERT BADINTER » DE L'ENA, *op. cit.*, p.16

⁶⁴ *Ibid.*, p.15

⁶⁵ Propos tenu par un élu local lors d'un entretien le 16/11/2012, impliqué dans la démarche CLS au travers du CLS de Pays Cœur d'Hérault

⁶⁶ Alors que seul le « territoire de santé » apparaissait dans le *Rapport d'activité 2010* de l'ARS Languedoc-Roussillon, le « territoire d'intervention » apparaît dans le *Rapport d'activité & d'orientations 2011* à la page 35.

territoires, comme lieux de mise en cohérence des besoins de santé de la population et de la politique régionale de santé. Il est donc logique que les territoires identifiés pour l'élaboration de CLS soient des « *espaces ad hoc, dépendant non pas des découpages administratifs existants mais de la conjugaison de critères géographiques, sanitaires, sociaux et administratifs* »⁶⁷.

Ainsi, la mobilisation des élus, leur volonté à entrer dans une démarche de préfiguration de CLS est perçue comme une garantie de la qualité de la démarche engagée. En effet, la mobilisation des élus d'un territoire garantit qu'il s'agit bien « d'un territoire vrai » et non pas d'un territoire artificiel, « fictif ». Il correspond alors bien à un territoire de vie pour les populations, de déplacements, de consommation d'offre de santé.

Il n'est d'ailleurs pas anodin que les Pays « *aient souvent été choisis comme relais pour la mise en œuvre des projets territoriaux de santé* »⁶⁸ et que l'ARS Languedoc-Roussillon ait engagé plusieurs démarches CLS avec des Pays (Pays Cévennes, Pays Haut Languedoc et Vignobles, Pays Cœur d'Hérault). Les Pays sont en effet des regroupements de structures intercommunales, qui se constituent de façon facultative en fonction des bassins de vie de la population. Créés par la loi Pasqua de 1995, ils se basent sur un concept d'identité géographique et culturelle⁶⁹. Il s'agit donc de regroupements qui permettent à l'ARS de s'assurer de la coexistence d'une réalité administrative et d'un espace social⁷⁰.

D'autre part, le CLS donne un espace de gouvernance commun. Il permet d'engager les acteurs sur un projet commun depuis sa définition jusqu'à sa mise en œuvre. L'objectif pour l'ARS est donc de pouvoir s'appuyer sur ce cadre contractuel et sur les co-signataires pour faire converger les moyens et les réponses existants et identifier de nouvelles réponses et assurer le suivi partagé de leurs mises en œuvre.

Enfin et comme l'a résumé le Directeur de la DSPE lors d'une rencontre avec la municipalité de Quillan⁷¹ (Aude) qui précède au lancement d'une démarche de préfiguration d'un CLS sur ce territoire, l'ARS attend que les collectivités apportent leur

⁶⁷ GROUPE 18, PROMOTION « ROBERT BADINTER » DE L'ENA, *op. cit.*, p.21

⁶⁸ CENTRE DE RESSOURCES DU DEVELOPPEMENT TERRITORIAL en partenariat avec le MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS et la DATAR, *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé - Quels moyens d'action ?*, juillet 2010, p. 18

⁶⁹ AMAT-ROZE J-M., « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote* 4/2011 (n°143), p. 18

⁷⁰ AMAT-ROZE J-M., *Ibid.*, L'auteur évoque cette question de la coexistence des réalités administratives et des espaces sociaux, p. 30

⁷¹ Rencontre avec la municipalité de Quillan : initialisation d'une démarche de préfiguration d'un Contrat Local de Santé – 25/10/2012, *op. cit.*

connaissance du territoire et les nombreux leviers d'actions auprès des acteurs et de la population dont elles disposent.

Il est possible d'utiliser le CLS du Pays Cœur d'Hérault pour illustrer cette attente de l'ARS. Le territoire de Pays Cœur d'Hérault est référencé dans le Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire comme un territoire se trouvant à plus de 30 minutes d'un SMUR. C'est un territoire où des carences existent dans la prise en charge des urgences et dans la permanence des soins, en période de fermeture des cabinets médicaux. Le premier objectif du CLS qui va être signé en février 2013 avec l'ARS porte sur la mise en place de l'Aide Médicale Urgente par une coordination entre les médecins libéraux, le SDIS et le SAMU 34. Alors qu'il est parfois difficile d'arriver à coordonner ces trois groupes d'acteurs sur le territoire, ce sont les élus, présidents des communautés de communes du territoire qui ont sollicité le SDIS par une lettre, ce qui a contribué au succès des discussions.

Ainsi, « *la complexité de la problématique [en matière de santé publique] impose une approche intersectorielle de proximité, qui implique particulièrement le niveau communal* »⁷². C'est cette capacité à mobiliser les différents acteurs d'un territoire qui intéresse particulièrement l'ARS dans la démarche des CLS.

3) Les bénéfices attendus par les autres partenaires

Les CLS peuvent également représenter une évolution positive pour les partenaires de l'ARS et des collectivités territoriales dans le champ de la santé publique et notamment les associations, les acteurs participant d'ors et déjà à la coordination et aux partenariats dans les territoires. C'est ce que m'ont indiqué F. Demateïs et T. Cubedo, membres de l'association Réséda et coordinateurs du CLS Alès-Pays Cévennes⁷³.

Les CLS permettent de limiter le temps passé, notamment pour les opérateurs tels que des associations qui souhaiteraient conduire des actions de prévention et de promotion de la santé, à rédiger de multiples dossiers dans le cadre de procédures d'appels à projet. Dans le cadre des CLS, les actions et les partenaires financés le sont dans un cadre pluriannuel. De plus, une même action peut être financée par les différentes institutions co-signataires (ville, ARS, Conseil général...) sans que l'opérateur ait besoin d'effectuer plusieurs demandes de financements.

Les CLS permettent également de lutter contre le cloisonnement du système de santé et des dispositifs. Alors qu'auparavant les acteurs devaient se charger d'harmoniser leurs

⁷² SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (SGCIV), *Référentiel national des Ateliers santé ville (ASV)*, 10 avril 2012, Editions du CIV, p.5

⁷³ Réunion entre la DT du Gard et les coordinateurs du CLS d'Alès, T. Cubedo et F. Demateïs, membres de l'association Reseda le 3 octobre 2012 suivi d'un entretien avec deux des coordinateurs

actions sur le territoire, d'assurer la coordination, il s'agit désormais d'une responsabilité de l'ARS, qu'elle assume au travers des CLS.

La création des CLS et les bénéfices attendus de cet outil ont conduit l'ARS Languedoc-Roussillon à engager des premières démarches de préfiguration, en mobilisant ses équipes sur ce sujet.

C : La gestion des premières démarches CLS dans la région Languedoc-Roussillon et l'organisation mise en place au sein de l'ARS

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, les premiers CLS ont été discutés dès 2010⁷⁴. L'organisation de l'ARS s'est adaptée à ce nouvel outil que sont les CLS, avec les imperfections induites par l'expérimentation (1). Dans un premier temps, l'approche qui a été privilégiée par l'ARS afin d'associer les élus à la démarche a été de cibler les territoires où les élus étaient d'ors et déjà très impliqués dans les questions de santé publique (2).

1) Description de l'organisation au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, les délégations territoriales ne sont pas toutes dotées des mêmes moyens humains et donc en capacité de porter le développement de ce nouvel outil qu'est le CLS sur leur territoire. De plus, alors que les notions d'animation territoriales et de territorialisation des politiques sont encore émergentes, elles viennent au sein de l'ARS se cumuler avec toutes les fonctions déjà exercées par les agents. Alors qu'au siège, c'est la Direction de la Santé Publique et de l'Environnement (DSPE) qui porte les CLS et le Panier de services, ce sont également les services Prévention et promotion de la santé qui assurent ce relais au sein des délégations territoriales. Les agents de ces services se trouvent donc en première ligne et parfois en difficultés lorsque les CLS abordent des thématiques hors du champ de la prévention et de la promotion de la santé, comme c'est le cas du CLS Pays Cœur d'Hérault par exemple⁷⁵.

La DSPE (et plus précisément le Pole prévention et promotion de la santé)⁷⁶ se positionne donc en appui des délégations territoriales lorsque des démarches de préfiguration de CLS sont engagées. Assurant des rôles de coordination régionale, d'expérimentation,

⁷⁴ Les discussions entre l'ARS et le Pays Cévennes ont débutées en juillet 2010.

⁷⁵ Le CLS du Pays Cœur d'Hérault, qui doit être signé par l'ARS et le Pays en janvier 2013, s'organisera autour de trois Axes : l'aide médicale urgente et la permanence des soins, la santé mentale des jeunes, la santé publique avec la déclinaison du panier de services et sa mise en œuvre progressive.

⁷⁶ Voir l'organigramme de l'ARS Languedoc-Roussillon en Annexe 1

d'ingénierie en santé publique, elle a également porté en propre certains des premiers CLS. Le Pole prévention et promotion de la santé comporte un service d'ingénierie en santé publique composé de deux agents, dont un est chargé du suivi de la démarche CLS et un autre, parmi d'autres missions, du suivi du déploiement du Panier de service (autre outil de l'animation territoriale). Un service d'ingénierie technico administrative et un service des programmes font également partie du Pole Prévention. Au sein du service des programmes, les agents sont qualifiés de « pilotes de programme », c'est-à-dire qu'ils sont référents sur une thématique telle que vaccination, addictions, cancer, nutrition, santé précarité... Ainsi, chacun de ces agents est porteur d'une connaissance spécifique de son domaine d'intervention et souhaite l'apporter lors des discussions entourant une démarche CLS.

Enfin, ces missions assurées par la DSPE doivent également se coordonner avec celles assurées par la Direction de la stratégie, responsable des Parcours de santé et de la Cellule d'appui à l'animation territoriale, composée en majorité d'agents de la Direction de la stratégie.

2) La logique de programmation qui a présidé au lancement des premières discussions de CLS

L'ARS Languedoc-Roussillon prévoyait en 2010 la signature de trois CLS pour 2011 mais cet objectif n'a pu être tenu. En Languedoc-Roussillon comme dans la majorité des ARS, les premiers CLS qui ont été discutés le furent avec des territoires déjà impliqués dans la politique de santé publique notamment par le biais des ASV⁷⁷. Dans cette optique, l'échelle du territoire sur lequel est mené un projet local de santé est donc bien fonction de la mobilisation antérieure des acteurs locaux et des besoins qu'ils font remonter par eux mêmes à l'ARS.

Ce fut le cas notamment pour le CLS d'Alès Pays Cévennes (Gard)⁷⁸, premier CLS de préfiguration qui a été signé par l'ARS Languedoc-Roussillon, le 25 mai 2011 avec le Pays Cévennes. Il a été construit essentiellement autour d'actions existantes sur le territoire qui comportait également un ASV. Les CLS de préfiguration de Carcassonne (Aude - signé le 30 novembre 2011) et de Perpignan (Pyrénées-Orientales - signé le 31 janvier 2012) s'inscrivent également dans cette logique.

Les élus du Pays Haut Languedoc et Vignobles (Hérault) et du Pays Cœur d'Hérault (Hérault), impliqués dans le champ de la santé ont également sollicité l'ARS.

Le Pays Cœur d'Hérault a répondu à l'appel à projet de la DATAR « Santé et territoire » en 2003. Un Espace Santé Jeunes a été ouvert en partenariat avec la Mission Locale du

⁷⁷ CHAMBAUD L., SCHOENE M., *op. cit.*

⁷⁸ Pour des informations complémentaires sur les CLS cités dans cette étude, voir ANNEXE 6

Cœur d'Hérault. Le Pays s'est engagé en 2008 dans l'élaboration de son projet local de santé. La première rencontre entre l'ARS et le Pays au sujet de ce CLS a eu lieu le 21 juin 2011 suite à une lettre adressée par le Pays à l'ARS dans laquelle il indiquait « *souhaiter vivement soumettre sa candidature au dispositif d'accompagnement des CLS pour l'année 2011* ». Ce CLS a demandé une forte implication aux agents de l'ARS et ce pour deux raisons : tout d'abord, aucun cabinet de conseil n'a été sollicité, la totalité du travail a donc reposé sur le Pays et sur l'ARS ; ensuite, c'est dans le cadre de ce CLS que l'ARS a pour la première fois souhaité déployer le Panier de services.

Avec ces CLS, l'ARS s'inscrit dans une démarche opportuniste de programmation qui est venue par la suite s'articuler avec une démarche volontariste de planification.

C'est le cas pour le CLS de Béziers (Hérault), le CLS de la ville de Nîmes (Gard), de St Paul de Fenouillet (Pyrénées-Orientales) ou le CLS de Langogne (Lozère-signé en janvier 2013). Pour ces CLS, c'est l'ARS qui a sollicité les élus locaux en leur présentant la démarche CLS et les motivations de l'ARS à améliorer les interventions sur ces territoires. Ce que l'on constate cependant, c'est que même lorsque la sollicitation est venue des élus, l'ARS a considéré que ces territoires étaient particulièrement susceptibles de s'inscrire dans une démarche de préfiguration de CLS, du fait des besoins qui y existaient. On trouve ainsi parmi ces territoires, des territoires fortement touchés par la précarité (Perpignan, Béziers...) ou ruraux avec des problématiques d'accès aux services importantes (CLS de Quillan (Aude), de Pays Cœur d'Hérault, de Pays Haut Languedoc)

Pour la quasi-totalité de ces démarches engagées par l'ARS Languedoc-Roussillon, c'est la mobilisation des élus et les sollicitations qu'ils ont adressées à l'ARS qui ont permis de faire démarrer les discussions. Au fur et à mesure de l'appropriation de la démarche CLS au sein de l'ARS et des collectivités, l'ARS réoriente son approche afin de la rendre plus exigeante, notamment quant aux territoires où doivent être signés des CLS.

Cette nouvelle phase de la démarche CLS que constitue le passage des CLS de première génération aux CLS de seconde génération, fait apparaître tous les enjeux de la co-construction des politiques locales de santé. Il est nécessaire de prendre en considération les obstacles qui se sont déjà présentés à l'ARS Languedoc-Roussillon, afin de réussir cette forme de « montée en gamme » dans la région.

Partie 2 : Les enjeux suscités par la co-construction des politiques locales de santé en Languedoc-Roussillon.

Pour L. Chambaud, alors Directeur de la Santé Publique de l'ARS Ile de France, « *les CLS permettent un apprentissage des contraintes des uns et des autres et une acculturation réciproque* »⁷⁹. L'inscription dans un cadre nouveau de co-construction des politiques locales de santé est riche de perspectives mais aussi d'enjeux.

Tout d'abord, les CLS s'inscrivent au cœur de deux articulations à construire :

- une première articulation à établir entre la déclinaison des priorités régionales (cadre du PRS) et la remontée des besoins du terrain (cadre du Plan local de santé) (I),
 - une seconde articulation à définir entre le mouvement local porté par les élus ou les services des collectivités et la nécessité pour l'ARS de mobiliser les territoires muets⁸⁰(III).
- Ensuite, l'ARS et les élus doivent être en mesure de s'accorder sur les moyens à mobiliser au service du CLS et, pour des échéances pluriannuelles (II).

C'est à partir de ces trois axes que sera analysée la démarche de l'ARS Languedoc-Roussillon pour faire du CLS un outil au service de la territorialisation et de la co-construction des politiques locales de santé et ce, du point de vue de l'Etat, des élus locaux et de leurs partenaires.

I. Faire émerger une vision commune des besoins de santé, du projet local de santé et de sa mise en œuvre dans le cadre du Contrat Local de Santé

Afin de mobiliser les forces et l'action publique au service des territoires, l'ARS et les élus locaux doivent partager des priorités communes qui seront le socle de leur coopération. En effet, il est possible que des priorités différentes soient identifiées par l'ARS et par les élus locaux⁸¹. Il est alors nécessaire de s'interroger sur les moyens dont dispose l'ARS pour aboutir à un cadre commun. Pour E. Le Goff, « *tout l'enjeu est de faire coïncider sur*

⁷⁹ Note établie à partir de la communication de CHAMBAUD L., « Les Contrats Locaux de Santé », *Journée Santé et territoires*, ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE, 7 février 2012, p.2

⁸⁰ Compte rendu de la séance de travail « Nouveau paysage en santé : élaboration des plans locaux de santé et préfiguration des Contrats Locaux de santé », *Séminaire de l'Institut Renaudot*, 17 novembre 2010.

⁸¹ CHAMBAUD L., SCHOENE M., « Restitution n°1 : entre démarches communautaires et Contrats Locaux de Santé », *Module Territ, 8ème Université d'été francophone en santé publique de Besançon*, 27 juin 2011

le territoire local, territoire de la proximité, les dispositifs issus d'initiatives locales et de la territorialisation des politiques nationales »⁸². Cela passe tout d'abord par la réalisation d'un diagnostic partagé (A) qui permet d'aboutir à la définition de priorités dans lesquelles chaque cosignataire se reconnaît (B) et pour lesquelles ils peuvent mobiliser des leviers d'action (C).

A : La conduite du diagnostic partagé

Comme l'a indiqué Dominique Keller, Directeur de la DSPE de l'ARS Languedoc-Roussillon, lors d'une rencontre avec un maire de la région « *la réponse apportée par le CLS est du « cousu-main » pour le territoire, d'où la nécessité d'un diagnostic partagé et du travail de coordination* »⁸³. Afin d'identifier les thématiques qui seront abordées dans le cadre du CLS, il est nécessaire pour l'ARS et les représentants du territoire de disposer d'un diagnostic fiable des besoins de la population. C'est en effet sur cette étape de diagnostic que repose la pertinence du Plan local de santé et du CLS qui sera établi.

Dans certains territoires, un premier diagnostic a déjà été conduit avant d'entamer une démarche de préfiguration de CLS. Souvent ce premier diagnostic a été initié au moment où la collectivité s'est saisie de la thématique santé. Ce fut notamment le cas pour le CLS du Pays Haut Languedoc et Vignobles et du CLS Pays Cœur d'Hérault. En Pays Cœur d'Hérault, un diagnostic santé de territoire a été lancé en 2008, constitué d'analyses démographiques et épidémiologiques ainsi que d'un état de la démographie médicale et paramédicale. Ce diagnostic a été finalisé en 2009 et a révélé plusieurs éléments préoccupants, tout particulièrement concernant la permanence des soins, les urgences et la pédopsychiatrie. Ce sont ces thématiques qui ont ensuite été inscrites dans le Projet local de santé et qui seront finalement le socle du CLS discuté avec l'ARS. Afin de renforcer la pertinence de ce diagnostic, un second a été réalisé en 2012, en partenariat avec la Cellule d'Observation Statistique et d'Aide à la Décision (COSAD) de l'ARS. Ce diagnostic n'est cependant pas venu à l'encontre des priorités identifiées précédemment par les élus locaux.

Dans la phase de préfiguration d'un CLS, le diagnostic du territoire peut être conduit par la collectivité elle-même ou, comme c'est le cas dans plusieurs territoires de la région, il peut être fait appel à un cabinet d'ingénierie en santé publique (cabinet-conseil). Ce

⁸² LE GOFF E., « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », Revue française des affaires sociales 4/2011 (n°4), p.174

⁸³ Rencontre avec la municipalité de Quillan : initialisation d'une démarche de préfiguration d'un Contrat Local de Santé – 25/10/2012 – en présence de M. le Maire de Quillan, de deux de ses adjointes, de la Directrice de la Communauté de Communes, du Directeur de la DSPE et du délégué territorial de l'AUDE.

cabinet peut alors réaliser le diagnostic, rédiger le Plan local de santé et si une démarche de préfiguration de CLS est engagée, participer à la conception et à la rédaction du Contrat. Dans la région, les villes de Béziers, de Carcassonne et de Perpignan ont sollicité un cabinet afin de réaliser leur diagnostic. Cependant, ce qui a pu être constaté dans le cas de Béziers, c'est que le cabinet pouvait ne pas réussir totalement à s'extraire du jeu des acteurs. Ainsi, malgré son statut d'intervenant extérieur et de la qualité de la démarche entreprise, le cabinet sollicité n'a pas pu soulever tous les problèmes, poser les questions que les acteurs souhaitaient occulter. D'autre part, le diagnostic s'est également avéré incomplet sur une thématique, la santé mentale, notamment concernant les besoins. Sur les deux thématiques mal cernées par le cabinet-conseil, c'est l'ARS, lors d'une rencontre⁸⁴ avec les référents santé de la ville et de l'agglomération et le cabinet, qui a demandé à ce qu'un travail plus approfondi soit conduit.

Enfin, il a été constaté par l'ARS que plusieurs cabinets font une recherche que l'on pourrait qualifier de « grand public » des indicateurs mobilisés pour le diagnostic. Ils contactent parfois l'ARS afin d'obtenir des données supplémentaires alors que le cabinet est potentiellement co-rémunéré par l'ARS pour réaliser ce travail. Ainsi, lorsqu'une collectivité territoriale souhaite être accompagnée par un cabinet d'ingénierie en santé publique pour réaliser son diagnostic (dans le cadre d'une démarche CLS), l'ARS participe à part égale avec les co-signataires au financement de cette intervention, comme ce fut le cas à Béziers (25 000 euros) et à Perpignan (15 000 euros) par exemple. C'est pour cette raison que la COSAD et la DSPE travaillent à la construction d'un nouvel outil de diagnostic territorialisé qui sera au service de l'ARS et des communes de la région (voir Partie 3).

Ce que j'ai cependant pu constater, c'est que le travail des cabinet-conseil, bien que parfois orienté par les acteurs en présence, est un travail long qui repose sur des indicateurs mais aussi sur des entretiens individuels et l'organisation de groupes de travail⁸⁵ pour faire émerger la réalité des besoins de santé du territoire, les réponses existantes, les difficultés rencontrées au quotidien par les acteurs... Ce travail partenarial est en fait l'occasion pour les acteurs de commencer à travailler ensemble comme ils en auront l'occasion dans le cadre de la mise en œuvre du CLS.

On peut considérer que l'existence d'un diagnostic réalisé par la collectivité et la connaissance du territoire par les services de l'ARS peuvent se substituer au travail d'un cabinet-conseil. J'ai pu observer dans le cadre du CLS Pays Cœur d'Hérault (où aucun cabinet n'a été sollicité) que les questions de diagnostic, de la connaissance des actions déjà conduites sur ce territoire par les partenaires... réapparaissaient à différentes étapes

⁸⁴ Réunion conduite à l'ARS en octobre 2012.

⁸⁵ Participation à un des groupes de travail du CLS de Béziers autour de la thématique santé-précarité – juin 2012.

de la discussion alors même que cette première étape de diagnostic été considérée achevée. Aussi, si les services de l'ARS et des collectivités impliqués dans une démarche de préfiguration d'un CLS souhaitent porter seuls l'étape de diagnostic et de construction du Plan local de santé, ils doivent être en capacité d'absorber la charge de travail nécessaire. En effet, il est primordial que le diagnostic soit conduit selon une méthodologie précise afin que la pertinence des axes identifiés pour le CLS ne soit pas, par la suite remise, en cause.

B : Le respect des priorités des co-signataires

Une fois la phase de diagnostic conduite et le Plan local de santé rédigé, les discussions entre l'ARS et la ou les collectivités qui seront co-signataires du CLS portent sur les thématiques qui seront intégrées au contrat. Ces thématiques deviendront ainsi les axes du CLS, axes sur lesquels reposeront les engagements des co-signataires. Cette étape est centrale et peut être source de tensions dans la mesure où la légitimité de l'ARS vient rencontrer celle des élus locaux (1). L'ARS Languedoc-Roussillon essaye dans ce contexte d'avoir une approche mesurée qui permette aux co-signataires de se reconnaître dans les priorités définies pour le territoire (2) bien qu'elle ne puisse résoudre toutes les difficultés (3).

1) Un conception stricte du rôle du CLS dans la loi HPST

L'article 1434-17 de la loi HPST, en précisant que « *la mise en œuvre du PRS peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé conclus par l'Agence (...)* »⁸⁶ présente les CLS « *comme un support à la mise en œuvre du PRS et n'ont pas comme une reconnaissance de l'action des communes* »⁸⁷. Les CLS seraient donc un outil de déclinaison au niveau local du PRS. Le rapport d'activité 2010 de l'ARS Languedoc-Roussillon indique que « *les contrats locaux de santé sont l'instrument de mise en œuvre au niveau local des trois schémas et font partie intégrante du projet régional de santé* »⁸⁸. L'ARS serait ainsi légitime à identifier les axes abordés dans le cadre d'un CLS et à utiliser cet instrument comme un outil de déclinaison de ses politiques. En effet, ce sont bien des diagnostics réalisés par l'ARS qui ont présidé à l'élaboration du PRS. L'ARS Languedoc-Roussillon a notamment consulté les maires de la région pour qu'ils participent à ce diagnostic⁸⁹ et le rendent ainsi d'autant plus légitime

⁸⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JORF n°167 du 22 juillet 2009 page 12184, texte n° 1

⁸⁷ LE GOFF E., *op. cit.*, p.173

⁸⁸ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Rapport d'activité 2010*, 2011, p.19

⁸⁹ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Consultation des maires du Languedoc-Roussillon – 2010 – synthèse, « évaluation des besoins de santé de la population », octobre 2010.

2) Une pratique pragmatique et parfois à géométrie variable: l'approche développée et mise en œuvre par les services de l'ARS Languedoc-Roussillon

Ainsi, l'ARS, forte de sa légitimité d'intervention dans le champ de la santé, des diagnostics qui lui ont permis d'élaborer le PRS, des dispositifs qu'elle pilote et des moyens qu'elle alloue, pourrait être tentée de prendre une place trop grande lors des discussions avec les élus locaux et ainsi remettre en cause la perspective d'une co-construction de la politique sur le territoire. Comme nous l'avons vu dans la Partie 1, l'ARS attend de l'implication des élus et c'est uniquement d'une coopération efficace que naîtra une amélioration des réponses apportées aux besoins de santé de la population. Ainsi, au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, la DSPE a choisi d'adopter une démarche pragmatique qui permet à tous les signataires de se retrouver dans les axes choisis dans un CLS.

Cette démarche est facilitée par le nombre important de champs sur lesquels l'ARS est engagée. Ainsi, entre les priorités nationales, les priorités régionales, les axes des schémas et des programmes, les parcours de santé définis dans la région...il est possible de trouver des dénominateurs communs entre les besoins identifiés par les collectivités et les priorités de l'ARS.

Lors des entretiens que j'ai pu conduire, j'ai systématiquement posé cette question des axes choisis pour le CLS (pour lequel la personne enquêtée était impliquée), d'une éventuelle évolution des axes au cours des discussions, des thèmes qui auraient été écartés...Les personnes entretenues au sein des collectivités et parmi les élus ne m'ont pas indiqué que le choix des priorités avait été source de tensions, ce qui tend à démontrer que la méthode appliquée par la DSPE est source de consensus.

Cependant, j'ai pu constater lors de mon stage que cette approche pragmatique pouvait être à géométrie variable, suivant le territoire concerné.

Ainsi, le CLS de préfiguration d'Alès-Pays Cévennes (Gard), a été signé sur la base d'actions déjà existantes sur ce territoire où l'engagement autour de la santé publique est historique et où une animation en santé publique existait avant la signature du CLS de préfiguration. Dans un premier temps, il a ainsi décidé de ne pas ajouter de priorités pour lesquelles les acteurs n'avaient pas déjà jugé bon de se mobiliser. Deux des coordinateurs du CLS résumèrent cela ainsi : « *Au moment de la signature du CLS, si les axes travaillés localement relayaient de nombreux axes de priorité de l'ARS, ils ne correspondaient pas à l'ensemble des objectifs du PRS, loin s'en faut. (...) les négociations avec l'ARS ont permis d'acter clairement que les axes de travail développés localement correspondent à des politiques ascendantes et que les axes cités en*

perspectives, correspondant aux priorités du PRS, ne seront travaillés que si les ressources et les leviers sont disponibles.

Ainsi, le CLS n'est pas dans la déclinaison descendante de tous les axes du PRS sur un territoire, avec ce que cela pourrait comporter comme injonctions, mais bien dans la rencontre de politiques locales ascendantes avec les objectifs du PRS »⁹⁰.

Cette question du respect des souhaits des différents partenaires a été soulevée d'une façon un peu différente dans le cadre du déploiement de l'outil Panier de services au sein du CLS Pays Cœur d'Hérault.

Le Panier de services de l'ARS Languedoc-Roussillon comporte 13 items de prévention et de promotion de la santé. Il est présenté comme un socle minimum de prestations et de services dont doit pouvoir bénéficier la population. Dans cette conception, il apparaît donc impossible de « scinder » ses 13 items puisqu'il s'agit d'un socle minimum, certains membres de la DSPE évoquent « *un socle et pas un menu à la carte* ».

Lors d'une rencontre avec les représentants du Pays⁹¹ au sujet de l'avancement des discussions concernant le CLS et la possible intégration du Panier de services en son sein, le Panier de services leur a été présenté. La première réaction des représentants du Pays a été d'indiquer que le Panier leur paraissait très riche mais « *trop ambitieux* » et qu'il ne pourrait pas être intégré tel quel dans le CLS, au sens où sa mise en œuvre ne pourrait être aussi rapide que pour les thèmes discutés depuis plus longtemps avec l'ARS. Pour autant, ils ont accepté que le déploiement du Panier de services soit expérimenté dans le cadre de ce CLS.

Finalement et malgré les réticences du Pays, la totalité des champs inclus dans le Panier de services est bien présente dans le CLS qui sera signé au début de l'année 2013. Cela tient sans doute à la nature de cet outil. Finalement, la moitié des items du Panier de services a été inscrite dans le CLS comme « à déploiement immédiat » et l'autre moitié comme « à déployer dans un second temps ».

Le cadre de ce CLS était sans doute particulier puisque l'ARS souhaitait réaliser une expérimentation afin d'évaluer la pertinence de l'intégration du Panier de services à tous les CLS. Cependant, cela pose deux questions. Premièrement, dans quelle mesure les co-signataires et les acteurs du terrain peuvent-ils se saisir d'une thématique qu'ils n'avaient pas jugée comme prioritaire sur le territoire ou en éluder une qui au contraire, paraissait pertinente aux yeux d'un des signataires ? Pour T. Cubedo et F. Demateïs,

⁹⁰ DEMATEÏS F., CUBEDO T., « Les Contrats Locaux de Santé : un outil pour reconnaître et renforcer l'animation territoriale en santé (CLS Pays Cévennes) », *La lettre de l'Institut Renaudot* n°68, mars 2012, p.7

⁹¹ Réunion qui a eu lieu le 29 mai 2012 à l'ARS, pour le Pays : le président de la commission santé du Pays par ailleurs maire d'une des communes et la coordinatrice de l'espace santé jeune

coordinateurs du CLS Ales Pays Cévennes, il est impossible de « plaquer » une politique régionale dans un territoire si l'on souhaite que les acteurs locaux la relayent⁹². Deuxièmement, peut-on inscrire dans un CLS des thématiques pour lesquelles aucun des co-signataires ne disposent réellement des leviers d'action comme c'est le cas pour certains des items du Panier de services ?

3) Les limites de la contractualisation : les leviers d'action qui ne peuvent être mobilisés dans le cadre d'un CLS

Dans les territoires, une forte demande existe quant au maintien des professionnels libéraux et de l'offre sanitaire et notamment des hôpitaux locaux. Ainsi, certains considèrent que « c'est généralement la préoccupation de l'offre de soins qui motive les élus à s'engager sur la thématique de la santé »⁹³. Ces thématiques sur lesquelles l'ARS n'a pas entièrement la main (professionnels libéraux) où ne souhaite pas prendre d'engagement dans le cadre des CLS (offre sanitaire et médico-sociale) apparaissent parfois comme des points de crispations avec certains élus locaux. Dans le CLS de préfiguration signé le 30 novembre 2011 avec la ville de Carcassonne, il est noté que « le CLS ne se substituera pas aux régimes d'autorisation relatifs à l'évolution de l'offre dans les champs sanitaire et médico-social mais prendra en compte les décisions qui en seront issues et pourra être source de proposition »⁹⁴.

Ce que j'ai pu constater, c'est que l'ARS utilise comme point de départ ces besoins identifiés par les élus locaux pour proposer un contenu en termes d'offre de santé. Ce sera le cas notamment pour le CLS de Quillan (Aude) ou de Pays Cœur d'Hérault où des attentes en termes de permanence des soins et de maintien de l'exercice de professionnels libéraux permettent d'engager une dynamique et de contractualiser également sur de la santé publique.

Cependant, j'ai pu observer qu'il était difficile pour les représentants de l'ARS d'expliquer qu'ils venaient contractualiser avec une ou des collectivités mais que tout un champ de ses compétences ne pouvait être mis sur la table. Lors d'un comité de pilotage du CLS Pays Cœur d'Hérault⁹⁵ (phase d'élaboration du CLS), le maire d'une des villes impliquée dans le contrat a interpellé le Directeur de la DSPE sur la fermeture du service de médecine d'une clinique de sa ville. Ce type de situation mobilise des compétences de

⁹² Réunion entre la DT du Gard et les coordinateurs du CLS d'Alès, T. Cubedo et F. Demateïs, membres de l'association Reseda le 3 octobre 2012 suivi d'un entretien avec deux des coordinateurs

⁹³ CENTRE DE RESSOURCES DU DEVELOPPEMENT TERRITORIAL en partenariat avec le MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS et la DATAR, *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé - Quels moyens d'action ?*, juillet 2010, p.18

⁹⁴ Contrat de préfiguration du Contrat Local de Santé de Carcassonne, signé le 30 novembre 2011

⁹⁵ Comité de pilotage qui a eu lieu en juillet 2012

diplomatie et de négociation chez les représentants de l'ARS et peut sans doute conduire à des blocages sur certains territoires.

Une difficulté peut également se poser lorsque les signataires sont en accord pour inscrire un thème dans le CLS mais que ce thème correspond à une compétence partagée avec un partenaire, qui n'est pas impliqué dans le CLS. C'est le cas notamment du thème « personnes âgées » qui est identifié dans le cadre du CLS de Béziers (Hérault). Le Conseil général ne sera pas co-signataire de ce CLS. L'ARS a demandé à ce que des discussions soient engagées avec le Conseil général sur ce thème car elle ne peut s'y engager seule, du fait des compétences importantes du Conseil général.

Même pour des domaines de la prévention et de la promotion de la santé qui apparaissent comme faisant partie légitimement du champ de compétence de l'ARS, il n'est pas toujours évident de trouver les leviers d'action sur les territoires. Ainsi dans le cadre de la réaction du CLS de Pays Cœur d'Hérault, on a pu observer que les pilotes de programmes de la DSPE pouvaient identifier des partenaires pour une politique donnée, mais pas la manière dont ces partenaires pouvaient être mobilisés au service du CLS. C'est le cas notamment de la thématique vaccination dans les départements où les centres de vaccination n'ont pas été re-centralisés comme c'est le cas pour le département de l'Hérault. Ainsi, au-delà des actions qui sont déjà menées au niveau régional (semaine de la vaccination...) il a été difficile d'identifier des actions pour lesquelles l'ARS peut s'engager dans le cadre de ce CLS puisqu'elle ne dispose pas de leviers d'action propres dans ce domaine.

Même si il se base sur le diagnostic territorial réalisé et sur les besoins du territoire connus des co-signataires, le choix des axes du CLS repose également sur la volonté des signataires d'engager une coopération solide et sur le long terme.

Ainsi, malgré les limites potentielles à la contractualisation sur certains thèmes, sur la majorité des thématiques, les co-signataires souhaitent se mobiliser et il faut dès lors parvenir à une vision commune des moyens à engager au service des priorités.

II. Réunir les conditions d'un partenariat équilibré : la nécessité d'une compréhension commune des moyens mobilisés et du rôle de chaque partenaire

Il est important pour l'ARS et les collectivités territoriales qui choisissent de s'engager dans une démarche CLS, de s'entendre sur les modalités de financement des réponses qui seront apportées dans ce contrat (A) et sur les modalités de leur mise en œuvre durant toute la durée du contrat (B).

A : Les moyens apportés par les signataires

Dans une note interne de l'ARS⁹⁶ « *la clarification de la place des CLS dans les différents outils de décision en termes de régimes d'autorisations et d'engagements financiers* » est référencée comme une condition de réussite d'une dynamique CLS. Les co-signataires d'un CLS doivent avoir une vision partagée des moyens tant humains (2) que financiers (1) qui devront être apportés dans le cadre de la construction du CLS et de sa mise en œuvre.

1) Les moyens financiers

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, le CLS est perçu comme un outil de coopération entre les partenaires, d'articulation des dispositifs, de mutualisation des moyens et des actions des signataires. C'est de cette meilleure articulation et du rôle de la coordination que doit naître la plus value sur le territoire et pas uniquement de la programmation d'actions supplémentaires sur le territoire. Si cette vision se retrouve bien dans les CLS de Béziers (Hérault) et d'Alès-Pays Cévennes (Gard) qui permettent de donner de la visibilité et d'articuler des dispositifs existants, d'autre CLS, comme celui du Pays Cœur d'Hérault servent à mettre en œuvre de nouvelles actions comme la création d'une antenne CSAPA par exemple.

La création des CLS et leur appropriation par les ARS se font dans un contexte de raréfaction de la ressource publique. Aussi, cet outil qui permet aux institutions d'associer leurs moyens au service d'objectifs communs suscite des craintes chez certaines collectivités. D'après un élu local que j'ai pu rencontrer, la crainte la plus partagée par les

⁹⁶ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Point sur les Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon », 20 octobre 2011

élus au moment de s'engager dans une démarche CLS est celle de voir l'ARS transférer des charges sur les collectivités signataires dans le cadre des axes du CLS⁹⁷. Certaines politiques incluses dans un CLS et jusque là financées par l'ARS (lutte contre les addictions, permanence des soins...) pourraient demain reposer financièrement sur l'ensemble des signataires.

Les CLS de préfiguration déjà adoptés ou en discussion dans la région Languedoc-Roussillon contiennent des volets importants dans les domaines de la santé publique. Dans ce cadre, la DSPE privilégie le repositionnement des interventions qu'elle finance déjà, en fonction du diagnostic des besoins de santé des territoires et ce, de plusieurs façons.

Même sans moyens supplémentaire, l'ARS peut demander à ses opérateurs de se repositionner. Il s'agit de demander aux opérateurs de couvrir des territoires plus larges. L'ARS doit ainsi prendre en compte la dimension territoriale en amont des procédures d'allocation de ressources. Lors d'une réunion interne⁹⁸ une des responsables de la cellule ingénierie de la DSPE a ainsi évoqué les trois modalités qui permettront de mettre des moyens au service des territoires concernés par des démarches d'animation territoriale.

Premièrement, l'ARS peut, par le biais des conventions qui la lie aux structures conventionnées, améliorer le déploiement territorial de ces structures telles que les Centres de Lutte Antituberculeuse (CLAT) ou les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

Deuxièmement, l'ARS peut orienter ses financements d'associations, les conditionner à une répartition pertinente des actions sur le territoire. Depuis 2012, l'appel à projet dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé a été abandonné par l'ARS Languedoc-Roussillon. L'objectif est de limiter les financements actions par actions pour se concentrer sur l'entrée territoriale. Ainsi, l'objectif est de financer des actions qui se répartissent de façon pertinente sur le territoire régional ou départemental ou qui ciblent des territoires reconnus comme prioritaires par l'ARS.

Troisièmement, l'ARS peut financer des actions particulières dans le cadre d'un CLS lorsque cela s'avère pertinent.

Dans le cadre des discussions du CLS Pays Cœur d'Hérault, j'ai pu observer que des opérateurs déjà conscients des besoins non couverts sur certaines parties du territoire départemental où ils interviennent, sont prêts à engager cette réflexion. Ce fut le cas par exemple du Collectif Associatif VIH Hépatite et Toxicomanie de l'Hérault qui s'est engagé

⁹⁷ Propos tenu par un élu local impliqué dans la démarche CLS au travers du CLS de Béziers, lors d'un entretien le 10/10/2012

⁹⁸ Octobre 2012 – réunion interne à l'ARS Languedoc-Roussillon

à conduire cette réflexion alors que la majorité des actions proposées par les associations qui le composent sont proposées à Montpellier. Cependant, ce que j'ai pu observer dans le cadre des discussions, c'est que certains opérateurs sollicitent des moyens financiers importants pour proposer des actions sur les territoires pour lesquels l'ARS a engagé une démarche CLS. Ce fut le cas notamment du Réseau Naitre et Grandir que l'ARS a sollicité suite à la demande des représentants du territoire concernant la promotion de l'allaitement maternel, alors que ce Réseau est déjà financé par l'ARS. Ainsi, si les opérateurs sont réticents à se repositionner sans financements complémentaires et que l'ARS ne peut mobiliser plus de moyens, alors les leviers d'actions supplémentaires qu'elle pensait pouvoir mobiliser seront moins importants que prévu.

D'autre part et toujours dans le cadre du CLS Pays Cœur d'Hérault, les sollicitations des représentants du Pays quant aux besoins en termes de prise en charge en pédopsychiatrie et aux déficits de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente ont encouragé l'ARS à inclure dans ce CLS des dispositifs innovants mais très coûteux sur ces deux thématiques. Si des financements importants ont pu être mobilisés par plusieurs Directions métiers dans le cadre de ce CLS, il n'est pas certain que cela soit reproductible dans le cadre des différentes démarches CLS engagées ou envisageables dans la région. Cette question est moins pertinente si l'on considère que l'ARS aurait, même sans ce CLS, dû trouver des réponses à ces besoins exprimés sur le territoire. Il ne s'agit donc plus de « moyens supplémentaires » alloués dans le cadre d'un CLS mais de « l'action courante » de l'ARS dans la région.

Il est important qu'aucun des signataires du CLS ne se sentent « floués » dans le cadre de la démarche de contractualisation. C'est le cas des élus locaux qui peuvent avoir la crainte d'un « *transfert sauvage de compétences* »⁹⁹. C'est également le cas de l'ARS qui, lorsqu'elle investit des moyens importants sur un territoire dans le cadre d'un CLS, peut avoir le sentiment que le co-signataire (la collectivité) ne s'est pas engagé suffisamment. Lors d'un entretien, un MISP de la délégation territoriale de l'Hérault m'a fait partager son questionnement sur les moyens dont les collectivités disposent réellement, dans un contexte économique difficile.

2) Les moyens humains

L'ARS accompagne les collectivités durant la phase de discussion d'un CLS. Elle les guide dans la démarche. Elle apporte un accompagnement et une expertise pour analyser

⁹⁹ Actes de l'Université de l'Institut Renaudot 2009 sur la Contrats Locaux de santé, « Pourquoi et comment construire un Contrats Local de Santé ? », 10 octobre 2009

les besoins de la population et aider à construire les réponses. Cet accompagnement est présent même lorsque la collectivité a choisi de recourir à un cabinet-conseil comme ce fut le cas de Béziers ou de Perpignan. Cet accompagnement peut même être très poussé lorsque la collectivité n'a pas sollicité de cabinet-conseil, comme ce fut le cas pour le CLS de Pays Cœur d'Hérault. Cependant, cela a conduit à une charge de travail très importante pour les équipes de la DSPE qui ne pourraient s'impliquer de cette façon pour tous les CLS. Cependant, « *l'appui méthodologique et l'ingénierie* » que peut apporter l'ARS ont été identifiés comme des facteurs de réussite d'une démarche CLS¹⁰⁰.

Afin de limiter les coûts liés à la sollicitation de prestataires extérieurs (cabinets de conseils) et de renforcer les moyens humains des délégations territoriales, la DSPE a signé avec le réseau Ireps/Codes¹⁰¹ de la région une nouvelle convention. Dans le cadre de cette convention signée au printemps 2012, les Codes sont positionnés en appui aux délégations territoriales de l'ARS pour leurs missions d'animation territoriale. Aussi, des financements ARS autrefois destinés à soutenir des actions ponctuelles servent désormais à financer des moyens humains, afin d'apporter un appui aux délégations territoriales. Comme j'ai pu en avoir confirmation lors d'entretiens¹⁰² ou de réunions avec des élus ou des représentants techniques¹⁰³, les Codes ont déjà pris contact avec les territoires cités comme prioritaires par l'ARS pour leur présenter les termes de cette convention et travailler avec eux, notamment à leur diagnostic des besoins de santé.

En assistant à des comités de pilotage de CLS, des comités techniques, à des rencontres entre l'ARS et les représentants techniques (chargés de la santé) des collectivités... j'ai pu constater que la démarche d'élaboration d'un CLS est également très consommatrice de temps du côté des collectivités territoriales que ce soit pour leurs élus ou pour les services chargés de la santé.

Il pourrait être important que l'ARS clarifie son positionnement et détermine si le CLS est un outil de lisibilité et de coordination de l'existant ou bien si c'est un mode de contractualisation autour de l'allocation de moyens supplémentaires.

¹⁰⁰ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Point sur les Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon », 20 octobre 2011

¹⁰¹ Réseau regroupant l'Institut régional d'éducation pour la santé et les Comités départementaux d'éducation pour la santé. Dans le cadre de cette convention, l'Ireps se substitue à certains Codes.

¹⁰² Entretien réalisé le 15 octobre 2012 avec la chargée de mission santé, enfance, personnes âgées du Pays Haut Languedoc et Vignobles

¹⁰³ Rencontre avec la municipalité de Quillan : initialisation d'une démarche de préfiguration d'un Contrat Local de Santé – 25/10/2012 – *op. cit.*

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, il semblerait que la volonté soit bien d'inscrire les CLS comme un outil d'articulation et pas comme un dispositif supplémentaire¹⁰⁴. En tant que moyen de coordination des acteurs, c'est donc essentiellement une fonction de coordination qui doit être valorisée et recevoir des financements spécifiques.

B : La mise en œuvre du contrat et son pilotage politique et technique

La logique de co-construction des politiques locales de santé au travers de l'outil qu'est le CLS implique que les co-signataires partagent la même vision du rôle de chaque partenaire dans la gouvernance du CLS (1) et dans sa mise en œuvre (2).

1) La gouvernance

La question de la gouvernance est fondamentale, puisque les CLS donnent un cadre pour co-construire les politiques de santé, par ce qu'ils sont un outil de gouvernance.

Deux phases de pilotage se succèdent : le pilotage durant l'élaboration du CLS et le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du CLS. Cependant, les instances mises en place durant la phase de discussions, la phase d'élaboration du CLS peuvent être reconduites comme instances du CLS une fois ce-dernier signé. Il est donc primordial d'aborder les modalités de la gouvernance dès les premières discussions avec les élus locaux. Comme l'a indiqué le Directeur de la DSPE à la municipalité de Quillan (Aude) lorsqu'il a été abordé les prochaines étapes de la démarche de préfiguration du CLS « *dans la première phase de préfiguration, il est primordial de commencer à aborder la gouvernance c'est-à-dire le pilotage, les acteurs à associer au comité technique...* »¹⁰⁵.

J'ai pu constater qu'une organisation différente existait pour chaque CLS de préfiguration signé ou en cours de discussion dans la région. Cependant et dans le cadre de la gouvernance, on peut distinguer deux niveaux de pilotage :

- Une instance de pilotage politique : composée d'un représentant de chaque signataire, cette instance détermine les orientations à donner au CLS.
- Une instance pilotage technique : composée de l'ensemble des partenaires concernés par les projets portés dans le cadre du contrat comme par exemple : l'assurance-maladie, la Caisse d'Allocation Familiale, les services de l'Etat, le Conseil général (s'il n'est pas co-signataire), le Conseil régional et un représentant de chaque signataire. Cette instance a un rôle de concertation et d'articulation entre les différents partenaires, ainsi qu'un rôle de

¹⁰⁴ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Point sur les Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon », 20 octobre 2011

¹⁰⁵ Rencontre avec la municipalité de Quillan : initialisation d'une démarche de préfiguration d'un Contrat Local de Santé – 25/10/2012 – *op.cit.*

suivi du contrat et de son évaluation. Elle peut être déclinée en sous-groupes thématiques.

Chacune de ces instances existent ensuite à deux niveaux : un niveau institutionnel (les Directeurs et les élus sont présents) et un niveau technique (les services, les techniciens y participent).

Une fois le rôle de chacune des instances clarifié, la détermination de la future gouvernance du CLS peut ne pas soulever de question. Cependant, dans des territoires où des tensions existent entre les signataires, cette question de la gouvernance peut devenir un point d'achoppement. Il peut s'agir pour les signataires d'une volonté de préserver leur place future dans le processus de décision. Ce fut notamment le cas dans le cadre du CLS de Béziers (Hérault) où la nécessité d'articuler les compétences de la ville avec celles de l'agglomération ont rendu difficile cette discussion sur la future gouvernance du contrat.

La gouvernance, qui détermine le bon fonctionnement futur du CLS, ne doit donc pas être négligée. Dans les cas où des tensions existent, la volonté de « garder la main » sur le CLS une fois signé, peut se traduire aussi dans la désignation du ou des coordinateurs du CLS et dans la définition de leurs missions.

2) La fonction d'animation et de coordination du CLS

Pour T. Cubedo et F. Demateïs, coordinateurs du CLS d'Alès Pays Cévennes (Gard), le dispositif des CLS et la possibilité de financer la fonction animation représentent une reconnaissance de la fonction d'animation et de coordination des acteurs d'un territoire. « *[Le travail d'animation] nécessite du temps mais permet des projets solides et pérennes. L'expérience a montré que l'animation représente le levier indispensable pour que des projets locaux de santé puissent se construire et répondre aux besoins des habitants des territoires* »¹⁰⁶. La légitimité de la fonction d'animation dans le cadre des CLS se traduit par son financement alors que précédemment, du fait de la procédure d'appels à projet dans le champ de la prévention, seule « l'action » était reconnue et financée.

La fonction d'animation et de coordination peut être considérée comme centrale dans le cadre d'un CLS ; elle correspond en effet à plusieurs enjeux liés à la place des différents partenaires et liés au suivi et à la mise en œuvre du Contrat.

Tout d'abord, l'organisation de la coordination témoigne de la capacité pour les signataires et notamment pour l'ARS de faire vivre le CLS une fois qu'il a été signé.

¹⁰⁶ DEMATEÏS F., CUBEDO T., *op. cit.*, p.6

En effet et comme nous avons pu le voir, la phase de discussion, de préfiguration d'un CLS est fortement mobilisatrice pour les équipes de l'ARS, qu'elles se trouvent au siège ou en délégations territoriales. Il ne s'agit pourtant que d'une première étape, certes très stratégique, mais qui engage l'ARS et les collectivités signataires dans un cadre pluriannuel. Actuellement, l'ARS finance un temps de coordination pour chaque CLS de préfiguration signé, à parts égales avec les co-signataires. Comme il a été inscrit dans l'Annexe du CLS Pays Cœur d'Hérault consacrée à la fonction de coordination « *le temps de coordination permet de donner un référent aux partenaires, aux professionnels et à la population, d'assurer l'animation et la mise en œuvre du CLS* ». Surtout, « *le coordinateur est le garant de la mise en œuvre du CLS et en rend compte aux signataires* » ce qui permet notamment à l'ARS de pouvoir suivre la mise en œuvre du CLS.

La nécessité de financer de la fonction de coordination pose également la question de la mobilisation des moyens par les signataires.

L'ARS Languedoc-Roussillon se situe actuellement dans la pensée du Comité Interministériel des Villes concernant les coordinateurs ASV et qui préconise que « *la rémunération du poste de coordinateur chargé des fonctions d'ingénierie et de coordination de projet doit être partagée a minima entre les collectivités territoriales et l'Etat* »¹⁰⁷. Les moyens mobilisés le sont dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR) et la condition de la mobilisation de ce financement est l'accord des co-signataires de financer le temps de coordination à parts égales. Le poste est budgété à hauteur de 60 000 euros répartis ensuite en fonction du nombre de signataires. L'ARS peut cependant participer plus que sa part dans des territoires où la collectivité territoriale n'a que de très faibles moyens.

Il peut y avoir un coordinateur (comme dans le cadre du CLS Pays Cœur d'Hérault) ou une équipe de coordination comme pour le CLS Alès Pays-Cévennes (Gard).

La volonté de limiter les coûts conduits certaines collectivités à affecter à l'équipe de coordination des agents se trouvant déjà au sein de la collectivité, sur des missions liées à la santé. C'est le choix effectué par la ville et la communauté d'agglomération de Béziers (Hérault). Cependant, il est important de préserver l'identité de l'équipe de coordination et sa mission liée au CLS. Cela est d'autant plus vrai que dans le cas du CLS de Béziers, j'ai eu l'impression que ce choix était également une manière pour la ville et pour l'agglomération d'avoir son propre représentant pour le suivi de la mise en œuvre du CLS et ce, dans un contexte de tensions politiques.

¹⁰⁷ SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (SGCIV), *Référentiel national des Ateliers santé ville (ASV)*, 10 avril 2012, Editions du CIV, p.9

En effet, la place des différents signataires dans la mise en œuvre et le suivi du CLS est le troisième enjeu de la fonction de coordination. Du fait des moyens mobilisés pour le financement du poste de coordinateur et du rôle d'interlocuteur privilégié et de garant de la mise en œuvre du contrat qu'il remplit, les co-signataires du CLS doivent s'entendre sur son positionnement.

Pour deux des coordinateurs du CLS Alès-Pays Cévennes (Gard), « *le coordinateur CLS n'est pas là pour porter uniquement la politique de l'ARS. Il porte la politique de tous les signataires* »¹⁰⁸. De plus, « *il ne produit pas lui même la politique, il crée l'espace de concertation nécessaire* »¹⁰⁹. Il doit cependant être « *discret sur le volet application du PRS de l'ARS* »¹¹⁰. En effet selon eux, pour que les acteurs présents sur un territoire acceptent de travailler sur une thématique, il faut que le besoin ait été identifié par le terrain au préalable.

Alors que plusieurs démarches CLS sont actuellement engagées dans la région, la DSPE a souhaité clarifier le positionnement, le rôle et les missions du coordinateur. Il m'a ainsi été demandé, dans le cadre de ma participation à la rédaction du CLS Pays Cœur d'Hérault, de rédiger une Annexe sur la fonction de coordination afin qu'elle puisse être reprise dans le cadre d'autres discussions CLS comme ce fut le cas notamment pour le CLS Béziers. Outre des éléments issus de réunions au sein de la DSPE, j'ai également utilisé certaines conceptions du Référentiel national des Ateliers santé ville, développées autour du rôle de coordinateurs ASV¹¹¹. Il a été acté que « *le coordinateur du CLS relaiera la politique de tous les signataires du Contrat sur le territoire. Ses missions s'inscriront dans le cadre des axes stratégiques du Contrat et son plan d'action sera négocié et validé par l'instance de pilotage du CLS. Le coordinateur organisera son action en conformité avec les orientations élaborées par le comité de pilotage.* »¹¹²

Dans la région Languedoc-Roussillon, de nombreux élus ont souhaité s'engager dans cette démarche CLS avec ce qu'elle implique de mobilisation, de réflexion et de co-construction d'un partenariat à long terme avec l'ARS. Cependant, sur certains territoires où la mobilisation est moins forte, ou les partenaires sont moins présents, un autre enjeu lié à la co-construction des politiques locales de santé se présente à l'ARS.

¹⁰⁸ Réunion entre la DT du Gard et les coordinateurs du CLS d'Alès, T. Cubedo et F. Demateïs, membres de l'association Reseda le 3/10/2012 suivi d'un entretien avec deux des coordinateurs

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES, *op. cit.*, p.9

¹¹² Annexe du CLS Pays Cœur d'Hérault

III. Susciter une entrée pertinente dans la démarche liée aux Contrats Locaux de Santé, des collectivités territoriales, de leurs élus et des partenaires

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, la perception du CLS comme véritable levier d'action, la volonté de contractualiser sur des actions opérationnelles et de mobiliser à long terme les services de l'ARS et des collectivités co-signataires conduisent à considérer qu'un CLS ne peut être signé sans une implication politique forte de la part des élus du territoire. Pour autant, l'ARS doit continuer à incarner le rôle de l'Etat comme régulateur¹¹³ et doit être en capacité d'initier des démarches CLS sur les territoires où les besoins de santé sont les plus importants et où l'offre existante ne parvient à y répondre (A). Cette démarche qui permettrait alors de lutter contre les inégalités territoriales de santé doit également permettre d'associer les partenaires tels que les associations à la dynamique des CLS (B).

A : Une démarche CLS que l'ARS doit être capable d'orienter

1) La nécessaire mobilisation des élus pour réussir une démarche CLS

Dans une note interne¹¹⁴ « *l'engagement des élus* » et « *la maturité et l'importance des attentes des acteurs de terrains* » apparaissent parmi les facteurs de réussite d'une démarche CLS. Ainsi, il ne suffit pas seulement qu'un territoire, une collectivité sollicite l'ARS afin d'entamer des discussions CLS pour que celles puissent être engagées. Cette démarche doit pouvoir être portée sur le plan technique et politique au sein de la collectivité. On peut même considérer qu'il n'y a pas de CLS sans gouvernance politique¹¹⁵.

Pour l'ARS, il est parfois difficile d'entamer une démarche CLS, non pas à cause d'un manque de mobilisation des élus, mais du fait du contexte politique du territoire. Il peut s'agir de tensions au sein de l'intercommunalité, de dissensions entre la commune et le Conseil général...

La DSPE peut encourager la signature d'un CLS avec l'intercommunalité plutôt qu'avec une ville et ce, afin de toucher la population du bassin de vie. Le Comité Interministériel

¹¹³ LE GOFF E., *op. cit.*

¹¹⁴ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Point sur les Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon », 20 octobre 2011

¹¹⁵ Réunion entre la DT du Gard et les coordinateurs du CLS d'Alès, T. Cubedo et F. Demateïs, membres de l'association Reseda le 03/10/ 2012 suivi d'un entretien avec deux des coordinateurs

des Villes¹¹⁶ évoque les points forts des deux niveaux que sont l'intercommunalité et le niveau local, tel que la municipalité. Les points forts d'une démarche engagée avec l'intercommunalité sont une meilleure mobilisation des ressources au service de l'observation, l'évaluation et l'élaboration de stratégies d'action. Les avantages de positionnement d'un partenaire plus ancré localement sont sa capacité à coordonner les acteurs dans la proximité et à engager la participation de la population. Cependant, en prenant en compte des tensions politiques existantes, la DSPE a fait parfois le choix d'entamer une démarche de préfiguration de CLS avec une ville en espérant qu'une fois la démarche engagée, celle-ci pourrait être étendue à son intercommunalité.

Ces éléments peuvent conduire l'ARS à hésiter à lancer une démarche de préfiguration CLS afin de ne pas être par la suite bloquée par des querelles de nature politique. Lors de mon stage, j'ai pu observer une situation complexe autour du CLS de la ville de Béziers (Hérault). C'est l'ARS qui a sollicité ce territoire et lui a proposé d'entrer dans une démarche CLS. La démarche de préfiguration a été engagée entre la ville et l'ARS alors que la Politique de la ville (3 ASV sont présents sur le territoire) et le Réseau Santé Ville sont des compétences de l'agglomération de Béziers. Les questions de répartition des compétences n'ayant pas été préalablement soldées, les discussions ont failli être complètement stoppées près d'un an après le début des négociations avec l'ARS.

Ainsi, on se rend compte que l'engagement dans une « *démarche lourde et structurante* »¹¹⁷ que sont les CLS nécessite un certain nombre de préalables pour l'ARS dont la nécessité d'évaluer la capacité des élus du territoire à porter eux aussi la démarche, par delà les dissensions politiques locales. Pour autant, l'ARS ne peut se contenter d'entamer des discussions CLS uniquement avec des territoires où les partenaires sont prêts de longue date pour cela.

2) Le rôle de l'Etat régulateur

L'ARS ne peut se contenter d'engager des démarches CLS qu'avec des territoires où les élus locaux se mobilisent spontanément. Ainsi, alors que « *la loi n'indique pas si l'ensemble du territoire national a vocation à être entièrement couvert par les CLS : la question des disparités territoriales n'est pas réglée par les CLS* »¹¹⁸. Cela est renforcé par le fait qu'en Languedoc-Roussillon comme dans la plupart des régions « *les CLS ont d'abord été signés par des groupes d'acteurs déjà mobilisés depuis plusieurs années,*

¹¹⁶ SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES, *op. cit.*, p.32

¹¹⁷ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Point sur les Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon », 20 octobre 2011

¹¹⁸ LE GOFF E., *op. cit.*, p.173

comme cela a été le cas pour les bureaux municipaux ou les ASV, perpétuant ainsi les disparités territoriales »¹¹⁹. Les CLS s'inscrivent donc dans le dilemme qui est habituellement celui de l'aménagement du territoire « entre le renforcement des territoires les plus innovants ou les plus défavorisés grâce à des politiques spécifiques (ateliers santé ville par exemple) et à l'établissement d'une seule politique nationale déclinée à différentes échelles sur l'ensemble du territoire »¹²⁰.

Alors que l'outil CLS commence à être approprié dans la région, l'ARS doit dorénavant être en capacité de susciter des discussions autour de projets de CLS auprès d'élus, tout en étant capable de refuser ou de reporter le lancement de discussions avec des territoires qui seraient considérés comme moins prioritaires.

3) La volonté de poursuivre la démarche de contractualisation tout en la rendant plus exigeante : la logique de planification

Aujourd'hui, la volonté de l'ARS Languedoc-Roussillon est de passer d'une logique de programmation (les discussions sont engagées avec les collectivités territoriales qui se mobilisent spontanément) à une logique de planification. L'objectif sera alors d'identifier les territoires où les besoins de santé de la population sont supérieurs à l'offre proposée et d'y entrer en contact avec les élus en leur proposant de contractualiser avec l'ARS au travers d'un CLS.

Si l'ARS s'inscrit dans cette volonté de susciter des démarches CLS, elle doit le faire avec une idée précise du territoire avec lequel elle souhaite engager des discussions. Cela implique trois dimensions.

D'abord, il faut repérer le territoire pertinent du point de vue des besoins de santé.

Comme nous l'avons vu en Partie 1, les diagnostics réalisés dans le cadre de l'élaboration du PSRS et des schémas ont déjà permis d'identifier des zones déficitaires, « des zones blanches ou mal couvertes »¹²¹, notamment dans le champ des compétences de Prévention et de Promotion de la Santé de l'ARS. Or, on constate que plusieurs démarches CLS sont engagées avec des territoires considérés comme déficitaires. Cela peut s'expliquer notamment par la conscience des élus de ces territoires des besoins de leur population qui a pu les conduire à solliciter l'ARS¹²².

Ainsi, l'ARS a déjà identifié des territoires prioritaires dans chacun des départements et c'est sur ces territoires qu'elle souhaite engager des démarches de préfiguration de CLS

¹¹⁹ *Ibid.*, p.174

¹²⁰ *Ibid.*, p.175

¹²¹ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) volet personnes à vulnérabilité spécifique, 2011, p.49

¹²² C'est notamment le sens des propos d'un élu (maire, président de communauté de communes et conseiller général) du territoire de Pays Cœur d'Hérault que j'ai enquêté.

en 2013. Alors que la municipalité de Quillan (Aude) a souhaité rencontrer l'ARS au sujet du dispositif des CLS¹²³, le Directeur de la DSPE lui a indiqué que la Haute Vallée de l'Aude faisait partie des territoires où l'ARS tout comme le Conseil général de l'Aude souhaitent se mobiliser afin de répondre aux besoins de la population et que c'est pour cette raison que l'ARS a accepté de lancer une démarche de préfiguration sur ce territoire.

Cependant, l'ARS souhaite désormais disposer de diagnostics plus fins afin de disposer de toutes les données nécessaires au lancement d'une discussion d'un CLS avec une collectivité et souhaite en ce sens disposer de nouveaux outils.

Ensuite, il faut alors être capable de définir le périmètre du territoire sur lequel on souhaite intervenir. Cela correspond à l'idée selon laquelle « *pour territorialiser l'action publique, il faut définir des territoires* »¹²⁴. Les CLS qui sont en cours d'élaboration dans la région, peuvent correspondre à un bassin de vie INSEE¹²⁵, regrouper plusieurs bassins de vie (CLS Pays Cévennes) ou concerner un territoire inférieur au bassin de vie de l'INSEE (CLS de Perpignan) suivant la réalité locale portée par les élus. C'est bien aujourd'hui à partir de cette lecture en bassins de vie qu'est regardé le territoire régional et perçues les opportunités de signatures de CLS. Cependant, il est admis la possibilité que si le bassin de vie de l'INSEE ne correspond pas aux réalités de vie des habitants, ce n'est pas ce territoire qui sera choisi pour la signature d'un CLS. Il est dès lors nécessaire de créer un dialogue constructif avec les élus locaux pour avoir une bonne lecture du territoire et choisir le périmètre du contrat qui permettra de répondre le plus efficacement possible aux besoins de la population.

Ainsi, à partir du moment où l'ARS est dans une démarche de sollicitation des élus locaux, sa responsabilité à les accompagner est d'autant plus grande. C'est notamment le cas s'il s'agit d'indiquer le périmètre de territoire qu'elle souhaite toucher et d'amener des élus de différentes collectivités (communes, communautés de communes...) à travailler ensemble.

Enfin, il faut que l'ARS puisse trouver les arguments qui conduisent les élus locaux à s'inscrire dans une telle dynamique.

Tout d'abord, l'ARS a conduit dans chacun des départements des réunions avec les partenaires institutionnels puis avec les opérateurs pour présenter la politique de territorialisation de l'ARS (mois de septembre et d'octobre 2012). Cela a permis de présenter les outils de l'animation territoriale et de contribuer à en diffuser la

¹²³ Réunion qui a eu lieu à l'ARS en octobre 2012

¹²⁴ LENOIR D., Directeur général de l'ARS Nord-Pas-de-Calais in Actes de colloque, « Les enjeux locaux d'organisation de la santé », *Colloque consacré aux dynamiques territoriales de santé*, publiés par la Gazette Santé Social, novembre 2010

¹²⁵ On dénombre 112 bassins de vie INSEE dans la région Languedoc-Roussillon.

connaissance dans chacun des départements. Les instances de la démocratie sanitaire sont également des lieux où la politique de territorialisation de l'ARS a été présentée et discutée et qui contribuent à la faire connaître auprès des élus.

L'ARS peut également solliciter directement des collectivités territoriales afin de leur présenter le CLS, ce qui peut être fait en partenariat avec le Conseil général.

Enfin et comme me l'a indiqué un élu (maire et vice-président de la communauté d'agglomération) impliqué dans le CLS de Béziers (Hérault), les discussions d'ors et déjà engagées par l'ARS auront une valeur d'exemple et de « publicité » pour les collectivités qui ne sont pas encore impliquées¹²⁶.

B : Comment faire émerger une réponse locale de la part des opérateurs, des partenaires

La volonté de l'ARS de repositionner ses financements dans le cadre d'une politique territorialisée doit être comprise par les partenaires, par les opérateurs, ce qui nécessite un temps de pédagogie de la part de l'ARS.

Dans le cadre des déplacements effectués dans chacun des départements au mois de septembre et d'octobre 2012, la DSPE a présenté la politique territorialisée de l'ARS et les outils de l'animation territoriale aux acteurs institutionnels mais aussi aux opérateurs. Il s'agit de susciter l'adhésion des partenaires dans un contexte où les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé sont inquiets de possibles baisses de financements. C'est ce que j'ai pu ressentir lors de la réunion qui a eu lieu dans le département des Pyrénées-Orientales. Les représentants d'associations ou de structures re-centralisées présents étaient inquiets des moyens dont l'ARS allait pouvoir bénéficier en 2013. Ils semblaient cependant disposés à s'inscrire dans le cadre de cette démarche territorialisée, tout en soulignant les coûts supplémentaires que pourrait engendrer le fait de ne plus conduire des actions de quelques villes centrales et d'aller vers des territoires plus isolés.

Au sein de la DSPE, la volonté est d'expliquer la démarche aux opérateurs tout en la faisant apparaître comme résolue, afin de les encourager à faire évoluer ou ré-orienter leurs actions vers les premiers territoires jugés comme prioritaires par l'ARS.

Les enjeux suscités par la signature de CLS tout comme l'impossibilité d'entrer dans cette démarche en l'absence de volonté des élus locaux doivent conduire l'ARS à améliorer encore ses outils et son positionnement.

¹²⁶ Point de vue également partagé par le responsable du Pole soins de premiers recours de l'ARS

Partie 3 : Les évolutions envisageables au sein de l'Agence Régionale de Santé afin de répondre aux enjeux posés par la démarche liée aux Contrats Locaux de Santé.

Le CLS et son appropriation au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon conduisent à des ajustements nécessaires. L'ARS a construit des outils au service de la territorialisation des politiques de santé et a envisagé leur articulation (I). Nous prolongerons ici cette réflexion en formulant des préconisations relatives à l'outil CLS, à son utilisation et quant à l'importance de prendre en compte le temps consacré par les équipes de l'ARS au service de ce nouvel outil afin d'en tirer des conséquences en termes d'organisation (II). Enfin, nous constaterons que les CLS, comme plus largement la dynamique d'animation territoriale, ouvrent de nouvelles perspectives pour les agents des ARS et notamment pour les inspecteurs, en leur permettant de mobiliser leurs compétences au service des territoires (III).

I. De nouveaux outils au service des Contrats Locaux de Santé ou complémentaires à cette démarche.

Au sein de l'ARS, l'objectif de rendre la démarche de territorialisation la plus pertinente possible a déjà conduit à penser les CLS au cœur d'un corpus d'outils. Il s'agit de répondre au besoin de données infra-territoriales afin de construire les démarches CLS (A), de disposer d'autres outils qui permettent de créer une cohérence avec l'ensemble des politiques de l'ARS (B) voire parfois, de se fonder sur d'autres légitimités que celle de la territorialisation (C).

A : De nouveaux outils de diagnostics territorialisés en cours d'élaboration pour repérer les besoins de santé

Comme nous l'avons vu en Partie 2, le développement d'un nouvel outil de diagnostic territorialisé permettrait à l'ARS d'apporter un appui et un cadrage aux démarches CLS. Cet investissement dans l'observation permettrait de cibler, de prioriser les territoires qui pourraient être concernés par une démarche CLS ainsi que d'identifier les thèmes à développer dans le cadre d'un CLS, une fois la démarche de préfiguration engagée¹²⁷.

¹²⁷ Comme me l'a indiqué un élu local lors d'un entretien (10/10/2012) c'est bien à partir d'un diagnostic solide que l'ARS et les collectivités pourront argumenter pour intégrer ou non une thématique dans le CLS.

Cette capacité de priorisation est d'autant plus importante que les ressources ne sont pas illimitées au sein de l'ARS, notamment en ce qui concerne les moyens humains. Cette stratégie nécessite de disposer de données fiables pour identifier les territoires avec les besoins de santé les plus importants. Pour ce faire, l'ARS et sa Cellule d'Observation Statistique et d'Aide à la Décision (COSAD) ont entamé le travail visant à produire ce nouvel outil. Cet outil sera également une aide apportée aux plus petites communes et à leurs groupements qui ne peuvent financer un cabinet-conseil pour réaliser un diagnostic. Une fois cet outil développé, l'ARS sera à même de mobiliser les indicateurs qu'elle a à sa disposition, de façon territorialisée et permettra ainsi aux collectivités de traiter en interne cette phase du diagnostic.

Un premier travail a été conduit par la COSAD dans le cadre de la rédaction du CLS Pays Cœur D'Hérault. Cette première expérience a été l'occasion d'une réflexion entre la COSAD et les représentants du Pays sur les indicateurs qu'il était pertinent de mobiliser. Dans le cadre de ce diagnostic, ce sont 90 données provenant de 8 organismes différents qui ont été mobilisés.

L'objectif est de créer un « canevas » d'indicateurs qui pourra être appliqué à tous les bassins de vie afin d'identifier les territoires où les besoins sont les plus importants, les thématiques qui nécessitent le plus un travail en partenariat sur un territoire... Ce sera également un moyen d'évaluer les actions déployées par l'ARS comme les CLS par exemple. Un des élus du Pays Cœur d'Hérault que j'ai enquêté m'a ainsi indiqué qu'il attendait beaucoup de ce travail en partenariat avec l'ARS afin d'observer sur le long terme les effets du CLS sur l'état de santé de la population.

Enfin, cet outil permettra à l'ARS de mieux structurer son offre de prévention et de promotion de la santé, y compris lorsqu'une démarche CLS ne sera pas engagée.

B : Les autres outils et concepts d'animation territoriale portés au sein de l'ARS

D'autres outils ou concepts d'animation territoriale ont émergé au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon. Il est dès lors important de questionner leur articulation avec les CLS, leur complémentarité. Il s'agit du Panier de services, des Parcours de santé et des maisons de santé pluri-professionnelles.

Le Panier de services est un concept qui a émergé au sein de l'ARS et qui se définit comme un ensemble de services et de prestations socles minimum mis à la disposition de la population et des professionnels, à déployer progressivement sur l'ensemble du territoire régional. Le Panier de services est pour l'instant restreint au champ de la promotion de la santé et de la prévention et il recouvre la Tuberculose, la Vaccination, le PRAPS, le HIV et les Hépatites, les Addictions, la Nutrition, la Santé mentale des jeunes, la Contraception, le

Cancer, la Santé-environnement, l'éducation pour la santé. L'objectif au sein de l'ARS serait de faire évoluer ce Panier de services au Panier de santé, qui recouperait dès lors, toutes les politiques de l'ARS.

Le Panier de service s'inscrit bien dans une approche territoriale puisqu'il s'agit de s'interroger sur « *les services et les prestations socles minimum mis à la disposition de la population et des professionnels* », territoire par territoire. Il a pu être considéré, au sein de la DSPE, que le Panier de services pourrait se substituer au rôle du CLS dans les territoires où les élus locaux ne souhaitent pas s'engager dans une telle démarche. Or, on peut considérer qu'il est très difficile de déployer le Panier de services lorsque l'ARS n'a pas d'ancrage sur le territoire, de cadre pour organiser ce déploiement. Sans les élus, les modes de fonctionnement reviennent à ce qu'ils étaient avant la création de l'ARS. S'il ne faut pas devenir dépendant de la volonté des élus de bien vouloir s'engager dans la santé publique, ce ne sont peut être pas les outils de l'animation territoriale que l'ARS devra mobiliser pour accéder à ces territoires.

Le constat est proche pour les Parcours de santé inscrits dans le PRS de l'ARS Languedoc-Roussillon. Dans cette logique des Parcours, ce n'est plus le territoire mais la personne qui se trouve au cœur des préoccupations de l'ARS. Cela conduit à une double démarche et à une nécessité de prendre en compte les parcours de santé et les territoires. Il faut que cette vision soit partagée par la DSPE, la DSP, la Direction de l'ARS et les délégations territoriales. Un second risque serait d'aboutir à des démarches segmentées. Ainsi, il s'agit de trouver un équilibre entre la cohérence au sein d'un parcours et la cohérence de toutes les politiques les unes par rapport aux autres.

Tout comme pour le Panier de services, les Parcours de santé ne pourront être appropriés par les acteurs et notamment par les équipes des délégations territoriales, que s'ils rencontrent des supports, des contenants sur les territoires. Ainsi, la logique de Parcours fait particulièrement échos dans le cadre de CLS qui ont identifié des axes populationnels comme « personnes âgées » par exemple, comme c'est le cas du CLS de Béziers ou du CLS Pays Haut Languedoc et Vignobles.

Le Panier de services et les Parcours de santé apportent un contenu aux CLS qui fait le lien entre le PRS et la façon de le décliner sur le territoire. Ils impliquent une préoccupation des parcours des personnes, ou de la présence de services sur les territoires qui peuvent être ensuite inscrits dans le cadre de CLS. Le CLS prend alors sa place d'outils de mobilisation des partenaires et des élus, en vue de co-construire la politique locale de santé au service des besoins de santé de la population.

Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) peuvent également être un relais aux politiques de l'ARS dont le Panier de services et les Parcours de santé. Elles reposent sur un projet de santé et sur une approche territoriale. Si elles s'inscrivent dans un cadre d'exercice libéral, l'importance des MSP dans les territoires où la désertification médicale préoccupe beaucoup la population et l'implication des élus dans l'émergence des (MSP) peuvent en faire un point d'appui pour l'ARS. Dans les territoires où aucun relais politique ne pourrait être trouvé auprès des élus locaux, l'ARS pourrait s'appuyer sur les MSP, leurs professionnels, les réseaux qu'ils peuvent tisser pour apporter des réponses aux besoins de santé de la population. Cette réflexion a été lancée au sein de l'ARS entre les DSPE, le Pôle Soins de premiers recours et la Direction de la Stratégie et de la Performance.

C : D'autres conceptions de la mise en œuvre des politiques locales de santé existent.

Toutes les politiques conduites par l'ARS n'ont pas vocation à être pensées en partant du territoire. Ainsi, on peut considérer que certaines politiques doivent être pensées de façon départementale voire régionale et il est dès lors important de définir le niveau territorial d'animation des politiques.

La signature des premiers CLS au sein de la région Languedoc-Roussillon a démontré que certaines politiques devaient continuer à être pensées avant tout du point de vue départemental ou régional, c'est-à-dire depuis un territoire où existent d'une part, un forme de planification et d'autre part, des coopérations inter-institutionnelles établies.

Lors d'un entretien, un des MISP de la DSPE m'a ainsi déclaré que les besoins identifiés, dans le cadre de chacun des CLS dans lesquels l'ARS était engagée ou allait s'engager, étaient en fait des besoins de toute la population départementale voire régionale. C'est également un point de vue qu'il a exprimé lors de plusieurs réunions internes auxquelles j'ai assistées. Pour la politique de promotion de la vaccination dans le département de l'Hérault par exemple, l'absence de centres de vaccination concerne toute la population vivant hors de Montpellier. Il peut donc apparaître inefficace de soulever cette problématique dans le cadre de tous les CLS du département alors que ce problème pourrait être traité entre l'ARS et le Conseil général de l'Hérault.

Lors d'une rencontre avec la délégation territoriale des Pyrénées-Orientales¹²⁸, le Directeur de la DSPE a identifié trois thématiques dont la conduite doit être pensée plutôt du point de vue départemental. Il s'agit de la politique de lutte contre les addictions, qui fait l'objet d'un

¹²⁸ Journée dans les Pyrénées-Orientales organisée par la DSPE et la DSP et consacrée à la politique territorialisée de l'ARS, 19 octobre 2012

volet du SROMS¹²⁹ et dont le déploiement nécessite avant tout une réflexion sur l'implantation des structures médico-sociales spécifiques dont les CSAPA et les CAARUD. Il s'agit également de la politique liée aux personnes âgées qui fait l'objet d'un Parcours de santé et qui doit reposer sur un partenariat solide entre l'ARS et les cinq Conseil généraux de la Région. Il s'agit enfin des objectifs opérationnels du PRAPS dont les modalités de déclinaison doivent être affinées ; sa déclinaison passera sans doute pour une grande partie par des partenariats construits avec les autres institutions telles que l'Assurance maladie, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou les Conseils généraux.

Il n'est également pas exclu que certaines politiques doivent être pensées et traitées au niveau régional. Le Parcours AVC, par exemple, pourrait ne pas avoir vocation à être décliné territorialement.

Cependant, dans le cadre de la politique de promotion de la vaccination au sein du département de l'Hérault, j'ai pu constater que le CLS de Pays Cœur d'Hérault et le diagnostic réalisé par les élus du territoire ont été un point de départ à une discussion entre le Conseil général et l'ARS. Ainsi, l'ARS souhaite s'appuyer sur ce territoire pour souligner les manques en termes de couverture territoriale par le centre de vaccination. On peut donc considérer qu'il s'agit bien d'une complémentarité à construire et non pas d'une concurrence de conceptions. Les logiques de co-construction des politiques locales de santé et d'animation territoriale qui reposent avant tout sur des diagnostics des besoins de la population peuvent ainsi venir irriguer la définition de politiques dont la mise en œuvre repose sur des partenariats inscrits dans des territoires administratifs, notamment départemental.

II. Des évolutions rendues nécessaires par la démarche liée aux Contrats Locaux de Santé

La volonté de mieux répondre aux besoins de santé de la population par la politique d'animation territoriale, l'émergence puis l'appropriation de nouveaux outils comme les CLS tendent à rendre nécessaire une évolution de l'organisation de l'ARS afin de combiner réponses aux besoins de la population et respect du travail des agents (A). Outre ces évolutions d'organisation et de fonctionnement, la pratique des CLS depuis plus de deux ans maintenant au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon conduit à envisager des améliorations dans l'utilisation de cet outil afin de potentialiser ses bénéfices (B).

¹²⁹ Volet personnes à vulnérabilité spécifique

A : L'évolution de l'organisation interne de l'ARS Languedoc-Roussillon au service de l'animation territoriale

Afin de porter les discussions avec les représentants des territoires d'une seule voix et de la façon la plus efficace possible, il est aujourd'hui nécessaire de faire évoluer l'organisation interne de l'ARS.

1) Une nouvelle répartition des compétences au sein du siège

Afin de porter les politiques de l'ARS sur le territoire et d'apporter un soutien aux délégations territoriales, une clarification des compétences des Directions du siège de l'ARS impliquées dans l'animation territoriale pourrait être nécessaire.

L'organisation de la DSPE a été mise sous tension, alors que plusieurs démarches CLS sont engagées et que d'autres outils de l'animation territoriale sont en train d'être déployés (tel que le Panier de services). Cela a conduit, en mars 2012, le MISP de la DSPE chargé du suivi de la démarche CLS à écrire dans un compte rendu à usage interne « *l'organisation interne actuelle de l'ARS ne permet pas de répondre à toutes les démarches émergentes autour de CLS* ».

La conduite de la « première phase » de négociation de CLS a conduit à une charge importante de travail pour les agents de l'ARS qui a eu notamment pour conséquence, de reporter des discussions avec certaines collectivités comme le Pays Haut Languedoc et Vignobles (Hérault). Cela tient notamment au fait que les délégations territoriales ne disposent pas toutes de moyens humains équivalents et que la DSPE leur est venue en appui, mais en faisant peu évoluer sa propre organisation. Ainsi, seuls les deux agents du Service ingénierie en santé publique ont été directement mobilisés sur le pilotage des outils d'animation territoriale (Panier de services et CLS).

Le fonctionnement du service avec des pilotes de programmes (vaccination, addiction, nutrition...) n'est également pas adapté aux situations où la DSPE porte en propre des CLS ou s'y investit fortement. Un tel mode de fonctionnement apporte une richesse des points de vue et une connaissance précise de chaque domaine. Cependant, cela entraîne une surcharge des emplois du temps et donc un ralentissement des démarches lorsque chaque pilote souhaite assister aux réunions concernant un même CLS pour apporter sa connaissance d'un domaine. De plus, cela complexifie les étapes de rédaction lorsqu'il est nécessaire de compiler les informations et les stratégies de chacun¹³⁰.

¹³⁰ Ce que j'ai pu constater alors que j'étais chargée de la rédaction du CLS Pays Cœur d'Hérault en septembre et en octobre 2012.

Si la DSPE continue d'assurer un pilotage voire un portage à un tel niveau opérationnel de la politique d'animation territoriale de l'ARS (statu quo) ou si une évolution proche du scénario 1 est envisagée : une réorganisation du Pole Prévention et Promotion de la santé (DSPE) pourrait être proposée :

- A minima : inscrire dans la fiche de poste de chaque pilote de programme la dimension de territorialisation de la politique dont il est le responsable.

Et/ou

- Proposer aux agents de partager leur temps de travail entre leurs missions de pilote de programme et un rôle de référent d'un territoire départemental ou infra départemental (pour la politique d'animation territoriale uniquement). Ce référent pourrait assurer un rôle de relais avec la délégation territoriale.

Cette proposition pourrait aujourd'hui être acceptée par les agents du fait de la place que prend l'animation territoriale au sein de l'ARS et par ce que les contours de cette mission se dessinent. Ce n'était pas le cas au moment de la création de l'ARS où la notion de « pilote de programme » a permis aux agents de créer une continuité avec leurs missions antérieures.

Ces propositions permettraient de conserver des missions d'animation territoriale au sein de la DSPE, Direction dont les agents ont tissé au fil des années des partenariats forts sur les territoires et auprès des équipes des délégations territoriales, tout en assurant un appui aux délégations territoriales.

Le rôle de la cellule d'animation territoriale devrait être clarifié. A l'heure actuelle, elle regroupe des agents de toutes les Directions avec une prédominance des agents de la Direction de la stratégie. La répartition des rôles entre la cellule d'animation, les Directions métiers et les délégations territoriales pourrait être clarifiée :

- Une Direction de l'animation territoriale qui recouvrirait les capacités opérationnelles du Service Prévention et Promotion de la santé en termes d'animation territoriale pourrait être créée. La nature de « cellule » d'animation territoriale ne semble pas avoir été pensée pour aboutir à un tel bouleversement d'organigramme. Il est donc important de clarifier le positionnement de cette Cellule dans le fonctionnement actuel de l'ARS :
- La cellule d'animation pourrait se positionner autour de la définition de cadres conceptuels et de la stratégie régionale de l'ARS en termes d'animation territoriale (ce qui inclut la réflexion sur les territoires à inclure en priorité dans la démarche CLS).

2) Une nouvelle répartition des compétences entre le siège et les délégations territoriales

Alors que les délégations territoriales sont positionnées au plus près des territoires, il est primordial de penser leur positionnement dans la conduite de l'animation territoriale et la coordination avec les Directions du siège.

En Languedoc-Roussillon, l'organisation des missions des délégations territoriales est très proche de celle qui existait avant la création de l'ARS. De nombreuses missions continuent à être exercées au sein des délégations territoriales alors que certaines délégations de la région ont des moyens humains faibles.

Il est primordial de faire des missions d'animation territoriale une opportunité pour les délégations territoriales, alors qu'elles peuvent se sentir dépossédées dans l'organisation actuelle :

- A minima : « la démarche CLS doit être partagée au sein de l'ARS »¹³¹ or et notamment au sein des délégations territoriales, les missions déjà nombreuses conduisent à percevoir l'animation territoriale comme « un gadget », comme quelque chose de « fumeux »¹³². Aujourd'hui, le Panier de services devient le Panier de santé et les axes des CLS recouvrent de plus en plus des champs hors de la prévention et de la promotion de la santé. Cette opportunité doit être saisie pour impliquer les agents dans la démarche d'animation territoriale pour laquelle ils ont déjà de nombreuses compétences et des connaissances.

Et/ou

- L'ARS pourrait s'appuyer sur la démarche STARS pour régionaliser certaines fonctions et permettre aux agents d'exercer les missions qui nécessitent un positionnement au plus près du territoire.

Plutôt que de repenser l'organisation des Directions du siège, des équipes « animation territoriale » renforcées pourraient être créées au sein des délégations territoriales.

La DSPE a souhaité formaliser la répartition des rôles entre cette Direction et les délégations territoriales concernant la démarche CLS. Pour ce faire, des journées ont été organisées dans chaque délégation territoriale du 26 septembre au 12 octobre 2012 ; la Direction de la stratégie s'est également associée à ces journées. Dans chaque département, le premier objectif envers la délégation territoriale était de connaître le ou les territoires que la délégation territoriale jugeait prioritaires pour le déploiement des outils d'animation

¹³¹ ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Point sur les Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon », 20 octobre 2011

¹³² Propos tenu par un IASS de la délégation territoriale de l'Hérault lors d'une discussion informelle.

territoriale. Le second objectif était de s'entendre sur la répartition des tâches pour organiser ce déploiement.

Durant la réunion de préparation de ces journées, j'ai pu ressentir l'importance d'une telle démarche. En effet, les délégations territoriales n'ont pas les mêmes attentes vis-à-vis du siège et là où certaines sollicitent un appui, d'autres se sentent dépossédées de leurs missions. Un délégué territorial a notamment considéré que ses services remplissaient des missions de « *boîtes aux lettres* » alors qu'un autre a clairement indiqué qu'il sollicitait l'appui de la DSPE dans le cadre des missions d'animation territoriale.

3) Une clarification nécessaire des rôles de chacun

A court terme et dans le cadre de l'organisation actuelle de l'ARS et du trio délégations territoriales, DSPE, Direction de la stratégie autour de l'animation territoriale, il serait avant tout essentiel de clarifier le rôle de chacun. Il pourrait être du rôle de la Direction générale, à laquelle les délégations territoriales sont directement rattachées dans l'organigramme de l'ARS, de demander à chaque délégation de quels outils elles souhaitent se saisir en propre (CLS...) et sur quel plan elles nécessitent un appui (si elles en nécessitent un). Ce travail a en partie été fait par la DSPE mais il mériterait d'être validé par tous afin qu'une organisation des moyens coté siège et coté délégations territoriales puisse suivre.

A moyen terme, trois scénarios sont envisageables afin de répondre au mieux aux sollicitations des élus :

Scénario 1 : renforcement de la DSPE (du Pôle prévention et promotion de la santé)

→renforcement de la capacité d'ingénierie et de coordination régionale de la DSPE : des agents doivent se consacrer à ces fonctions.

→renforcement de sa capacité opérationnelle : des agents référents pour des territoires.

Avantage : une expertise et une expérience déjà engrangée dans ce champ par les agents de cette Direction du fait de l'organisation actuelle.

Scénario 2 : renforcement des délégations territoriales

→diffusion de la culture de l'animation territoriale au sein des équipes et orientation progressive des agents vers ce type de missions, ce qui passe d'abord par la mobilisation de leurs connaissances et de leurs compétences actuelles.

→transfert de certaines compétences au siège dans le domaine de l'allocation de ressources et affectation d'agents à des missions d'animation territoriale et de suivi de démarches CLS.

Avantage : l'animation territoriale est positionnée au plus près des territoires. Cela clarifie le positionnement des délégations territoriales par rapport au siège : elles sont au plus près des

besoins de santé de la population et permettent la coordination des services de l'ARS et des partenaires pour y répondre.

Point de vigilance : un rôle d'ingénierie et de coordination régionale doit être maintenu au siège (DSPE).

Scénario 3 : renforcement de l'externalisation : cabinet d'ingénierie en santé publique ou réseau Ireps/Codes

→ pérennisation de la Convention qui lie l'ARS et le réseau Ireps/Codes de la région et qui accorde un financement de 56 000 euros par an et par département au réseau, soit 0,8 ETP positionné en appui de la délégation territoriale pour ses missions d'animation territoriale.

→ pérennisation de la participation de l'ARS au financement d'un cabinet-conseil lorsque celui-ci est sollicité par la ou les collectivités partenaires. La participation de l'ARS peut varier de 10 000 à 20 000 euros suivant les territoires.

Avantage : cette solution permet de faire face à la difficulté de mobiliser des moyens humains supplémentaires au sein de l'ARS.

Point de vigilance : l'ARS ne peut s'absenter des instances de pilotage politique et technique des CLS durant la phase d'élaboration et leur mise en œuvre. Cette présence, très consommatrice de temps, devra dans tous les cas être assurée et ne peut être déléguée.

Le dernier scénario ne règle pas à lui seul la question de la disponibilité des équipes de l'ARS. Les deux modes de « l'externalisation » doivent être évalués et s'inscrire en soutien dans les scénarios 1 ou 2.

B : De nouvelles modalités de travail à mettre au service de la co-construction des politiques locales de santé en Languedoc-Roussillon

Afin de se rapprocher des objectifs et des bénéfices attendus des CLS, de nouvelles modalités de travail sont envisageables au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon.

1) Circulation de l'information au sein de l'ARS

Afin de faciliter l'adhésion de tous les agents du siège et des délégations territoriales, il est important que l'information soit facilement accessible par tous : sur l'intranet de l'ARS et l'arborescence informatique commune:

- tenue à jour d'une carte régionale sur les démarches CLS en cours de discussion. Une carte existe mais elle n'est pas complète et pas assez précise.
- création d'un dossier par CLS avec une courte présentation du territoire, des partenaires impliqués, des axes pressentis pour le CLS et de l'état des discussions.

- dans chaque dossier, le service communication pourrait ajouter les articles de presse publiés sur le CLS en question (presse locale) et les communiqués de presse de l'ARS (notamment lorsqu'une signature intervient).

Il s'agit là d'un minimum d'information mais qui n'est actuellement pas facilement accessible.

2 Priorisation des territoires

L'ARS devrait définir une stratégie régionale concernant les CLS. Cette stratégie permettrait d'arbitrer entre plusieurs territoires souhaitant s'engager dans une démarche CLS et notamment si les moyens humains de l'ARS ne sont plus suffisants pour travailler sur tous les territoires simultanément.

Différents critères pourraient être établis :

- Affirmer la volonté de signer un CLS avec tous les territoires sur lequel un ASV est présent : ces territoires sont prioritaires au regard de la politique de la ville et cela pourrait contribuer à donner un second souffle à la démarche ASV tout en permettant à toute la commune voire l'intercommunalité de bénéficier de l'expérience engrangée.
 - Donner une priorité aux territoires souhaitant s'engager en tant qu'intercommunalité (villes) ou en tant que Pays (territoires les plus ruraux) afin de se rapprocher des bassins de vie, des habitudes de vie et de consommation de services de la population. Privilégier ensuite les territoires où la précarité est la plus importante et/ou où l'offre est très inférieure aux besoins de santé : utiliser les données du nouvel outil de diagnostic bientôt opérationnel.
 - Communiquer auprès des élus sur ces choix afin d'encourager les territoires concernés à s'organiser et à entrer en contact avec l'ARS.
- Parvenir à toucher le rural isolé et la précarité (villes moyennes et grandes villes).

3 Implication de l'ARS dans l'élaboration des CLS de la région

L'ARS devrait conduire une réflexion sur les missions qu'elle est capable de réaliser elle-même et, pour celles qui sont « externalisées », développer des outils méthodologiques de cadrage :

- Un cahier des charges des diagnostics territorialisés devrait être établi : il servira aux communes qui ne souhaitent pas solliciter de cabinets-conseil et qui utiliseront le nouvel outil de diagnostic de l'ARS. Cet outil pourra également permettre de suivre et d'évaluer le travail des cabinets-conseil qui auront été sollicités sur certains territoires. Ce cahier des charges pourrait être élaboré par le réseau Ireps/Codes dans le cadre de la nouvelle Convention qui le lie à l'ARS.

- Un guide méthodologique « Phase de discussion et de signature d'un CLS » pourrait être rédigé par l'ARS au regard des deux premières années d'expérience qui viennent de s'écouler : il permettrait de décrire les différentes étapes d'une phase de discussion avec une collectivité, de donner des éléments clés aux équipes et notamment des délégations territoriales. Ce guide renforcerait la méthodologie de l'ARS afin de rendre la démarche plus crédible et d'éviter les allers-retours entre les étapes/phases de la discussion.
- Une évaluation de la Convention qui lie l'ARS au réseau Ireps/Codes devra être conduite par l'ARS. Il s'agira d'évaluer l'appui effectif apporté aux délégations territoriales et la pertinence de cet appui « externalisé » dans le cadre de l'organisation de l'ARS.

5 Animation du réseau lié à l'animation territoriale

Au fur et à mesure de la signature de CLS de préfiguration, des coordinateurs CLS se trouvent créés. Cette fonction de coordination nécessitera une attention particulière de l'ARS :

- Utiliser l'Annexe fonction de coordination du CLS Pays Cœur d'Hérault pour établir un socle régional qui permettra d'harmoniser les attentes de l'ARS et des élus locaux et de faciliter le recrutement des coordinateurs.
- A terme, l'ARS devra structurer un espace d'échange de pratiques d'animation qui pourrait prendre la forme d'un réseau régional de coordinateurs de CLS. Cela permettra notamment des échanges et la valorisation de bonnes pratiques entre les différents territoires concernés par une démarche de CLS.
- Les coordinateurs pourront également bénéficier de formations ou participer à des plateformes nationales d'échanges si de telles plateformes sont créées. Un budget formation devra dès lors être prévu au FIR au même titre que la rémunération annuelle des coordinateurs.

6 Articulation des différents dispositifs de l'ARS

- Le lien entre les instances de démocratie sanitaire et la politique territorialisée de l'ARS devrait être renforcé, puisque les élus locaux se trouvent potentiellement au cœur de ces deux dispositifs.
- Il sera nécessaire de faire le bilan de l'intégration du Panier de services au CLS de Pays Cœur d'Hérault. Cette évaluation permettra de déterminer si le Panier de services est le bon instrument pour apporter des contenus à l'outil de gouvernance que sont les CLS. Cette évaluation pourrait susciter une réflexion sur un contenu type des CLS en Languedoc-Roussillon.

III. Un nouveau positionnement pour les inspecteurs au sein du cadre renouvelé par la co-construction des politiques locales de santé

Les CLS et la logique de co-construction des politiques locales de santé permettent d'envisager un nouveau champ du métier d'inspecteur et d'accéder à de nouvelles compétences.

Si des compétences spécifiques sont à mettre au service des outils de l'animation territoriale, elles trouvent pourtant leur fondement dans des missions déjà exercées par les inspecteurs et dans des savoirs qu'ils avaient déjà à mobiliser.

Dans le cadre de mon stage d'exercice professionnel, j'ai pu constater que ces compétences étaient nécessaires à la conduite d'une démarche CLS¹³³ :

.Savoirs être : sens de l'écoute, du dialogue, de la négociation, capacité à repérer les logiques institutionnelles, les jeux d'acteurs, aptitude à communiquer oralement et par écrit.

.Savoir faire : conduite de projet (diagnostic, problématisation et définition de priorités) co-pilotée et co-construite avec les partenaires locaux.

Certaines de ces compétences sont mobilisées par les inspecteurs dans le cadre de leurs « missions régaliennes » telles que l'inspection/contrôle, l'allocation de ressources, l'instruction de dossiers d'autorisation et visite de conformité. Il s'agit notamment de capacités de négociation, de travail sur des projets impliquant de multiples partenaires...

Cependant et pour un MISP de la délégation territoriale du Gard « *on sort d'une position strictement administrative d'allocation de ressources, de gestion, de contrôle, de tutelle vers une nouvelle posture au sein de la démocratie sanitaire, de l'animation territoriale qui vise à faire émerger les réponses, à co-construire les projets* »¹³⁴.

Peut être qu'au-delà des capacités de négociation, ce sont des capacités de concertation qui pourraient être recherchées, des capacités permettant de mobiliser les partenaires et de faire avancer tous les acteurs du territoire vers un même but. Les CLS impliquent des aptitudes fortes à la conduite de projet, à l'innovation au service des besoins de santé d'un territoire qui peuvent au départ, démobiliser. Cependant, la connaissance du champ sanitaire et social, des établissements sanitaires et médico-sociaux, la capacité à gérer des budgets importants, à travailler en autonomie directement avec les partenaires, la connaissance des cadres juridiques... sont autant d'atouts pour les inspecteurs. Ces compétences solides des

¹³³ « Atelier n°3 : Les IASS animateurs territoriaux : dévalorisation ou opportunité », Les VIIème journées professionnelles des IASS, 15 et 16 décembre 2011, *IASS la revue n°71*, mars 2012

¹³⁴ Entretien réalisé le 3 octobre 2012

inspecteurs et les compétences nombreuses des ARS permettent de donner un contenu aux négociations CLS, d'être dans le concret.

Les CLS donnent de nouvelles perspectives de travail. Ils permettent de ne plus s'arrêter au niveau de l'établissement ou de l'association et d'aller jusqu'au niveau de l'ingénierie locale, afin de travailler avec les partenaires les réponses à apporter aux besoins et en suivre la mise en œuvre.

Au delà des compétences mobilisées par le diagnostic, la négociation avec les partenaires et les élus locaux, la programmation d'actions et leur évaluation, la mise en œuvre des CLS permettent aux inspecteurs :

- d'agir dans la transversalité des missions de l'ARS, d'être les porte-paroles de la plus value de l'ARS par rapport aux structures éclatées qui existaient auparavant¹³⁵,
- d'agir au sein de jeux d'acteurs complexes, politiques et techniques,
- d'acquérir une connaissance du territoire qui descend au niveau infra-départemental,
- de pouvoir articuler l'offre de santé, les partenaires de l'ARS, les professionnels...,
- d'impulser des actions et de coordonner les acteurs de terrain¹³⁶.

Les CLS impliquant potentiellement aujourd'hui tous les champs de l'ARS, ils donnent l'occasion aux inspecteurs qui conduisent les discussions d'avoir à s'intéresser aux champs médico-social, sanitaire, de prévention et de promotion de la santé et ainsi de ne pas se segmenter dans leurs champs d'activité.

Ces nouvelles compétences, cette capacité à travailler en transversalité et de construire des réponses sur le terrain sont très exigeantes et ne peuvent se décréter, même si elles reposent sur des pré-requis que possèdent les inspecteurs. Ainsi, une fois les rôles clairement répartis dans le champ de l'animation territoriale, des formations pourront être proposées aux agents qui le souhaitent et être intégrées à la formation initiale.

Il est nécessaire de conjuguer deux cultures, celle qui passe par les établissements et une approche territoriale. Alors que certains voient l'animation territoriale comme une dévalorisation, d'autres pourraient être tentés de rejeter les pratiques antérieures à la loi HPST et de ne travailler désormais qu'en se fondant sur de nouveaux référentiels d'actions, sur de nouvelles pratiques. Cependant, ce sont bien toutes les compétences des inspecteurs et tous les leviers, notamment financiers, liés aux relations avec les établissements... qu'il faut mettre au service de l'animation territoriale, afin de lui donner une consistance.

¹³⁵ KIHAL FLEGEAU N., « Structurer l'animation territoriale : un défi pour les délégations territoriales », *IASS La Revue* n°67 – 68 – 69 – 70, mars à décembre 2011, p. 20

¹³⁶ « Atelier n°3 : Les IASS animateurs territoriaux : dévalorisation ou opportunité », *op. cit.*

Conclusion

La région Languedoc-Roussillon connaît de fortes disparités territoriales et des inégalités sociales, présentes dans un contexte de précarité importante. La répartition de l'offre de santé et notamment de l'offre de prévention et de promotion de la santé ne permet pas aujourd'hui à toute la population d'avoir aisément accès aux services.

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population, l'ARS Languedoc-Roussillon s'est saisie depuis plus de deux ans de ce nouvel outil qu'est le CLS. Les CLS permettent à l'ARS et aux collectivités territoriales d'articuler et de concentrer leurs moyens et leurs leviers d'actions sur des priorités partagées. Cela est d'autant plus pertinent que l'Etat et les différents échelons de collectivités possèdent des compétences en partage à articuler dans le champ sanitaire, le secteur médico-social et le secteur social. L'objectif des CLS est d'arriver à une meilleure adéquation des réponses aux besoins grâce à la conduite d'un diagnostic partagé et à des engagements communs entre les élus d'un territoire et l'ARS sur des thématiques considérées comme essentielles sur le territoire par les co-signataires.

Les CLS pourraient n'être qu'un outil de déclinaison de la planification de l'ARS, légitimée elle aussi par une phase de diagnostic. Lorsqu'ils sont mis en œuvre comme en Languedoc-Roussillon, les CLS donnent pourtant aux acteurs le signal d'une inversion de la démarche, c'est-à-dire la possibilité de faire émerger les réponses en fonction des besoins du terrain et plus uniquement dans une déclinaison de politiques nationales. Pour Françoise Demateïs et Thierry Cubedo, les CLS seraient en fait « *le premier outil de la déconcentration des politiques de santé* »¹³⁷.

La logique de co-construction des politiques locales de santé modifie l'approche de l'ARS et son cadre d'action. Un équilibre est à trouver entre les attentes de chacun, les perspectives ouvertes et les leviers d'actions qui restent encore en dehors du champ. Ainsi, les différentes expériences tendent à démontrer que ce travail en partenariat va donner de nouvelles possibilités et qu'il est à la portée du dialogue de s'entendre sur le diagnostic territorial, les priorités à porter et les moyens qui y concourront. Cependant, chaque étape de cet exercice est potentiellement source de tensions et de ruptures et

¹³⁷ Réunion entre la DT du Gard et les coordinateurs du CLS d'Alès, T. Cubedo et F. Demateïs, membres de l'association Reseda le 03/10/2012 suivi d'un entretien avec deux des coordinateurs
Murielle KORDYLAS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

c'est un travail de patience et de transparence réciproque qui permet d'atteindre les objectifs.

Ainsi, on peut considérer qu'avec les CLS, ce sont l'ARS et ses partenaires institutionnels qui portent la responsabilité de la coordination locale de leurs actions, responsabilité qui pèse dès lors moins sur les acteurs de terrain. Il restera à déterminer quel est le champ de responsabilité des élus locaux, qui ont l'impression d'avoir à porter la voix de leur territoire, considéré comme laissé de côté par l'ARS et quel est le champ de responsabilité de l'ARS elle-même qui, poussant la logique à son extrême, ne peut passer à côté d'un territoire par ce qu'aucun élu ne s'affirme en partenaire solide.

L'élaboration d'un CLS avec les élus, les services des collectivités et l'ensemble des partenaires présents sur un territoire est un exercice de négociation, de diplomatie, de capacité à maintenir tous les acteurs autour de la table afin que chacun puisse amener sa légitimité, ses moyens, ses leviers d'action. L'élaboration d'un CLS c'est surtout l'opportunité d'entrer au cœur des territoires et les défis y sont nombreux. D'abord, dans des communes qui connaissent une forte précarité, où un équilibre est à trouver entre la ville et son agglomération. Ensuite, dans des communes rurales où l'offre parvient trop peu (prévention et promotion de la santé) ou peine à se maintenir et où l'objectif est de proposer des réponses qui maintiennent l'équilibre multipolaire des territoires constitués de plusieurs intercommunalités.

Cette possibilité de porter l'ensemble des compétences de l'ARS et de co-construire des réponses articulées et mutualisées avec tous ceux qui interviennent sur un même territoire est un enrichissement professionnel qui renouvelle, sans dénaturer, les missions d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

Bibliographie et références

I. ARTICLES

A- Contributions dans des ouvrages collectifs

LEON O., « Pauvreté : différents profils de régions et départements », in *La France et ses régions*, édition 2010, INSEE, pp 19-28

B- Articles publiés dans des revues

« 250 Contrats Locaux de Santé pour 2013 », *Réseaux, Santé et Territoire n°38*, mai/juin 2011, pp. 18-21

« Atelier n°3 : Les IASS animateurs territoriaux : dévalorisation ou opportunité », Les VIIème journées professionnelles des IASS, 15 et 16 décembre 2011, *IASS la revue n° 71*, mars 2012, pp. 27-31

AMAT-ROZE J-M., « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote 4/2011 (n°143)*, p. 13-32.

ANCESSI H., « Animation territoriale : une place à trouver pour les délégations territoriales », *IASS La Revue n°67 – 68 – 69 – 70*, mars à décembre 2011, pp. 21 -24

AUZET L., FEVRIER M., LAPINTE A., « Niveaux de vie et pauvreté en France : les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités », *INSEE Première N°1162*, octobre 2007, 4 p.

EL GHOZI L., « Les politiques municipales de santé publique », *Les Tribunes de la santé 1/2012 (n°34)*, p. 19-33.

FLOCH LAVIT M., « Un projet pilote en mode ARS : Territoire de santé : préfiguration d'un contrat local de santé avec la ville de Marseille », *IASS La Revue n° 62*, décembre 2009, pp. 14-18

GIBLIN B., « Santé publique et territoires », *Hérodote 4/2011 (n° 143)*, p. 3-12.

JOURDAN D. et al., « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique 2/2012 (Vol. 24)*, p. 165-178.

KIHAL FLEGEAU N., « Structurer l'animation territoriale : un défi pour les délégations territoriales », *IASS La Revue n°67 – 68 – 69 – 70*, mars à décembre 2011, pp. 16 -20

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

TOURANCHEAU J-M., « Les délégations territoriales, terres à conquérir », *IASS La Revue* n°67 – 68 – 69 – 70, mars à décembre 2011, pp. 13 -15

C- Articles publiés dans la presse

T.DG., « Un contrat pour mutualiser la santé en Pays Cévennes », *Le Midi Libre*, 26 mai 2011

D- Articles disponibles sur internet

SCHOENE M., « Qu'attendre des prochains Contrats Locaux de santé? », *La lettre de l'Institut Renaudot* n°63, décembre 2009, pp.3-4, <http://institut-renaudot.fr/index.html>

SCHOENE M., « Quoi de neuf en santé? », *La lettre de l'Institut Renaudot* n°68, mars 2012, pp.1-2, <http://institut-renaudot.fr/index.html>

DEMATEÏS F., CUBEDO T., « Les Contrats Locaux de Santé : un outil pour reconnaître et renforcer l'animation territoriale en santé (CLS Pays Cévennes) », *La lettre de l'Institut Renaudot* n°68, mars 2012, pp.6-7, <http://institut-renaudot.fr/index.html>

II. CONFERENCES, SEMINAIRES, COLLOQUES

Actes de *l'Université de l'Institut Renaudot 2009 sur la Contrats Locaux de santé*, « Pourquoi et comment construire un Contrats Local de Santé ? », 10 octobre 2009, 41 p.

Actes de colloque, « Les enjeux locaux d'organisation de la santé », *Colloque consacré aux dynamiques territoriales de santé*, publiés par la Gazette Santé Social, novembre 2010, 66 p.

Compte rendu de la séance de travail « Nouveau paysage en santé : élaboration des plans locaux de santé et préfiguration des Contrats Locaux de santé », *Séminaire de l'Institut Renaudot*, 17 novembre 2010.

Document de présentation de la *8ème Université d'été francophone en santé publique de Besançon*, 26 juin au 1er juillet 2011, Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté

CHAMBAUD L., SCHOENE M., « Restitution n°1 : entre démarches communautaires et Contrats Locaux de Santé », *Module Territ, 8ème Université d'été francophone en santé publique de Besançon*, 27 juin 2011

Note établie à partir de la communication de CHAMBAUD L., « Les Contrats Locaux de Santé », *Journée Santé et territoires*, ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE, 7 février 2012, 5 p.

Note de cadrage et restitution de l'Atelier « les IASS animateurs territoriaux : dévalorisation ou opportunité ? », *VIIème journées professionnelles des IASS 15 et 16 décembre 2011*, IASS La Revue n°71, mars 2012, pp. 27-31

« Propositions pour une nouvelle gouvernance des territoires et des politiques publiques », *Université d'été des instances nationales de l'ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE*, 28 et 29 juin 2012, 72 p.

Programme de la 9ème Université d'été francophone en santé publique de Besançon, 1er juillet au 6 juillet 2012, Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté

III. DOCUMENTS INTERNES A L' ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, cellule d'appui à l'animation territoriale « Note à l'attention du Directeur général : du PRS à l'animation territoriale », septembre 2012.

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Préparation de l'intervention à deux voix à la 9ème Université d'été francophone en santé publique de Besançon », juin 2012.

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Projet de contrat de préfiguration du Contrat Local de Santé de Carcassonne », aout 2011

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, « Point sur les Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon », 20 octobre 2011

IV. SITES INTERNET CONSULTES

Site de l'ARS Languedoc-Roussillon : www.ars.languedocroussillon.sante.fr

Site de l'ARS Ile de France : <http://ars.sante.fr/ARS-Ile-de-France.iledefrance.0.html>

Site de l'Assemblée des communautés de France : www.adcf.org/index.php

Site de l'Institut Renaudot : <http://institut-renaudot.fr/index.html>

Site de L'association « Élus, Santé Publique & Territoires » : <http://www.espt.asso.fr>

Site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/>

V. TEXTES OFFICIELS, REFERENTIELS NATIONAUX ET RAPPORTS CONSULTES

A- Textes officiels

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JORF n°167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n°1

Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 no 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

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

B- Planification locale

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Plan Régional Stratégique de Santé (PSRS), 2011

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), 2011

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, Schéma Régional de Prévention (SRP), 2011

Avis de la CRSA du LANGUEDOC-ROUSSILLON relatif aux trois Schémas régionaux de santé, 20 janvier 2012

Contrat de préfiguration du Contrat Local de Santé de Carcassonne, signé le 30 novembre 2011

Contrat de préfiguration du Contrat Local de Santé de Perpignan, signé le 31 janvier 2012

C- Référentiels nationaux

CENTRE DE RESSOURCES DU DEVELOPPEMENT TERRITORIAL en partenariat avec le MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS et la DATAR, *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé - Quels moyens d'action ?*, juillet 2010, 83 p.

ARS ILE DE FRANCE, *Kit méthodologique CLS*, 2011

SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (SGCIV), *Référentiel national des Ateliers santé ville (ASV)*, 10 avril 2012, Editions du CIV, 43p.

D- Rapports

Rapports de l'ARS Languedoc-Roussillon:

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Atlas du diagnostic régional*, septembre 2010

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Consultation des maires du Languedoc-Roussillon « évaluation des besoins de santé de la population » synthèse*, octobre 2010

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Rapport d'activité 2010, 2011*, 82p.

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Rapport d'activité & d'orientations 2011, 2012*, 75p.

Autres rapports :

GOUPE 18, PROMOTION « ROBERT BADINTER » (2009-2011) DE L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION (ENA), « L'émergence des ARS dans le paysage territorial et ses premiers résultats au regard des ambitions de territorialisation des politiques de santé », travail réalisé dans le cadre des Options d'approfondissement en février 2011, 77p.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Organigramme de l'ARS Languedoc-Roussillon

ANNEXE 2 : Méthodologie : démarche mise en œuvre

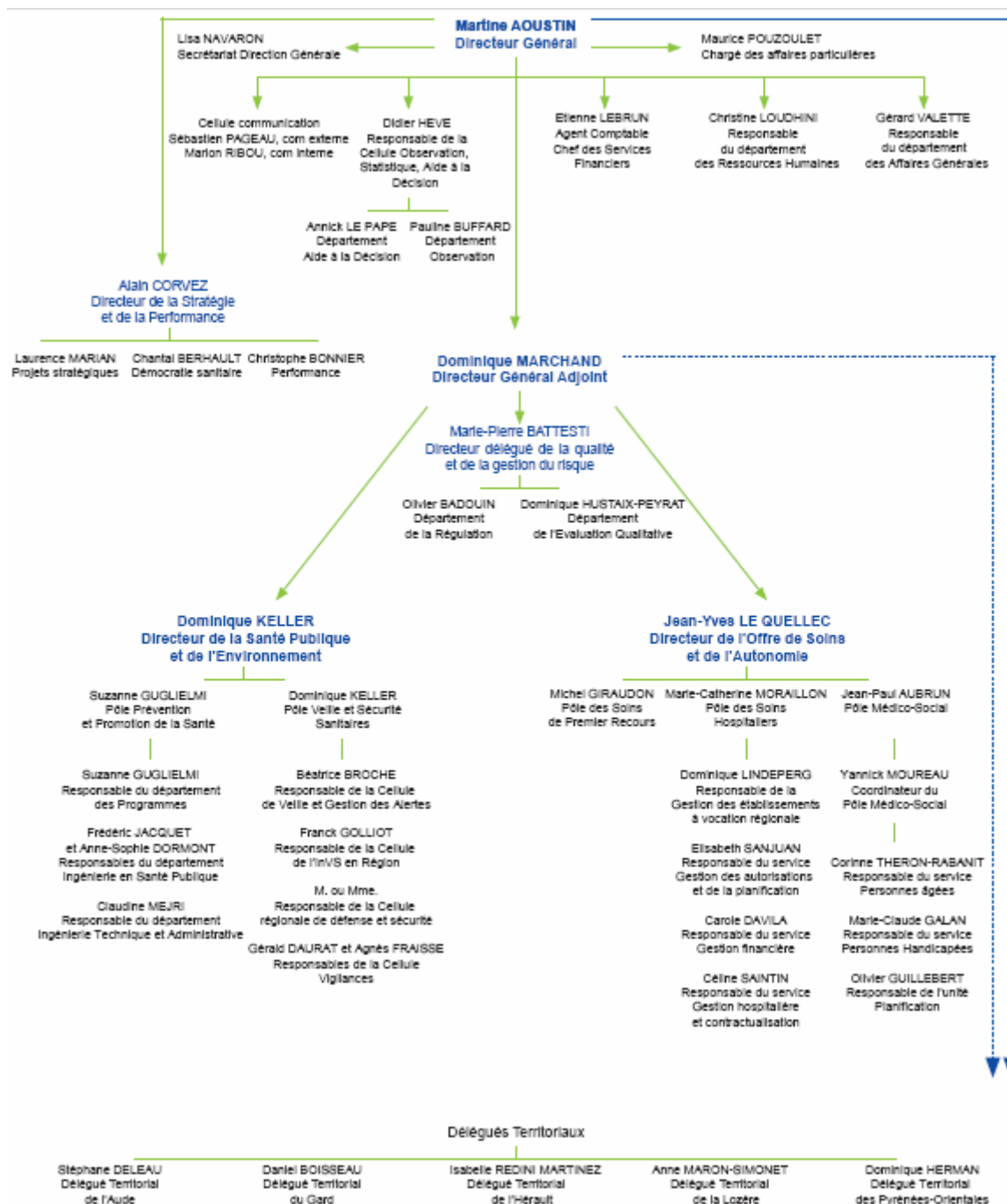
ANNEXE 3 : Méthodologie : liste des entretiens réalisés

ANNEXE 4 : Méthodologie : grilles d'entretiens

ANNEXE 5 : Cartographie des démarches CLS en Languedoc-Roussillon

ANNEXE 6 : Informations complémentaires sur les CLS cités dans cette étude

ANNEXE 1 : Organigramme de l'ARS Languedoc-Roussillon



ANNEXE 2 : Méthodologie : démarche mise en œuvre

1) Ce qui avait déjà été fait au sein de l'ARS

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, un travail de diagnostic des besoins de santé de la population a été conduit dans le cadre de la rédaction des premiers éléments du PRS et notamment du PSRS. Un travail est actuellement en cours sur la structuration de l'animation territoriale au sein de l'ARS mais qui aborde peu les CLS et ne recouvre pas tous les enjeux de la co-construction des politiques locales de santé.

2) Dans la conduite de cette étude, l'approche qualitative a été privilégiée au regard du thème étudié :

- la conduite d'entretiens : en interne (ARS siège et délégations territoriales), en externe (élus, services de collectivités, coordinateurs techniques de CLS),
- l'observation directe : comités de pilotage de CLS, comités techniques de CLS, rencontres ARS-coordinateurs techniques de CLS, rencontres ARS-élus locaux, groupe de travail thématique d'élaboration d'un CLS et réunions internes à l'ARS (DSPE, DSPE-autres Directions),
- l'observation documentaire : lecture d'articles (revues, presse, internet), lecture de documents de présentation, de synthèses ou actes de conférences, de séminaires ou de colloques, lecture de documents internes à l'ARS, consultation de sites internet, consultation des textes officiels, d'éléments de planification locale et notamment du PRS de la région Languedoc-Roussillon, consultation de référentiels nationaux, lecture de rapports officiels...

L'objectif était d'arriver à une compréhension des modes de fonctionnement, des approches, des points de vue des différents acteurs, que ce soit au sein de l'ARS, des élus locaux, des services des collectivités territoriales et ce, afin de répondre aux questions soulevées. L'observation documentaire, l'observation directe, la participation aux activités de l'ARS dans le champ de l'animation territoriale (stage d'exercice professionnel réalisé au sein de la DSPE) et notamment la rédaction d'un des CLS en cours de discussion et la conduite d'entretiens ont été riches d'enseignements.

Cependant, la volonté de ne débiter les entretiens qu'une fois la réflexion sur le sujet suffisamment construite a réduit le temps disponible, notamment pour réaliser le nombre d'entretiens initialement souhaités avec des élus de la région.

Le stage d'exercice professionnel, réalisé auprès du Directeur de la Santé Publique et de l'Environnement (DSPE) qui porte la démarche CLS pour le siège de l'ARS Languedoc-Roussillon a été une opportunité dans la réalisation de l'étude.

3) Contribution à la rédaction du CLS Pays Cœur d'Hérault

Durant le mois de septembre et le mois d'octobre 2012, j'ai été chargée de contribuer à la rédaction du CLS Pays Cœur d'Hérault (l'élaboration de ce CLS avait été confiée à la DSPE). J'ai donc rédigé les différentes parties du CLS ainsi que ses Annexes (dont une partie composée de fiches actions). Le CLS comprend 3 axes : un piloté par la DSPE (santé publique), un piloté par le pôle soins de premiers recours et par la délégation territoriale de l'Hérault (aide médicale urgente), un piloté par la délégation territoriale de l'Hérault (santé mentale des jeunes).

Ce travail de rédaction m'a conduit à réaliser différentes activités :

- Participation aux réunions avec le Pays et internes à l'ARS concernant ce CLS.
- Sollicitation de la délégation territoriale et des Directions métiers de l'ARS impliquées afin d'obtenir les informations concernant chacun des axes pour la rédaction du Titre 2 (Objet du Contrat).
- Rédaction des Annexes et notamment d'une Annexe suivi et évaluation et d'une Annexe sur les missions du coordinateur.
- Liens avec le Pays pour faire valider les éléments et intégrer des informations complémentaires.
- Rédaction des autres parties du CLS : Préambule, Titre 1 (Le champ du contrat), Titre 3 (Durée, révision et suivi du CLS).

Ce travail a été l'opportunité de comprendre la totalité des implications de ce CLS et ce, dans ses trois axes. Cela a été l'occasion de participer aux différentes réunions avec le Pays afin de cerner les attentes des différents partenaires, de comprendre les difficultés de la démarche, les jeux d'acteurs en présence... La nécessité de recueillir les informations auprès des différentes personnes impliquées au sein de l'ARS m'a également permis de comprendre l'organisation actuellement à l'œuvre et ses éventuelles imperfections.

4) Observation directe

Différentes réunions ont participé à ma compréhension de la démarche CLS et de ses implications et ont complété les informations recueillies lors des entretiens.

Réunions internes à l'ARS portant sur la démarche CLS ou l'animation territoriale

Réunions internes à la DSPE.

Réunions entre plusieurs Directions métiers : exemple : possibilité d'intégrer les MSP dans la démarche d'animation territoriale.

Réunions entre le siège et des délégations territoriales : discussion autour des prochaines étapes de la politique d'animation territoriale et des relations siège-DT dans ce cadre.

Réunions externes à l'ARS

Réunion entre l'ARS et le réseau Ireps-codes : point sur les nouvelles missions des Codes : appui aux délégations territoriales dans le champ de l'animation territoriale.

Présentation faite par l'ARS aux partenaires institutionnels et aux opérateurs de la politique d'animation territoriale.

CLS Pays Cœur d'Hérault

Comités de pilotage : ARS, Pays (élus + représentants techniques), autres institutions partenaires.

Comités techniques : ARS – Pays (élu et chargée de mission santé).

CLS Béziers (Hérault)

Groupe de travail thématique d'élaboration du CLS : santé-précarité.

Comité de pilotage : ARS, Ville et Communauté d'agglomération (élus + représentants techniques), cabinet d'ingénierie en santé publique.

Rencontre technique : ARS, représentants techniques de la communauté d'agglomération, cabinet d'ingénierie en santé publique.

Discussion entre l'ARS et deux représentants de la communauté d'agglomération sur l'articulation entre l'ASV existant et le futur CLS.

CLS Alès Pays-Cévennes (Gard)

Réunion entre la délégation territoriale du Gard et deux coordinateurs du CLS d'Alès, membres de l'association Réséda.

CLS Quillan (Aude)

Première réunion entre l'ARS et la municipalité de Quillan : initiation d'une démarche CLS dans la Haute Vallée de l'Aude.

ANNEXE 3 : liste des entretiens réalisés

1) Entretiens réalisés au sein de l'ARS

NOM	FONCTIONS	DATE
Dr F. Jacquet	Siège DSPE Co-responsable de la Cellule Ingénierie en santé publique	30/08/2012
Dr M. Grémy	Siège DSPE/DOSA	24/09/2012
Dr D. Bouillin	DT Hérault (34)	26/09/2012
Dr M-C Cavagnara	DT Gard (30)	03/10/2012
Dr M. Giraudon	Siège DOSA Responsable du Pole Soins de Premier Recours	10/10/2012
Mme Marian	Siège DSP Responsable des Projets stratégiques	11/10/2012
Mme A-S Dormont	Siège DSPE Co-responsable de la Cellule Ingénierie en santé publique	15/10/2012

2) Entretiens réalisés avec des élus

NOM	CLS concerné	MANDATS	DATE
M. A. Roméro	CLS de Béziers (Hérault)	6ème Vice-président de la Communauté d'Agglomération Beziers Méditerranée et Maire d'Espondeilhan.	10/10/2012
M. L.Villaret	CLS de Pays Cœur d'Hérault	Vice-président du Conseil général de l'Hérault, président de la Communauté de Communes de la Vallée de l'Hérault, maire du Pouget.	16/11/2012

3) Entretiens réalisés avec des personnes impliquées par la démarche CLS au sein des collectivités territoriales et avec des coordinateurs de CLS

NOM	CLS concerné	FONCTIONS/ STRUCTURES	DATE
Mme F. Demateïs et M. T. Cubedo	CLS Alès – Pays Cévennes (Gard)	Membres de l'association Réséda – coordinateurs du CLS	03/10/2012
Mme L. Abadie	CLS Haut Languedoc et Vignobles (Hérault)	Chargée de mission santé, enfance, personnes âgées du Pays Haut Languedoc et Vignobles	15/10/2012
Dr C. Fenech	CLS du Gard	Directrice de l'Enfance et de la Famille au Conseil général du Gard	31/10/2012

ANNEXE 4 : Méthodologie : 4 exemples de grilles d'entretiens

Grille d'entretien DT

INTRODUCTION

Présentation :

- de l'enquêteur,
- des objectifs de l'entretien et informations recherchées.

« Comment avez-vous été amené à être concerné par la thématique des CLS ? »

LA PREMISSE DE LA CONSTRUCTION DU CLS

Présentation « en quelques mots » des CLS du département.

Comment ont démarré les projets ? Qui les portait ?

Comment se sont déroulés les premiers contacts entre l'ARS et la collectivité ?

La perspective de signer un CLS a-t-elle tout de suite été actée ?

Quel calendrier a été évoqué ? Idée de la durée potentielle de la démarche ?

Quels étaient vos objectifs et vos craintes par rapport aux CLS ?

L'ELABORATION DU CLS

Axes de travail initiaux ?

Territoire initial ?

Domaines que vous avez refusé dès le départ d'intégrer ? Domaines que le porteur a dès le départ refusé d'intégrer ?

Evolution du contrat :

- territoire ?
- projets abandonnés ou apparus en cours de travail ?

Place des représentants du territoire dans l'élaboration du contrat, dans la préparation de la mise en œuvre ?

Quelle a été la part d'initiative et de décision de l'ARS et du local ?

Quelle a été l'organisation et la gouvernance provisoire mise en place ?

Comment analysez-vous les facteurs de réussite ? les éléments de complexité liés à ces CLS ?

PERSPECTIVES pour les CLS

Toutes les politiques de l'ARS ?

Couvrir tout le territoire régional ?

Pourra-t-on faire sans la volonté des élus ?

Comment envisager vous les prochaines étapes du déploiement des CLS ?

Comment considérez-vous l'organisation de l'animation territoriale au sein de l'ARS ?

Parcours, Panier de services, CLS... compréhension des différents dispositifs ? leur articulation ?

Grille d'entretien

porteurs/coordonateurs CLS

INTRODUCTION

Présentation :

- de l'enquêteur,
- des objectifs de l'entretien et informations recherchées.

LA PREMISSE DE LA CONSTRUCTION DU CLS

Parlez-moi « en quelques mots » du CLS dans lequel vous êtes impliqué ?

Quelles sont les motivations de la ville, de l'agglomération de se saisir de la thématique de la santé ? pour signer un CLS ?

Comment a démarré le projet ? Qui le portait ?

Comment se sont déroulés les premiers contacts avec l'ARS ?

La perspective de signer un CLS a-t-elle tout de suite été actée ?

Qu'attendiez-vous de l'ARS ?

Quel calendrier a été évoqué ? Idée de la durée potentielle de la démarche ?

Quels étaient vos objectifs et vos craintes ?

L'ELABORATION DU CLS

Axes de travail initiaux ?

Territoire initial ?

Domaines que vous avez refusé dès le départ d'intégrer ? Domaines que l'ARS a dès le départ refusé d'intégrer ?

Evolution du contrat :

- territoire
- Projets abandonnés ou apparus en cours de travail

Parcours de santé, Panier de services, CLS... compréhension des différents dispositifs ? de leur articulations ?

Place des représentants du territoire dans l'élaboration du contrat, dans la préparation de la mise en œuvre ?

Quelle est la part d'initiative et de décision de l'ARS et du local ?

Quelle a été l'organisation, la gouvernance provisoire mise en place ?

Comment analysez-vous les facteurs de réussite ? les éléments de complexité liés à votre CLS ?

Quelle est votre vision « de l'extérieur » de l'organisation de l'ARS sur cette thématique ?

Est-ce un outil qui a permis de faire évoluer la place de la santé dans la politique de votre collectivité ?

Grille d'entretien

Elus

INTRODUCTION

Présentation :

- de l'enquêteur,
- des objectifs de l'entretien et informations recherchées.

LA PREMISSE DE LA CONSTRUCTION DU CLS

Comment avez-vous été impliqué en tant qu'élu par les CLS ?

Parlez-moi « en quelques mots » du CLS dans lequel vous êtes impliqué ?

Quelles sont les motivations de la ville, de l'agglomération de se saisir de la thématique de la santé ? pour signer un CLS ?

Comment a démarré le projet ? Qui le portait ?

Comment se sont déroulés les premiers contacts avec l'ARS ?

La perspective de signer un CLS a-t-elle tout de suite été actée ?

Qu'attendiez-vous de l'ARS ?

Quels étaient vos objectifs et vos craintes ?

L'ELABORATION DU CLS

Axes de travail initiaux ?

Domaines que vous avez refusé dès le départ d'intégrer ? Domaines que l'ARS a dès le départ refusé d'intégrer ?

Quelle est la part d'initiative et de décision de l'ARS et du local ?

Est-ce un outil qui a permis de faire évoluer la place de la santé dans la politique de votre collectivité ?

Les CLS/ la co-construction des politiques de santé, représentent-ils une innovation par rapport aux relations antérieures avec DDASS/DRASS ARS ?

Quels sont les éléments d'amélioration de la démarche/de cet outil que vous proposeriez ?

Grille d'entretien Conseil général

INTRODUCTION

Présentation :

- de l'enquêteur,
- des objectifs de l'entretien et informations recherchées.

« Comment avez-vous été amené à être concerné par la thématique des CLS ? »

LA PREMISSES DE LA CONSTRUCTION DU CLS

Présentation « en quelques mots » des CLS du département ?

A quel moment avez-vous entendu parler de ces projets ?

A quel moment avez-vous été impliqué ?

Avez-vous un point de vue positif sur ces démarches ?

Et aujourd'hui ?

L'ELABORATION DES CLS

Comment avez-vous perçu la part d'initiative et de décision de l'ARS et du local dans le cadre de ces démarches CLS ?

Parcours de santé, Panier de services, CLS... compréhension des différents dispositifs ? de leur articulation ?

Dans votre domaine d'action, qu'elle peut être la plus value des CLS ?

Avez-vous / ou votre institution participé à des comités de pilotage ou des comités techniques ?

Avez-vous présenté cet outil au sein de votre institution ?

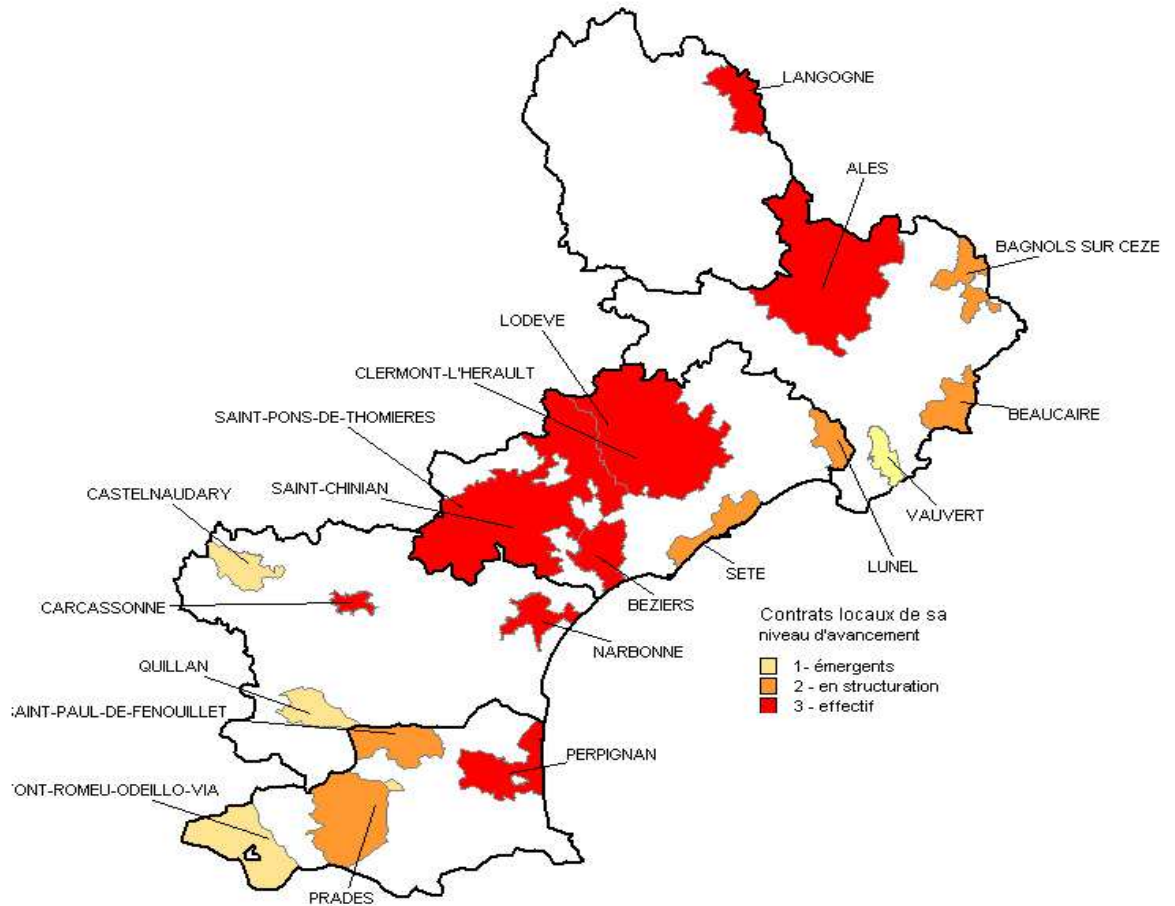
Quelle est aujourd'hui la connaissance de l'outil CLS au sein du CG ?

Quelle est votre vision de l'extérieur de l'organisation de l'ARS sur cette thématique ?

ANNEXE 5 : Cartographie des démarches CLS en Languedoc-Roussillon

Source : ARS Languedoc-Roussillon

Contrats locaux de santé en Languedoc-Roussillon
niveau d'avancement au 22 janvier 2012



ANNEXE 6 : Informations complémentaires sur les CLS cités dans cette étude

Le CLS d'Alès Pays Cévennes (Gard)

C'est le premier CLS de préfiguration qui a été signé par l'ARS Languedoc-Roussillon. Il a été signé le 25 mai 2011 entre l'ARS et le Pays Cévennes. Il a été construit essentiellement autour d'actions existantes sur le territoire. Un délai de deux ans a alors été établi afin de signer un CLS en élargissant les thématiques et les signataires. Ce territoire regroupe 117 communes, 13 intercommunalités dont deux situées en Lozère et 150 000 habitants et il comportait préalablement un ASV. C'est l'association Réséda qui a travaillé avec l'ARS et les élus à l'élaboration du CLS. L'association a également été choisie pour coordonner ce CLS car elle a contribué à la structuration du réseau de santé de ce territoire.

Le CLS de Carcassonne (Aude)

C'est le deuxième CLS de préfiguration qui a été signé par l'ARS Languedoc-Roussillon. Il a été signé le 30 novembre 2011 entre l'ARS et la ville de Carcassonne.

Le CLS de Perpignan (Pyrénées-Orientales)

C'est le troisième CLS de préfiguration qui a été signé par l'ARS Languedoc-Roussillon. Il a été signé le 31 janvier 2012 entre l'ARS et la ville de Perpignan. Un ASV était également présent à Perpignan. Cette commune est fortement touchée par la précarité. La ville a eu recours à un cabinet-conseil afin de réaliser le diagnostic, le projet local de santé et d'être appuyée pour la rédaction du CLS.

Le CLS de Béziers (Hérault)

Un ASV était également présent à Béziers et c'est l'intercommunalité qui en a la responsabilité au travers de ses missions de politique de la ville. Cette commune est touchée par la précarité. La ville a eu recours à un cabinet-conseil afin de réaliser le diagnostic, le projet local de santé et d'être appuyée pour la rédaction du CLS. C'est la ville qui va contractualiser avec l'ARS mais l'implication de l'intercommunalité dans le champ de la santé publique conduit l'ARS à régulièrement proposer que celle-ci soit également signataire du CLS.

Le CLS de Pays Cœur d'Hérault (Hérault)

Les élus du territoire du Pays sont fortement impliqués dans le domaine de la santé notamment depuis que le Pays a répondu à l'appel à projet de la DATAR « Santé et territoire » en 2003. Un Espace Santé Jeunes a été ouvert en partenariat avec la Mission

Locale du Cœur d'Hérault. Le Pays s'est engagé en 2008 dans l'élaboration de son projet local de santé.

C'est un territoire en forte croissance démographique du fait de sa proximité avec Montpellier ; la population qui s'y installe est moins aisée que celle qui réside à Montpellier et nécessite de nouveaux services.

La première rencontre entre l'ARS et le Pays au sujet de ce CLS a eu lieu le 21 juin 2011 suite à une lettre adressée par le Pays à l'ARS dans laquelle il indiquait « *souhaiter vivement soumettre sa candidature au dispositif d'accompagnement des CLS pour l'année 2011* ». Ce CLS a demandé une forte implication aux agents de l'ARS et ce pour deux raisons : tout d'abord, aucun cabinet-conseil n'a été sollicité, la totalité du travail a donc reposé sur le Pays et sur l'ARS ; ensuite, c'est dans le cadre de ce CLS que l'ARS a pour la première fois souhaité déployer le Panier de services et ses 13 items de prévention et de promotion de la santé.

Le CLS du Pays Haut Languedoc et Vignobles (Hérault)

Ce territoire très rural regroupe 11 communauté de communes et 4 communes soit presque un tiers du département de l'Hérault. La discussion au sujet de ce CLS a débuté avec le Pays à l'automne 2011 puis une réunion institutionnelle a lancé la démarche le 31 janvier 2012. Un premier diagnostic a été réalisé par le Pays en 2007 et l'ARS a demandé à ce qu'il soit complété. Pendant plusieurs mois (avant et après cette réunion institutionnelle), l'ARS n'a pu se mobiliser autant qu'elle l'aurait souhaitée du fait de l'implication des agents dans les autres démarches CLS.

Le CLS de la ville de Nîmes (Gard)

C'est l'ARS qui, comme à Béziers, a sollicité les partenaires afin d'engager une démarche de préfiguration CLS. Ce territoire ne comportait pas d'ASV. Les discussions avec le Conseil général et la ville ont réellement débutées à l'été 2012.

Le CLS de Quillan (Aude)

Une première rencontre a eu lieu entre l'ARS et le maire de Quillan au mois d'octobre 2012. Le Directeur de la DSPE a alors indiqué que ce territoire qui correspond à la Haute vallée de l'Aude est considéré comme prioritaire par l'ARS et par le Conseil général. C'est un territoire rural avec des préoccupations d'accès aux services et aux professionnels de santé. Une fusion d'intercommunalité doit intervenir au début de l'année 2013 et suite à cette fusion, l'ARS présentera lors d'un conseil intercommunal la démarche CLS afin de s'y engager avec l'intercommunalité nouvellement créée.

KORDYLAS

Murielle

Mars 2013

IASS

Promotion 2011-2013

**Les CLS comme outils de la co-construction des politiques locales de santé entre l'ARS et les collectivités territoriales.
Enjeux et perspectives au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon.**

Résumé :

Le dispositif des Contrats Locaux de Santé (CLS) a été créé par la loi HPST de 2009. Le CLS est un outil qui permet une rencontre entre les besoins de santé de la population du territoire et les priorités de l'ARS figurant dans le Projet Régional de Santé (PRS). Les champs sur lesquels il est possible de contractualiser avec les collectivités territoriales notamment, sont ceux de la prévention et de la promotion de la santé et potentiellement tous les champs de compétences de l'ARS (soins de premiers recours, personnes âgées...). L'ARS Languedoc-Roussillon est engagée dans une démarche de territorialisation de ses politiques car elle est responsable de la définition d'une politique régionale mais aussi de sa mise en œuvre sur les territoires.

La co-construction des politiques locales de santé est une nouvelle dynamique ouverte par les CLS qui suscite de nombreux enjeux. L'objectif est d'aboutir à un partenariat équilibré et durable entre les élus locaux et l'ARS, et ce, afin de répondre aux besoins de santé repérés sur les différents territoires de la région. Le partenariat avec les élus locaux ouvre de nouvelles perspectives pour l'ARS qui ne doivent pas faire oublier son rôle de régulateur et de garant de ces démarches.

Si la territorialisation des politiques est une nouvelle façon de répondre aux besoins de santé, les compétences sollicitées chez les inspecteurs ne sont pas entièrement nouvelles mais méritent d'être renforcées au service d'un nouveau positionnement.

Mots clés :

PREVENTION SANTE, PROMOTION SANTE, PROGRAMME REGIONAL SANTE, DIAGNOSIC REGIONAL PARTAGE, INEGALITE DEVANT SOINS, TERRITOIRE, TERRITORIALISATION, PROGRAMME LOCAL DE SANTE, COLLECTIVITE TERRITORIALE, ELU, IASS, CONTRAT SANTE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.