

Principaux résultats de l'étude d'approfondissement sur les Contrats Locaux de Santé

Introduction

Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS s'était adressé en mai 2011 aux Maires, élus et techniciens des collectivités locales membres du réseau, afin d'attirer leur attention sur l'intérêt de négocier un Contrat Local de Santé (CLS), avec leur Agence Régionale de Santé (ARS), dans l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

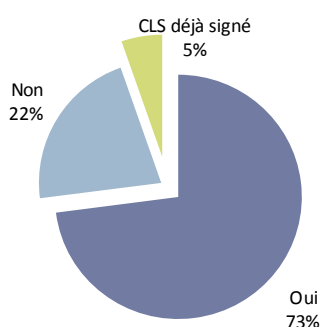
Une première enquête réalisée en septembre 2011 a notamment montré que deux tiers des 36 répondants avaient le projet de signer un CLS. Un répondant avait alors déjà signé un CLS, et un tiers des répondants n'étaient pas en cours d'élaboration d'un CLS. Ces proportions restaient les mêmes, quelque soit la taille de la collectivité locale.

L'étude présentée ici a été mise en place en avril 2012, avec pour objectifs de mieux comprendre les modalités pratiques de définition des Contrats Locaux de Santé, d'identifier des axes et thématiques prioritaires, et de repérer les freins et leviers à leur signature. Le rapport qui suit vous en présente les principaux résultats.

Profil des répondants

37 membres du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS ont contribué à cette étude (liste en annexe).

Vous êtes en cours de rédaction d'un CLS



Parmi les réponses, 29 ont déjà signé un Contrat Local de Santé ou ont un projet en cours, comme l'indique le graphique ci-contre. Pour ces derniers, 65 % indiquent que leur collectivité a été à l'initiative du premier contact CLS, et pour la plupart les premières réunions de travail sont programmées. Pour 25 %, ce premier contact a été établi par l'ARS. Trois répondants n'ont pas précisé qui avait été à l'initiative (10 %).

8 collectivités locales ont indiqué ne pas avoir de projet en cours. Nice indique que la collectivité travaille actuellement à la réactualisation de son Diagnostic Local de

Santé et d'un nouveau Plan Local de Santé Publique. Le CLS pourra venir à la suite. Aix-les-Bains est en contact régulier avec l'ARS pour la santé environnementale mais pas pour un CLS. La ville de Montpellier a de nombreux contacts avec l'ARS, mais aucun CLS n'est prévu actuellement sur le territoire. Concernant Dijon, l'ARS a indiqué préférer se concentrer sur les 8 territoires prioritaires, la ville de Dijon n'en faisant pas partie. Par ailleurs, le territoire souhaité par l'ARS pour cette contractualisation est la communauté d'agglomération, et la compétence santé n'est pas pour l'instant pas envisagée à l'échelle de la communauté d'agglomération dijonnaise.

Gouvernance

Les principaux **signataires** de ces contrats sont en principe les Agences Régionales de Santé, les collectivités locales et les Préfectures. Selon les Contrats Locaux de Santé, d'autres signataires peuvent s'ajouter. Ainsi, 9 répondants ont indiqué que leur CLS serait aussi signé par le Conseil Général, 6 répondants ont mentionné la Caisse primaire d'assurance maladie, 5 le Conseil Régional, 5 l'Education Nationale, 3 les centres hospitaliers, etc. La rédaction du CLS étant toujours en projet pour la plupart, les listes de signataires mentionnés ne sont pas définitives.

Parmi les répondants représentant des intercommunalités, l'intercommunalité est toujours signataire, et les villes membres le sont souvent aussi, comme prévu par exemple pour la communauté urbaine de Cherbourg.

Pour les membres du RFVS, les **interlocuteurs** principaux sont l'ARS et la Préfecture. De plus, les répondants ont cité l'Assurance Maladie, l'Education Nationale, la PMI, le Conseil Général, les médecins libéraux, associations locales d'usagers, la cohésion sociale, la Caisse d'assurance retraite et santé au travail, l'ensemble des acteurs des champs social, médico-social et sanitaire concernés par les thématiques du CLS.

Les instances pour le **pilotage politique** sont généralement composées des principaux signataires ou de leurs représentants. Nous pouvons citer l'exemple de la ville de Strasbourg « *Un comité de pilotage présidé par le Directeur Général de l'ARS et l'Elu à la santé de la Communauté Urbaine de Strasbourg et de la Ville. Un comité de pilotage restreint pour des prises de décisions plus rapides mais qui n'a finalement pas été réuni.* », ou celui de La Rochelle : « *Un comité de pilotage composé des membres institutionnels suivants : ARS, Communauté d'Agglomération, Direction Départementale de la Cohésion Sociale, Centre Hospitalier, Inspection académique, médecins de l'Éducation Nationale, CPAM, CAF, CCAS, Mutualité Sociale Agricole, Conseil Général (axe social / PMI et gérontologie), Ville (l'Élu délégué à la santé, la direction Santé publique hygiène Environnement, la coordination ASV, la Maison Associative de la Santé)* »

Concernant le **pilotage opérationnel**, les membres varient selon les thématiques retenues. Celui d'Armentières est assez représentatif : « *3 municipalités, Conseil Régional, Conseil Général, Direction Départementale de la Cohésion Sociale, Préfecture, CPAM, Education Nationale, Centre Hospitalier, Etablissement Public de Santé Mentale.* »

Enfin, concernant le **secrétariat de projet**, dans plusieurs collectivités locales il n'a pas encore été définitivement établi, mais on retrouve souvent le service santé publique de la ville, et ou le coordinateur de l'Atelier Santé Ville.

Le tableau ci-dessous présente les observations qui ont été formulées en réponse aux questions complémentaires sur la gouvernance :

VILLES : Comment avez-vous prévu la présentation et l'adoption de ce Contrat Local de Santé ?	
AJACCIO	Le premier comité de pilotage s'est réuni en avril 2012 sous la présidence conjointe du Directeur régional de l'ARS et du Maire. Le premier comité technique est prévu en juin 2012. Mise en place du comité technique ; Désignation de référents ARS dans les champs d'intervention du C.L.S. ; Définition des programmes d'actions dans les 3 champs définis (Prévention et Promotion de la Santé, Premiers recours, Santé et Environnement). Signature du CLS en décembre 2012. L'atelier santé ville d'Ajaccio a élaboré avec son groupe technique un programme local de santé et a ainsi permis de déterminer la stratégie locale de santé. Groupe technique interne à la Ville très soudé.
ANGERS	Une volonté de démarche participative, validée par l'ARS. Une réunion plénière a eu lieu en mai 2011 pour être sûr de la participation des partenaires. des réunions du comité technique pour d'une part compléter la liste des acteurs à questionner et construire ensemble le questionnaire- une réunion plénière de restitution du diagnostic-des groupes de travail- une plénière pour présenter et valider les objectifs opérationnels et les plans d'action après une présentation au comité technique et au comité de pilotage. Actuellement, nous n'en sommes qu'au diagnostic territorial partagé
BLOIS	Rédaction du document, puis passage en conseil municipal
CALAIS	Nous sommes au tout début des concertations avec l'ARS
CHATEAUROUX	Présentation lors d'une réunion publique avec signature du CLS
LA ROCHE SUR YON	Pas encore bien définie, mais très probablement : passage en Direction Générale et en Conseil Municipal au niveau de la Ville.
LA ROCHELLE	La présentation du CLS s'est faite auprès de la municipalité, en Comité de pilotage, auprès des acteurs de terrain lors des rencontres initiées durant l'état des lieux, auprès des professionnels médicaux et para médicaux,...; elle va se poursuivre lors d'une information auprès des habitants; la démarche est validée également lors des instances institutionnelles de l'ARS 17. Elle va être communiquée également en région lors d'une journée organisée par la ville au Carré. La participation et l'engagement des acteurs dans le portage de la mise en l'œuvre des actions sera un véritable enjeu.
LE BLANC-MESNIL	le projet de CLS a été présenté au Bureau Municipal. Il sera adopté par le conseil municipal le 24 mai 2012. Il sera également présenté à la prochaine conférence de territoire le 11 mai 2012.

LOMME	<p>Une charte reprenant les orientations communes des 3 villes associées (Lille, Lomme, Hellemmes) et les orientations stratégiques spécifiques par commune, sera signée fin 2012.</p> <p>Bonne participation de l'ARS dans la réflexion.</p>
MARSEILLE	<p>CLS signé en juillet 2010. Elaboration du CLS2 (qui prendra le relai du CLS1 à partir de 2012) à partir des résultats du travail en cours déjà cité (y compris le Bilan Santé Marseille sous l'angle des inégalités de santé)</p>
MONTREUIL	<p>Plan de communication destiné aux professionnels, aux agents de la mairie et aux partenaires. A Montreuil, le CLS est finalisé et sera signé courant juin 2012.</p>
PERPIGNAN	<p>Nous sommes toujours dans la construction du CLS, le diagnostic est finalisé, la définition des priorités est en cours. Au niveau technique celles-ci sont lisibles. A ce jour l'arbitrage du comité de gouvernance n'est pas fait et cela reste une question de fond. L'animation et les moyens de financement devront figurer dans le CLS.</p> <p>Aujourd'hui des points étapes auprès des élus, de l'ARS, rendez-vous prévu avec le Maire. Egalement des points étape auprès des partenaires (comité opérationnel + groupes de travail spécifiques). Nous sommes dans la phase de construction, l'objectif de signature étant la fin de l'année 2012. Nous n'avons pas encore abordé la phase de communication.</p> <p>Points forts : Un partenariat facilité par l'existence antérieure de l'ASV</p>
RENNES	<p>Nous n'en sommes pas à l'adoption du CLS, mais une signature officielle, une validation du Comité consultatif santé environnement dans la ville et un passage en Conseil Municipal semblent incontournables.</p> <p>Le CLS permettra de mettre autour de la table des partenaires qui ne se voient pas toujours pour parler santé et partager les enjeux. Le CLS aura aussi un effet de mobilisation des autres services de la ville en interne.</p>
ROUBAIX	<p>Signature de la charte en décembre 2011. Premier Comité de pilotage et validation des orientations en avril 2012. Réunion des groupes de travail ; Diagnostic ; Production de fiches actions, 2eme comité de pilotage, Validation des fiches actions et écriture CLS en septembre 2012. Saisie des instances délibérantes des collectivités territoriales en octobre 2012. Présentation du CLS en conférence de territoire, Signature du CLS en décembre 2012.</p>
SALON DE PROVENCE	<p>A définir avec l'ARS, les structures et collectivités partenaires. La concertation avec les professionnels et usagers du territoire sont de mon point de vue un prérequis indispensable, avant l'adoption d'un CLS.</p>
STRASBOURG (Ville)	<p>Projet présenté et approuvé au conseil municipal de novembre 2011</p>
TOULOUSE	<p>Probablement une délibération en Conseil Municipal</p> <p>Points forts : l'existence d'un plan municipal de santé préalable au CLS avec un diagnostic déjà réalisé et l'existence de priorités</p> <p>Remarque : le CLS concerne 2 territoires de la ville : l'un de ces 2 territoires correspond à celui d'un des ASV.</p>
VILLEURBANNE	<p>Présentation en conseil de municipalité signature officielle</p> <p>Points forts : Le travail d'écriture d'un plan local de santé et d'un contrat local oblige la Ville à mieux se positionner et rechercher une certaine efficacité dans ses actions dynamiques locale, notamment avec la psychiatrie de secteur, très présente à travers le conseil local de santé mentale. Dynamique en cours avec les professionnels de santé libéraux.</p> <p>Remarque : En Rhône Alpes, l'arrivée d'un nouveau directeur à l'ARS a modifié le positionnement de l'ARS vis à vis des CLS, ce qui permet enfin d'avancer sur le CLS, mais beaucoup de retard a été pris.. Un outil d'observation est en cours de développement sur Lyon, celui-ci pourrait être repris dans le cadre de notre propre CLS. C'est sur cette base d'observation que des objectifs qualitatifs et quantitatifs pourront être mis en place. Pour l'instant, le plan local reprend les actions en cours, développées sur la base de diagnostics qualitatifs préalables à la création de l'ASV. Ils doivent être réactualisés, mais cela a un coût que la Ville ne veut pas supporter pour le moment.</p>
<p>INTERCOMMUNALITES : Quel est le parcours de validation de ce CLS au sein de la Communauté Urbaine ? Comment avez-vous prévu l'adhésion des villes au CLS ? Quelles instances avez-vous incluses dans sa conception?</p>	
CHERBOURG (CU)	<p>Parcours de validation: comité de pilotage ASV auquel participent les communes, conseil de Communauté Urbaine de Cherbourg et bureau</p> <p>Instances pour consultation : Comité de pilotage et réseau ASV</p> <p>Instances pour contributions : groupe de travail Axe 3 de l'ASV (dont la Direction Territoriale de l'ARS)</p>
DUNKERQUE (CU)	<p>Parcours de validation : A priori : Présentation en commission, puis en Conseil, signature du Président</p> <p>Adhésion des villes: Adhésion "libre", participation de certaines villes du territoire aux groupes de travail et au comité stratégique</p> <p>Instances pour consultation : Contacts avec l'ARS, la CPAM Comité de suivi. 6 groupes de travail thématiques (alimentation et activité physique, cancers, observatoire et évaluation, démographie médicale et parcours de soin, santé environnement, santé travail), Instances pour information : groupes de travail, entretiens individuels, contributions écrites</p> <p>Remarques : Intérêt et disponibilité des participants à la démarche. Le travail avec les opérateurs est riche. Les besoins et les enjeux s'identifient en même temps que les groupes de travail explorent la démarche et le diagnostic. De ce fait, les institutions n'adoptent pas encore de position claire quant à leur place et leur apport dans le futur CLS. Par ailleurs, le paysage est assez complexe : CLS, ASV, PLP, réseaux, Quelles connexions ?</p>
GRAND NANCY (CU)	<p>Parcours de validation : Elue en charge, président - réunion élus du Grand Nancy - démarche de concertation avec le conseil de développement durable, instance consultative composée d'une centaine d'acteurs socio professionnels du territoire</p>

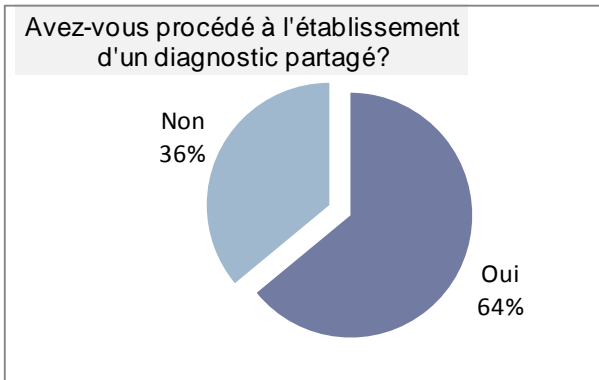
	<p>Adhésion des villes : un dialogue avec les 20 communes instauré lors de rendez-vous physiques et entretiens entre l'élue santé communautaire et chaque mairie (mairie, élu(s) municipal)</p> <p>Instances pour consultation : 20 communes (rendez-vous) , conseil de développement durable du Grand Nancy, Collectif Interassociatif sur la Santé de Lorraine</p> <p>Points forts : Cette démarche permet d'améliorer la connaissance mutuelle entre les structures (orientations stratégiques, organisations de chacun, actions sur le territoire...), de valoriser le rôle des collectivités et la force des élus (connaissances du territoire, mise en lien et possibilité de susciter des coopérations, actionner d'autres champs compétences ayant un impact sur la santé des populations ...)</p> <p>Remarques : Le CLS est un outil au service d'un projet de territoire, brochant un champ large allant : du sanitaire (avec des enjeux et pilotage qui dépassent les collectivités qui ont du mal à faire reconnaître leur plus-valeur et plus-value) à la promotion de la santé, prévention , qualité de vie - nécessité d'accompagnement des collectivités qui sont au cœur des conduites de réussite du projet sans les détenir toutes et responsables vis à vis de leurs citoyens.</p>
<p>ST-QUENTIN-EN-YVELINES (CA)</p>	<p>Parcours de validation : commission de santé, bureau et conseil communautaire</p> <p>Adhésion des villes : démarche préexistante de CUCS intercommunal avec un volet santé important</p> <p>Instances pour consultation : démarche préexistante de politique de santé intercommunale</p> <p>Instances pour information : commissions santé exceptionnelles, groupes de travail des élus</p>
<p>STRASBOURG (CU)</p>	<p>Parcours de validation : L'Elu en charge de la santé au niveau de la Communauté Urbaine de Strasbourg a été mandaté par le président de la CUS pour le représenter dans l'élaboration de ce contrat. Les validations ont donc été faites entre le DG ARS et l'élue à la santé, puis validé en comité de pilotage par l'ensemble des partenaires. Parallèlement, une démarche classique de validation de la délibération a été réalisée.</p> <p>Adhésion des villes : L'adhésion s'est effectuée via un groupe politique constitué d'élus des communes souhaitant s'impliquer ensemble dans des projets intercommunaux de santé (Groupe Elus Santé Territoires de la CUS). Toutefois, les communes n'ont pas été sollicitées directement pour participer au Comité de pilotage du CLS. Nous souhaitons à présent les engager dans la démarche de mise en œuvre du CLS.</p> <p>Instances pour consultation et pour information: Groupe Elus Santé Territoires de la CUS</p> <p>Instances pour contribution : Groupes de travail thématiques préparatoires avec les principaux partenaires institutionnels</p> <p>Points forts : L'engagement fort de la collectivité dans la démarche ; le travail de collaboration avec l'ARS ; le travail en transversalité avec tous les autres dispositifs existants notamment les ASV ; la participation des autres partenaires (Education nationale, Régime local d'assurance maladie) ; l'amélioration de la cohérence sur le territoire</p> <p>Remarque : Les CLS sont un moyen de valoriser le rôle primordial des collectivités en matière de santé, ainsi que l'ensemble des leviers dont elles disposent, quand elles choisissent un travail interservices, riche en transversalité et en synergies.</p>

Etat des lieux

Sur les 29 répondants ayant un CLS en cours d'élaboration ou l'ayant déjà signé, 25 ont pu répondre aux questions relatives à l'état des lieux.

Diagnostic

Parmi les 25 répondants, 16 (64%) ont procédé à l'établissement d'un **diagnostic partagé**. Pour ces derniers, concernant les données utilisées pour l'état des lieux, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) est de loin l'interlocuteur privilégié (cité dans plus de 50 % des cas). Certains utilisent des diagnostics CUCS, des diagnostics ASV, les données de l'ARS, des centres hospitaliers, de la CPAM, etc.



Parmi eux, 56 % ont uniquement établi un diagnostic partagé, alors que 44 % ont également repris un **diagnostic existant**. Enfin, parmi les 10 répondants n'ayant pas établi de diagnostic partagé, 9 ont toutefois repris un diagnostic existant.

La part des répondants ayant indiqué avoir repris un diagnostic existant est identique à celle de ceux qui ont établi un diagnostic partagé (64%). Ce diagnostic provient le plus souvent de l'Atelier Santé Ville (ASV), d'un Projet régional de santé (PRS), plan local de prévention, plan municipal de santé, etc.

Rédaction et consolidation

Dans la majorité des cas, la **rédaction et la consolidation de l'état de lieux** est établie à la fois par la collectivité locale et l'ARS (56 % des cas), ou uniquement par la collectivité locale (32% des cas). Deux répondants ont indiqué que cette rédaction et consolidation était établie par l'ARS.

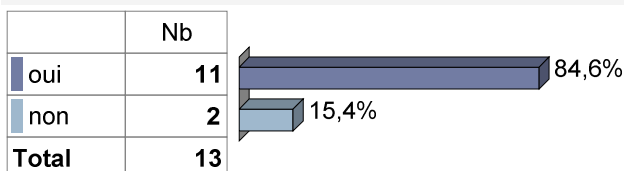
Financement

Parmi les 13 observations relatives au **financement**, on observe que pour environ la moitié cet état des lieux est financé sur fonds propres. C'est le cas par exemple de Salon de Provence, Valence, la Communauté d'Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines. Pour Angers et Châteauroux, cet état des lieux est financé par l'Agence Régionale de Santé.

Dans environ 30 % des cas, un cofinancement par la collectivité locale et l'ARS est mis en place (Marseille, Perpignan, et communautés urbaines de Dunkerque et Strasbourg). Certaines collectivités, comme La Roche sur Yon sont en attente de réponse pour un cofinancement. Un financement de l'ARS peut permettre de faire appel à un prestataire extérieur pour réaliser cet état de lieux, comme par exemple à Angers ou à Perpignan.

Plan local ou municipal de santé

Un Plan local de Santé ou Plan municipal de santé a-t-il été réalisé en 2011/2012?



Environ 85 % des répondants à cette question ont indiqué qu'un Plan local de Santé ou Plan municipal de santé a été réalisé en 2011 ou en 2012.

Concernant l'articulation de ce plan avec le Contrat Local de Santé, il y a le plus souvent une réelle volonté d'intégration dans le CLS des priorités de la collectivité locale qui ont déjà été posées dans le plan.

Articulation de ce plan avec le Contrat Local de Santé, exemple d'Ajaccio :

Le programme local de santé d'Ajaccio se décline en 3 axes stratégiques, recensant plus de 60 fiches action en 2011 :

Axe 1: santé et solidarité, protéger les publics fragiles (précarité, vieillissement, capacités d'action, agir au plus près des populations...);

Axe 2: santé et bien être, mieux vivre dans sa ville (nutrition, environnement, cadre de vie, sport...)

Axe 3: santé et conduites à risques, vivre plus longtemps (sécurité routière, conduites addictives, violences.)

8 thèmes retenus pour le Contrat local de santé d'Ajaccio :

THEME 1: Hygiène de vie chez les enfants ; THEME 2: Comportements à risques et conduites addictives chez les jeunes

THEME 3: Accès aux soins et précarité des Familles ; THEME 4 : Santé des seniors (bien vieillir, lutte contre l'isolement...)

THEME 5 : Urbanisme, habitat et qualité de vie ; THEME 6: Formation des professionnels territoriaux et formation mixtes des ressources et des compétences/santé publique ; THEME 7: Implication des professionnels de santé et des acteurs médico-sociaux

THEME 8: Coordination

Inégalités sociales et territoriales de santé

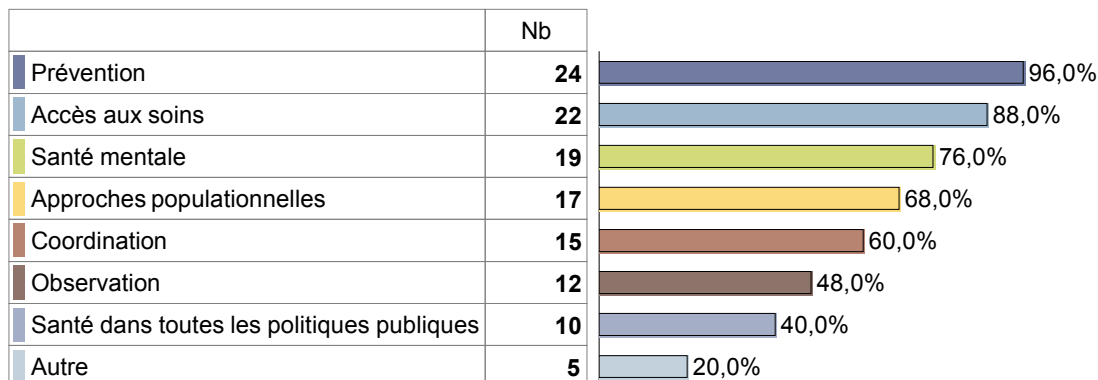
Pour le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, la question de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est centrale dans l'ensemble de ses réflexions, c'est pourquoi il semblait pertinent de poser la question de la prise en compte de cette problématique au sein du Contrat Local de Santé. Le tableau ci-dessous présente les différentes observations qui ont été formulées :

ANGERS	Le CLS en santé mentale envisagé entre la Ville d'Angers, l'ARS et peut être d'autres partenaires aura un impact sur les inégalités sociales de santé puisque, par son approche globale, il permettra d'optimiser le parcours de soins, mais également de développer le « mieux vivre ensemble dans la cité ».
ARMENTIERES	Mutualiser les moyens pour une réponse multimodale.
BLOIS	<p>Nous abordons cette question des inégalités sociales dans les six axes retenus :</p> <p>Axe 1: Faciliter l'accès aux droits et aux soins notamment: En repérant les personnes en situation de précarité En coordonnant les maraudes dans la ville, En sensibilisant les travailleurs sociaux et les professionnels de santé aux questions de la précarité pour améliorer ce repérage En accompagnant dans une démarche de soins les personnes en précarité...</p> <p>Axe 2: Pérenniser, développer, communiquer sur les actions de prévention dépistage et promotion de la santé.</p> <p>Axe 3: Favoriser le bien-être, l'estime de soi et la santé mentale Renforcer la collaboration entre les différents partenaires afin de rendre plus lisible pour les usagers , l'accès aux politiques publiques. Renforcer et articuler la prise en charge des personnes en vulnérabilité sociale par l'organisation d'actions collectives visant à développer la mixité sociale et le sentiment d'appartenance à la ville (Réveillon solidaire, Dimanches d'Hiver...).</p> <p>Axe 4: Favoriser l'autonomie et la prise en charge des personnes âgées En luttant contre l'isolement et la malnutrition, en leur maintenant un rôle dans la société</p> <p>Axe 5: Maintenir et attirer sur la ville des professionnels de santé: en aidant les professionnels de santé quant à la fonction d'information et de conseil sur les dispositifs associatifs...</p> <p>Axe 6: Mieux vivre dans sa ville: vivre dans un environnement sain et agréable En matière d'usage de produits phytosanitaires En matière d'urbanisme En matière de lutte contre les nuisances sonores</p>
CHATEAUROUX	Par le soutien de la démarche locale d'atelier santé ville qui porte une quinzaine de projets majoritairement à destination des publics vulnérables...Le soutien et la valorisation de coordinations existantes sur le territoire : ex: travail auprès des gens du voyage, groupe santé sur un quartier populaire, coordination autour du suicide .Accueil d'un stagiaire géographe de la santé pour une vision plus fine du territoire ses atouts, ses besoins ...
CHERBOURG (CU)	Question inhérente aux missions de l'ASV et donc en filigrane dans le CLS
GRANDE SYNTHÉ	Faire le lien entre les activités sociales et le système de soins coordonné
LA ROCHELLE	Par le biais des axes prioritaires suivants : « L'accès à la prévention et aux soins », « la santé au sein de la famille et de son environnement » / Le CLS permettra de développer les actions engagées sur les territoires ZUS /CUCS par l'ASV
LA ROCHE-SUR-YON	C'est l'objectif principal de notre CLS. Cette question sera abordée sous le volet de l'accès aux droits et aux soins.
LE BLANC-MESNIL	Le CLS a été construit pour que tous les axes développés répondent à l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Cette question sous-tend l'ensemble de la réflexion, donc chaque action a été construite de façon à respecter cet objectif.
LYON	A travers les thèmes retenus : observation, accès aux soins par exemple
MARSEILLE	Etude actuellement en cours sur les inégalités territoriales et sociales de santé sur Marseille dans le cadre de l'actualisation du Bilan Santé Marseille mise en œuvre par l'ORS PACA
MONTPELLIER	Un éventuel CLS s'appuierait sur un plan municipal de santé dont la priorité serait la réduction des inégalités territoriales de santé
MONTREUIL	Action prévue sur les déterminants de santé / intersectorialité, cohérence d'ensemble et visibilité d'une politique, volonté coopérative avec les habitants, collecte de données épidémiologiques réalisée à minima
NICE	Nous sommes actuellement en train de réactualiser notre Plan Local de Santé Publique. Dans ce document, la question des inégalités de santé est très présente étant donné que nous abordons la thématique santé à travers les déterminants de la santé (sociaux, économiques, environnementaux...). La Ville de Nice n'a pas encore mis en place de CLS. Réduire les inégalités de santé est l'objectif commun aux actions figurant dans le Plan Local de Santé Publique.
NIMES	Notre CLS est construit autour et pour les inégalités sociales Notre démarche nous a permis de mettre en exergue des problématiques sur lesquelles nos leviers d'action sont les déterminants de l'état de santé et les déterminants vont être des facteurs sociaux
PERPIGNAN	Concernant les inégalités sociales de santé, nous l'aborderons dans le CLS de manière transversale, et pour chacune des thématiques prioritaires qui seront retenues et ce même si notre démarche prend appui sur la dynamique de l'atelier santé ville. En effet 2 éléments au moins nous amènent à cette position : les populations en précarité socio-économique sont plus particulièrement concentrées sur les quartiers définis par le CUCS mais pas que. La prise en compte des populations vulnérables (handicap psychique ou autres). Chaque thème prioritaire développera un axe sur ces publics spécifiques.
ST-QUENTIN-EN-YVELINES	Celui de la CA de Saint-Quentin-en-Yvelines s'inscrit dans l'articulation avec l'ASV en élargissant le champ d'action vers le médico-social, l'offre de soins et la santé environnement. Le CLS "légitime" les actions déjà

(CA)	menées sur le territoire depuis plus de 10 ans, notamment avec des structures intercommunales telles que Institut de Promotion de la Santé (service de la CA installé à Trappes) et Gérondicap dispositif animé par un Groupement de coopération sociale et médico-sociale ayant pour but l'amélioration du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie quelque soit l'âge.
STRASBOURG (ville)	Un axe du CLS Ville est de "Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins"
TOULOUSE	Le plan municipal de santé de Toulouse (donc les priorités de la ville reprises en partie dans le CLS) affiche cette finalité : « contribuer à la réduction des inégalités de santé ». En ce qui concerne le CLS, on peut dire que cette finalité est également prise en compte : dans le choix des territoires : un territoire (sur les 2 identifiés) en politique de la ville, très défavorisé des thématiques : nombreuses actions relatives à l'accès à la santé des populations les plus vulnérables
VALENCE	Concernant la Ville de Valence, la réduction des inégalités santé est une priorité transversale dans le PLS puisque dans toutes nos actions et dans tous les projets, nous sommes particulièrement attentifs aux publics les plus précaires que la précarité soit liée à des questions économiques ou sociales (isolement, composition familiale, ...), à la barrière linguistique, ... Cette priorité s'inscrit dans le prolongement des démarche autour de l'Atelier Santé Ville, mis en place sur Valence depuis 2005.
VILLEURBANNE	Le volet santé du CUCS est l'outil du plan pour la réduction des inégalités de santé. Nous travaillons également en lien avec le CCAS qui est en train de mener son analyse des besoins sociaux. de nouveaux territoires sont en train d'émerger... Nous donnons plus de moyens au service municipal de santé scolaire dans des groupes scolaires avec de mauvais indicateurs de santé et sociaux.

Thématiques prioritaires dans les CLS

Répartition des réponses par axe prioritaire (25 répondants)



25 répondants ont renseigné cette partie du questionnaire relative aux priorités retenues ou qu'ils souhaitent retenir dans le CLS. Comme l'indique le graphique ci-dessous, ces priorités s'articulent majoritairement autour des quatre axes suivants : la **prévention** (96% des 25 répondants), l'**accès aux soins** (88%), la **santé mentale** (76 %), et les **approches populationnelles** (68%).

Vient ensuite l'axe **coordination**, cité par 60% de répondants dont 87 % indiquent donner la priorité à la coordination des Ateliers Santé Ville, et 33 % à la coordination des réseaux de santé.

Près de la moitié des répondants ont cité l'axe **observation**. Parmi leurs réponses, voici quelques exemples cités: Croisement des outils existants (ARS, observatoire CUCS), mise en place d'un observatoire santé à l'échelle de la Ville ou de l'intercommunalité, étude sur les conditions de vie des étudiants ; Tableau de bord santé ; démographie médicale Mise en œuvre de l'observatoire de la politique de la ville avec des indicateurs permettant une observation globale des quartiers ; Santé mentale, adolescents, handicap

40 % ont cité l'axe **Santé dans toutes les politiques publiques**. Ils indiquent notamment comme priorités en observation: Logement, transports, approfondissement de l'expérimentation autour des évaluations d'impact santé, urbanisme, sport, environnement ; Services Habitat; Sécurité et Politique de la ville, croisement entre la lutte contre la précarité énergétique et l'identification et la prévention de pathologies qui lui sont liées, mise en place d'accompagnement et d'expertise auprès des habitants victimes de pollutions de proximité liées à des entreprises, etc.

Les autres priorités citées ici sont les suivantes : la réduction des risques en milieu festif, l'activité physique, la démographie médicale, soutien aux communes dans la mise en place d'actions de promotion de la santé

Thématiques prioritaires (suite)

Répartition des réponses pour l'axe prévention (24 répondants)

	Nb	
Cancer	13	54,2%
Vaccination	10	41,7%
Nutrition	18	75,0%
Environnement	15	62,5%
Autres	11	45,8%

Parmi les répondants ayant sélectionné la prévention, les trois priorités les plus citées sont la nutrition (18 réponses), l'environnement (15 réponses) et le cancer (13 réponses)

Les autres priorités citées pour la prévention sont notamment les addictions et comportements à risques (cité 7 fois), la santé des jeunes (cité 2 fois), la sexualité (cité 2 fois)

Répartition des réponses pour l'axe accès aux soins (22 répondants)

	Nb	
Organisation du 1er recours	20	90,9%
Droits	16	72,7%
Autres	5	22,7%

La majorité cite comme priorité l'organisation du premier recours. Les répondants ayant indiqué « autres », ont apporté des précisions complémentaires concernant d'autres besoins et priorités : Par exemple, le troisième âge, la création d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'une maison des réseaux, impulser la création d'un réseau gérontologique, l'information sur

les dispositifs existant, développer le partenariat médecine de ville / médecine hospitalière, la santé des jeunes, le renforcement des partenariats autour de la santé de l'enfant, l'amélioration de l'accompagnement de la population vers le soin, etc.

Répartition des réponses pour l'axe santé mentale (19 répondants)

La souffrance psychique comme priorité en santé mentale fait l'unanimité. Les addictions viennent en deuxième priorité, avec 84 %.

	Nb	
Souffrance psychique	19	100,0%
Suicide	5	26,3%
Addictions	16	84,2%
Autres	4	21,1%

D'autres priorités et besoins ont été cités comme par exemple l'isolement des personnes, le vieillissement de la population, la stigmatisation sociale des personnes atteintes d'une maladie psychique, la connaissance des parcours de soins en santé mentale, la coopération des acteurs autour des situations de soin sans consentement, la création d'un conseil local de Santé Mentale, etc.

Répartition des réponses pour l'axe approches populationnelles (17 répondants)

	Nb	
Petite enfance	10	58,8%
Enfance	12	70,6%
Adolescents/jeunes	13	76,5%
Personnes âgées	11	64,7%
Santé au travail	4	23,5%
Formation	3	17,6%
Autres	3	17,6%

La majorité des répondants ont cité les adolescents et les jeunes comme priorité (76%), 70% ont cité l'enfance, environ 65 % ont cité les personnes âgées, environ 60 % la petite enfance.

D'autres priorités et besoins concernant cet axe ont été cités, comme la grande précarité, la mise en place d'une démarche coopérative en santé, la santé au sein de la famille et de son environnement, le soutien à la parentalité, la sexualité des jeunes, le logement, etc.

Objectifs qualitatifs et quantitatifs du CLS

Sur les 29 répondants ayant un CLS en cours d'élaboration ou l'ayant déjà signé, 24 ont été en mesure de répondre à ces questions relatives aux objectifs des CLS.

Parmi ces derniers, 33 % ont défini des **objectifs quantitatifs**, mais nous avons enregistré peu de précisions sur ces objectifs. Par exemple, pour la Communauté Urbaine de Dunkerque, ces objectifs quantitatifs sont définis « à partir par exemple du taux de participation aux campagnes de dépistage organisé ».

Tous les répondants ayant défini des objectifs quantitatifs ont également défini des **objectifs qualitatifs**. Aussi, 58% des répondants ont défini des objectifs qualitatifs. Par exemple, la ville d'Ajaccio a précisé : « Objectifs de formation des acteurs : organisation de séminaires avec les partenaires, de cycles de formation à la Santé Publique et à la conduite de projets pour les acteurs », la Communauté Urbaine de Dunkerque : « Ils portent par exemple sur les modalités de communication, le maillage des acteurs, etc. », ou encore la ville de Montreuil : « Participation effective d'habitants à la mise en œuvre des actions »

Pour beaucoup, le CLS étant encore en cours d'élaboration, les objectifs ne sont pas encore définitivement établis.

Evaluation

Une évaluation du Contrat Local de Santé est prévue dans les trois quart des cas pour les 23 répondants ayant pu répondre à cette question. 8 répondants précisent qu'il s'agit d'une **évaluation de processus**, 5 seulement d'une **évaluation de résultat**. Cette évaluation intégrera pour la plupart la satisfaction des participants. Pour certains, le CLS étant encore en travaux, les modalités d'évaluations seront établies ultérieurement.

Concernant la réalisation de cette évaluation et les moyens qui lui seront alloués, environ la moitié des répondants indique que cela n'est pas encore établi. A Strasbourg : « En cours d'élaboration à la fois en matière de suivi des CLS et d'évaluation des actions mises en œuvre. Pas de moyens réservés, mais en partie inclus dans processus d'évaluation des politiques publiques de la CUS au titre du plan santé », à Armentières : « Sera déterminé par les groupes de travail mis en place pour l'écriture du CLS ».

Engagements réciproques

Concernant les engagements réciproques autour du Contrat Local de Santé, un volet financement est inclus dans le CLS pour deux tiers des répondants. Pour le tiers des répondants dont le CLS n'inclut pas ce volet, différentes explications sont relevées : « Selon la loi HPST, pas de possibilité de financement car il s'agit d'un contrat d'objectifs et non de moyen », « Difficulté d'avoir une lisibilité sur engagement de l'ars pour le territoire (infrarégional) », « Pas de crédits spécifiques pour le CLS, mais valorisation des actions en place ou à mettre en place », « Le seul financement va à la fonction de coordination, les actions énoncées dans le CLS devraient bénéficier de l'attention de l'ars dans le cadre des demandes de subventions »

Pour les deux tiers dont le CLS inclut un **volet financement**, 93 % indiquent que ce financement se fera par valorisation des contributions actuelles, 79% par nouvel apport (l'ARS est le plus souvent citée), 14% par mise en place d'un guichet unique relatif aux priorités retenues.

	Nb	
Par valorisation des contributions actuelles?	13	92,9%
Par nouvel apport?	11	78,6%
Par mise en place d'un guichet unique relatif aux priorités retenues?	2	14,3%
Autres	1	7,1%
Total	14	

Un répondant indique que « La mise en œuvre des actions lorsqu'elles seront finalisées (issue des fiches action) nécessitera un financement »

Satisfaction des répondants sur la mise en place des CLS

Près de 90 % estiment que leur Contrat Local de Santé va renforcer la cohérence des politiques locales. 75 % estiment que leur CLS va optimiser les actions mises en place. Enfin, 70 % des répondants indiquent être satisfaits ou très satisfaits des modalités partenariales établies avec leur Agence Régionale de Santé. De plus, la mise en place du CLS permet souvent une bonne mobilisation partenariale.

Certains répondants observent toutefois un calendrier trop serré, le manque de financement dédié de la part de l'Etat, et/ou l'inertie de certaines ARS

Annexe : Liste des 37 répondants

AIX-LES-BAINS	METZ
AJACCIO	MONTPELLIER
ANGERS	MONTREUIL
ARMENTIERES	NICE
BLOIS	NIMES
CALAIS	ORLY
CHATEAUROUX	PERPIGNAN
CHERBOURG (CU)	REIMS
DIJON	RENNES
DUNKERQUE (CU)	ROUBAIX
GRAND NANCY (CU)	SALON DE PROVENCE
GRANDE SYNTHE	ST JEAN DE LA RUELLLE
LA ROCHELLE	ST-QUENTIN-EN-YVELINES (CA)
LA ROCHE-SUR-YON	STRASBOURG (ville et CU)
LE BLANC-MESNIL	TOULOUSE
LOMME	VALENCE
LORIENT	VAULX-EN-VELIN
LYON	VILLEURBANNE
MARSEILLE	

Nous remercions tous les membres ayant pu contribuer à cette étude, ainsi que la ville de Nancy et les autres membres du réseau régional Grand-Est du RFVS qui ont fortement soutenu son élaboration. Nous remercions également la Direction Générale de la Santé pour son soutien financier à la réalisation de cette étude.