

**RS  
&T** ENQUÊTE

## Contrats locaux de santé : une dimension de proximité

Alors qu'un seul contrat local de santé était signé à Marseille à l'été 2011 (voir RS&T n° 38), près de 90 le sont aujourd'hui, très majoritairement en Île-de-France. Dans les régions, les acteurs tentent d'approprier cet outil prévu par la loi HPST de 2009. Objectif pour tous : réduire les inégalités sociales de santé en organisant des actions sur des territoires donnés. Le financement de ces actions reste souvent une difficulté. Les objectifs et contenus des CLS sont très variables et adaptés aux problématiques locales.

### Près de 90 CLS signés

Pour tenter de connaître l'avancement de la signature des Contrats locaux de santé, nous avons interrogé les 26 ARS. Il en ressort que près de 90 CLS sont aujourd'hui signés et que près de 120 sont en cours de négociation (voir tableau ci-contre). Selon les régions, les situations sont très contrastées. L'Île-de-France cumule près des deux tiers des CLS signés. À l'opposé, une dizaine d'ARS n'ont pas encore apposé leur paraphe sur un de ces contrats.

Comme le soulignait Jean-Yves Grall, directeur général de la santé, lors d'un colloque<sup>1</sup> organisé en juin dernier par le Réseau français des villes santé de l'OMS : « *Le CLS est un outil. Il s'inscrit en cohérence avec la politique nationale de santé et la politique régionale.* » Le directeur général de la santé relève que la signature d'un CLS n'est pas la fin d'un travail mais le début.

Nicolas Prisse, chargé de mission au secrétariat général des ministères sociaux, se veut confiant. Les CLS ne sont évoqués dans la loi HPST que par 2 ou 3 phrases. Et à force de réflexion et de contributions, l'intérêt pour ces contrats s'est concrétisé. Le représentant du secrétariat général met en avant le caractère souple et adaptable des CLS, qui ne sont pas encadrés par des normes.

« *On ne peut pas faire partout pareil et on ne peut pas faire tout seul. Les CLS s'appuient sur des savoir-faire* », ajoute-t-il.

### Les 4 axes des CLS

Contrairement à de nombreux dispositifs, les Contrats locaux de santé ne sont en effet que peu détaillés par le code de la santé publique. Seuls les articles L. 1434-2 et L. 1434-17 les évoquent dans le cadre des Projets régionaux de santé, articles complétés par l'article R. 1434-7 qui précise que les CLS doivent être soumis pour avis aux conférences de territoires concernées et l'article R. 1434-2 qui le mentionne comme élément du Projet régional de santé.

Les CLS peuvent porter sur 4 axes :

- la promotion de la santé,
- la prévention,
- les politiques de soins,
- et l'accompagnement médico-social.

Les **signataires** comme les partenaires impliqués peuvent être plus ou moins nombreux. Si l'on retrouve obligatoirement l'ARS, la (ou les) collectivités territoriales impliquées (commune, communauté de communes ou communauté d'agglomération) et le préfet, d'autres signataires peuvent s'ajouter : CPAM, conseil général, conseil régional, Éducation nationale, centres hospitaliers, etc.

1. Colloque "Villes, Contrats locaux de santé et inégalités sociales de santé", le 25 juin 2012 à Saint-Quentin-en-Yvelines ([www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com))

À titre d'exemple, le contrat local de santé de Haute-Corrèze (Limousin) comporte 15 signataires et plus de 40 partenaires. Celui d'Argenteuil dans le 77 (Île-de-France) n'est signé que par le maire de la ville, le directeur général de l'ARS IdF et le préfet du Val d'Oise et 4 partenaires non signataires sont officiellement associés. **Parmi les partenaires, on peut trouver des réseaux, des URPS et autres structures de professionnels de santé.**

Le champ du contrat peut être réduit à un quartier ou étendu à un pays (exemple : Pays Cévennes). Quant à la période couverte, elle doit s'ajuster sur le PRS. C'est le cas du CLS de Haute-Corrèze qui est conclu pour 2012-2016. *A contrario*, en Île-de-France, où le PRS sera adopté fin 2012, les CLS ont pu être signés pour un an ou six ans avec clause de révision.

### Diagnostic partagé

Avant de définir des actions, le chantier des CLS débute classiquement par un diagnostic partagé. Et dès ce stade, les différents acteurs sont le plus souvent impliqués. L'une des difficultés est alors de disposer de données relatives au territoire concerné. Différentes sources sont utilisées et, si nécessaire, des études spécifiques sont menées.

Vient ensuite la phase d'élaboration du CLS. Dans nombre de cas, une lettre de cadrage sert de point d'appui avec mise en œuvre d'un comité de pilotage politique et un comité de pilotage opérationnel, les différentes thématiques pouvant être partagées entre plusieurs groupes de travail.

À Mulhouse, par exemple, 9 groupes de travail se sont mobilisés entre septembre et novembre 2011 autour des axes du CLS. Plus de 20 rencontres ont été organisées. La déclinaison pratique prend la forme de "fiches actions".

Côté ARS, Frédéric Jacquet, médecin en santé publique à l'ARS Languedoc-Roussillon, a indiqué que, d'emblée, l'ARS a choisi de se situer sur la réduction des inégalités sociales de santé.

### Contrats locaux de santé : état des lieux (données communiquées par les ARS)

ARS	CLS signés fin 06/2012	CLS en cours	Objectif fin 2013
Alsace	3	2	5
Aquitaine	0	3	13
Auvergne	NC	NC	NC
Bourgogne	2	5	6
Bretagne	2	5	7
Centre	4	4	10
Champagne-Ardenne	0	3	4
Corse	0	2	3
Franche-Comté	6	2	NC
Île-de-France*	56	16	80
Languedoc-Roussillon	4	4	15
Limousin	4	0	NC
Lorraine	0	4	4
Midi-Pyrénées	0	4	8
Nord-Pas-de-Calais	1	17	NC
Basse-Normandie	0	3	3
Haute-Normandie	1	3	8
Pays de la Loire	2	8	15
Picardie	0	2	5
Poitou-Charentes	1	11	11
Paca	1	1	4
Martinique	1	2	3
Guadeloupe	0	1	1
Guyane	NC	NC	NC
Océan Indien	0	9	9
Rhône-Alpes	0	8	8
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>119</b>	<b>209</b>

\*Données à début septembre 2012.

« L'élaboration d'un CLS demande du temps, de l'ingénierie, des ressources et de la maturation », souligne le représentant de l'ARS. Il relève aussi que l'élaboration des CLS nécessite la construction d'une intersectorialité dont l'ARS n'a pas tous les leviers. Sur les thématiques liées à l'obésité et à la nutrition, l'éducation nationale est par exemple souvent incontournable. Élus, fonctionnaires, associations de patients, de professionnels de santé, structures diverses, tout le monde peut être appelé à apporter sa contribution à un CLS.

D'autant que les thématiques abordées sont très variables : habitat, air, activité physique, dépistage de pathologies, création de lieux pour l'accès aux soins de premier recours, etc. En théorie, presque





tout est possible en fonction du diagnostic établi et de la population ciblée.

### Question de l'animation du CLS

Une fois signé, le CLS ne fait que démarrer son existence. Pour la plupart des collectivités, se pose la question de l'animation et du pilotage du CLS : qui ? quoi ? et avec quels moyens ?

À Strasbourg, où 2 CLS ont été signés – l'un au niveau de la communauté urbaine et l'autre au niveau de la ville –, le pilotage est distingué selon le type d'action. Dans le domaine de la prévention, il a été confié à la ville, alors que pour la santé mentale, c'est l'ARS qui est maître d'œuvre.

Côté financement, l'ARS de Bretagne annonce un engagement pour des actions de son premier CLS signé (Pays de Vitré-Porte de Bretagne) à hauteur de 730 000 euros.

Dans le Limousin, l'ARS indique qu'elle a dégagé des moyens supplémentaires pour le recrutement de six animateurs de santé (2 par CLS). Ils ont pour mission de « coordonner les acteurs de terrain » et « d'aller au plus près des besoins pour accompagner les habitants dans leur parcours de soins et leur

donner les moyens de prendre leur santé en main ». Ailleurs, ce sont les collectivités qui investissent le plus fortement.

Enfin, un autre sujet devra progresser : celui de l'évaluation de ces Contrats locaux de santé. Les indicateurs utilisés contribuent essentiellement au suivi du contrat. Il faudra aussi pouvoir mesurer les effets sur la réduction des inégalités territoriales de santé. L'ARS Île-de-France s'est engagée dans un partenariat avec une université. D'autres initiatives pourront émerger et nous permettre de progresser dans le suivi des déterminants de santé dans notre pays. ■

P.V.

Article L. 1434-2 du CSP : « [...] 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. »

Art. L. 1434-17 du CSP : « [...] La mise en œuvre du Projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. [...] »

### Prévention et accès aux soins : deux thèmes prioritaires des CLS

Pour mieux suivre le développement de la politique des CLS, le Réseau français des villes-santé de l'OMS a réalisé plusieurs enquêtes auprès de ses adhérents. La plus récente date d'avril 2012. 37 membres du réseau y ont participé. 29 d'entre eux avaient un CLS signé ou en cours d'élaboration. Parmi les enseignements de cette étude, on peut noter que 65 % des collectivités engagées dans un CLS ont indiqué avoir été à l'initiative du premier contact CLS. Dans 25 % des cas, il s'agissait de l'ARS (10 % des réponses sans précision).

25 répondants ont fourni des indications plus précises sur leur état des lieux. Pour établir un diagnostic partagé, ils ont fait souvent appel à leur ORS (Observatoire régional de la santé). Ont également été cités : les diagnostics CUCS, ASV, les données de l'ARS, des centres hospitaliers, de la CPAM, etc. Certains ont simplement repris un diagnostic existant.



Quant au **financement de ce diagnostic**, différentes situations ont été relevées : il peut être effectué uniquement sur fonds propres de la collectivité, par l'ARS ou alors faire l'objet d'un financement mixte collectivité-ARS.

Les 25 répondants ont également précisé les thématiques prioritaires de leur CLS en cours. Après la **prévention**, abordée par presque tous, vient la question de l'**accès aux soins**.

Le volet prévention porte souvent sur la nutrition (18/24), mais aussi sur l'environnement (15/24) et le cancer (13/24). Pour l'accès aux soins,

l'organisation du premier recours est la priorité. Elle peut comprendre la création d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'une maison des réseaux, le développement du partenariat ville-hôpital, etc.

Relevons qu'un volet financement est inclus dans le CLS pour deux tiers des répondants.