



écarts entre les territoires et les textes législatifs ont suivi, durant la décennie, les quatre étapes du développement des ASV [56] : le lancement (2000-2001), la montée en charge (2002-2005 [50]), l'expansion (2006-2008 [49]) et la transition (2009-2010), pour être aujourd'hui dans une phase de stabilisation et sans doute d'inscription dans le droit commun sans pour autant perdre leur pertinence.

C'est à partir de 2008-2009 [18, 25, 55] que l'on peut situer la visibilité des ASV au niveau national. Sept ans après la création des ASV, avec un pic de développement en 2006-2007, des moyens ont pu être octroyés pour une journée nationale avec le ministère de la Santé [22], suite à un séminaire national sur les inégalités sociales et territoriales de la santé [62] rassemblant les acteurs des communes et leurs partenaires autour des ASV, processus aboutissant à la création de la Plate-forme nationale de ressources des ASV en janvier 2012.

Malgré le peu de valorisation dans les politiques nationales, régionales et locales jusqu'ici, les ASV restent un modèle d'intervention dans leur conception comme dans leur production. Ils ont vocation à être, dans le nouveau cadre des contrats locaux de santé (CLS), les

pilotes de la réduction des inégalités sociales de santé à une échelle fine [66] car ils constituent les seules dynamiques locales de santé observées sur ces territoires et fédérant les principaux acteurs. Sur le plan stratégique, aussi bien pour les agences régionales de santé que pour les élus des collectivités locales engagés dans un CLS, il est opportun de souligner que « les ASV apportent une véritable plus-value au système de santé, en générant une dynamique inédite de coopération contractualisée entre l'État et les collectivités locales en matière de santé, dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé. Cette valeur réside aussi dans leur capacité à initier et coordonner un projet territorial de santé et à développer des approches intersectorielles de promotion globale de la santé et d'accès aux soins en favorisant l'articulation avec l'ensemble des dispositifs existant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » [10]. Les résultats obtenus par les ASV sont d'une ampleur probablement encore sous-estimée, peut-être par choix politique. La Plate-forme nationale de ressources des ASV a la lourde tâche de faire valoir leur spécificité [58], avec ses partenaires, et de les promouvoir comme levier de la démocratie sanitaire au niveau local. ✚

## État et collectivités territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé

**Sophie Schapman-Ségalié**  
**Pierre Lombrail**  
Département de santé publique  
EA 3412, UFR SMBH,  
université Paris13,  
Bobigny

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a fortement remodelé l'organisation du système de santé en France. Elle a fait de l'organisation territoriale du système de santé l'un de ses éléments essentiels et a confirmé ainsi un mouvement engagé depuis plusieurs années, tant sur le plan régional que local, avec les Sros de 3<sup>e</sup> génération notamment. Le but est de se rapprocher des réalités locales afin de mieux répondre aux besoins de santé des populations. Pilotée au niveau régional via les agences régionales de santé (ARS), cette politique doit ensuite être déclinée localement tout en tenant compte des spécificités de chaque territoire. À cet effet, la loi prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus entre les ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements (article L. 1434-17 du Code de la santé publique). Dans cette nouvelle configuration, les collectivités territoriales deviennent donc des partenaires privilégiés des ARS dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Les CLS sont mentionnés pour la première fois dans le cadre du plan Espoir banlieue en 2008 et présentés comme des « prolongements contractuels des ateliers santé ville (ASV), [qui] permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires »<sup>1</sup>. Ils sont ensuite repris dans la lettre circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 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. Ils doivent permettre de « coordonner l'action publique de l'ARS et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées »<sup>2</sup>. En

1. Comité interministériel des villes (2008). *Espoir Banlieue, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Secrétariat d'État à la Politique de la ville.

2. Lettre circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 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.

Île-de-France, « les CLS concernent exclusivement les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel ». Ces contrats, après l'avis de la conférence de territoire, sont habituellement signés pour une durée équivalente à celles des PRS, par les élus des collectivités territoriales et le représentant de l'État dans le département, à savoir le préfet dès lors que d'autres politiques de l'État sont engagées dans le processus telles que la politique de la ville, les politiques sociales et du logement, etc. Le cadre normatif étant assez souple, il permet une grande marge de manœuvre dans sa mise en œuvre en fonction des réalités de terrain. En conséquence, certaines régions ont fait le choix d'élargir le panel des signataires à tout ou partie des partenaires impliqués, comme le conseil général, l'assurance maladie ou l'union régionale des professions de santé.

### Quels sont les enjeux des CLS ?

Tout d'abord, un CLS répond à une logique de déclinaison du PRS au niveau local : « il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le PRS »<sup>3</sup>. Par ailleurs, les CLS ne s'installent pas sur des terrains vierges de toutes initiatives. En raison de l'expertise des élus locaux due à leur proximité des populations, de nombreuses collectivités territoriales ont développé des initiatives sanitaires en direction de leurs concitoyens et notamment dans le cadre de dispositifs tels que les ateliers santé ville (ASV), ou le mouvement villes-santé de l'OMS, Agenda 21, etc. Les CLS ont donc également pour objectif l'articulation, la coordination et la mise en cohérence de ces différentes politiques sanitaires et des dynamiques locales de santé – à savoir celles menées dans le cadre du PRS et celles résultant des démarches locales – afin de répondre plus efficacement à des enjeux sanitaires du territoire<sup>4</sup>. Ces enjeux sont censés être reconnus comme tels par les différents acteurs, à partir d'un diagnostic local partagé – auquel les habitants sont supposés participer. Ce diagnostic doit permettre d'identifier de concert des problèmes de santé prioritaires qui ensuite se déclineront en objectifs stratégiques et opérationnels, ainsi qu'en actions à mettre en œuvre à l'échelle locale, en cohérence avec les orientations régionales. C'est sur cette base commune que s'établira la contractualisation entre l'ARS et les collectivités territoriales. À court et moyen termes, cette démarche doit donc favoriser l'instauration et la consolidation d'une dynamique partenariale locale sur les questions de santé, ainsi qu'une concentration des moyens d'intervention et de financement sur des

actions concertées. Cela ne signifie donc pas une perspective de financements supplémentaires, mais plus une réorganisation des fonds dans une recherche de plus grande efficacité.

Dans un souci d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins, les CLS visent également à mettre en œuvre localement une approche transversale de la santé (figure 1, p. 46). Ils contribuent à rapprocher les secteurs du soin, de la prévention, de l'accompagnement médico-social et de la veille sanitaire qui, bien qu'interdépendants, restent trop souvent cloisonnés. Les CLS doivent par conséquent intégrer des objectifs et actions appartenant – si possible – à l'ensemble des champs de compétence de l'ARS. La mise en synergie des acteurs ayant des responsabilités à l'échelon local dans chacun de ces secteurs devrait favoriser cette transversalité. En effet, les communes et leurs groupements jouent un rôle essentiel en matière de prévention tandis que les départements ont en charge les questions du handicap et des personnes âgées et interviennent également sur les problématiques de l'insertion sociale et de la protection de l'enfance.

À cet enjeu de cohérence de l'action publique s'ajoute une ambition de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En Île-de-France, les CLS ciblent principalement « des territoires présentant une vulnérabilité particulière identifiée lors de la phase diagnostique du Plan stratégique régional de santé (PSRS) »<sup>5</sup>. Pour déterminer les zones d'intervention prioritaires, l'ARS se réfère à un indice de développement humain (IDH-2) inférieur à 0,52. L'existence préalable d'un contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) a également présidé au choix. Néanmoins, l'enjeu de mise en œuvre locale du PRS auquel répond le CLS peut entrer en contradiction avec l'objectif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Des questionnements apparaissent en effet sur l'intégration dans le dispositif de communes proactives en matière de politique de santé mais ne remplissant pas les critères d'éligibilité en matière de vulnérabilité. Il conviendra aux ARS de clarifier ce point stratégique qui revêt toute son importance dans la lutte contre les inégalités territoriales de santé.

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé se traduit également dans la volonté que les CLS incarnent une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé et ce, dans le but notamment d'agir à la fois sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'accès des personnes démunies aux soins. On attend du CLS qu'il décroïsonne les secteurs et développe une approche globale de la santé. Son positionnement à l'échelon local permet de réunir ceux qui ont de réelles capacités d'action sur les déterminants sociaux de la santé à ce niveau. Juridiquement, les collectivités territoriales exercent des compétences dans des domaines indispensables à une politique de

5. ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS. Document de travail.*

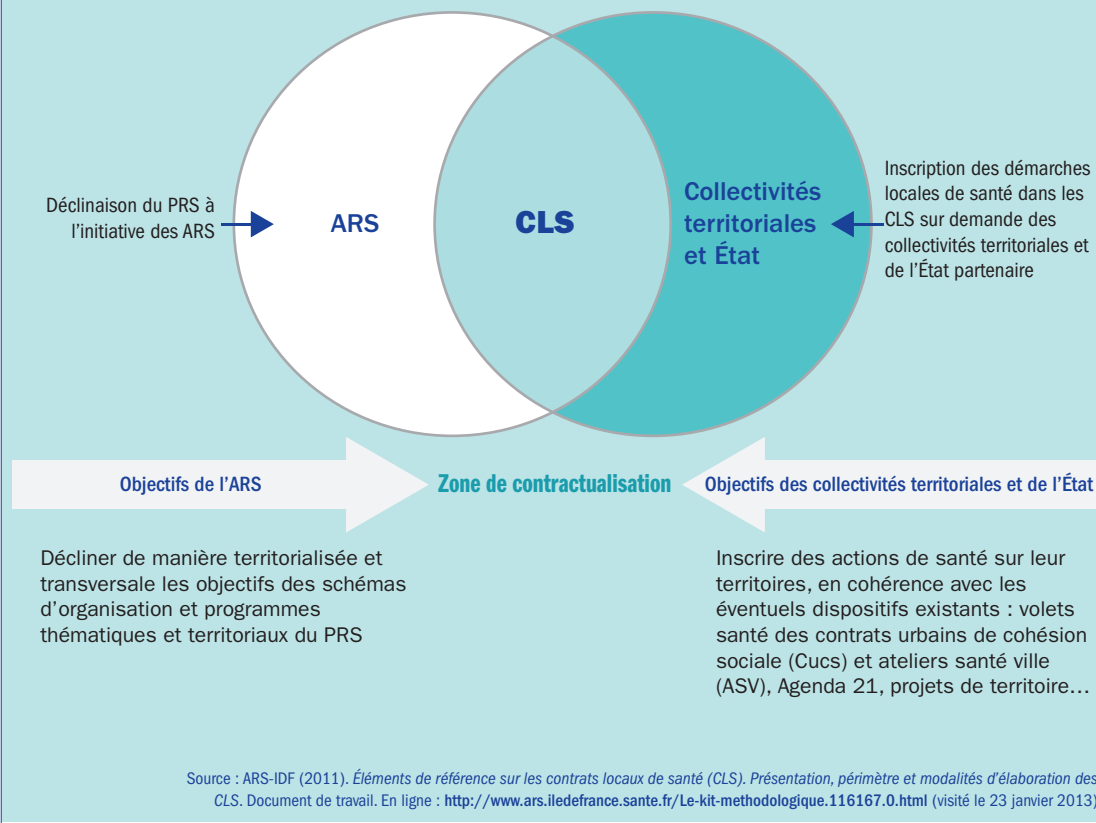
3. ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS. Document de travail.* En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html> (visité le 23 janvier 2013).

4. ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS. Document de travail.*



figure 1

### Contrats locaux de santé (CLS) : répondre à deux logiques de mise en place



santé efficace et équitable comme les secteurs de la formation, de l'enseignement, du sport, des transports, du logement, de l'environnement, etc. En consolidant le partenariat avec les collectivités territoriales, le CLS doit favoriser une plus grande synergie entre acteurs et conduire à des programmations intersectorielles efficaces pour lutter contre les inégalités de santé. Cependant, les autres leviers tels l'« empouvoirement » des habitants sont rarement mentionnés. De même, la discussion sur les stratégies de lutte contre les inégalités sociales et leur efficacité n'est pas systématiquement entamée. On peut donc se demander si les conditions sont réellement réunies – à ce niveau – pour avoir un impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé à terme, ou si les CLS dans leur forme actuelle ne constituent pas les bases partenariales préalables – mais pas suffisantes – à tout programme de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Au travers des CLS, les collectivités territoriales sont donc reconnues comme des partenaires de l'ARS pour la mise en œuvre d'une politique de santé concertée, avec une certaine valorisation des dynamiques locales

préexistantes. Le choix du cadre juridique est d'ailleurs significatif puisqu'il s'agit d'une contractualisation entre partenaires et non plus de relations tutélaires comme par le passé. Ce changement requiert alors une évolution de mentalités au sein même des ARS, ainsi que de nouvelles compétences notamment en matière d'animation territoriale et de mobilisation de partenariats, et ce afin d'accompagner ce processus complexe où il faut combiner des logiques descendantes – décliner le PRS – et ascendantes – mobiliser les dynamiques locales. L'espace de proximité recherché et incarné par le CLS est clairement porteur de nombreuses attentes et des plus ambitieuses, notamment en ce qui concerne la réduction des inégalités de santé, mais on peut s'interroger sur leurs conditions de satisfaction. La lutte contre les inégalités sociales de santé ne peut pas reposer uniquement sur l'échelon local, mais doit s'intégrer dans une politique de santé publique qui en fait un objectif en tant que tel et non un simple principe d'action, et ce avec des ressources suffisantes et un appui méthodologique qui va bien au-delà de celui qui est disponible actuellement. ❗