

Etude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités Sociales et territoriales de santé en Ile de France

Résumé de la phase d'analyse du contenu des contrats. Résultats de la phase Qualitative

Novembre 2014

Sophie Schapman-Ségalié

Sous la direction du Pr. Pierre Lombrail. Département de Santé Publique, EA 3412 (Laboratoire Educations et Pratiques de Santé), UFR SMBH, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité ; Groupe Hospitalier Paris Seine St-Denis, AP-HP.

Sommaire

Remerciements	5
Sigles et abréviations	6
Résumé et éléments de préconisation.....	7
I. Contexte et Objectifs	16
I.1. OBJECTIFS.....	17
I.2. RAPPEL DES RESULTATS OBTENUS LORS DE LA PHASE PRECEDENTE	17
I.2.1. Les enseignements issus de la revue de la littérature.....	17
<i>I.2.1.1. Agir sur les inégalités sociales de santé doit être un objectif affiché des politiques publiques.</i>	<i>18</i>
<i>I.2.1.2. Trois stratégies prioritaires pour agir contre les ISTS</i>	<i>18</i>
I.2.1.2.1. Agir sur les déterminants sociaux de la santé.....	19
I.2.1.2.2. Promouvoir l'action intersectorielle	19
I.2.1.2.3. Favoriser l'empowerment	20
<i>I.2.1.3. Dimensionner l'effort selon les besoins : un Universalisme proportionné</i>	<i>20</i>
<i>I.2.1.4. Agir globalement.....</i>	<i>21</i>
<i>I.2.1.5. Agir tout au long de la vie.....</i>	<i>21</i>
<i>I.2.1.6. Agir dans la proximité</i>	<i>22</i>
<i>I.2.1.7. Spécifier les thèmes et types d'actions à mener</i>	<i>22</i>
I.2.2. Les résultats obtenus lors de la phase documentaire	22
II. Méthodologie de la phase qualitative	26
II.1. CHOIX DES SITES	26
II.2. ECHANTILLONNAGE.....	29
II.3. ANALYSE	30
II.4. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	31
III. Résultats.....	32
III.1. LA PLUS-VALUE DES CLS	32
III.1.1. Un engagement plus important dans la santé et par extension dans la lutte contre les inégalités sociales de santé au niveau local.	32
<i>III.1.1.1. Une plus grande visibilité de la problématique « santé » au niveau local et les prémices d'une prise de conscience des ISTS</i>	<i>32</i>
<i>III.1.1.2. Une priorisation des publics et territoires vulnérables au niveau local et régional</i>	<i>33</i>
<i>III.1.1.3. Un début d'universalisme proportionné</i>	<i>35</i>
<i>III.1.1.4. Une amorce de prise en compte des déterminants sociaux de la Santé</i>	<i>37</i>
III.1.2. Un outil qui favorise une politique locale de santé concertée	38
<i>III.1.2.1. Emergence des besoins et des difficultés d'actions sur le terrain</i>	<i>38</i>

III.1.2.2. <i>Négociation sur les priorités locales de santé</i>	40
III.1.2.3. <i>Structuration d'un projet de santé local</i>	42
III.1.3. Outil favorisant le partenariat	44
III.1.3.1. <i>Implication de partenariats nouveaux et anciens</i>	44
III.1.3.2. <i>Animation de l'ARS</i>	48
III.2. DIFFICULTES RENCONTREES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DES CLS, NOTAMMENT DE LUTTE CONTRE LES ISTS.	50
III.2.1. Les inégalités sociales et territoriales de santé : un niveau de priorisation encore limité	50
III.2.1.1. <i>La lutte contre les Inégalités sociales et territoriales : un objectif énoncé parmi d'autres</i>	50
III.2.1.2. <i>Une focalisation dominante sur les soins et la prévention avec une prise en compte limitée des déterminants sociaux de santé</i>	52
III.2.1.3. <i>Une connaissance inégale des ISTS et des stratégies d'action pour lutter contre les ISTS</i>	53
III.2.2. Difficultés à mettre en œuvre une approche globale de la santé	54
III.2.2.1. <i>Une transversalité difficile à mettre en œuvre tant dans les villes qu'à l'ARS</i>	55
III.2.2.2. <i>Une intersectorialité difficile à mettre en place</i>	59
III.2.2.3. <i>Des partenariats institutionnels encore limités</i>	63
III.2.2.3.1. <i>Avec les services de la préfecture</i>	63
III.2.2.3.2. <i>Avec les autres institutions</i>	65
III.2.3. Des possibilités de financement limitées pour les actions comme pour l'animation	67
III.2.4. Faible participation des habitants	72
III.3. LES LEVIERS DES CLS	74
III.3.1. <i>Un processus de diagnostic partagé</i>	74
III.3.2. <i>Les instances de gouvernance</i>	76
III.3.3. <i>Les Ateliers Santé Ville</i>	77
III.3.4. <i>La coordination du CLS</i>	79
III.3.5. L'ARS, un rôle de pilier à renforcer	80
III.3.5.1. <i>Développer des cadres</i>	80
III.3.5.2. <i>Mettre à disposition des acteurs des outils sur les ISTS</i>	81
III.3.5.3. <i>Revoir la place du CLS au sein de l'ARS</i>	82
III.3.5.4. <i>Etre en mesure de négocier des alliances avec d'autres partenaires</i>	83
III.3.6. Volonté politique : sensibilisation des élus	83
IV. Discussion	84
IV.1. RESULTATS CONCORDANTS ENTRE LES PHASES QUANTITATIVE ET QUALITATIVE	84
IV.2. LES ISTS DEVIENNENT UN ENJEU DE MOBILISATION TRANSVERSALE	86
IV.3. L'INTERSECTORIALITE EST ENCORE A DEVELOPPER	86
IV.4. DES CONDITIONS D'IMPLANTATION A CONFORTER	87

IV.5. UNE MAITRISE DES DETERMINANTS DES ISTS ET DES STRATEGIES EFFICACES DE REDUCTION A PARFAIRE	88
IV.6. UNE REPARTITION DES RESPONSABILITES A CLARIFIER ENTRE NIVEAUX LOCAL, REGIONAL ET NATIONAL	89
V. Eléments de préconisation	90
VI. Conclusion	92
Annexe 1 : Guide d'entretien	94
Annexe 2 : Bibliographie	96
Annexe 3 : Grille de lecture des actions proposées dans les contrats locaux de santé	105
PRESENTATION DE LA GRILLE DE LECTURE	105
GRILLE D'ANALYSE DES FICHES ACTIONS.....	112

Remerciements

Nous souhaitons remercier tout particulièrement,

M. Laurent Castra, directeur de la santé publique, ARS, Île de France et son prédécesseur, à l'origine de la commande, M. Laurent Chambaud ;

M. Luc Ginot, Adjoint au directeur de la santé publique, ARS, Île de France ;

Mme Marie Pirlet, ancienne responsable de la cellule « Contrats locaux de santé, ARS, Île de France ainsi que Mme Chrystelle Berthon qui lui a succédé sur ce poste ;

Mmes et M. les Délégués Territoriaux et leurs équipes, ARS, Île de France ;

Mmes et M. les Elus et leurs équipes municipales ;

Les acteurs institutionnels et du monde associatif ;

Mme Anne Laporte, Responsable de la cellule Evaluation et Méthodologie, ARS, Île de France et membre du comité scientifique ;

Pour leur contribution à la réalisation de ce travail.

Sigles et abréviations

ADECA : Association pour le DEpistage des CAncers
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CLS : Contrat Local de santé
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CMS : Centre Municipal de Santé
CODIR : Comité de Direction
COPIL : COmité de PIlotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie Ile de France
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGA : Directeur Général Adjoint
DIRECCTE : Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DT-ARS : Délégation Territoriale – Agence Régionale de Santé
HAZ : Health Action Zones
IDH-2 : Indice de Développement Humain – 2
IPS : Institut de Promotion de la Santé
ISTS : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PLS : Plan Local de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPS : Prévention et Promotion de la Santé
PRE : Projet de Réussite Educative
RéMI : Réduction de la Mortalité Infantile et périnatale
SCHS : Services Communaux d'Hygiène et de Santé
VSS : Veille et Sécurité Sanitaires
ZEP : Zone d'Education Prioritaire

Résumé et éléments de préconisation

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009) a fortement remodelé l'organisation du système de santé en France et créé des ARS aux compétences étendues. Elle prévoit que le Projet Régional de Santé puisse faire l'objet de Contrats Locaux de Santé (CLS) conclus entre les ARS et les collectivités territoriales (article L1434-17 du code de la santé publique). Pour l'ARS Île de France, les CLS sont un des outils privilégiés de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Objectifs

Ce travail réalisé à la demande de l'ARS est la partie qualitative d'une évaluation ex-ante visant à anticiper l'impact potentiel des CLS sur les ISTS. Plus spécifiquement, après une phase d'analyse documentaire du contenu des contrats sur la base d'une revue de la littérature ciblée (grille d'analyse en annexe 3)¹, il s'est agi d'évaluer les dynamiques enclenchées par les CLS ainsi que les freins et les leviers les plus fréquemment rencontrés et pouvant influencer l'atteinte de l'objectif de réduction des ISTS.

Méthode

Cette phase du travail est une enquête qualitative. Elle repose sur des entretiens avec différents acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des CLS et sur des séances d'observation notamment de groupes de travail et d'un comité de partenaires. Elle visait à recueillir les témoignages et expériences de ces acteurs à propos des CLS afin de comprendre leur mode de représentation des ISTS ainsi que de l'outil CLS et des enjeux qui s'y rapportent. Le choix des sept sites étudiés s'est fait en concertation avec l'ARS-IDF. Au total, 45 personnes ont été interviewées entre février et avril 2014² (34 entretiens individuels et 5 entretiens collectifs à la demande ou initiative des personnes interviewées). La majorité des entretiens (31/39) ont fait l'objet d'une transcription écrite dans le but de former le corpus³ qui a fait l'objet d'une analyse de contenu afin de faire ressortir les différentes thématiques abordées.

Résultats

Plus-value des CLS

Selon les acteurs interrogés, les CLS ont permis une dynamique et un **engagement plus important dans le domaine de la santé au niveau local**, bien que ce dernier n'ait pas de compétences légales en la matière. Par extension, on a pu assister aux débuts d'une prise de conscience des ISTS et des déterminants sociaux de la santé et notamment à propos de l'impact des autres secteurs sur la santé. Ceci s'est traduit majoritairement par l'intégration des champs de l'habitat et de l'environnement dans les CLS et plus particulièrement la lutte contre les pathologies liées à l'habitat indigne. Les CLS sont également perçus comme ayant permis de réorienter des actions en cours vers les publics et les territoires les plus vulnérables, que cela soit au niveau local ou régional. Ceci est en accord avec une vision

¹ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

² Ces différents acteurs peuvent être classés en sept catégories : 1) les Elus et responsables administratifs (DGA) ; 2) Les responsables du CLS comme les directeurs de la santé ; 3) Les référents techniques du CLS ; 4) Les responsables techniques de secteurs impliqués dans le CLS (ex : habitat, SCHS, ASV, etc.) 5) Les porteurs de projets ; 6) Les associations ; 7) Les partenaires institutionnels.

³ Six entretiens ont été jugés peu informatifs et n'ont pas été retranscrits. Des notes ont été prises pour les deux entretiens non-enregistrés.

dominante qui fait des CLS un outil d'amélioration de la santé des plus pauvres dans une perspective de rattrapage des effets des inégalités sociales sur la santé des populations défavorisées. Si au départ des CLS ont pu être signés avec des villes dont l'IDH2 était supérieur à la moyenne nationale de 0,52, une volonté de recentrage sur les communes les plus défavorisées est à l'œuvre. Ceci oblige à des choix de priorités difficiles quand il s'agit de ne pas accompagner des projets bien conçus mais en dehors de zones prioritaires (quand les municipalités n'ont pas besoin de l'agence pour ce faire). Ce faisant, une **géographie des besoins et des territoires prioritaires** est en train d'émerger à la faveur de la signature des contrats de 2^{ème} génération.

Bien que la recherche d'une **amélioration de la santé des populations les plus vulnérables** soit prépondérante dans les fiches action des CLS, l'élargissement territorial induit par les CLS – au-delà des territoires Politique de la Ville couverts par les ASV - permet de prendre en compte la population générale et de différencier les actions à mener selon la vulnérabilité des différentes catégories sociales de la population. Cependant, cette **mise en œuvre d'un universalisme proportionné** n'est pas encore systématique et repose sur l'observation et l'expérience accumulées des acteurs de terrain sans être toujours formalisée.

Les CLS sont également perçus comme un **outil favorisant une politique locale de santé concertée** en instaurant un dialogue entre les collectivités territoriales et l'État. L'établissement d'un **diagnostic partagé** est considéré comme la pierre angulaire des CLS puisqu'il légitime les choix d'axes de travail et l'ensemble de la démarche, et ce d'autant plus s'il a réuni un grand nombre et une grande variété d'acteurs. Le CLS est considéré comme un outil politique donnant un cadre et une lisibilité à l'action publique et favorisant une certaine stabilité de l'engagement des acteurs, tant du côté des collectivités territoriales que de l'Agence Régionale de Santé et des autres partenaires signataires. C'est également un outil de santé publique puisqu'il permet de questionner les priorités de santé et les réalisations opérées sur un territoire afin de s'assurer qu'elles répondent aux besoins des populations ainsi qu'aux nouvelles problématiques de santé. Le CLS est bien souvent l'occasion de formaliser ou d'actualiser un projet de santé local.

Les CLS se sont révélés également comme des **outils favorisant le partenariat**. La reconnaissance par les CLS des compétences « santé » du niveau local lui a donné une plus grande légitimité pour fédérer les acteurs de son territoire. Ils ont amené différents services d'une même institution à échanger et coopérer, notamment au niveau des villes où le secteur santé a eu la possibilité d'entrer en contact avec les autres secteurs (habitat, jeunesse et sport, éducation...). Le partenariat a pu s'élargir à des acteurs jusque là peu présents dans la politique locale de santé comme les hôpitaux ou les médecins libéraux, mais également la CPAM. Dans différentes localités, le CLS a permis que s'engagent des discussions pour la mise en place de consultations avancées sur le territoire et améliorer ainsi **l'accès aux soins et le parcours de soins des habitants**.

Même si les entretiens ciblés sur le partenariat intersectoriel l'ont peu mis en valeur, la **mobilisation du secteur santé** est importante. L'analyse du contenu des CLS avait montré que l'accessibilité des services de santé est le déterminant le plus couramment visé pour l'ensemble des fiches-action, avec une attention particulière pour la problématique de l'identification/orientation des patients vers des services de qualité. C'est notamment le cas en santé mentale, à travers le fonctionnement de **Conseils locaux de santé mentale**, avec la volonté d'améliorer les mécanismes d'identification et d'orientation des personnes souffrant de mal-être et/ou de troubles psychiques plus profonds ; volonté qui se double d'une autre, aller au-devant de publics en difficulté (points-écoute jeunes, consultations sur les lieux de vie ou de socialisation de certains publics en grande précarité).

Du côté de l'ARS, les CLS ont favorisé le développement de ses missions d'animation territoriale puisqu'ils tendent à favoriser la participation des autres acteurs de la santé dans un projet local de santé concerté, les associant aux décisions et à la mise en œuvre au travers d'une contractualisation. Au travers des CLS, l'ARS, en tant que responsable de la politique de santé au niveau régional, a également commencé à amplifier son rôle de plaidoyer auprès d'autres institutions théoriquement impliquées dans la lutte contre les ISTS. En endossant ce rôle, l'ARS a contribué à les mobiliser sur le plan institutionnel, favorisant

ainsi un engagement plus officiel et une stabilité de l'engagement. Ce fut notamment le cas pour les CPAM ou certains services de l'état comme les Directions Départementales de la Cohésion Sociale ou la DRIHL.

Difficultés rencontrées

Si la **lutte contre les ISTS** est un objectif énoncé des CLS, il est **rarement le premier objectif** cité par les acteurs interrogés. Si les différents acteurs rencontrés ont conscience de l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et notamment les conditions de vie des populations pour espérer infléchir les ISTS, il s'avère que les CLS portent davantage sur les déterminants classiques de la santé à savoir l'accès aux soins et la prévention à travers notamment le changement de comportements individuels, même si un effort important semble avoir été porté sur la problématique du logement. Les acteurs des CLS possèdent une connaissance inégale des ISTS et par conséquent éprouvent des difficultés à appréhender l'ensemble des stratégies d'action pour les combattre.

L'un des objectifs des CLS était de promouvoir une approche globale de la santé, que cela soit sur le plan transversal et intersectoriel. Au niveau transversal, les acteurs rencontrés considèrent que cette volonté à laquelle tous adhéraient semble plutôt restée au stade de la théorie. **Les CLS portent essentiellement sur la prévention médicalisée et l'amélioration de l'accès aux droits**, mais l'analyse de leur contenu avait également montré l'importance accordée à l'amélioration de l'accessibilité des services, que ce soit par le renforcement de certaines structures ou le développement de stratégies avancées, complétées par quelques avancées en direction d'une approche « parcours de santé » villes-hôpital dans les CLS de deuxième génération. Pour de nombreux acteurs, le rôle de leadership en termes de transversalité devrait être tenu par l'ARS, et ce d'autant plus que sa création devait répondre à cet objectif. La faible participation des directions métiers de l'ARS autres que la direction « Prévention et Promotion de la santé » dans le processus d'élaboration des contrats est perçue comme une limite ne contribuant pas à favoriser l'inscription de la transversalité dans les CLS.

Bien que les collectivités territoriales exercent des compétences dans des domaines indispensables à une politique de santé efficace et équitable⁴, on constate que **l'intersectorialité est encore peu développée** dans les CLS. Étant donné l'ampleur des besoins repérés dans le champ sanitaire classique, la priorité semble bien souvent donnée à une approche plutôt sectorielle, et ce d'autant plus qu'à l'heure actuelle, l'intersectorialité semble concrètement peu valorisée dans les contrats. De plus, développer une approche intersectorielle demande également un changement de culture et des habitudes de travail qui ne semble pas encore acquis pour le moment.

Au travers de la problématique de l'intersectorialité, se pose la **question des partenaires** des CLS pouvant favoriser et promouvoir cette approche intersectorielle. Le fait que la préfecture soit un signataire des CLS avait soulevé de nombreux espoirs quant aux possibilités d'actionner des leviers hors du champ santé grâce aux services dont elle est responsable comme la DRIHL, la DRJSCS ou la DIRECCTE. Force est de constater que **l'engagement de la préfecture s'est bien souvent limité à sa composante Politique de la Ville au travers du soutien aux ASV**, avec très peu d'implication de ces autres services. La participation d'autres partenaires ayant également des compétences dans les secteurs susceptibles d'influencer la santé des populations et les inégalités sociales de santé, comme les Conseils Généraux, l'Education Nationale ou la CAF ne semble pas toujours aller de soi, alors que ces acteurs sont perçus comme des interlocuteurs essentiels des CLS et dans la lutte contre les ISTS.

Dès l'instauration des CLS, l'ARS a annoncé que cet outil ne disposerait pas de moyens financiers spécifiques hors diagnostic et ingénierie de coordination. L'intérêt de contracter un CLS n'était donc pas financier mais bien plus politique et stratégique, à savoir favoriser la création d'un cadre politique ayant pour objectif la lutte contre les ISTS. Il s'agissait essentiellement de repenser les partenariats et les méthodes de travail pour une plus grande efficacité des interventions, avec mutualisation des moyens. **Le principe d'absence de**

⁴ Comme les secteurs de la formation, de l'enseignement, du sport, des transports, du logement, de l'environnement, etc.

financements dédiés a été finalement accepté par les acteurs de terrain : ils ont supposé que sans cette contractualisation, les financements classiques risquaient d'être remis en question. Cependant, ils déplorent l'obligation de devoir continuer à passer par des appels à projets consommateurs de temps et d'énergie malgré une contractualisation sur des objectifs communs et des fiches-action entre les collectivités et des bailleurs de fonds. De plus, bien que les CLS soient censés favoriser l'approche globale de la santé, les modes actuels de financement semblent rester très thématiques et centrés sur la santé au sens strict du terme ou ses déterminants proximaux (alimentation, activité physique, etc.).

La participation des habitants est unanimement reconnue comme faible dans les CLS, alors qu'elle est considérée comme un levier important dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Si pour la phase diagnostic, les habitants ont parfois été consultés, très peu ont participé lors de la phase de planification avec élaboration des priorités. Ils sont par ailleurs très peu représentés dans les comités de pilotage.

Les leviers

Selon les personnes interviewées, le **diagnostic partagé** par l'ensemble des acteurs locaux est un levier important favorisant le partenariat, prérequis dans la lutte contre les ISTS. Même si de nombreux problèmes de santé qui se dégagent des diagnostics locaux sont déjà connus localement, l'important réside dans la connaissance très fine de la situation, à savoir les populations les plus touchées, les moyens existants, les manques en termes opérationnels, etc. et par extension doit permettre des choix stratégiques et opérationnels les plus appropriés à cette réalité. L'intérêt réside également dans la mise en place d'une dynamique partenariale autour de ces problématiques et la recherche de solutions communes sur un territoire donné en tenant compte le plus précisément possible de ses contraintes et de ses ressources. L'apport des données ARS et CPAM a été jugé très intéressant par les acteurs de proximité, parce qu'elles fournissaient des informations sur la situation en santé d'un territoire, dont les collectivités ne disposaient pas auparavant. Pour pouvoir renforcer ce levier, il est souhaité que d'autres partenaires acceptent de partager leurs données comme le Conseil Général ou l'Education Nationale. Le diagnostic est également perçu comme un levier susceptible de favoriser l'intersectorialité en sensibilisant les secteurs non-sanitaires à s'engager dans les CLS. Toutefois, cela n'est possible que 1) s'il contient des éléments permettant de mettre en exergue les liens entre la santé et les autres secteurs et 2) si les équipes projet sont en capacité de l'intégrer dans une démarche de développement de partenariats intersectoriels. Le canevas du diagnostic devrait donc être pensé de manière à ce que les problématiques intersectorielles soient mises en évidence.

L'institutionnalisation des instances de gouvernance des CLS est un levier important pour favoriser l'approche globale et partenariale en matière de santé. Ces instances sont censées réunir les différents partenaires engagés dans les CLS ou susceptibles de l'être et de fixer les règles pour s'organiser collectivement sur un territoire ; leur choix est stratégiquement important. Certains départements ont souhaité mettre en place un comité de pilotage départemental. Cela répond à la même logique d'association des différents partenaires afin de discuter de difficultés et stratégies qui dépassent le niveau local et qui intéressent plusieurs collectivités territoriales.

Les ASV ont été reconnus comme ayant joué un rôle majeur dans les CLS. Ces derniers se sont bâtis à partir de l'expérience des ASV, tout en étendant leur champ de compétences et leur portée notamment stratégique jusqu'à devenir le cadre d'un programme pluriannuel d'actions concerté en santé publique sur l'ensemble du territoire d'une collectivité locale. De nombreux diagnostics des CLS ont pris appui sur ceux préalablement élaborés dans le cadre des ASV. Les ASV possèdent des savoir-faire primordiaux en matière de réduction des ISTS à savoir le développement d'une approche intersectorielle, ascendante, participative et de proximité en santé publique dans les quartiers défavorisés et auprès des populations vulnérables, qu'il convient de capitaliser.

La coordination occupe une fonction essentielle dans les CLS qu'il conviendrait de renforcer. Elle comporte à la fois une mission d'animation du CLS dans une démarche de **gestion de projet**, et une mission de **mobilisation partenariale** visant à assurer la

transversalité et l'intersectorialité dans un projet territorial de lutte contre les ISTS. Elle suppose le recrutement de professionnels ayant une très bonne connaissance du secteur sanitaire ainsi que des autres secteurs influant le niveau de santé des populations. Or, étant donné les montants relativement faibles alloués pour l'embauche de ces derniers et la précarité de leurs postes pour la plupart, il est difficile pour les municipalités de pouvoir engager sur le long terme des personnes ayant le niveau d'expérience requis. Différentes recommandations émanent du terrain afin d'améliorer l'action de ce levier. La première consiste en une augmentation des crédits pour le financement de ces postes permettant de recruter des personnels plus expérimentés. Une autre solution porte également dans la constitution d'une équipe projet CLS, qui permettrait de combiner les compétences et positionnements hiérarchiques de différents professionnels et ainsi d'alléger les responsabilités du coordonnateur CLS. La coordination peut également être renforcée par l'instauration d'un système de copilotage des groupes de travail et axes thématiques. L'organisation d'échanges entre référents coordonnateurs CLS est également envisagée, représentant à la fois une occasion de formation continue sur certains thèmes, ainsi qu'un espace de réflexions et d'échanges partagés sur les pratiques.

Le **rôle de pilier de l'ARS** est également perçu comme un levier à renforcer, notamment dans le développement de cadres permettant d'orienter l'action des acteurs de terrain ou de l'ARS, en matière d'ISTS. Un travail sur les référentiels a été récemment entamé par l'agence et mérite d'être poursuivi. Cependant, il est suggéré de compléter cette réflexion générale, par un groupe de travail portant sur les déterminants des ISTS et leviers susceptibles de réduire les ISTS au niveau local, ainsi sur que les articulations nécessaires avec le niveau régional et national. Il est également suggéré que la réflexion entamée sur les référentiels puisse aussi concerner l'ARS et sa stratégie interne vis-à-vis des CLS et des ISTS afin d'une part d'homogénéiser les pratiques, notamment en matière de priorisation des financements, et d'autre part d'assurer une plus grande transversalité. De même, une analyse devrait être engagée quant à l'organisation à mettre en place en interne pour pouvoir répondre aux besoins émanant de la mise en œuvre des CLS, aux compétences et missions de ses agents, ainsi qu'aux moyens qui lui seront alloués. Une forte demande a été soulevée quant au fait qu'il y ait des concertations en amont entre l'ARS et les différentes institutions dont les compétences et responsabilités influent sur les ISTS, comme les Conseils Généraux, mais aussi la CAF, l'Education Nationale, la DJRSCS, etc., voire le niveau national.

L'attente d'un accompagnement méthodologique a été fortement exprimée. Cet appui pourrait se développer en interne ou s'organiser autour d'un pôle de compétences régional pouvant soutenir et accompagner le processus CLS. La **sensibilisation des élus sur les ISTS** est également apparue **nécessaire**. En effet, le maire peut favoriser une politique de santé intersectorielle au niveau municipal en exigeant la collaboration de ses services communaux non sanitaires au CLS. Le diagnostic peut être un outil pertinent de sensibilisation, d'autant qu'il permet un débat au sein des conseils municipaux. La sensibilisation des Directeurs Généraux des services ainsi que des Directeurs Généraux à la santé est également essentielle afin d'appuyer et de favoriser la démarche auprès des élus, mais aussi auprès des équipes techniques.

Discussion

Du fait des contraintes inhérentes à ce type d'évaluation⁵ et en lien avec le terrain^{6,7}, il faut considérer cette étude comme la première étape d'une démarche d'évaluation de l'impact des

⁵ Une initiative aussi importante et complexe que les CLS relève du changement social et peut donc difficilement s'envisager au prisme des théories de l'action programmée comme le fait habituellement la démarche de santé publique dans un univers d'action administrée. Des buts peuvent être fixés mais il est toujours difficile de prévoir à quel moment ils seront atteints, ni comment les acteurs de terrain se les approprieront et les traduiront en actions en fonction des particularités du contexte dans lequel ils travaillent. En conséquence, l'évaluation ne peut porter sur des résultats qualifiés de « finaux » nécessairement lointains, mais au mieux sur des résultats intermédiaires susceptibles de montrer la mise en place de conditions permettant peut-être de les atteindre.

⁶ En raison du processus électoral (élections municipales et européennes), il ne nous a pas été possible de rencontrer de nombreux élus, ni même Directeurs Généraux des Services ou Directeurs Généraux Adjointes à la Santé, et ce malgré de

CLS sur les ISTS . Elle pourrait servir de base pour creuser plus en avant certains éléments dégagés à ce stade, tels que la qualité des partenariats, la participation des habitants et l'action intersectorielle. Malgré ses limites, cette phase qualitative vient confirmer et éclairer les résultats obtenus lors de la phase quantitative d'analyse du contenu des contrats⁸ (voir grille en annexe 3) ce qui donne crédibilité à l'ensemble. Les déterminants visés par les CLS sont essentiellement le système de soins et la promotion de comportements individuels favorables à la santé par l'éducation pour la santé. A ce stade, le CLS est encore majoritairement perçu comme un projet sectoriel de santé, avec des ébauches de liens intersectoriels essentiellement autour des questions de l'habitat indigne. De plus, de nombreux déterminants structureaux de la santé tels que le niveau socio-économique, éducatif, l'environnement durable, sont de la responsabilité du niveau national ou régional, et ne peuvent être traités qu'au travers de politiques nationales ou régionales. Si le niveau local possède certaines compétences qui peuvent contribuer à la réduction des ISTS⁹, il est clair que cela est insuffisant et qu'il peut très vite se retrouver confronté à ses limites en termes de marge de manœuvre. Les actions de lutte contre les ISTS engagées au niveau local doivent donc être soutenues et complétées avec des mesures prises au niveau régional et national si l'on veut un réel impact sur les ISTS. Sans cette complémentarité avec le niveau régional et national, on fait peser de lourdes responsabilités sur les acteurs locaux, d'autant que l'évidence scientifique sur laquelle peut se baser le terrain en proximité pour construire des interventions fait largement défaut¹⁰, ou est peu connue des parties-prenantes. Ce dernier aspect soulève le besoin d'accompagnement méthodologique souhaité par les acteurs de terrain, tant sur les déterminants sociaux mais également sur les stratégies jugées opportunes pour infléchir sur les ISTS et les modalités des actions présentées dans le premier rapport d'étude et rappelées ci-dessous¹¹. Il convient de s'interroger sur le contenu et la forme de cet appui, mais aussi sur le responsable de cet appui méthodologique.

Une limite importante est à signaler : dans une logique de recherche d'impact sur les ISTS, nos entretiens ont privilégié l'abord du partenariat dans une logique d'action intersectorielle sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ceci ne doit pas faire oublier que l'analyse du contenu des contrats, réalisée dans la première phase du travail, avait montré l'importance de la **mobilisation des services sanitaires et sociaux**¹². Une autre limite

nombreuses relances. De plus, étant donné la complexité du projet CLS, il serait illusoire de penser que nous ayons pu saturer l'information sur un domaine aussi vaste en constante évolution.

⁷ L'interprétation de ces résultats doit également prendre en compte des limites de représentativité des sites étudiés. Par choix, il a été décidé d'enquêter en dehors des villes où une démarche de santé publique ancienne et structurée existe ; l'étude s'est limitée également à des villes où une dynamique locale semblait nouvellement en marche, ce qui exclut nombre de collectivités de petite taille qui n'en ont pas les moyens en propre.

⁸ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

⁹ Collins PA., Hayes MV. (2010) The role of urban municipal governments in reducing health inequities: a meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9 :13.

¹⁰ Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Judge K., Mackenzie M., Sullivan H. (2005). Health Action Zones. Partnerships for health equity. Londres : Routledge.

¹¹ Solar O., A. Irwin (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

¹² [La] « stratégie [de réorientation des services de santé] est la stratégie la plus courante à égalité avec la stratégie qu'on a appelé développement stratégique. Elle concerne un peu plus d'un tiers des actions envisagées (36,6%) » (p42). « Près de la moitié de ces actions de réorientation des services de santé consistent à **adapter ces derniers aux besoins des populations**. 28 actions sont des actions de stratégies avancées qui permettent d'aller à la rencontre des populations difficiles à atteindre par les prestataires de services de santé au sein des établissements de santé (« aller vers ») » (p43). « La deuxième grande sous-composante de la stratégie de réorientation des services de santé est **le renforcement des capacités des structures et personnels de santé** essentiellement envers la prévention médicalisée. Cela concerne 38,6% du total des actions de réorientation des services. Elle comprend un volet de renforcement des services existants/mise en place de nouveaux services comme des consultations préventives au sein de centres municipaux de santé, ou d'espaces santé jeunes etc » (p44). In Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

importante tient aux modalités de constitution de l'échantillon. Par choix, il a été décidé d'enquêter en dehors des villes où une démarche de santé publique ancienne et structurée existe. Il serait intéressant de voir dans quelle mesure leur expérience et leurs moyens (Service Communal d'Hygiène et de Santé ou équivalent, Centre Municipal de Santé, ...) leur permettent (ou pas) de dépasser tout ou partie des limites relevées, lesquelles et comment.

Éléments de préconisation

Sur la base de ces résultats et en nous référant aux recommandations internationales^{13,14} ou françaises^{15,16} présentées dans le premier rapport consacré à ce travail, quelques éléments de préconisations peuvent être proposés pour appuyer les capacités des CLS à infléchir les ISTS en Île de France. Ils restent naturellement à opérationnaliser par les services compétents de l'ARS.

Il ne suffit pas que les CLS soient conclus dans des territoires défavorisés (IDH2 < 0,52) pour qu'ils soient des outils de réduction des ISTS de facto. On sait que, de façon générale, certaines interventions de santé publique (campagnes d'information générique, éducation pour la santé) sont susceptibles d'aggraver (ou de laisser perdurer) les inégalités, car elles touchent avant tout les publics les plus accessibles à ces mesures. Les actions « structurelles » sur les déterminants de la santé (sociaux ou environnementaux) sont les plus efficaces à long terme sur les inégalités sociales de santé¹⁷, plutôt sous forme de combinaisons « multi-facettes » à l'école, au travail ou dans la cité¹⁸. Toutes ne sont pas de la responsabilité de l'échelon local et certaines nécessitent une action au niveau régional (le PRS et ses schémas en sont un exemple) voire national (politiques sociales ou d'emploi par exemple). Le système de soins étant également un déterminant de la santé et des inégalités sociales de santé, il est important de poursuivre l'action engagée sur la réduction des conséquences des inégalités sociales sur la santé, notamment celles créées et amplifiées par le système de soins. En effet, les CLS ont montré une volonté de réorientation des services en vue d'améliorer l'équité dans l'accès aux services de soins, et de réduire des facteurs de risques médicaux du fait de comportements de santé jugés inappropriés. Cependant, la mission de leadership du secteur sanitaire pour mobiliser les autres secteurs en vue de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé mériterait d'être davantage développée, notamment en matière de plaidoyer.

Enfin, réduire les inégalités ne se résume pas à atténuer / réparer les effets de la précarité sociale des groupes les plus défavorisés (par une action sur l'accessibilité ou la qualité des prestations du système de soins notamment), même si ceci est nécessaire et indispensable. Réduire les inégalités suppose d'agir préventivement sur le gradient d'expositions et d'états de santé qui traverse toute la société.

Un premier ensemble de préconisations peut être proposé sur ces bases :

1. **Faire de la réduction des ISTS un objectif explicite des CLS ;**
2. **Adopter des stratégies susceptibles de les réduire :** action sur les déterminants sociaux et environnementaux plus que sur les seuls comportements individuels ; action intersectorielle ; « empowerment » des individus et des groupes (renforcer les facteurs de bonne santé, qu'il s'agisse de compétences individuelles ou de qualité du support social

¹³ Solar O., A. Irwin (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

¹⁴ Asthana S, Halliday J. (2006), *What Works in Tackling Health Inequalities? Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (Studies in Poverty, Inequality & Social Exclusion Series), Bristol : Policy Press, 624p.

¹⁵ Haut Conseil de la santé publique (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 99p.

¹⁶ INPES, EHESP (2012) *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France. Les recommandations du 5 juin 2012*, Paris : INPES, EHESP. 4p

¹⁷ Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 67:190-193.

¹⁸ Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. (2010) Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 64:28

dans les quartiers) ; ceci suppose le développement de la capacité à formaliser un « modèle logique » d'intervention qu'il s'agira ensuite de décliner selon un « modèle opérationnel » efficient ;

3. **Agir tôt, dès l'enfance**, et tout au long de l'existence ;
4. **Adopter une définition large des situations de précarité** : pauvreté et autres états de « relégation » [CISS] notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant, mais également les personnes ayant des conditions d'emploi précaires, les jeunes en rupture ou en situation d'insertion, les familles monoparentales ... ;
5. **Equilibrer les trois stratégies de lutte contre les ISTS : compléter les actions indispensables de rattrapage des effets de la précarité sur la santé des plus défavorisés par le système de soins** (accessibilité et qualité des soins), par des actions visant le **nivellement des états de santé** (par exemple, par des mesures tout aussi nécessaires visant à contrer les effets différentiels de prises en charge sanitaires ou sociales courantes) **et des actions visant à réduire le gradient** (par des mesures proportionnées au niveau de risque qui résulte d'expositions différentielles néfastes dans les milieux de vie (logement, pollution, ...) ou de travail, « universalisme proportionné »)¹⁹.

Pour y parvenir :

6. **« Empouvoier » les chevilles ouvrières des politiques locales** : en premier lieu former et légitimer les coordinateurs des CLS et des ASV (statut plus pérenne, niveau de rémunération plus attractif, positionnement permettant d'interpeller les responsables hiérarchiques des différents secteurs,...) ; sensibiliser et former les services (DT de l'ARS et collectivités territoriales) et les élus ;
7. **Favoriser le partage d'une culture commune** (d'une responsabilité principale du secteur santé dans une vision biomédicale à une responsabilité partagée de l'ensemble des secteurs dans une compréhension éco-sociale) ;
8. **Faciliter la participation des usagers** : au-delà de la consultation au moment du diagnostic, il devrait être possible d'impliquer les habitants à certaines étapes de la conception des actions ainsi que dans le processus d'évaluation ;
9. **Favoriser l'observation pérenne et harmonisée des ISTS** : un enjeu fort consiste à renforcer la capacité des diagnostics à dépasser le seul constat des besoins de santé pour pointer les déterminants susceptibles de relever d'actions intersectorielles, facilitant d'autant la conception de « modèles logiques » d'intervention visant à la fois les conséquences sur la santé et les « causes » ;
10. **Décloisonner les services**, à l'intérieur de l'ARS (faire de la réduction des ISTS un enjeu partagé par toutes les directions), entre services de l'état, avec les organismes de protection sociale (assurances maladie, allocations familiales, emploi et insertion,...) ;
11. **Activer l'ensemble des leviers de la politique publique**, avec une implication plus forte des services de la préfecture ou d'autres grands dispositifs susceptibles d'agir sur les facteurs d'inégalités au niveau individuel (CPAM, CAF, ...) ou collectif (rectorat, DIRECCTE, ...) ;
12. **Promouvoir un accompagnement méthodologique des équipes de terrain**, avec l'ensemble des ressources présentes sur le territoire ; Favoriser le partage de connaissances et d'expériences à travers un dispositif de recherche-action associant le monde académique aux différentes parties prenantes ; Développer l'évaluation des politiques et interventions : études d'impact sur la santé, études d'impact sur l'équité en santé, accompagnement évaluatif, ...

Conclusion

¹⁹ Solar O., A. Irwin (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

Au vu des résultats de ce travail, il semble bien que les CLS sont un moyen efficace pour initier localement une démarche de santé intégrée et jeter les bases d'une approche partenariale en santé. Ils montrent l'importance de la contribution des collectivités locales à cette fin. Un certain nombre d'ajustements seront nécessaires pour en tirer le meilleur parti en termes de réduction des ISTS. Cela devra notamment passer par des modifications institutionnelles permettant de mieux accompagner le processus et de promouvoir une approche intersectorielle visant une meilleure prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. La poursuite du travail d'implication du secteur santé est tout aussi nécessaire à travers une mobilisation des trois secteurs, soins, médico-social et social. Un renforcement de l'accompagnement méthodologique des équipes œuvrant sur le terrain est indispensable et l'inscription dans un dispositif de recherche-action est souhaitable. La région doit se donner les moyens de rester exemplaire en favorisant le partage et la capitalisation de tant d'expériences menées au service d'une innovation majeure dans des territoires contrastés. L'enjeu consisterait à déterminer dans la mesure du possible quels types d'action ont produit / sont susceptibles de produire quels effets, pour quels groupes de population, en fonction de la diversité des contextes locaux.

I. Contexte et Objectifs

Au cours de ces trente dernières années, la problématique des inégalités sociales de santé est devenue de plus en plus présente dans le champ de la santé publique tant dans le domaine de la recherche que celui de l'action. Sur le plan de la recherche, de nombreuses études ont porté sur la description du phénomène, puis sur l'analyse des causes et des mécanismes en jeu. Plus récemment, l'angle d'approche s'est porté davantage sur l'étude des stratégies les plus efficaces pour les réduire, mais la question reste ouverte de savoir quelle « intervention fonctionne, comment, pour qui et dans quelles circonstances »²⁰. Sur le plan opérationnel, des documents de cadrage ont émergé au niveau international affirmant la nécessité d'agir contre les inégalités sociales de santé et dégagant les grandes lignes prioritaires d'action. Des programmes nationaux en matière de réduction des inégalités sociales de santé ont vu le jour dans un certain nombre de pays, comme la Grande-Bretagne, la Suède, les Pays-Bas, la Norvège ou régions comme la province du Québec.

En France, la prise en compte de cette préoccupation, déjà inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004, est réaffirmée dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009). Cette loi 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 3ème génération notamment. Cette nouvelle organisation régionale de la santé publique repose sur la création d'Agences Régionales de Santé (ARS) visant à donner davantage de cohérence au champ de la santé publique. Cette volonté de réorganisation s'appuyait notamment sur le double constat de la persistance, voire d'une aggravation, des inégalités sociales et territoriales de santé et d'un système de santé complexe, cloisonné et centré sur le soin. En étendant les domaines de compétences des agences - à savoir l'organisation des soins médicaux et médico-sociaux, la prévention et la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire - la loi vise à les rendre capables d'intervenir sur toutes les dimensions de la santé. Il leur est demandé de concevoir et de mettre place des programmes décroisonnés devant permettre d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités de santé en dépassant une approche purement biomédicale et en prenant en compte les déterminants sociaux de la santé. Le but était également 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.

C'est dans cette double perspective qu'il a été prévu que le Projet Régional de Santé puisse faire l'objet de Contrats Locaux de Santé (CLS) conclus entre les ARS et les collectivités territoriales (article L1434-17 du code de la santé publique). 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 »²¹. 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 »²². Le cadre normatif étant assez

²⁰ Blaise P. Marchal B. Lefèvre P. Kegels G. Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation. In Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 380 p.

²¹ Comité Interministériel des villes (2008). Espoir Banlieue, une dynamique pour la France. Dossier de présentation. Secrétariat d'État à la Politique de la Ville.

²² 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.

souple, il permet une grande marge de manœuvre dans sa mise en œuvre en fonction des réalités de terrain.

Les CLS répondent à la fois à une logique de déclinaison du PRS au niveau local²³ tout en veillant à une bonne articulation avec les initiatives sanitaires développées par les collectivités territoriales et les autres institutions signataires²⁴ et à un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Les CLS sont considérés comme une innovation censée incarner la dimension intersectorielle de la politique régionale de santé et être l'instrument de consolidation du partenariat local sur les questions de santé. Ils sont considérés comme l'un des outils majeurs de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. 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. A ce jour, plus d'une soixantaine de CLS ont été signés (depuis la fin 2011) en île de France²⁵.

I.1. Objectifs

Le travail présenté est la partie qualitative d'une évaluation ex ante devant répondre à la commande institutionnelle de l'ARS-IDF à savoir, déterminer si les contrats locaux de santé (CLS) offrent les conditions nécessaires pour infléchir, à long terme, les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) en Ile de France et quels sont les leviers qu'ils activent.

Pour rappel, les objectifs spécifiques de l'évaluation étaient les suivants

- Définir, à partir d'une revue de la littérature, quels sont les principes et modalités d'interventions jugés indispensables à mettre en œuvre pour influencer sur le niveau des iniquités en Santé ;
- Etudier la nature des stratégies et actions envisagées dans les CLS et leur capacité a priori d'obtenir une réduction des inégalités de santé au regard des modèles et expériences présentés dans la littérature internationale ;
- Evaluer les dynamiques enclenchées par les CLS ainsi que les freins et les leviers les plus fréquemment rencontrés et pouvant influencer l'atteinte de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé ;

Le présent document porte sur le dernier objectif spécifique. Les deux objectifs précédents ayant déjà fait l'objet d'un rapport distinct dont nous résumons la teneur ci-dessous²⁶. Ce rapport présentait les résultats obtenus grâce à une revue de la littérature sur les inégalités sociales de santé et une analyse documentaire d'un échantillon de CLS.

I.2. Rappel des résultats obtenus lors de la phase précédente

I.2.1. Les enseignements issus de la revue de la littérature

Une réflexion sur les inégalités sociales de santé a été engagée au niveau international depuis plus de vingt ans. Un certain nombre d'enseignements quant aux principes, aux conditions favorables, aux leviers à actionner ainsi qu'aux types d'actions à implémenter pour parvenir à infléchir les inégalités sociales et territoriales de santé ont été formulés et sont

²³ ARS-IDF (2011). Eléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS. Document de travail.

²⁴ Le Contrat Local de Santé décline les priorités partagées entre les institutions contractantes, ces priorités doivent impérativement rentrer dans le champ de compétences d'au moins deux signataires.

²⁵ Plus précisément, 59 CLS ont été signés à ce jour, 18 sont en cours (élaboration ou en négociation), et une dizaine de CLS 2 sont finalisés.

²⁶ Schapman-Ségalié S., Lombraill P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

susceptibles de constituer des cadres stratégiques guidant les interventions sur le terrain. En résumé²⁷, il s'avère que :

1.2.1.1. Agir sur les inégalités sociales de santé doit être un objectif affiché des politiques publiques.

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme des écarts de santé évitables entre divers groupes de la population, établis notamment selon le statut socioéconomique, le genre, l'origine ethnique ou le territoire. Elles découlent des circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. Elles renvoient à un questionnement sur la place de chacun dans la société, de son inscription dans les rapports sociaux et de sa capacité à y être reconnu. Elles sont également le résultat de normes, de politiques et de pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables²⁸. Lutter contre les inégalités sociales de santé revient donc à lutter contre « *les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local* »²⁹. Pour agir efficacement contre ces inégalités sociales de santé, il faut donc d'abord avoir la conviction qu'elles résultent bien de forces politiques, sociales et économiques et qu'elles sont évitables³⁰. Elles doivent ensuite devenir un enjeu central pour les politiques publiques et s'afficher clairement comme un objectif avoué de ces dernières avec une stratégie dédiée transversale et intersectorielle^{31,32}.

1.2.1.2. Trois stratégies prioritaires pour agir contre les ISTS

La Commission des Déterminants de la Santé de l'OMS a présenté un modèle d'intervention pour agir sur les inégalités sociales de santé³³. Ce dernier propose d'agir à différents points d'entrée :

- **Sur les sources de stratification sociale** afin de réduire les inégalités liées à la situation socioéconomique des individus en cherchant à agir sur la gouvernance, les politiques sociales, macroéconomiques et publiques, la culture et les valeurs sociales.
- **Sur les expositions différentielles** aux facteurs de risque (matériels, psychosociaux ou comportementaux) selon la position sociale des individus.
- **Sur les vulnérabilités différentielles**. Le même niveau d'exposition aux facteurs de risque peut avoir des effets différents selon le groupe socio-économique auquel appartiennent les individus en raison des environnements sociaux, culturels et économiques dans lequel ils vivent, mais aussi des facteurs cumulatifs liés à leurs parcours de vie. L'accumulation de plusieurs facteurs de risque augmente la vulnérabilité des personnes et accroît les inégalités sociales de santé.
- **Sur les conséquences inégales de la maladie** en termes sociaux, économiques et sanitaires. Les inégalités sociales de santé peuvent être amplifiées par les systèmes de soins qui ne sont pas accessibles de la même manière pour tous les individus, et qui procurent des services qui ne sont pas appropriés ou qui sont moins efficaces pour certains groupes de la population ou pour certaines personnes désavantagées³⁴. De plus,

²⁷ Il s'agit ici d'un résumé synthétique des enseignements majeurs tirés de la revue la littérature qui est exposée dans le premier rapport.

²⁸ Organisation Mondiale de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. 2009.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibidem.

³¹ Nowiadowski, C, Aiach, P. (2008), Lutter contre les inégalités sociales de santé, Politiques publiques et pratiques professionnelles. Paris : Éditions Presse de l'école des hautes études en santé publique, 281 p.

³² Eurothine (2007). Tackling Health Inequalities in Europe: an integrated approach. Final report. Rotterdam : Department of Public Health, University Medical Centre & Erasmus, 634 p.

³³ Solar O., A. Irwin (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

³⁴ Blas, E. and A.S. Kurup (2010). Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. WHO, 291 p.

la mauvaise santé peut avoir plusieurs conséquences sociales et économiques (comme la perte de revenus, la perte de la capacité à travailler, l'isolement social voire l'exclusion) et mener à une spirale d'appauvrissement plus importante encore pour les désavantagés. Les interventions qui visent à agir sur les conséquences inégales de la maladie tentent en quelque sorte de réparer ou de ralentir les dommages sur la santé infligés par les inégalités sociales.

Trois stratégies sont présentées comme prioritaires, à savoir :

- Des politiques pour agir sur les déterminants structurels et intermédiaires de la santé ;
- L'action intersectorielle ;
- La participation et l'empowerment.

1.2.1.2.1. Agir sur les déterminants sociaux de la santé

L'état de santé des individus et des populations ne dépend pas uniquement de facteurs biologiques mais se caractérise par des interactions complexes entre une multiplicité de facteurs individuels, sociaux et macrosociaux. Il est donc nécessaire de compléter l'approche dominante curative ou palliative des problèmes de santé par une action en amont sur un ensemble de conditions et de ressources préalables pour la santé telles que le logement, l'éducation, l'alimentation, un revenu décent ou encore l'accès à la prévention, aux soins et à la protection sociale. Ceci oblige à recourir à une approche des déterminants sociaux de la santé conforme aux orientations de la charte d'Ottawa et réaffirmées par la Commission des déterminants sociaux de l'OMS (2008)³⁵. Cette complexité des chaînes causales conduit à envisager des interventions complémentaires en direction de l'ensemble des déterminants de santé, à savoir :

- les déterminants dits structurels qui relèvent du contexte politique et socio-économique du pays et influent sur la stratification socio-économique et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du niveau de revenu, d'éducation, de l'activité professionnelle etc.
- les déterminants intermédiaires relevant des conditions de vie et de travail des individus (y compris l'organisation du système de santé) et de leur insertion dans les réseaux sociaux et communautaires ;
- Les déterminants individuels relevant du style de vie et comportements des individus en matière de santé, en grande partie déterminés par les facteurs environnementaux, sociaux, économiques, culturels et autres.

Un effort particulier doit être porté sur les déterminants sociaux de l'état de santé encore appelés déterminants structurels et/ou « causes des causes », qui engendrent des inégalités sociales aboutissant à leur tour à des inégalités de santé. Difficiles à mettre en place, elles obligent à mener une politique conjointe avec d'autres secteurs que celui de la santé.

1.2.1.2.2. Promouvoir l'action intersectorielle

La plupart des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de santé et se situent donc hors du domaine d'intervention relevant traditionnellement du secteur de la santé. En conséquence, il est essentiel de mobiliser des leviers au-delà du seul secteur sanitaire et de promouvoir l'action intersectorielle et multidisciplinaire. Tous les secteurs ayant un impact sur la santé doivent être mobilisés à savoir le social mais aussi le logement, le travail, l'éducation, la jeunesse, l'écologie et le développement durable, etc. pour développer une approche holistique et intersectorielle. Pour impliquer les autres secteurs, encore faut-il qu'ils aient conscience de l'impact de leurs actions sur la santé et qu'ils trouvent une convergence d'intérêt à agir dans ce sens. Le plaidoyer pour inciter les autres secteurs à s'investir dans la lutte contre les inégalités de santé est primordial. Des outils

³⁵ Organisation mondiale de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (résumé). Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008 : 40 p.

comme l'évaluation d'impact en santé doivent permettre cette prise de conscience et favoriser la coopération intersectorielle.

1.2.1.2.3. Favoriser l'empowerment

Le dernier modèle Pathway de la Commission des Déterminants de la Santé présente l'empowerment comme une stratégie indispensable pour réduire les inégalités sociales de santé, au même titre que l'action intersectorielle³⁶. Les inégalités sociales de santé n'étant ni naturelles, ni inévitables, elles renvoient à la place de chacun dans la société, à son inscription dans les rapports sociaux et de pouvoir³⁷. Par conséquent, tout projet visant à réduire les inégalités en santé suppose de répartir autrement le pouvoir au sein de la société et en cela repose sur l'émancipation des individus et des groupes en déficit de pouvoir et à haut risque d'exclusion sociale³⁸. Cette dernière est notamment recherchée au travers des stratégies d'« empowerment » défini comme « *un processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie* »³⁹. Il s'agit donc de donner aux populations la possibilité de comprendre la réalité de leur milieu (social, politique, économique, écologique et culturel), de réfléchir aux facteurs qui modèlent leur environnement et de prendre des initiatives destinées à améliorer leur situation⁴⁰. Un rapport publié en 2006 par l'OMS a démontré l'utilité de cette démarche dans les actions de santé publique⁴¹. En termes d'interventions, il s'agit plus particulièrement d'accroître les compétences et la conscience critique des citoyens par un meilleur accès aux informations et aux ressources ; de promouvoir leur participation dans toutes les étapes d'un projet de santé ainsi que le développement de leur capacité d'organisation et de coalition ; de renforcer les politiques publiques favorables à la santé dans le sens d'une plus grande participation des citoyens ; et d'amener les membres d'une communauté à définir leurs besoins communautaires et d'être capables de mobiliser les ressources pour y répondre.

1.2.1.3. Dimensionner l'effort selon les besoins : un Universalisme proportionné

Même si cela représente la partie la plus visible de l'iceberg, les inégalités sociales de santé ne touchent pas que les populations les plus pauvres, mais l'ensemble des catégories de la population. Trois stratégies interviennent donc dans la lutte contre les inégalités sociales à savoir :

- 1) Améliorer la santé des plus pauvres afin de réduire les désavantages en matière de santé qu'ils subissent au moyen de programmes ciblés ;
- 2) Réduire les écarts de santé entre les plus pauvres et les autres groupes mieux lotis ;
- 3) Remonter les niveaux de santé de l'ensemble des groupes sociaux au plus près de ceux situés en haut de l'échelle sociale. Ceci revenant donc à niveler le gradient social des inégalités de santé dans l'ensemble de la population.

Ces approches sont complémentaires voire interdépendantes entre elles. En effet, améliorer la santé des plus pauvres constitue une première étape pour réduire les écarts de santé, qui à son tour contribue à diminuer le gradient de santé. Idéalement, il faudrait mettre en œuvre ces

³⁶ Solar O., Irwin A. (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

³⁷ REFIPS. (2009). Les inégalités sociales de santé : animation pédagogique accessible en ligne.

³⁸ Organisation Mondiale de la Santé. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : OMS.

³⁹ Wallerstein N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. American Journal of Health Promotion. 6(3):197-205.

⁴⁰ Hofmann E. (2003). Comment évaluer l'empowerment des femmes défavorisées ? Eléments de réflexion à partir de projets de développement dans des pays du Sud. Contribution aux 5èmes Journées Françaises de l'évaluation, SFE (Société Française d'Évaluation), Limoges.

⁴¹ Wallerstein N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe, Copenhague. Traduction française par IREPS Bretagne (2009.) Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?

trois stratégies simultanément dans le cadre d'une approche intégrée. Il est recommandé de suivre une logique d'universalisme proportionné qui consiste en des actions visant l'ensemble des groupes sociaux (universelles) combinées avec des mesures d'accompagnement spécifiques pour les groupes les plus vulnérables (proportionnées)⁴².

1.2.1.4. Agir globalement

L'approche de promotion de la santé est centrale dans la lutte contre les inégalités sociales de santé puisqu'elle vise explicitement l'équité en matière de santé⁴³. Elle met en exergue l'importance de l'approche sur les déterminants sociaux et l'action en faveur de l'émancipation des groupes et des individus en déficit de pouvoir et de ressources sociales (« empowerment »). En conséquence, les stratégies de promotion de la santé devraient constituer le fondement des actions de réduction des inégalités sociales de santé, à savoir : sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé ; conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé. Ces stratégies sont soutenues par cinq domaines d'action prioritaires énoncés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé :

- Élaborer une politique publique saine ;
- Créer des milieux favorables à la santé ;
- Renforcer l'action communautaire pour la santé ;
- Acquérir des aptitudes individuelles ;
- Réorienter les services de santé.

L'individualisation de ce dernier domaine d'action, souligne le rôle important que le secteur de la santé doit jouer dans la lutte contre les inégalités sociales de santé au sein même de son propre champ d'action et auprès des autres secteurs ayant un impact sur les inégalités de santé. C'est à lui que revient la responsabilité d'impulser le changement pour une plus grande prise en compte des inégalités sociales de santé (« plaidoyer »). Il faut rappeler que le système de santé constitue en lui-même un des déterminants de l'état de santé et que par conséquent, il doit mener des actions visant à améliorer l'équité dans l'accès à des services de soins de qualité. Il a également la responsabilité d'impulser une démarche intersectorielle et par conséquent d'initier le dialogue avec les partenaires de divers secteurs en vue d'action concertée.

1.2.1.5. Agir tout au long de la vie

Dans une perspective de réduction des inégalités de santé, une attention toute particulière doit être portée à l'accumulation des désavantages sociaux au cours d'une trajectoire de vie contribuant à accentuer les écarts de santé, et ce dès la plus petite enfance et tout au long de la vie. Des travaux ont notamment montré que la part attribuable aux facteurs individuels dans les inégalités sociales de santé était négligeable par rapport aux conditions de vie dans l'enfance^{44,45}. Il est donc primordial de s'intéresser à la problématique de pauvreté familiale et de mener des interventions dès le plus jeune âge y compris in utero - afin d'avoir un impact positif sur la santé mais aussi dans le but de rompre le cercle vicieux des inégalités sociales de santé. Au-delà, la constitution des inégalités tout au long de la vie impose aussi la prise en compte d'une temporalité à long terme avec la nécessité de s'accorder sur des résultats intermédiaires⁴⁶.

⁴² Molleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé. Déterminants sociaux et modèles d'action. IGAS, Paris, mai 2011.

⁴³ Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Genève : OMS

⁴⁴ Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ? *Economie et Statistique* n° 455-456, 2012:37-51.

⁴⁵ Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. (2011) Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris : IGAS, p83.

⁴⁶ Davies JK, Sherriff N. The gradient in health inequalities among families and children: a review of evaluation frameworks. *Health Policy*. 2011 Jun;101 (1):1-10.

1.2.1.6. Agir dans la proximité

L'implantation locale des projets de lutte contre les inégalités sociales de santé dans une dynamique de co-construction entre l'ensemble des acteurs est primordiale. Les acteurs locaux ont un rôle à jouer dans la réduction des ISTS. En effet, ils constituent une interface entre les bénéficiaires des politiques publiques nationales et/ou régionales et en ce sens, sont en mesure de permettre une adaptation des dites politiques aux spécificités locales⁴⁷. Leur connaissance fine des problématiques locales et de l'ensemble des acteurs impliqués est une condition indispensable pour atteindre les populations vulnérables et mobiliser les ressources les plus concernées. Bien que ne disposant pas de compétences légales en matière de santé, de nouvelles problématiques telles que le saturnisme, la pollution, la pauvreté des habitants, etc. interpellent les municipalités et les poussent à intervenir dans le champ de la santé, réaffirmant ainsi leur rôle de proximité, et ce d'autant plus que leur légitimité démocratique les oblige à rendre des comptes à leur concitoyens.

De plus, le champ de compétences des collectivités territoriales s'étend à de nombreux déterminants de la santé. Elles possèdent donc les capacités pour décloisonner les acteurs et agir, au niveau intermédiaire, sur les ISTS⁴⁸. Cependant, ceci doit s'effectuer en complémentarité avec le niveau national, notamment en raison du fait qu'il est très difficile d'influer sur les déterminants macrosociaux au niveau local.

1.2.1.7. Spécifier les thèmes et types d'actions à mener

La revue de la littérature a montré qu'il existait un certain nombre d'interventions en santé ayant fait la preuve de leur efficacité selon les âges de la vie qui ont une influence majeure sur les ISTS (enfance, jeunesse notamment)⁴⁹. Nous ne reviendrons pas en détail sur l'ensemble des interventions. Nous invitons les lecteurs à se référer au rapport précédent⁵⁰.

Cependant, la plupart des preuves existantes concernent davantage les actions visant les changements de comportements individuels et les facteurs de risques biologiques, plutôt que les déterminants relatifs aux conditions de vie (habitat, environnement social, urbanisme, etc.) ou les déterminants structurels comme l'emploi, la redistribution des richesses et autres. De plus, elles restent très limitées en nombre et en portée pour des raisons essentiellement méthodologiques et ont tendance à ne pas prendre en compte les différenciations sociales conduisant aux inégalités de santé. Elles traitent davantage de l'efficacité des actions par rapport à une exposition et une vulnérabilité uniformes à un facteur de risque. On note un déficit d'évaluation sur le type d'interventions pertinentes à mettre en œuvre en fonction de la vulnérabilité notamment socio-économique des individus, ainsi que sur les stratégies de ciblage des groupes les plus à risques non seulement médicalement mais aussi socialement.

1.2.2. Les résultats obtenus lors de la phase documentaire⁵¹

L'analyse documentaire d'un échantillon de 18 CLS a montré une grande diversité quant à leur ampleur, très dépendante de l'investissement préalable des villes dans le domaine de la santé. Si les inégalités sociales de santé apparaissent comme un principe majeur devant guider les actions à mettre en place dans le cadre de ces contrats, elles ne sont pas encore

⁴⁷ Potvin L., Moquet M.- J., Jones C. (sous la dir.) (2010) Réduire les inégalités en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, : 315-317.

⁴⁸ Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. (2011) Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris : IGAS.

⁴⁹ Asthana S, Halliday J. (2006), What Works in Tackling Health Inequalities? Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse (Studies in Poverty, Inequality & Social Exclusion Series), Bristol : Policy Press, 624p.

⁵⁰ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

⁵¹ Les deux tableaux qui suivent sont extraits du rapport de la première phase du travail d'analyse documentaire des contrats. Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

clairement et majoritairement traduites en un objectif général à atteindre. A ce stade de développement des CLS, l'accent est davantage porté sur la création de conditions d'un partenariat qu'il conviendra d'approfondir et qui devrait permettre de bâtir les bases d'un programme local de réduction des inégalités sociales de santé. Le fait que la plupart des **objectifs stratégiques et opérationnels** soient **rarement chiffrés**, ainsi qu'une **difficulté à percevoir le modèle logique sous-jacent aux choix des interventions choisies**, rendront ardue une évaluation quantitative des résultats et l'impact des CLS sur les ISTS. La contractualisation porte donc sur des objectifs qualitatifs et semble prioriser dans un premier temps la mise en place d'un partenariat local et transversal en vue d'une réduction future des ISTS.

Parmi les thématiques de santé abordées, celle de l'accès aux soins est la plus représentée (78% des CLS), suivie de la santé mentale et de la nutrition (Figure 1). L'écrasante majorité des CLS cible les déterminants intermédiaires de la santé et plus particulièrement ceux liés au système de santé (73% des fiches actions) et la modification des comportements individuels de santé. L'amélioration des conditions de vie n'est visée que dans 10% des fiches actions et concerne essentiellement l'habitat.

Figure 1 : Nombre (%) de fiches-action abordant une thématique donnée

Thématiques	FA	%
Accès aux soins	56	23,33
Amélioration du système de soins	26	10,83
Addictions	15	6,25
Cancer	13	5,42
Conduites à risque	4	1,67
Maladies CV et métaboliques	5	2,08
Nutrition	25	10,42
Santé bucco-dentaire	15	6,25
Santé-environnement	20	8,33
Santé bien-être	7	2,92
Santé des femmes et enfants	15	6,25
Santé mentale	36	15,00
santé sexuelle et affective	10	4,17
Tuberculose	3	1,25
Vaccin	3	1,25
Autres	3	1,25
Total	256	106,67
Plus d'une thématique	14	

Le total est supérieur à 100% car 14 FA (5%) abordent plus d'une thématique (13 FA touchent deux thèmes, et une FA touche trois thèmes).

Les CLS ont donc choisi d'entrer dans la lutte contre la réduction des inégalités de santé en s'attaquant en priorité aux inégalités créées et amplifiées par le système de soins en vue d'en réduire leur impact (Figure 2). Dans le cadre des CLS, il s'agit essentiellement de **rendre les services de santé plus accessibles aux individus qui en sont le plus éloignés** pour des raisons financières, administratives, mais aussi socio-culturelles et organisationnelles. Un accent est mis sur l'amélioration du parcours de santé alliant prévention, soins et suivi. On se trouve donc davantage dans une logique de réparation des effets des inégalités sociales sur la santé plutôt que dans une lutte contre les causes profondes voire intermédiaires à l'origine de ces inégalités. Il est clair que le niveau local ne possède pas de grandes marges de manœuvre à ce niveau. Il n'est donc pas surprenant que cet échelon soit quasiment absent. Cependant il peut agir à la frange, comme pour l'amélioration du niveau éducatif, mais aussi

sur l'environnement économique et politique local, ainsi que sur certains éléments influençant les conditions de vie des habitants (habitat, transport, etc.). Les collectivités territoriales possèdent en effet un certain nombre de compétences tant dans les domaines politique, économique que social qui, même si leur impact peut être limité, peuvent néanmoins être activées, mais qui pour l'instant le sont très peu ou dont les liens n'apparaissent pas dans les CLS.

Une **volonté d'ouverture intersectorielle** apparaît dans les CLS qui se traduit essentiellement par la mise en place de coordination intersectorielle cherchant à développer un début de culture commune à parvenir à une vision partagée des problèmes rencontrés et à envisager des solutions communes. Cependant, cette ouverture se réalise essentiellement autour d'enjeux du système de soins et notamment en vue d'améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables, les autres secteurs servant de passerelles vers le sanitaire. De plus elle concerne essentiellement des **partenaires que le secteur sanitaire a l'habitude de côtoyer à savoir les secteurs social, éducatif et de la jeunesse**. Bien qu'étant un des objectifs de ce dispositif, l'action intersectorielle avec des secteurs un peu plus éloignés de la santé ayant une influence sur les conditions socio-économiques et de vie des individus et des groupes comme l'urbanisme par exemple ou sur des problématique de santé plus larges que l'accès aux soins ou la modification de comportements individuels restent à développer.

La participation des habitants et l'empowerment de la collectivité, stratégie centrale dans la lutte contre les ISTS est très peu présente dans les CLS. Si elle mentionnée dans les diagnostics, elle fait rarement l'objet de fiche action.

On a pu constater les prémices d'un universalisme proportionné, alliant des actions dirigées vers le public cible sans distinction sociale et une attention particulière sur les populations dites vulnérables. L'entrée de la vulnérabilité est double : territoriale, à savoir quartiers jugés sensibles et regroupant des populations défavorisées et individuelle, sur la base de caractéristiques individuelles. Or ces dernières sont peu explicitées et sont souvent indirectes, à savoir : utilisation d'un service d'assistance aux plus défavorisés comme les restos du cœur ou bénéficiaires des minimas sociaux. On peut s'interroger sur la pertinence de définir au préalable les populations vulnérables que l'on veut toucher aux moyens de critères sociaux directs, et dans un second temps de réfléchir aux moyens de les atteindre. La littérature montre que les familles monoparentales dans les milieux défavorisés sont très exposées à la vulnérabilité, or elles n'apparaissent pas explicitement comme une cible particulière. Il en va de même pour les chômeurs. **Une réflexion sur les « cibles » mériterait probablement d'être approfondie.**

Figure 2 : Nombre (%) d'actions visant un déterminant de la santé donné et type d'intervention

Déterminants visés et type d'interventions menées	Nbre actions	%
Conditions socio-économiques	2	100
Réorientation des services	1	50
Développement stratégique	1	50
Conditions de vie	50	100
Renforcement des capacités individuelles	7	14
Amélioration des conditions de vie	8	16
Renforcement des capacités des groupes et communautés	6	12
Réorientation des services	12	24
<i>Adaptation des services</i>	4	
<i>Intégration et coordination</i>	2	
<i>Renforcement de l'offre préventive</i>	2	
<i>Renforcement capacités des PS et services de santé</i>	4	

Développement stratégique	18	36
<i>Développement du partenariat intersectoriel</i>	11	
<i>Amélioration des connaissances</i>	7	
<i>Planification</i>	0	
NS	1	2
Environnement social	28	100
Renforcement des capacités individuelles	8	28,6
Amélioration des conditions de vie	0	0
Renforcement des capacités des groupes et communautés	6	21,4
Réorientation des services	12	42,9
<i>Adaptation des services</i>	4	
<i>Intégration et coordination</i>	3	
<i>Renforcement de l'offre préventive</i>	0	
<i>Renforcement capacités des PS et services de santé</i>	5	
Développement stratégique	3	10,7
NS	1	3,6
Style de vie	144	100
Renforcement des capacités individuelles	70	48,6
<i>Éducation pour la santé</i>	55	
<i>Information</i>	18	
Amélioration des conditions de vie	1	0,7
Renforcement des capacités des groupes et communautés	7	4,9
Réorientation des services	42	29,2
<i>Adaptation des services</i>	22	
<i>Intégration et coordination</i>	7	
<i>Renforcement de l'offre préventive</i>	14	
<i>Renforcement capacités des PS et services de santé</i>	9	
Développement stratégique	31	21,5
Système de soins	198	100
Renforcement des capacités individuelles	28	14,1
Amélioration des conditions de vie	2	1
Renforcement des capacités des groupes et communautés	7	3,5
Réorientation des services	104	52,5
<i>Adaptation des services</i>	43	
<i>Intégration et coordination</i>	22	
<i>Renforcement de l'offre préventive</i>	18	
<i>Renforcement capacités des PS et services de santé</i>	47	
Développement stratégique	62	31,3
<i>Développement du partenariat intersectoriel</i>	45	
<i>Amélioration des connaissances</i>	16	

<i>Planification</i>	0	
Environnement programmatique et stratégique	34	100
Renforcement des capacités individuelles	0	0
Amélioration des conditions de vie	0	0
Renforcement des capacités des groupes et communautés	0	0
Réorientation des services	0	0
Développement stratégique	34	100
<i>Développement du partenariat intersectoriel</i>	8	
<i>Amélioration des connaissances</i>	19	
<i>Planification</i>	9	

Les totaux par classe de déterminants sont supérieurs à la somme des composantes lorsque pour un même déterminant, sont prévues plusieurs interventions appartenant à des stratégies différentes.

Ces résultats quantitatifs nécessitent d'être approfondis par des entretiens auprès des principaux acteurs impliqués dans les contrats locaux de santé afin de mieux comprendre les leviers et obstacles rencontrés sur le terrain pour que les CLS puissent avoir à terme un impact sur les inégalités sociales de santé. C'est l'objet de ce qui suit.

II. Méthodologie de la phase qualitative

Cette phase du travail est une recherche qualitative de terrain par le biais d'entretiens avec différents acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des CLS. A ces entretiens, se sont ajoutées quelques séances d'observation notamment de groupes de travail et d'un comité de partenaires. Cette phase qualitative visait à recueillir les témoignages et expériences de ces acteurs à propos des CLS.

Il s'agissait plus particulièrement de comprendre leur mode de représentation des inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que de l'outil CLS et des enjeux qui s'y rapportent. Il convenait également de recueillir leur point de vue sur les modalités d'élaboration et de mise en œuvre susceptibles de faire levier ou obstacle à la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé. Les questions sur la qualité et l'étendue des partenariats ont été essentielles, ainsi que l'identification des changements perçus produits grâce aux CLS et les améliorations à envisager.

Le guide d'entretien a été conçu à partir des résultats obtenus lors de la phase documentaire qui a précédé cette phase de recherche qualitative. Il est disponible en Annexe 1.

II.1. Choix des sites

Le choix des sites de recherche s'est fait en concertation avec l'ARS-IDF au cours de deux réunions préparatoires qui se sont tenues en novembre et décembre 2013. Un certain nombre de critères ont été retenus eu égard à la problématique des Inégalités sociales et territoriales de santé :

- préférentiellement des situations où l'on a pu constater des changements grâce au CLS, notamment en termes de prise en compte des ISTS ;
- privilégier les sites ayant mis en avant des thématiques obligeant à développer des liens intersectoriels comme la périnatalité, l'accès aux droits et l'habitat, ainsi que celles permettant d'interroger la relation entre le niveau local et supra local comme la nutrition. Il en va de même pour les sites ayant développé des fiches-action prenant en compte les déterminants « conditions de vie », et plus particulièrement l'habitat.
- inclure des zones rurales et des CLS situés en grande couronne.
- il a semblé judicieux de s'intéresser aux CLS ne disposant pas forcément d'équipes municipales fortes possédant déjà les capacités de formaliser les questions relatives à la

santé et aux inégalités sociales de santé. Il a donc été décidé de faire abstraction des grandes villes emblématiques de la santé publique, comme Nanterre, Créteil ou Saint Denis. De cette façon, on peut penser qu'il sera plus aisé de repérer les mécanismes ayant favorisé la prise en compte des ISS dans les CLS.

- il a été jugé préférable d'exclure des sites connaissant d'importantes vacances de postes que cela soit au niveau des référents CLS ou des directeurs de la santé, et ce malgré leur intérêt manifeste. Ce fut notamment le cas pour Epinay ou Aulnay-sous-bois.
- en raison de l'intérêt perçu de certains CLS et pour des raisons de diversité géographique, il a été décidé de s'octroyer la possibilité d'inclure des sites ne faisant pas partie de l'échantillon de la phase 1 de l'étude.

Les référents CLS dans chacune des délégations territoriales ont été invités à faire des propositions de sites sur la base de leurs connaissances de terrain en tenant compte des critères. A partir de ces recommandations Le choix des sites s'est porté sur :

- **Asnières (92)** : Des changements intéressants ont été apportés entre le CLS de préfiguration et le CLS pluriannuel qui sera signé prochainement. Ces évolutions semblent résulter d'un processus d'échanges et d'interactions entre l'ensemble des parties prenantes, notamment ARS et équipes locales en charge du CLS.
- **Gennevilliers (92)** : Le CLS pluriannuel est en cours de préparation. De nouveaux axes portant notamment sur la périnatalité, la santé des femmes et l'accès aux soins vont y être intégrés.
- **Bobigny (93)** : Le CLS pluriannuel a été signé le 17 février 2014. Ce CLS est passé d'une situation particulièrement bloquée à l'origine à une dynamique prometteuse notamment en matière de lutte contre les ISS.
- **Saint Ouen (93)** : Le CLS pluriannuel est en cours d'écriture après un contrat de préfiguration portant essentiellement sur la mise en œuvre d'un diagnostic partagé. Il a la particularité d'être le seul site francilien à n'avoir pas d'ASV au préalable. La DT-ARS 93 a par ailleurs souligné une nouvelle dynamique en matière de santé grâce au CLS : un certain nombre d'actions de santé ont notamment été reformulées pour mieux prendre en compte les questions d'ISS.
- **Stains (93)** : Le CLS pluriannuel a été signé le 17 février 2014. Ce site a montré une réelle coordination d'acteurs dont des représentants associatifs d'habitants et des professionnels de terrain, avec des repérages des besoins spécifiques à certains quartiers. De plus, c'est un des rares sites à avoir mis en œuvre des actions en lien avec le Projet de Réussite Educative (PRE).
- **Bonneuil-sur-Marne (94)** : Ce site a signé un CLS de préfiguration en 2012 et est actuellement en cours de réalisation d'un diagnostic partagé. L'ARS a noté l'émergence d'une dynamique locale de santé suite à la signature du CLS. Le Val de Marne n'ayant pas été intégré à la phase 1 de l'étude (pas de CLS signé à cette date), il était important de pouvoir l'associer à la phase 2.
- **Saint Quentin en Yvelines (95)** : C'est l'un des premiers CLS pluriannuels - pour une durée de six ans - qui a été signé en Ile de France et ce dès 2011. C'est un site en grande couronne et l'un des rares CLS impliquant une communauté d'agglomération très motivée à développer cet outil.

Concernant l'approche

Pour chacun des sites, l'ARS a souhaité faire ressortir une action que l'on a qualifiée de « traceuse » en matière de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces actions « traceuses » devaient afficher clairement un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et être issues du processus CLS (nouvelles actions ou actions existantes mais clairement réorientées en ce sens). Il s'agissait, à travers ces exemples, de comprendre quelles étaient les logiques, conditions et leviers ayant permis la prise en compte de la problématique des inégalités sociales de santé au sein de ces actions.

L'approche sur le terrain a donc été double. Il s'agissait d'étudier à la fois :

- Le CLS dans son ensemble à travers notamment le contexte macro politique dans lequel il s'insère ;
- D'étudier plus particulièrement ces exemples d'actions spécifiques.

Cependant, une fois sur le terrain, cette approche par action traceuse s'est avérée moins aisée que prévu et ce pour diverses raisons :

- Pour trois des sites sélectionnés, les actions ne sont pas encore élaborées. En effet, Bonneuil-sur-Marne est à la phase diagnostic. Saint-Ouen a défini ses axes d'intervention et des groupes de travail étaient en cours de constitution afin de définir plus précisément les actions à mettre en place. Il en était de même pour Gennevilliers qui préparait son CLS pluriannuel ; le CLS de préfiguration étant quant à lui la reprise de l'ensemble des actions menées dans le cadre des ASV. Cependant, concernant ces deux sites, des axes nouveaux ou visant explicitement les déterminants sociaux de la santé tels que les conditions de vie des habitants ont été adoptés et ont fait l'objet d'entretiens spécifiques ;
- La plupart des actions répondant aux critères pour être qualifiées de « traceuses » sont très récentes et ne permettent pas d'avoir un recul sur la mise en œuvre ;
- Etant donné que les CLS ne s'installent pas sur des terrains vierges de toutes initiatives, il est difficile de pouvoir distinguer ce qui émane spécifiquement des CLS et ce qui ressort d'autres dispositifs ;
- La perception des types d'intervention pouvant réduire les inégalités sociales de santé et de leur possible impact sur ces dernières peut être différente d'un acteur à l'autre et ne fait pas forcément consensus.

Un entretien préparatoire avec les délégations territoriales de l'ARS et les référents CLS de chaque site a été mené en janvier 2014 afin d'identifier conjointement ces actions « traceuses ». Les choix se sont portés sur :

- **Asnières (92)** : L'action « **promouvoir la santé des femmes les plus éloignées de l'accès à la santé** » de l'axe stratégique « santé des femmes ». Cette action est pilotée par la maison municipale de la santé et se déroule dans des structures de proximité telles que les maisons de quartiers, les maisons des femmes, les centres socioculturels, etc. Elle vise à favoriser un bon état de santé et de bien-être pour les femmes résidant au sein de quartiers prioritaires, via la mise en place d'ateliers portant sur les thématiques de la santé, l'alimentation, l'activité physique et le bien-être. Cette action a été sélectionnée car elle vise comme déterminants « le mode de vie » à savoir l'amélioration des compétences en santé et l'utilisation des services de santé, ainsi que « l'environnement social » et plus spécifiquement l'intégration sociale.
- **Gennevilliers (92)** : Comme mentionné plus haut, il n'y a pas à proprement parler d'actions traceuses, mais plutôt de nouvelles problématiques mises en exergue lors de la préparation du CLS pluriannuel. En lien avec l'ARS, le choix s'est porté sur l'axe Périnatalité. Un groupe de travail s'est réuni à deux reprises afin de réfléchir aux actions à entreprendre.
- **Bobigny (93)** : L'action « **Prévention, écoute et accompagnement des parents** » de l'axe stratégique « Soutien à la parentalité, écoute accompagnement, prévention ». Cette action vise à soutenir et accompagner les parents dans leur rôle éducatif dans le cadre d'un espace de parole neutre qu'est la maison des parents située dans la cité Hector Berlioz. Elle est menée au moyen d'entretiens individuels pour un accompagnement administratif ou psychologique, de groupes de parole au sein de la structure et dans les écoles primaires de la ville et différents ateliers qu'ils soient artistiques ou de prévention. Cette action a été retenue car elle vise la petite enfance à travers une action en direction des parents visant la parentalité. Si l'on se réfère au rapport IGAS portant sur la petite enfance et les inégalités sociales de santé, cette période de vie est considérée comme prioritaire si l'on veut endiguer ces dernières et ce type d'intervention est jugé comme

ayant des effets particulièrement importants sur la santé des enfants⁵². Elle vise à la fois le déterminant « mode de vie » par un renforcement des compétences, et le déterminant « environnement social » par un renforcement du lien social.

- **Saint-Ouen (93)** : Comme mentionné précédemment, le choix s'est porté sur l'axe « agir sur le déterminant de santé habitat ». Les types d'actions d'ores et déjà envisagées portent sur la poursuite du programme de résorption de l'habitat indigne et la mise en place d'une stratégie urbaine de lutte contre l'habitat indigne, ainsi que sur le renforcement des différents acteurs sur les questions d'hygiène et d'habitat. Cet axe a été choisi car il porte sur le déterminant « conditions de vie » et que le CLS contribue à amplifier l'investissement de la ville à ce sujet.
- **Stains (93)** : L'action « **périnatalité et enfance** » de l'axe « Promouvoir la santé des femmes et des enfants : périnatalité, enfance et prévention des cancers ». Il s'agit de soutenir, informer et accompagner les femmes en période pré et post-natale, de développer un réseau local de périnatalité et des actions de prévention chez les femmes et les enfants notamment en matière de nutrition, d'activité physique, des troubles psychiques et de la santé bucco-dentaire. La thématique « périnatalité » est nouvelle par rapport au CLS de préfiguration.
- **Bonneuil-sur-Marne (94)** : Le CLS n'en est qu'à la phase diagnostic, en conséquence le concept d'action traceuse ne peut s'appliquer pour ce site.
- **Saint-Quentin-en-Yvelines (78)** : L'action « **amélioration de la qualité de l'air intérieur en habitat social** » de l'axe « santé et environnement ». Cette action a été choisie car elle permet de débiter une réflexion collective autour de la question de l'environnement dans la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines. Cette action vise le déterminant « conditions de vie » autour des questions de qualité des logements.

II.2. Echantillonnage

La rencontre préparatoire avec les délégations territoriales de l'ARS et les référents CLS des sites sélectionnés a également permis d'identifier les principaux acteurs de terrain à rencontrer. En raison des contraintes de temps et de ressources humaines, leur nombre devait se situer entre 6 et 8 personnes. Puis ces dernières ont été contactées par les référents CLS afin d'organiser une rencontre avec la chargée de recherche. Une note explicative sur la recherche était mise à disposition. Ce fut la première vague qui a pu ensuite être étendue selon les besoins.

Ces différents acteurs peuvent être classés en sept catégories :

- les Elus et responsables administratifs (DGA) ;
- Les responsables du CLS comme les directeurs de la santé ;
- Les référents techniques du CLS ;
- Les responsables techniques de secteurs impliqués dans le CLS (ex : habitat, SCHS, ASV, etc.)
- Les porteurs de projets ;
- Les associations ;
- Les partenaires institutionnels.

Les entretiens furent conduits essentiellement entre février et avril 2014 par une chargée de recherche spécialiste en santé publique et formée en sciences sociales (SS-S). Quelques interviews complémentaires ont pu être exceptionnellement menées en mai 2014, mais il s'agissait de laisser le temps nécessaire à l'analyse du corpus recueilli.

Au total, ont été conduits 34 entretiens individuels et 5 entretiens collectifs à la demande ou initiative des personnes interviewées, ce qui représente 45 acteurs rencontrés. Ils ont duré en moyenne une heure trente.

⁵² Lopez A, Moleux M, Schaezel F, Scotton C. France C. (2011) Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris : IGAS.

Ils se répartissent comme suit :

Sur le plan local :

Type d'acteurs rencontrés	Nombre
Elus	2
DGA	1
Responsables du CLS	6
<i>Directeur et Directeur adjoint de la santé</i>	4
<i>Directeur d'une institution en charge du CLS (IPS ou Centre social)</i>	2
Référents CLS/ASV	8
Responsables techniques sanitaires	6
<i>Médecin coordonnateur CMS</i>	3
<i>Médecin prévention CMS</i>	1
<i>Coordonnateur prévention dentaire</i>	1
<i>Responsable service chargé prévention</i>	1 (mais un référent ASV et un référent CLS/ASV occupaient également cette fonction)
Responsables techniques autres secteurs	4
<i>SCHS</i>	1
<i>Responsable service habitat</i>	1
<i>Chargé de mission politique de la ville</i>	2
Professionnels de santé	2 (dont un directeur de clinique)
Porteurs projet	2
Partenaires institutionnels locaux	2
<i>Responsable circonscription PMI</i>	1
<i>Médecin scolaire</i>	1
Autres	1
<i>Responsable diagnostic :</i>	1
TOTAL LOCAL	34

A ceux-là s'ajoutent des acteurs importants mais se situant aux niveaux départemental ou régional.

Type d'acteurs rencontrés	Nombre
ARS	7
<i>Référents CLS DT-ARS</i>	5
<i>Référent CLS ARS-IDF</i>	1
<i>Responsable autres services ARS</i>	1
CPAM	2
Conseil Général	1
DRJSCS	1
TOTAL	11

La majorité de ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, à l'exception de deux d'entre eux et ce à la demande des personnes rencontrées.

La majorité des entretiens (31/39) ont fait l'objet d'une transcription écrite afin de former un corpus. Six entretiens ont été jugés peu informatifs et n'ont pas été retranscrits. Des notes ont été prises pour les deux entretiens non-enregistrés.

II.3. Analyse

Pour cette recherche, nous nous sommes appuyés sur la méthode classique d'analyse de contenu du corpus d'entretiens afin de faire ressortir les différentes thématiques abordées.

II.4. Contraintes et limites de l'étude

La période de collecte des données a malheureusement coïncidé avec les élections municipales. Ces dernières et les changements politiques qui en ont découlé n'ont pas permis d'interviewer autant d'élus et de DGA que nous aurions souhaité.

Par ailleurs, le niveau d'avancement de certains CLS et parfois leur dynamique interne (pas de comité de pilotage, pas de discussion du projet avec les élus mais dossier resté au niveau technique) ont constitué certaines contraintes. Le fait que des CLS soient au stade du diagnostic ou de reprise des groupes de travail après un premier contrat de préfiguration se limitant aux actions de l'ASV n'a en effet pas permis de creuser les mécanismes mis en place sur le terrain dans le cadre des CLS et d'interroger leur capacité à agir favorablement sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Cela a joué sur le nombre d'acteurs locaux à interviewer. En contrepartie, la chargée de recherche a assisté à un certain nombre de groupes de travail ainsi qu'à un comité partenaires. Un nombre variable d'acteurs locaux a donc été interviewé selon les sites. Cela a varié entre deux et sept personnes interviewées selon l'état d'avancement des CLS mais aussi de leur disponibilité. En effet, les agendas chargés des différents interlocuteurs et le temps mis à répondre à nos demandes n'ont pas toujours permis l'organisation des entretiens dans la période de temps consacrée à la collecte des données.

Différents partenaires des CLS comme les préfetures ou les conseils généraux (hormis celui du 93) n'ont pas pu être contactés par manque de référents clairement identifiés de la part des DT-ARS et des référents CLS. Ceci constitue à la fois une contrainte mais également un résultat de l'étude qui sera discuté ultérieurement. De même, les habitants ou les associations ont rarement été présentés comme des acteurs-clés qu'il serait nécessaire d'interroger.

Etant donné la complexité et l'étendue des CLS, et malgré le nombre important d'entretiens réalisés, il est clair que nous n'avons pas épuisé l'échantillon d'acteurs à interroger. On peut considérer que cette première vague d'entretiens pourrait être complétée ultérieurement, notamment auprès des élus, des DGA et des habitants, dans le but d'approfondir les premiers résultats auxquels nous sommes parvenus.

Enfin, il est à noter qu'il nous a été impossible – à l'exception d'un CLS - d'avoir accès aux comptes-rendus des différents comités de pilotage ou groupes de travail en raison de l'absence de ce type de documents. De même, les sites ne disposent pas de bilans annuels d'activités pour les CLS ; il est donc parfois difficile de mesurer l'état d'avancement des projets, les partenaires impliqués, les participations financières, etc.

Les précautions de lecture

Puisque certaines catégories d'acteurs sont peu représentées dans l'échantillon en raison des contraintes présentées ci-dessus, et par souci d'assurer l'anonymat des personnes interviewées, nous avons décidé de ne pas spécifier les verbatim cités dans le rapport. De plus, lorsque certains propos étaient trop facilement reconnaissables en nommant le nom de la ville ou celui de partenaires notamment, nous avons décidé de les modifier à minima afin de les rendre les plus anonymes possible.

III. Résultats

III.1. La plus-value des CLS

III.1.1. Un engagement plus important dans la santé et par extension dans la lutte contre les inégalités sociales de santé au niveau local.

III.1.1.1. Une plus grande visibilité de la problématique « santé » au niveau local et les prémices d'une prise de conscience des ISTS

Au cours des entretiens effectués avec les différents acteurs impliqués dans les CLS, il a été admis que ces contrats avaient permis de rendre plus visibles les questions de santé et par extension les inégalités sociales et territoriales de santé et de les positionner davantage comme une priorité sur l'agenda des collectivités territoriales. Pour certaines villes, la signature d'un CLS a permis de s'investir dans le champ de la santé, qui était jusqu'alors délaissé. Cette visibilité se traduit notamment par des délibérations au sein du conseil municipal.

« Je prends cette ville qui n'était pas du tout investie sur le champ de la santé. L'accompagnement de cette ville a permis quand même qu'elle s'inscrive dans l'Atelier Santé Ville, qu'elle s'inscrive dans le Contrat Local de Santé, qu'elle recrute maintenant une personne référente en matière de santé sur la ville, et qu'elle développe des actions propres en matière de santé. Ça, c'est une avancée pour les collectivités locales qui viennent mettre un pied sur la santé, via le Contrat Local de Santé. »

« Nous sommes en négociation avec la ville de V. sur le Contrat Local de Santé, alors même que la ville n'est pas du tout connue chez nous sur les questions de santé. »

« On a une commission santé qui se réunit à peu près tous les mois et demi. Toutes les communes sont à l'intérieur de cette commission santé. On a bien vu, au fil des six ans, d'abord parce qu'elles étaient présentes jusqu'à la fin du mandat, et c'est très important parce qu'on sait que dans d'autres commissions, au fil du temps les communes ne sont plus présentes. Nous, dans la commission santé, les communes ont été là jusqu'au bout avec, à chaque fois, des interventions intelligentes, responsables, inventives. »

« L'apport du CLS, c'est qu'il nous a permis de faire comprendre aux politiques que le débat sur l'offre de soin devait être inscrit prioritairement dans les futurs débats. Il faut en faire une priorité, ce qui n'était pas forcément le cas. »

« [Le CLS] C'est une dynamique en interne qui a permis de faire que les élus se sont trouvés plus engagés sur des questions de santé qu'ils ne l'étaient auparavant. »

Le CLS a également permis d'initier - lorsqu'elle n'existait pas - ou d'amplifier - lorsqu'elle existait - une dynamique autour de la santé dans les villes, avec notamment une volonté de mieux allier la prévention et le soin, dans un souci de parcours de santé.

« Il y a des actions qui ont été initiées grâce au CLS. A A., il y a l'action sur la vaccination des jeunes enfants, il y a l'action sur la périnatalité, il y a l'action sur le lien avec l'hôpital et la consultation avancée de cancérologie. Après, j'essaie de voir pour d'autres communes... Par exemple, N. a été le premier contrat pluriannuel qui a été signé et du coup, il y a une dynamique qui s'est encore plus créée qu'auparavant, pourtant elle était déjà importante, avec le CLS. Du coup, il y a des nouvelles fiches qui vont voir le jour. Il y a une fiche sur les violences faites aux femmes, il y a une fiche sur tout ce qui est addiction, maladies respiratoires. Ça, ce sont des choses qui ont vu le jour grâce au CLS. »

« Sur la question des parcours santé, nous avons pu interroger toutes nos actions, nous avons structuré, notamment sur la question des vaccinations, sur la prévention de l'obésité. Dès l'instant où un repérage est fait dans l'école, vers quoi l'enfant est

orienté, est-ce qu'il est bien suivi après. Nous avons re-questionné toutes nos problématiques [A l'aune de la continuité « prévention et soin »]. »

« Nous n'avions pas de plan local de santé, on avait un diagnostic Atelier Santé Ville, mais qui était quand même restreint. On s'était focalisé sur quatre thématiques sur l'Atelier Santé Ville et il y avait autre chose à faire et donc le CLS permettra d'englober tout cela, et ce bien sûr en vue de réduire les inégalités sociales de santé qui sont quand même assez présentes sur la ville. [...] Avec le CLS, on ouvre sur le soin et sur la prévention. »

« Le CLS a été un catalyseur, c'est à dire que la plupart des relations [entre les acteurs de proximité du secteur sanitaire et des autres secteurs] existaient déjà, mais il les a renforcées. »

Ce travail de conscientisation sur la santé et par extension sur les ISTS avait déjà été entamé par les ASV mais il s'est vu renforcé et confirmé par les CLS. Cependant, on constate que cela porte essentiellement sur la situation sanitaire des populations les plus vulnérables, bien que le champ des ISTS est beaucoup plus large, notamment en ce qui concerne le gradient social.

« Alors certes, le CLS n'est qu'une partie de la Politique de la Ville - pour autant ça en est la partie principale - et lui donner un sens commun qui consiste à dire effectivement que la lutte contre les inégalités sociales de santé est fondamentalement d'essayer d'approcher les plus vulnérables... quelque chose qui soit commun, qui soit partagé. »

Les CLS ont parfois permis d'amorcer une prise de conscience voire un dialogue sur les déterminants de la santé et notamment à propos de l'impact des autres secteurs sur la santé, ce qui est un premier pas pour l'insertion de la problématique santé dans l'ensemble des politiques publiques, comme le soulignent les référents CLS des différentes DT-ARS rencontrées dans les verbatim cités ci-après. Cependant, la mise en pratique semble encore difficile comme nous le verrons dans la partie « difficultés rencontrées ».

« Du coup, mes correspondants santé me disent qu'ils ont un poids plus important, enfin que la santé prend un poids plus important dans les échanges, dans les projets. »

« Il y a beaucoup de communes qui nous disent que le CLS a été l'outil qui a permis d'engager la discussion autour de la santé avec les autres directions métiers. Ça a été vraiment la première étape avant de discuter d'un projet concret d'urbanisme, de logement ou quoi que ce soit. Le fait d'apporter le CLS, c'est ça qui a ouvert cette possibilité-là. »

III.1.1.2. Une priorisation des publics et territoires vulnérables au niveau local et régional

Les différents acteurs interrogés perçoivent la lutte contre les ISTS principalement comme l'amélioration de la santé des plus pauvres afin de réduire les désavantages en matière de santé qu'ils subissent. On se situe donc dans l'optique classique de réparation des effets des inégalités sociales sur la santé des populations défavorisées.

« La lutte contre les inégalités sociales de santé est fondamentalement d'essayer d'approcher les plus vulnérables. »

En conséquence, l'objectif de lutte contre les ISTS affiché par les CLS est compris comme tel. Il s'agit de focaliser en priorité les actions en direction des populations les plus vulnérables afin d'améliorer leur état de santé.

« Le Contrat Local de Santé prévoit de focaliser sur les populations les plus défavorisées. »

« Le CLS permet d'adapter une offre aux besoins des plus précaires, parce que l'offre de soin, l'offre de soin, elle est adaptée à une norme, qui est une norme des fois totalement décalée par rapport aux vrais gens, enfin à la sociologie de certaines catégories de population. »

Selon certains interlocuteurs, le CLS a permis de réorienter des actions en cours vers des publics plus vulnérables, comme par exemple l'amélioration de l'accès à la prévention des cancers notamment en direction des populations migrantes.

« J'ai en tête plusieurs actions qui existaient avant et qui, dans le cadre du CLS, ont été recentrées sur les populations vulnérables. C'est cette action-là recentrée qui a été inscrite, mais peut-être qu'elle continue par ailleurs, mais ça ne fait pas partie du CLS. Donc oui, en termes de recentrage sur les populations et sur les territoires prioritaires. »

Les populations vulnérables sont définies à la fois par leurs caractéristiques sociales et territoriales. Concernant les premières, leur qualification est disparate soit en référence à leur situation personnelle comme les migrants, les ROMS, les jeunes, les enfants, soit en tant que bénéficiaires de services sociaux comme les allocataires du RSA, les populations en lien avec les missions locales, les bénéficiaires des restos du cœur et le public d'associations comme femmes plus, etc. A cela se combine la composante territoriale qui concerne essentiellement les habitants des quartiers appartenant à la politique de la ville.

Pour certaines villes où l'indice de développement humain est très défavorable, il semble que le public cible soit l'ensemble de la population puisque le niveau social est généralement très faible. L'objectif devient alors l'amélioration du niveau de santé de la population vivant sur le territoire de la collectivité signataire.

« Vu la pauvreté de population qui réside sur la ville on s'adresse forcément aux couches les plus défavorisées de la population, même si on ne le souhaite pas. C'est un souhait de le faire dans la politique de prévention de la ville en direction des populations défavorisées, mais même si ce n'était pas un souhait, on ne pourrait pas faire autrement puisqu'il n'y a quasiment pas de classes moyennes intermédiaires ou supérieures. On va forcément aller vers des catégories de populations défavorisées »

Au niveau régional, les CLS ciblent principalement « des territoires présentant une vulnérabilité particulière identifiés lors de la phase diagnostique du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) »⁵³. Pour déterminer les zones d'intervention prioritaires, l'ARS se réfère à un indice de défaveur qui est l'Indice de Développement Humain (IDH-2). Pour pouvoir mettre en œuvre un CLS, l'IDH-2 du territoire doit être inférieur à 0,52 qui est la moyenne nationale. Etant donné que l'appui financier de l'ARS – essentiellement en matière de prévention - est fortement corrélé au fait d'appartenir à une zone de défaveur et à la signature d'un CLS, il y a donc une forme de redistribution vers les territoires défavorisés et leurs habitants.

« Il y a quand même une forme de redistribution vers la Seine Saint Denis qui n'est pas négligeable. Bon, c'est comment le dispositif des CLS a permis en interne à l'agence de poser autrement un certain nombre de questions ? La DT s'en est saisie plutôt très bien sur les questions de financements, de la priorité, de la reconnaissance de l'IDH2, etc. Il y a tout un certain nombre d'éléments qui ont fait l'objet de deals en interne dont on peut penser qu'elles ont permis au niveau de l'agence - en tout cas sur les aspects prévention et promotion de la santé - de donner un peu plus à la Seine Saint Denis. »

« Ça a permis à certaines villes d'obtenir des financements parce que leur demande était incluse dans une démarche CLS. Donc, c'était plus facile, notamment dans l'axe stratégique santé mentale, quand ils ont répondu à l'appel à candidature pour le CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale), ils ont obtenu un financement, qu'ils n'auraient probablement pas obtenu auparavant. »

« Avec l'enveloppe, les villes qui sollicitent l'appel à projet PPS sont prioritaires quand elles sont en CLS par rapport à celles qui ne le sont pas. »

« Nous, sur le département, toutes les villes qu'on finance sont en CLS, sauf une et qu'on réduit drastiquement depuis plusieurs années. [...] C'est un critère pour nous de priorisation des actions. [...] c'est aussi un critère régional. Après, on n'est pas à

⁵³ ARS-IDF (2011). Eléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS. Document de travail.)

l'abri que malgré cette priorisation, on soit encore en dehors de l'enveloppe et qu'il faille faire des réductions.»

« L'approche de la réduction des inégalités que l'on essaie de développer sur la programmation de PPS et le recentrage des financements sur les territoires qui en ont le plus besoin, la redistribution progressive des moyens sur les territoires prioritaires de l'Ile-de-France, font qu'il y a une stratégie qui va mettre du temps, tout n'est pas cohérent dans l'organisation, dans le fonctionnement, mais il y a des petites choses qui sont prises en compte. [...] L'approche territoriale est plus un réflexe systématique qu'il y a quelque temps encore. »

Cependant, au démarrage des CLS, la démarche était très volontariste puisque des localités ayant un IDH-2 supérieur à la moyenne mais possédant des quartiers dits « Politique de la Ville » ont été intégrées. Ce fut notamment le cas d'Asnières, de Rueil-Malmaison ou de Créteil, etc. A ce jour, une réflexion est en cours afin de mieux harmoniser la démarche et limiter ces cas de figure. Des conventions de partenariat spécifiques sont proposées. Mais on assiste également à une baisse drastique des aides financières aux CLS dont l'IDH-2 est supérieur à la moyenne nationale. Il est clair que cette démarche est très difficile à mettre en place et se trouve confrontée à des résistances des élus signataires, et parfois au sein même de l'ARS.

« Pour quelques-uns dans le département, ils envisageaient une sorte de convention partenariat pour certains territoires et il y a eu des clashes politiques parce que pour les élus qui se sont engagés, ça été un affichage. »

« En plus il y en a certains qui veulent continuer à financer les villes riches qui ont des moyens parce qu'elles mènent des programmes de qualité sur telle thématique santé. V. a un super programme, il y a des super chargés de mission. M. qui est une ville pauvre n'a pas autant de moyens, peut-être pas autant de qualification aussi, et c'est vrai que cela demande de faire des choix. Quand arrivent des dossiers qui sont hyper bien rédigés, ficelés, par une ville qui a les moyens et qui a développé depuis des années une démarche intéressante sur son territoire, c'est compliqué de faire un choix pour les DT, de retirer des financements à des gens qui présentent des projets qui sont très intéressants mais pas ciblés comme bon public. »

Malgré les difficultés rencontrées, on constate que les CLS sont un moyen pour l'agence de s'interroger sur les questions de priorités territoriales. Même si cela n'est pas encore clairement établi, ils auront permis d'entamer la mise en place d'une géographie régionale des besoins et des territoires prioritaires, mais qui reste à finaliser et généraliser au sein de l'Agence.

Dans un contexte de contraintes budgétaires, cette forme de hiérarchisation peut permettre de préserver les zones défavorisées, tout en étant un outil de gestion de la baisse des crédits. Ce critère de priorisation financière est susceptible d'intéresser d'autres partenaires.

« S'ils ont des choix à faire, en termes de territoires s'ils doivent réduire un certain nombre d'interventions, ils envisagent de prioriser les territoires en CLS »

III.1.1.3. Un début d'universalisme proportionné

Bien que l'amélioration de la santé des populations les plus vulnérables soit prépondérante, on a constaté que les notions de gradient et d'universalisme proportionné étaient présentes dans les CLS, même si cela n'est pas encore systématique.

« C'est quand même le principe de cette démarche du Contrat Local de Santé, c'est d'être large mais de cibler. Réduire les inégalités ça veut dire remonter, mais tout le monde a besoin de remonter d'une certaine manière. Mais de diminuer les écarts entre ceux qui sont les mieux placés et ceux qui sont un peu plus loin. »

« Au final, le périmètre du CLS, c'est la ville, avec un focus sur les publics les plus vulnérables. C'est pourquoi nous avons une présentation des axes stratégiques par public, donc les enfants, les jeunes, les femmes, et les adultes vulnérables. Le périmètre géographique est à la fois toute la ville, mais avec un focus très fort sur les quartiers politique de la ville. »

« On a des actions qui sont prioritaires pour des populations ciblées. Par exemple, certaines populations vont être ciblées par le biais d'ateliers avec la CRAMIF, avec l'Assurance Maladie. On va faire des ateliers d'explication aux habitants, en ciblant les ateliers sociolinguistiques, en ciblant des centres sociaux, etc. Là, on va essayer d'être dans la réduction des inégalités sociales de santé, en allant voir les plus vulnérables. Mais on essaye de ne pas stigmatiser non plus. On essaie d'être accessible à la population en général et de ne pas stigmatiser. [...] Là encore, certains ateliers, on va financer aussi des choses, cofinancer des choses qui vont aller vers des populations en difficulté. Mais on va aussi promouvoir des choses pour l'ensemble de la population, qui va justement permettre peut-être d'éviter des difficultés particulières. »

Le dernier verbatim présente un exemple de pratiques relevant de ce que l'on appelle « universalisme proportionné ». D'autres exemples ont été présentés lors des entretiens, notamment celui des bilans de santé. Une consultation offrant des bilans de santé est proposée localement aux personnes précaires afin d'améliorer leur accessibilité géographique. La population générale est quant à elle informée de l'utilité de ces bilans de santé et invitée à se rendre au centre parisien de l'Assurance Maladie. On peut également citer le cas des séances de prévention bucco-dentaire plus fréquentes dans les écoles zones Politique de la Ville. Dans le cadre de la prévention des cancers féminins, l'information divulguée à la population générale est relayée auprès des femmes vulnérables socialement grâce notamment à des femmes relais et des ateliers santé.

Le fait que le CLS concerne l'ensemble du territoire d'une collectivité territoriale semble favoriser cette approche. En effet, si les ASV ont également comme objectif la réduction des ISTS, ils obligent à se cantonner aux territoires et aux publics de la Politique de la Ville. L'élargissement territorial induit par le CLS permet de prendre en compte la population générale et de différencier les actions à mener.

« Le CLS permet de sortir de cette géographie [quartiers prioritaires de la Politique de la Ville]. Ce n'est pas parce qu'on intervient ici qu'on n'a pas besoin d'intervenir juste à côté. Et pourtant jusqu'alors le rôle de la ville était de se cantonner aux quartiers prioritaires et du coup on passait à côté, j'imagine, d'autres questionnements. »

« Avec les CLS, il y avait la tentation pour les villes qui avaient été réticentes avec les Ateliers Santé Ville, de s'engager dans une démarche qui leur convenait plus. Pourquoi ? Parce que c'était la ville dans son ensemble qui était prise en compte, pas simplement les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Beaucoup avaient été résistants à cause de ça, pour des raisons variées, mais il y a toute l'histoire du Réseau Villes-Santé, le réseau OMS, qui a une antériorité dans toute cette histoire, mais qui a été très longtemps contre les Ateliers Santé Ville parce que ça voulait dire qu'on stigmatisait dans une approche de territoire spécialisée. Les questions de santé étaient abordées uniquement sous le prisme de la précarité alors qu'il fallait avoir une politique santé visible et cohérente à l'échelle de la ville toute entière. »

Comme nous l'avons précisé précédemment, le choix de mettre en place un universalisme proportionné n'est pas systématique bien que la littérature internationale ait fortement préconisé le recours à cette stratégie de lutte contre les ISTS. Bien souvent, son adoption repose sur l'observation et l'expérience accumulées des acteurs de terrain sans être réellement théorisée.

« On a des actions un peu différentes, des actions renforcées sur certains secteurs, vers des écoles. A une époque, la prévention buccodentaire reposait essentiellement sur l'animatrice, tout ce travail d'animation dans les classes. Quand elle était souffrante ou arrêtée pendant un certain temps, elle réduisait son nombre d'écoles visitées et du coup, elle focalisait sur les écoles en ZEP. On s'aperçoit que quand on prend les bilans de ces années-là, des enfants qui sont venus se faire dépister au cabinet, les enfants indemnes de caries devenaient plus nombreux dans les zones ZEP que les non ZEP. Donc ça prouve qu'il y a un intérêt à focaliser mais qu'il ne faut pas laisser non plus le reste. »

Cependant, cette forme de discrimination positive envers une frange vulnérable de la population peut être mal perçue par les élus qui pour des raisons politiques sont plus enclins à des actions généralistes qui peuvent accroître les ISTS. Cette attitude peut venir contrer l'expérience des acteurs de santé publique et les gêner dans la mise en œuvre de cette stratégie. Ceci nécessiterait donc un important travail de sensibilisation sur les bienfaits de cette approche auprès des élus et des Directeurs généraux.

« Aujourd'hui, ça [la lutte contre les ISTS] ne peut passer que par des ciblage, soit des ciblage territoriaux parce qu'on sait que certaines populations habitent à certains endroits, soit des ciblage en termes de populations, c'est-à-dire d'actions de la discrimination positive, pour résumer vite. La lutte contre les inégalités doit passer par là. Les villes ne sont pas forcément enclines à faire ça.

En raison de l'absence d'indications méthodologiques communes à l'ensemble des CLS, la stratégie de lutte contre les ISTS semble donc laissée à l'initiative des acteurs de terrain selon leurs expériences, intérêts et leur contexte particulier de contraintes.

III.1.1.4. Une amorce de prise en compte des déterminants sociaux de la Santé

Même si cela reste encore très modeste et très complexe à mettre en œuvre comme nous le verrons plus tard, il faut malgré tout noter que les CLS permettent un premier pas vers la prise de conscience des déterminants sociaux de la santé et de la nécessaire intersectorialité à mettre en place.

La difficulté première, c'est de rendre une copie qui n'est pas forcément à l'image de l'ambition et de l'esprit du CLS, notamment sur les déterminants non médicaux de la santé et sur l'intersectorialité. En même temps, le CLS permet d'avancer pas à pas sur ces enjeux. C'est une stratégie de petits pas. Peut-être que le CLS de troisième génération permettra d'aller plus loin. »

Ces premiers pas concernent essentiellement l'intégration des champs de l'habitat et de l'environnement dans les CLS. Comme nous l'avons vu lors de l'analyse de contenu des CLS⁵⁴, les questions du bruit, des pollutions de l'air et des sols, ainsi que les inégalités liées à l'aménagement urbain sont très rarement abordées. Les modes d'entrée sur ce champ sont doubles. D'une part, il s'agit de lutter contre les pathologies liées à l'habitat (comme le saturnisme, les allergies/problèmes respiratoires en raison de l'humidité, etc.) en réduisant les conséquences cliniques d'un habitat insalubre, notamment en élargissant le partenariat sur cette question. D'autre part, l'accent est porté sur les aspects réglementaires en confortant les Services Communaux d'Hygiène et de Santé. Pour de nombreux acteurs, ce sont les CLS qui ont permis cette intégration et la prise en compte de l'environnement comme facteurs d'inégalités sociales de santé.

« L'axe santé/environnement, quand on commence à parler de ça, on l'a introduit dans le cadre du CLS. On ne travaillait pas sur ces questions-là, enfin on avait la volonté mais on ne s'était pas lancé. Quand on a mis en place le CLS, on a fait en sorte qu'il y ait un axe sur les questions santé/environnement. Donc ça fait trois ans qu'on travaille dessus. »

« Quand l'élue a commencé à me parler de cette réunion, parce qu'à chaque réunion elle disait : « je vois le nombre de boîtes à lettres qui prospèrent dans telle zone, ça me rend vraiment dingue ». Du coup, c'est cette idée qui a commencé à germer et je me suis dit : pourquoi ne pas mettre dans le CLS. »⁵⁵

« Pour moi, ce que ça apporte clairement le CLS, c'est mettre l'habitat, enfin alerter ceux qui s'occupent prioritairement de la santé qu'il y a un volet habitat, que

⁵⁴ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

⁵⁵ L'augmentation des boîtes à lettres dans des banlieues pavillonnaires est bien souvent considérée comme signe du développement d'un habitat indigne, qui se traduit notamment par la location des caves, des garages, des cabanes de jardins, etc. de la part de marchands de sommeil.

l'habitat dégradé peut avoir des conséquences sur la santé. Et surtout identifier un partenariat pour travailler cette question-là. »

La prise en compte de l'habitat dans les CLS a été fortement soutenue et incitée par l'ARS. En effet, déterminant social de la santé ayant un impact important sur les ISTS, ce champ relève également des missions des villes et de l'ARS avec son service de veille et d'alerte sanitaire. Des moyens d'action sont donc disponibles et rentrent dans les missions des protagonistes du CLS.

« [A propos de la thématique habitat] Dans certaines grosses villes hyper engagées en matière de politique d'habitat, en plus avec l'interco, ça n'a pas posé de problème, mais pour certaines villes, c'est l'ARS qui en a parlé. »

« L'insalubrité de l'habitat, le saturnisme, font déjà partie des missions des villes, c'est donc plus simple. [...] Et encore, certaines villes ne voulaient pas du tout l'inscrire parce que les acteurs de la santé ne sont pas là-dedans, ce sont d'autres directions et qui ne travaillent pas forcément ensemble. »

« Ce sera difficile à évaluer le rôle du CLS parce que c'est plus dans les aspects réglementaires d'une ville, mais ça a permis d'améliorer. Un certain nombre de villes aujourd'hui ont des documents de qualité, un travail de qualité, et un vrai partenariat s'est mis en place entre les services habitat, le SCHS et VSS. »

III.1.2. Un outil qui favorise une politique locale de santé concertée

Un des objectifs majeurs des CLS est de favoriser la co-production et la mise en œuvre d'une politique locale de santé de façon concertée autour de la problématique complexe que sont les ISTS. La démarche CLS est perçue comme un dialogue entre les collectivités territoriales et l'État. La contractualisation doit permettre une articulation des politiques publiques des différents échelons, à savoir local et régional, avec une mise en commun des leviers et forces de chacun pour parvenir à l'objectif commun qu'ils se seront fixés et qu'ils ne pourront atteindre séparément.

« Les CLS, c'est d'essayer de faire jouer à plein les synergies entre les grosses institutions que sont d'une part l'Etat, de l'autre côté l'ARS et la collectivité locale. »

« Les Contrats Locaux de Santé doivent composer entre ce que la municipalité a créé, fabriqué comme ressources et ce sont souvent des associations ou des réseaux qui ont été amenés à inventer, pour répondre à des besoins auxquels la politique classique ne répondait pas. Ça, c'est un enjeu. Les Contrats Locaux de Santé, en principe, ça devrait être l'espace qui permette d'articuler, de re-articuler ces différentes ressources. »

Comme le souligne un interviewé, « Là, ça se fait de manière négociée avec la politique régionale et les programmes régionaux qui définissent eux-mêmes un certain nombre de priorités. Il y a une articulation à trouver, une alliance qui doit se faire ». Pour qu'on puisse parler d'alliance et aller au-delà de l'exécution d'une politique régionale par les collectivités territoriales, un diagnostic partagé est un préalable. Il doit aboutir à la définition de ces priorités communes qui se traduiront ensuite en des objectifs communs d'action sur les territoires qui en ont le plus besoin. Il s'agit d'aller au plus près des besoins de chaque territoire, ce qu'une politique de planification descendante classique ne permet pas de faire aussi finement.

III.1.2.1. Emergence des besoins et des difficultés d'actions sur le terrain

Le diagnostic local partagé est l'outil qui doit permettre de faire émerger les besoins existants sur le territoire et d'engager un processus de négociation sur les enjeux de santé qui s'y rattachent, afin qu'à terme, on puisse parvenir à la définition d'objectifs communs d'action et à l'élaboration de stratégies d'intervention partagées. Cette vision commune des besoins du territoire par l'ensemble des acteurs sera le socle de leur coopération et par extension des CLS. Et pour ce faire, étant donné la complexité des problèmes présents sur ces territoires

défavorisés, cette analyse de la situation exige la participation d'un très grand nombre d'acteurs diversifiés, qui sont complémentaires en termes d'expertise, de ressources et de perspectives.

« Il y a une nouvelle conjoncture sur le plan socio-épidémiologique dont il faut prendre la mesure. On ne peut pas faire comme si on savait quels étaient les besoins. Donc, il y a nécessité d'avoir un espace qui permette de faire émerger ces nouveaux profils des besoins, c'est quelque chose de fondamental. »

« Pour moi, Contrat Local de Santé, c'est faire le diagnostic, soutenir ce qui relève des bonnes pratiques et le valoriser, identifier les trous dans la raquette et essayer de trouver, à travers les fiches actions, le moyen de mobiliser les acteurs de façon coordonnée, pour essayer de répondre aux problématiques soulevées. »

« L'autre bienfait de cette démarche, c'est que nous étions financés sur un diagnostic local. »

La majorité des villes disposaient déjà des diagnostics ASV mais ils ont été pour la plupart réactualisés, avec notamment l'appui de l'ARS qui leur a fourni un appui financier ainsi que des tableaux de données portant sur la situation socio-économique du territoire, les principaux problèmes de santé de la population et l'offre de soins. Cet appui méthodologique a été perçu comme très utile par un grand nombre d'acteurs car il a notamment permis la prise de conscience de problèmes de santé non appréhendés comme tels précédemment. Cependant, certains ont pu considérer que cette monographie pouvait orienter l'analyse, plus particulièrement autour des déterminants classiques de la santé (offre et consommation de soins) et sur un certain nombre de problématiques. C'était une base de réflexion qui a servi parfois de guide strict pour les collectivités.

Le diagnostic était également qualitatif. Des rencontres ont été organisées avec les différents acteurs de proximité à savoir les professionnels de santé, les associations et parfois les habitants sur les thématiques majeures repérées précédemment. Il s'agissait de mettre à profit la connaissance du territoire et des populations que possèdent les acteurs de terrain pour creuser et affiner les données quantitatives, notamment en termes de populations concernées, de facteurs explicatifs, etc.

Ces réunions de travail sur le diagnostic sont également un espace pour faire remonter et discuter des problèmes de non-respect de certaines compétences en matière de santé sur le terrain qui invalident l'action publique en santé et auxquels sont confrontées les municipalités. Si certains s'accordent à penser que ce n'est pas au CLS de les résoudre, c'est néanmoins une occasion de les évoquer et de les faire acter. Pour exemple, on peut citer l'impossibilité de certaines PMI d'assurer le suivi des enfants après trois ans et plus particulièrement leur suivi vaccinal - bien que cela soit dans leurs missions - et ce dans un contexte de contrainte budgétaire et de difficultés de remplacement des personnels partants. L'exemple des médecins scolaires a également été abordé.

« C'est les compétences du Conseil général, mais après c'est la population de la ville. Après, si le Conseil général vous dit : « on ne peut pas », qu'est-ce qu'on fait ? Je vous donne encore un exemple. Dans les vaccinations, les compétences du Conseil général, c'est de faire les vaccinations à partir de 6 ans dans les Centres Municipaux de Santé. Avant 6 ans, c'est la PMI et pourtant on les fait ici. Vous n'allez pas laisser les enfants sous prétextes qu'on vous a dit dans la convention que c'est après 6 ans. Il n'y a pas de médecin pour les vacciner à la PMI. Ils arrivent au CMS, vous allez les laisser ? Ben non. »

« Par exemple, le bilan de santé de quatre ans. Ce sont des missions du conseil général. C'est compliqué, nous intervenons sur un champ de compétence qui est le leur. Parce que l'objectif de réduction des inégalités de santé passe nécessairement par l'enfant, nous avons notre mot à dire, mais c'est limite. C'est difficile d'aller sur ce terrain-là. Sur le terrain des postes vacants de médecin, nous avons des idées, mais nous aimerions qu'ils proposent des postes centres de santé PMI. On bute sur les statuts des médecins de PMI. [...] on va donc faire une fiche action un peu plus générale en se demandant comment faire en sorte que ce bilan de quatre ans soit concrètement fait sur toutes les tranches d'âge. Spontanément, c'est plutôt un sujet

où l'on traiterait par domaine de compétence, donc ce n'est pas un domaine de compétence de la mairie, et donc ce n'est pas vraiment un sujet sur lequel on est censé aller, et donc on n'y va pas, parce que dès qu'on y va, ça coince. Grâce au CLS, c'est un sujet que l'on va traiter en commun. »

Le diagnostic est une pierre angulaire puisqu'il sert ensuite de légitimation des choix d'axes de travail et de l'ensemble de la démarche. Il revient souvent dans le discours des acteurs comme un élément de référence justifiant les choix réalisés et garant de leur pertinence. Il est d'autant plus légitime s'il a réuni un grand nombre d'acteurs permettant une vision globale des problèmes de santé publique et des ISTS collectivement validée.

« Ça veut dire que les différents partenaires s'accordent à estimer que tel axe est retenu, est prioritaire. Donc après, on s'appuie dessus, comme une sorte de guide : « le bien vieillir, c'est un axe retenu en CLS ». C'est quand même une sorte de guide, de grande feuille de route pour la ville. Ce n'est pas la feuille de route uniquement pour nous, c'est la feuille de route partenariale pour la santé et pour la ville. »

III.1.2.2. Négociation sur les priorités locales de santé

A l'issue du diagnostic, une phase de priorisation des besoins est prévue, afin de définir les axes thématiques qui feront l'objet d'une contractualisation entre les partenaires signataires, et définiront le contenu d'un projet local de santé commun. C'est à ce niveau qu'une certaine tension peut apparaître entre les différents acteurs. En effet, comme le souligne Legoff, *« Tout l'enjeu est de faire coïncider sur le territoire local (commune, intercommunalité, pays), territoire de la proximité, les dispositifs issus d'initiatives locales et de la territorialisation des politiques nationales, afin de mieux répondre aux besoins de tous les habitants, dans un souci d'équité sociale et spatiale à l'échelle nationale »*⁵⁶. En effet, parmi les objectifs des CLS, on retrouve la déclinaison locale du Programme Régional de Santé (PRS). L'ARS étant l'un des signataires des CLS, le PRS représente sa feuille de route. Son contenu sert de base de négociation sur le contenu des CLS et les opportunités de financement qui en découlent, au même titre que les PLS devraient représenter celles des collectivités territoriales. Inversement, les CLS ne se sont pas implantés sur un terrain vierge mais se sont construits à partir d'initiatives existantes au préalable et notamment les ASV qui fédéraient déjà un grand nombre d'acteurs autour des questions de prévention et d'accès aux droits, avec toutefois une faible présence des acteurs de soins.

Le CLS est généralement perçu comme un outil de négociation entre partenaires, que cela soit avec l'agence mais aussi avec les acteurs de proximité. Il peut permettre à l'ensemble des parties d'étendre leurs perceptions quant aux besoins de santé sur le territoire selon le niveau où elles se situent et de convaincre ces dernières de s'investir dans de nouveaux champs jusque-là ignorés. En effet, du fait de la diversité des acteurs mobilisés et de la mutualisation des compétences, les CLS permettent d'inclure de nouvelles thématiques ou de proposer un renforcement de la programmation pour certaines d'entre elles. Ce fut notamment le cas pour les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), de la périnatalité, mais aussi la prise en compte de l'environnement et du logement comme des thématiques intéressant la santé. Ce fut également par exemple, l'occasion pour une municipalité de reconnaître l'utilité de la mise en place d'un ASV longtemps rejeté par ailleurs.

« Comme ce projet se discutait au fur et à mesure et que nous le construisions nous-mêmes au fur et à mesure avec l'hôpital, nous avons eu du mal à le vendre, mais au final, ils [...] trouvent intéressant et nous encouragent fortement à travailler sur la périnatalité alors que nous n'avions pas imaginé le faire au départ. C'est pourquoi le CLS est aussi un outil de négociation et c'est intéressant parce que cela nous permet de sortir de nos œillères municipales ou territoriales qui se limitent aux frontières de la ville et d'avoir le retour de l'ARS qui a un spectre plus large et doit faire vivre ces dispositifs ».

⁵⁶ Le Goff, E. (2011), *Innovations politiques locales, régulation de l'Etat et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010)*, Revue Française des Affaires Sociales, n°4 : La documentation française, p158-177.

« Sur les autres aspects, nous avons des actions qui sont nées via le CLS, notamment la fiche sur la périnatalité. Toutes les questions de périnatalité n'étaient pas ressorties spontanément du diagnostic santé. Nous-mêmes à notre niveau n'avions pas ressenti cela comme une priorité, mais au regard de l'ARS, c'est une priorité régionale et les indicateurs de santé de la ville montrent que notre ville a le plus fort taux de natalité du département et un taux de mortalité infantile relativement important. Donc, au regard des chiffres de l'ARS, cela devenait une priorité à étudier localement. »

« Le CLS est un moyen, un outil pour cela. Pour convaincre aujourd'hui de l'intérêt par exemple de développer un conseil local de santé mentale. »

D'autres thématiques ont quant à elles été rejetées par l'Agence. Cela concerne essentiellement les questions de création de structures médico-sociales telles qu'une maison de jour pour artistes ou un CSAPA, etc. Il semble parfois exister un malentendu quant à la justification de ce rejet entre les acteurs de terrain et l'Agence. Les premiers ont tendance à expliquer cela par le fait que ces thématiques ne rentraient pas dans le champ des CLS, jugés par ailleurs peu précisément définis au départ de l'initiative. Pour l'Agence, il s'agissait au contraire de ne pas inscrire des actions qui ne soient pas financées (par elle tout du moins) et éviter ainsi le risque d'affichage.

Ces décisions ont pu créer une certaine tension entre les partenaires. Des acteurs ont pu y voir une volonté de l'Agence d'avancer ses propres priorités et ne pas courir le risque de perturber la cohérence d'une stratégie régionale existante, avec par conséquent, un poids différent des partenaires dans les négociations. Et ce d'autant plus que 1) peu de villes possédaient un document de politique cadre en matière de santé ; 2) comme on le verra dans la partie suivante - le troisième signataire qui était la préfecture est apparu très silencieux et intervenant uniquement au titre de la politique de la ville, sans mobiliser l'ensemble de ses autres compétences ; ce qui a pu parfois déséquilibrer le rapport de forces entre les différentes parties prenantes

« Ce qui est compliqué aussi derrière le CLS, c'est l'outil pour faire passer les priorités de l'Agence ».

« C'était au début un peu l'ambiguïté de l'ARS et des textes sur les CLS, c'était un peu une déclinaison d'en haut des politiques de santé publique. »

« Pour moi, le CLS c'est une déclinaison locale du programme régional de santé. En fait, les villes ont une marge de manœuvre assez limitée, c'est-à-dire que la DT-ARS veille à ce que ses items à elle apparaissent bien. Par exemple, l'éducation thérapeutique, je ne pense pas que spontanément, dans un Atelier Ville, ça émerge du terrain, d'une approche communautaire, etc. Par contre, j'observe qu'elle est très fréquemment inscrite et, comme par hasard, ça recoupe une des priorités du projet régional de santé. Donc, je pense que l'ARS a quand même un rôle, mais je ne sais pas comment l'ARS négocie en amont, mais je pense que l'ARS impose son cadre et ses thèmes parce que, dans sa logique, c'est vraiment une déclinaison locale et donc, clairement ce n'est pas une approche communautaire comme peut le faire un Atelier Santé Ville pour faire une action de promotion de la santé dans un quartier. On est assez éloigné de ça. Il y a quand même une approche institutionnelle et une politique régionale qui s'appliquent au niveau local. Donc après, c'est un arbitrage. »

« On est plutôt du haut vers le bas plutôt que du bas vers le haut dans ces process.[...] Croiser les priorités de l'agence avec les priorités locales, impliquait un processus parallèle qui somme toute aurait dû peser de manière identique. Or, pas du tout. Il n'y a aucune priorité de la ville qui, contre l'agence, a su trouver sa place au sein du CLS. On est vraiment dans des priorités partagées mais plutôt au sens « on a des priorités juxtaposées ». »

Selon un interlocuteur, « il [le CLS] empiète un peu sur ce que pourrait être la prérogative de l'élu, qui est censé avoir une politique pour sa ville, qu'il énonce et qu'il défend, qu'il revendique et dont il est comptable. [...] un certain nombre de villes souhaitent garder la maîtrise de la politique qu'elles mènent, donc ne pas se la faire dicter ni par l'Etat ni par la région. Donc, il y a des défiances, du coup il y a une espèce d'effet d'amortisseur qui bloque, qui peut ralentir la

démarche.» Selon Le Goff⁵⁷, les CLS constituent une manière pour l'Etat de se positionner à nouveau et de manière plus appuyée au niveau local. Ils viseraient à appliquer au niveau local les éléments de sa politique et d'harmoniser l'ensemble des initiatives déjà existantes. D'ailleurs, les villes sont invitées à élaborer leur propre PLS et d'intégrer les thématiques jugées prioritaires mais n'ayant pas été retenues dans le CLS.

Cependant, quelques villes ont malgré tout réussi à négocier l'inscription dans leur CLS de certaines de leurs priorités, bien que non partagées par l'ARS. Pour ces villes, il s'agissait essentiellement de réaffirmer et d'afficher leur position de signataires et coproductrices des CLS. Pour l'ARS, il convenait alors de ne pas casser des dynamiques locales. On peut s'interroger sur l'effectivité de cette inscription puisqu'il est admis de part et d'autre que ces actions ne feront pas l'objet d'un financement conjoint. Cependant, en faisant apparaître des priorités non partagées, ces villes escomptent influencer à terme sur les priorités régionales et de passer d'une logique plutôt « Top down » aux prémices d'une démarche « Bottom up ».

« S'ils (ARS) n'appuient pas, ça veut dire deux choses. Soit, ce n'est pas dans ses priorités, voire même au niveau réel, c'est peut-être pas forcément une priorité, mais ça peut être vécu comme une danseuse de l'élus, comme on dit. Soit, ça correspond à une priorité nouvelle, à un nouveau besoin, qui n'avait pas été pris en compte, pour lequel n'existe pas de cadre de référence dans le cadre des politiques publiques, c'est-à-dire dans des textes et c'est des lignes de crédit. Du coup, l'ARS faut qu'ils se mettent en posture d'écouter ça pour sentir les signaux, pour après changer ses cadres et que le Ministère de la Santé change aussi ses cadres, et peut-être qu'ils créent après des lignes. Toutes les politiques nationales de santé se modifient au fil du temps, mais c'est la réactivité qui compte. »

Ces modalités de négociation peuvent conduire à s'interroger sur les capacités d'innovation des CLS, permettant notamment l'émergence d'actions novatrices en matière de lutte contre les ISTS.

« A partir de là, qu'est-ce qui va se passer ? Le CLS peut aussi être - puisque ça va être relativement contraignant au niveau de la manière dont les actions sont financées dans les années à venir - être une ré-articulation, un ré-habillage de ce qui existe. C'est-à-dire on s'appuie sur les données pour l'argumentation et on essaye de construire un cadre qui permette d'héberger tout ce qui se fait déjà sur les thématiques de prévention, les actions du PRAPS, la précarité et l'accès aux soins. On va re-articuler, remettre ensemble tous ces éléments-là et essayer de l'emballer d'une manière qui soit présentable pour que ça puisse être le nouveau cadre contractuel. Cette version-là, quand il y a rien, c'est bien qu'elle se passe. Mais indépendamment des aspects de gestion et d'administration, il ne se passe rien. C'est un travail d'organisation, de mise en forme, de mise en scène. Alors que l'idée présente dans les Ateliers Santé Ville et présente aussi dans le cahier des charges des CLS, c'est de relancer la machine à concerner, la machine à diagnostiquer, la machine à faire participer, c'est-à-dire à faire que ce nouveau cadre soit vraiment habité par les acteurs et par les populations destinataires de la politique de santé. »

Or cette innovation très attendue de la part des collectivités territoriales et de l'ARS demande du temps et des prérequis, notamment en termes de partenariat et de coordination. En examinant le discours des acteurs, on constate que les CLS permettent justement de poser les bases de ces préalables, même si comme nous le verrons plus tard, cela exigera du temps et quelques approfondissements.

III.1.2.3. Structuration d'un projet de santé local

Parmi les sites rencontrés, aucune des villes n'avait de Plan Local de Santé préalablement élaboré ou encore d'actualité (celui de Bobigny datant de 2004). Le CLS a donc été l'occasion

⁵⁷ Le Goff. E. (2011), *Innovations politiques locales, régulation de l'Etat et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010)*, Revue Française des Affaires Sociales, n°4 : La documentation française, p158-177.

de repenser la politique locale de santé et d'asseoir un projet stratégique de santé publique allant au-delà de la juxtaposition d'actions. Si les acteurs de terrain soulignent que le CLS n'est qu'une partie de la politique locale et qu'il vient s'inscrire dans la continuité d'un engagement déjà ancien des municipalités dans le champ de la santé, il n'en reste pas moins une partie principale.

« Pour moi, il répond aussi à un autre objectif qui est d'essayer de structurer un projet de santé au sein de la ville qui soit un projet un peu partagé et qui soit à la fois une certaine forme de visibilité et de pérennité. »

« Le CLS ça devient le cadre d'un programme d'actions en santé publique sur le territoire. C'est beaucoup plus stratégique. On est dans la possibilité de devoir définir des objectifs, avec toute la mise en œuvre du processus de travail permettant d'atteindre ces objectifs, à savoir gestion de moyens, mobilisation d'acteurs, et ça, dans la durée, avec aussi des enjeux d'évaluation. On n'est plus dans un échelon intermédiaire, on est dans une structuration. En principe, le CLS devient un cadre pour mener l'action de santé publique pour structurer une stratégie locale de santé. »

« Le CLS pour moi est un outil de contractualisation avec des partenaires importants : ARS, préfecture, conseil général, pour se mettre d'accord sur les objectifs prioritaires en santé sur une échéance à cinq ans. Je le vois plutôt comme un outil de partenariat et pour travailler à plusieurs sur les mêmes objectifs de santé publique. »

Cet outil est donc un outil politique donnant un cadre et une lisibilité à l'action publique et favorisant une certaine stabilité de l'engagement des acteurs, tant du côté des collectivités territoriales que de l'Agence Régionale de Santé et des autres partenaires signataires.

« Le CLS permet de faire - du moins je crois - d'empêcher les remises en cause permanentes induites par les thématiques changeantes d'une année sur l'autre et les priorités changeantes. »

« Il est politique dans le sens où le maire a un dispositif ou quelque chose de carré, de fléché pour parler de sa politique locale de santé. »

C'est également un outil de santé publique très important pour une collectivité puisqu'il permet de questionner les priorités de santé et les réalisations opérées sur un territoire afin de s'assurer qu'elles répondent bien aux besoins des populations ainsi qu'aux nouvelles problématiques qui se sont développées depuis plusieurs années. On pense notamment aux difficultés éprouvées par certaines catégories de la population à accéder à la prévention et aux soins aux travers des circuits classiques. Le CLS devient donc à la fois un espace de santé publique et un outil d'aide à la décision et de réorientation des politiques publiques comme le souligne l'un des élus rencontrés.

« Pour moi, le Contrat Local de Santé, ça a été de nous permettre d'avoir cet exercice de réflexion, de regarder ce qu'on faisait et d'analyser nos pratiques au regard des attentes de la population. »

« Ça permet de réunir tout le monde autour de la table : les acteurs locaux, les décideurs, et de se poser les bonnes questions »

« Je dirais plus que c'est un outil qui doit permettre une réflexion collective autour des préoccupations qu'on peut avoir autour de la santé, et réflexion aussi sur ce qu'on peut attendre en termes de responsabilisation de la population dans cette offre de soins. [...] Et puis c'était une façon aussi, pour le politique, de savoir si ce qui était décidé en matière de prévention rencontre des besoins de la population. Si, en gros, ce que nous faisons en prévention répondait à un besoin et si oui, quelles étaient les conséquences sur le comportement des personnes qui pouvaient bénéficier de ces actions de prévention. »

« C'est un dispositif qui permet de valider, de faire reconnaître, aussi bien au niveau local, chez les acteurs locaux, ville et acteurs ayant essentiellement une orientation sur le territoire local, et les autres instances intervenant sur le même territoire, secteur libéral, secteur associatif, à faire reconnaître une architecture

d'actions publiques sur les questions de santé, qui répondent aux besoins de la population, à l'élaborer et à la faire reconnaître. »

Dans le cadre d'un CLS, ces priorités sont normalement discutées avec l'ensemble des acteurs intervenant sur le territoire municipal pour une plus grande synergie. Ceci doit permettre de dépasser le millefeuille institutionnel – local mais aussi régional - et de parvenir à une vision et une cohérence globale de l'ensemble des actions menées.

« On a un système qui est un peu compliqué dans notre architecture d'actions publiques, avec des logiques départementales, des logiques régionales, des logiques nationales, et puis la logique locale. Le CLS, l'idée, c'est qu'on essaye de réarticuler tout ça d'une manière dynamique pour avoir une action cohérente sur la santé. »

« C'est simplement que pour une ville comme la nôtre qui n'a pas d'atelier santé ville, alors que dans des villes qui en ont un, ce travail est peut-être déjà fait, il s'agit d'avoir une vision globale des actions qui sont menées, dans quel objectif, auprès de quel public. »

« Ça faisait quelques années qu'on se posait la question, en tout cas le constat qu'on avait fait, c'était que nous étions très nombreux sur le territoire à mener des actions de prévention, avec, en face de nous, des interlocuteurs qui n'avaient pas forcément une grande visibilité de ce qui se faisait, de qui faisait quoi, de qui portait les actions de prévention. Plusieurs services municipaux, chacun de leur côté, répondaient aux différentes institutions pour justement mener ces actions, ce qui pouvait aboutir à une perte de lisibilité ou en tout cas de visibilité des objectifs attendus à cette politique de prévention. En rencontrant l'Education Nationale par exemple, je me suis rendu compte que les chefs d'établissements avaient, autour de leur table, trois, quatre, cinq personnels municipaux, chacun faisait de la prévention sans savoir ce que faisait le voisin. Donc il manquait un peu de cohérence à cette politique de prévention. »

« Le CLS est un outil pertinent parce qu'il permet de formaliser. Il y avait plein de choses faites à droite et à gauche. Mais c'est bien à un moment donné de formaliser, de se mettre d'accord pour réaliser des actions dans le cadre de ces axes, que les partenaires associatifs et institutionnels, quand ils souhaitent monter des actions de santé, s'inscrivent dans le cadre de ce Contrat Local de Santé pour que nous ayons une cohérence sur ce qui se met en place. Sur notre ville, il y a beaucoup d'acteurs municipaux, des acteurs associatifs, des institutionnels. C'est une force en soi parce qu'il y a plein de gens et que l'on peut faire beaucoup de choses, mais parfois on n'est pas au courant de ce que font les uns ou les autres et on découvre des choses, on n'est pas forcément bien informé de ce qui se passe. Le fait d'avoir des contrats élaborés avec l'ensemble des partenaires municipaux permet d'avoir une meilleure visibilité, et lorsqu'on réfléchit à une action de pouvoir directement contacter les partenaires compétents et d'inscrire cette action en cohérence avec d'autres actions qui existaient déjà et éviter les millefeuilles. »

« Si je réfléchis aux inégalités territoriales de santé et comment le CLS peut... Je pense que c'est vraiment par la coordination du travail avant tout que ça peut tenter de s'améliorer ! »

III.1.3. Outil favorisant le partenariat

III.1.3.1. Implication de partenariats nouveaux et anciens

Le CLS est fortement perçu comme un outil de mobilisation du partenariat – sectoriel et intersectoriel – dans un processus de coproduction d'un projet local de santé publique. Et pour certains acteurs et selon la littérature internationale, c'est un des pré-requis pour parvenir à un impact sur les ISTS.

« Le premier avantage de cette démarche a été les rencontres partenariales. »

« Cela [CLS] permet de réunir un certain nombre de professionnels qui sont dans des missions, dans des champs et des territoires différents. Pour certains, c'est plus facile que d'autres. »

« C'est un outil un peu stratégique et partenarial puisqu'il permet aussi de fédérer des acteurs, des partenaires. Par exemple, le réseau Perinat-92 est venu vers nous pour savoir si nous mettions en place un CLS, comment ils pourraient s'intégrer dans ce CLS. Le CLAT qui s'occupe de tuberculose et avec qui nous travaillons déjà souhaitait aussi cette visibilité dans le CLS. »

« Ça aide parce que ça permet de réunir tout le monde autour de la table : les acteurs locaux, les décideurs, et de se poser les bonnes questions. On est dans la co-production de politiques publiques de santé. »

« Ce que ça favorise, c'est des relations qui n'existaient pas avant. Je ne sais pas si vous fréquentez les institutions du département, on a tous l'habitude de travailler en autarcie sur nos problématiques. [...] On n'avait pas l'habitude de travailler de façon si près avec les municipalités. »

« Il [Le CLS] a apporté une chose qui me semble essentielle, il est de faire en sorte que les personnels municipaux, les services municipaux qui étaient ordinairement associés à des actions, soient associés comme étant dans la co-élaboration. Ils sont inscrits à part entière dans l'action, ils ont un rôle propre, puisque ces fiches actions vont permettre de les inscrire comme co-élaborateurs de l'action. C'est une forme de co-responsabilisation qui me semble être intéressante. »

Il y a une volonté d'adopter une approche inclusive, c'est-à-dire qui regroupe l'ensemble des intervenants-clés requis pour atteindre les résultats visés. Cependant comme nous le verrons ultérieurement, cela ne semble pas toujours aller de soi : certains interlocuteurs-clés sont régulièrement oubliés comme les habitants, d'autres sont invités mais sont peu présents, comme la PMI ou l'Education Nationale par exemple.

« Il y a un sujet, qui est-ce qui faut mettre autour de la table pour que ça fonctionne ? Donc, la démarche du CLS, je la trouve ultra intéressante en ce sens-là, c'est que ça permet d'identifier ou de bien ré-identifier les personnes intéressantes. Après, pour les gens qui auraient pas l'habitude de travailler comme ça, peut-être que, justement, c'est l'occasion pour elles de découvrir que travailler ainsi, c'est riche et ça permet de bien cerner toute la problématique. »

Cette participation des différents acteurs au niveau local se réalise notamment au travers du diagnostic et des groupes de travail qui s'en suivent, puis dans le comité de pilotage pour certains. Ces rencontres ayant pour objet le projet « CLS », elles permettent dans un premier temps de renforcer la connaissance mutuelle des missions et actions de chacun sur le territoire et de créer des réseaux interprofessionnels. Cela participe à la création d'une perception commune des problèmes locaux dans le champ complexe des ISTS dont les solutions ne relèvent pas de la capacité et de la responsabilité d'un seul secteur. Ce sont les prémices d'une future collaboration dans la résolution de ces problèmes et à terme d'une culture commune pouvant même aller au-delà du CLS. Et comme nous l'avons vu précédemment, elle permet d'éviter la multiplication des initiatives ayant un but similaire et la fragmentation des efforts. De nouveaux rapprochements entre acteurs commencent d'ailleurs à s'amorcer qui sont parfois encore modestes sur certains sites mais peuvent être prometteurs pour l'avenir, comme des idées de projets à mener en commun, des ébauches de collaboration, des invitations à des réunions de travail, etc.

« Le CLS, ça permet de connaître plus de gens, plus de personnes qui travaillent autour des élèves en périphérie, dans les centres de loisirs. [...] puis de voir un petit peu ce qui se passe et surtout de discuter, de faire un petit peu plus de prévention. En fait, la prévention c'est quelque chose qui n'est pas véritablement bien située en France, on s'intéresse plutôt au soin. Donc, c'est intéressant d'être avec des personnes qui font ça et ça permet de discuter un petit peu, d'être en relation. Et puis de donner un petit peu le regard de l'école, parce que l'école c'est quand même quelque chose de très peu connu. (...) Un de mes rôles, c'est d'expliquer l'évolution, le parcours. »

« Déjà on a eu l'opportunité de rencontrer un médecin allergologue du Centre de Santé, qui nous a dit : « c'est formidable que vous existiez parce que je reçois plein de gens qui se plaignent de leurs conditions d'habitat, et ce n'est pas forcément des allergies ». Elle était vraiment intéressée à pouvoir travailler avec nous. Et nous, on

était également très intéressés à travailler avec elle puisque tous ces champignons, les maladies respiratoires dont les gens se plaignent, il y a très peu de matière en réalité. Donc, les inspectrices de salubrité, elles ne peuvent pas encore le reprendre vraiment dans les rapports, elles ne savent pas comment le faire. Donc, on s'est dit qu'il fallait absolument qu'on travaille ensemble pour monter en compétences là-dessus, savoir comment intégrer cette question des moisissures, des champignons, dans les rapports d'hygiène. »

« Il y avait un groupe ressource qui avait été mis en place pour le diagnostic local, pour pouvoir arriver à la rédaction du CLS. Donc, il y a eu des rencontres entre les différents acteurs locaux, associatifs ou municipaux, pour réfléchir sur les accompagnements qui existent sur la ville et ce qui n'existe pas, comment on pourrait améliorer les choses. (...) Et c'est aussi comme ça que, avec l'infirmière d'un collège, on a pu mettre en place l'action sur le virtuel parce qu'on s'est vues plusieurs fois, on a échangé et on a pu travailler cette question-là. »

« La personne de ce service qui est venue dans le groupe de travail m'a fait un lien sur un mail, qu'elle ne m'aurait pas fait avant. Ça apprend à connaître les missions de cette institution en lien avec la politique de la ville. »

Le CLS a également permis aux municipalités d'effectuer des rapprochements entre le secteur de la santé et les autres secteurs tels que l'habitat, l'éducation, la jeunesse et sport, etc. C'est un premier pas vers davantage d'intersectorialité et la prise en compte de la santé dans d'autres politiques locales. Même si cela reste limité et en construction, le CLS les oblige à repenser leur mode d'organisation et leur rapport aux autres services.

« Le CLS apporte cela dans une ville, c'est-à-dire que l'implication des collègues comme le CCAS, le CRIC, le Service de l'Enfance, de la Jeunesse, des Sports, permet de décloisonner des services qui sont nécessairement verticaux. »

« C'est dans le cadre du CLS qu'on a développé des liens. On a d'ailleurs un lien qu'on va développer avec le service éducatif. Il y a le nouveau projet éducatif [...]. J'ai rencontré la chargée de mission, je l'avais invitée à une de nos réunions de prévention. C'est un partenariat qui sera mis en place avec le service éducatif. Entre les directions générales, après j'ai informé mon élue... C'est en corrélation avec le CLS, quand elle est venue parler de son projet dans notre réunion. Ça, c'est un nouveau partenaire mais qui fait partie de la ville puisque c'est elle qui est chargée de la construction du projet éducatif local. Et dans le CLS, on a tout ce qui touche l'Education Nationale. Le projet éducatif, ce n'est pas seulement le temps scolaire, il y a le temps périscolaire, donc voir comment on travaille dans ce projet éducatif local, si on peut insérer certaines actions du CLS. On s'était déjà rencontré pour voir. »

« Le CLS apporte cela dans une ville, c'est-à-dire que l'implication des collègues comme le CCAS, le CRIC, le Service de l'Enfance, de la Jeunesse, des Sports, permet de décloisonner des services qui sont nécessairement verticaux, parce qu'une ville, c'est grand, avec une organisation très lourde. En invitant ces personnes ou ces services dans le comité de pilotage ou en les impliquant comme partenaires sur certaines fiches actions, le CLS permet la prise en compte de la santé sur d'autres politiques locales. »

« [A propos des liens avec le secteur « environnement »] Ce sont des articulations qui, même si elles n'existaient pas au départ, dans le déroulé de la réflexion du CLS ou la vie du CLS, vont se produire a priori plus naturellement. On sent que les gens prennent l'habitude de travailler ensemble. »

Pour certains sites, une collaboration intersectorielle commence réellement à s'établir, notamment autour de la problématique « habitat ».

« La semaine prochaine, le service habitat met en place un groupe réunissant des copropriétaires avec différents partenaires. C'est eux qui nous sollicitent pour qu'on vienne tenir un stand sur la qualité de l'air intérieur. Il y a trois ans, ça aurait été complètement improbable. C'était à nous, entre guillemets, d'aller les draguer, de les solliciter. Là, c'est eux qui viennent nous voir pour qu'on puisse intéresser les copropriétaires. »

« Quand quelqu'un qui est pas du tout de la santé argumente sur la santé, on se dit qu'on a gagné l'affaire. (...) Je pense aux collègues de l'habitat qui vont présenter régulièrement le projet sur la qualité de l'air intérieur. C'est eux qui ont défendu auprès des bailleurs, l'intérêt de la sensibilisation. »

Dans différentes localités, le CLS a permis de faire participer des partenaires jusque-là peu enclins à s'investir dans un projet territorial de santé comme notamment les hôpitaux ou les médecins généralistes. Des discussions ont été engagées notamment pour la mise en place de consultations avancées sur le territoire et améliorer ainsi l'accès aux soins et le parcours de soins des habitants.

« Des partenariats sont en train de se développer. Le plus gros changement immédiat, c'est les liens que nous avons développés avec le secteur libéral. Ils ne sont pas énormes, mais il n'y en avait aucun avant. On a sollicité pour la première fois les offreurs de soins. »

« La grande avancée que nous a permis le Contrat Local de Santé, moi j'avais un souci majeur depuis des années, c'était de réfléchir à comment associer l'ensemble des acteurs de soin autour d'une table. Il faut reconnaître que je n'y étais jamais parvenu. »

Le fait que la ville soit officiellement reconnue comme un partenaire essentiel en matière de santé par des institutions telles que l'ARS lui assure une plus grande légitimité en matière de santé.

« Ce qui est intéressant dans le Contrat Local de Santé par rapport à ce qui existait auparavant, c'est qu'il y a enfin la reconnaissance par l'Etat d'une compétence des villes à faire de la santé alors que ce n'est pas une compétence obligatoire. Cela me semble important. »

Cette reconnaissance officielle de ses compétences en santé sur le plan local lui donne une plus grande facilité pour fédérer les différents acteurs de la santé œuvrant sur son territoire allant même jusqu'à en attirer de nouveaux. De plus, selon certains acteurs, le fait que la municipalité ne soit pas le seul pilote de l'initiative semble être le garant d'une neutralité et l'assurance d'une action de qualité.

« Et puis aussi pour montrer que ce n'est pas forcément à la ville de porter cette action-là, mais ça vient de plus haut, c'est le Contrat Local de Santé, c'est sur l'ensemble du territoire et ça concerne tout le monde. [...] C'est la garantie pour moi de la neutralité de l'action, la dégager de tout parti pris. »

« Le fait d'être dans un cadre reconnu et étendu, c'est aussi pour les partenaires qui travaillent avec nous, de se dire : il y a une validation locale mais aussi avec une dimension beaucoup plus large que la validation locale, et on ne peut pas faire n'importe quoi. »

« Parce qu'il vient d'une institution [...] Là, c'est une institution. L'objectif, il est clair, il est partagé par tout le monde. On peut pas taxer l'ARS de vouloir faire du détournement de patients. »

Par ailleurs, le partenariat institutionnel autour des CLS commence à s'instaurer avec certains partenaires notamment avec la CPAM. Ce partenariat institutionnel modifie fortement les relations sur le terrain et contribue à une plus grande collaboration entre les acteurs. Ainsi, ce n'est plus un partenaire local qui s'engage dans les CLS du fait de l'intérêt qu'il y trouve localement et en fonction de ses contraintes, mais bien l'institution à laquelle il appartient.

« Imaginons que vous soyez responsable d'un CCAS ou d'un centre de santé sur le département, vous allez m'appeler, en me disant : « j'ai appris par untel que vous faisiez des séances d'information et qu'on pouvait mettre un partenariat ». On va se réunir, on va discuter des modalités, de vos besoins, etc. Après, on va partir sur une base de projet de convention et d'un calendrier de formations. Il y a des partenaires qui vont me contacter, il y en a d'autres qui ne vont pas me contacter. Là, quand on va sur les CLS, on y va en tant qu'acteurs et signataires. Donc, le contact est automatique. Ce n'est pas de l'aléatoire. C'est important parce que ça

nous implique dans la vie municipale et c'est une chose qui n'était pas effective jusqu'à présent.

L'acteur majeur pour mettre en place ce jeu d'alliances en santé semble être l'ARS-IDF, en tant que responsable de la politique de santé au niveau régional. En interpellant directement certains partenaires institutionnels quant à leur participation au processus CLS, en endossant un rôle de plaidoyer, l'ARS a contribué à les mobiliser sur le plan institutionnel, favorisant ainsi un engagement plus officiel et une stabilité de l'engagement non garanti auparavant. Ce fut notamment le cas pour la CPAM, au travers d'un courrier adressé à tous les directeurs des CPAM par le directeur général de l'ARS Île-de-France leur proposant de s'associer à la démarche CLS. On peut aussi citer l'initiative d'un appel à projet commun DRIH-ARS sur les questions d'habitat insalubre. Ces initiatives furent très bien accueillies de la part des communes qui sont clairement en attente d'un tel positionnement de la part de l'ARS.

« [Ce qu'on attend de] L'ARS, c'est la mobilisation des partenaires institutionnels, comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le Conseil général. »

La CPAM quant à elle y voit ainsi une opportunité et un outil pour étendre ses programmes en lien avec l'accès aux droits, aux soins et à la prévention.

« Autant on est actif dans les CLS en tant que partenaire des municipalités, autant les CLS nous servent aussi à remplir nos obligations par rapport à nos populations. [...] Ça n'a pas modifié notre façon d'agir, ça nous implique un peu plus et puis ça permet de toucher des publics qu'on ne voit pas, c'est surtout ça qui est important. »

« Pour les CLS, les dispositifs que l'assurance maladie met en place sont valorisés dans le cadre des échanges sur les CLS. Cela permet d'ailleurs de mieux connaître tout ce qu'ils font. Du coup, les acteurs notamment des villes se les approprient auprès de la population, et donc font des animations avec la CPAM, ce qu'ils n'auraient pas fait il y a six mois parce qu'ils ne connaissaient pas tout ce que la CPAM développait. »

Cependant, cette démarche de rapprochement institutionnel, même si elle est entamée pour certains partenaires et pour certains départements, demandera à être intensifiée auprès notamment des Conseils Généraux, de l'Education Nationale, des différents services de l'Etat comme les Directions Départementales de la Cohésion Sociale, etc.

De plus, pour beaucoup de villes, le CLS a permis de renforcer le partenariat avec l'ARS.

« L'intérêt du CLS était double. D'une part, rentrer dans une forme de dialectique avec l'agence que nous n'avions pas eue, même on n'avait pas avant avec la DDASS ; et le lien avec un certain nombre de partenaires... »

III.1.3.2. Animation de l'ARS

Du côté de l'ARS, les CLS ont favorisé le développement de ses missions d'animation territoriale. Cet exercice est assez nouveau puisque cela ne rentrait pas dans les attributions des anciennes DRASS ou DASS et se démarque de la représentation régaliennne de l'Etat qui décide seul et impose ses décisions aux autres acteurs. Le CLS tend à favoriser la participation des autres acteurs de la santé dans un projet local de santé concerté, les associant aux décisions et à la mise en œuvre au travers d'une contractualisation.

« Pour les CLS, on n'est pas dans une position de tutelle [...] mais d'accompagnement, d'animation territoriale. [...] Il y a donc une dynamique de projet ou d'action, de conseil ou d'échange, parce que l'ARS a aussi besoin de se nourrir de l'expertise des autres. Et l'animation territoriale est le cœur de métier notamment des DT, parce que nous sommes les plus proches des partenaires de terrain. Un des objectifs stratégiques de l'Agence est de mettre en place une animation territoriale »

Cela va se traduire par une nécessaire adaptation aux demandes émanant du terrain, chose qui n'est pas toujours aisée. Cela va également obliger à gérer l'action collective différemment en laissant une place à chaque acteur, tout en conservant un pouvoir spécifique sur le champ de la santé. Les CLS obligent à repenser les relations avec les autres acteurs, qu'ils appartiennent au champ de la santé ou à d'autres champs, et à se positionner différemment dans un souci de plus de coordination et de partenariat.

« Disons que c'est à la fois des choses où l'on sait maintenant que c'est essentiel de travailler à plusieurs et de croiser les regards. Mais en réalité, on s'aperçoit que ce n'est pas si simple dans les faits parce que ça demande du temps à tout le monde. Ça bouscule un peu les habitudes de travail et la manière de voir les choses. Ça oblige à se remettre en question sur certaines pratiques. Donc, ce n'est jamais du tout cuit, du coup le CLS, ne serait-ce qu'en ça, je trouve que c'est vraiment un super outil. »

En interne, on peut assister à des tensions entre le référent CLS avec son rôle d'animation territorial et les personnes en charge de secteurs spécifiques comme la prévention, l'offre de soins ou du médico-social, etc.

« Mon cœur de métier, c'est autour des Contrats Locaux de Santé, sauf que c'est vécu comme tellement transversal... Et moi je suis en forte demande de savoir. Ça va jusqu'aux associations financées par l'ARS, aux projets déjà accompagnés par des collègues. Ce n'est pas que je me mêle de leur travail, mais j'ai vraiment besoin - parce que nos interlocuteurs sont parfois les mêmes - de faire les articulations pour voir comment on peut développer, comment on peut soutenir. »

Ce travail plus concerté avec les acteurs locaux a permis aux référents CLS d'acquérir une connaissance plus fine des acteurs locaux, des problématiques de santé et des logiques d'acteurs. Ces nouvelles capacités peuvent également aider les autres secteurs à mieux comprendre les obstacles rencontrés sur certains projets, y compris ceux ne faisant pas partie du CLS.

« Après, ce qui a beaucoup changé, et c'est le regard de ma responsable et de ma collègue qui était là avant moi, c'est la connaissance du terrain et le lien avec les équipes municipales. Pour le coup, on se rencontre très régulièrement. Là, ça a vraiment apporté une connaissance fine du territoire et des problématiques qui peuvent aussi exister sur ces territoires. Parfois, ça peut nous permettre de mieux les accompagner.[...] Avant, on les connaissait par leurs appels à projets, par leurs dossiers et par les quelques rencontres qu'on pouvait faire à l'occasion de l'étude de ces dossiers. Mais là, il y a vraiment une connaissance et vraiment des relations de travail qui se sont instaurées. Oui, ça a changé positivement. »

« Là, ça a vraiment apporté une connaissance fine du territoire et des problématiques qui peuvent aussi exister sur ces territoires. Parfois, ça peut nous permettre de mieux les accompagner. J'ai des fois des collègues d'autres secteurs qui viennent me voir en tant que référente CLS, qui disent : « sur telle commune, je ne comprends pas, ce dossier-là avance pas, qu'est-ce qui se passe ? », « oui, sur cette commune, il y a tel ou tel problème ».

Les CLS constituent clairement une avancée en termes de projet territorial et partenarial de santé sur le plan local. Cependant, il est clair que pour que ce projet puisse donner toute sa dimension et notamment en matière d'impact contre les ISTS, une attention particulière devra être portée sur son animation, qui sera un des leviers majeurs pour son succès.

« Au début, c'est super sexy, les gens sont là, ils sont super contents, ils découvrent plein de trucs, on leur apprend des choses. [...] Mais derrière, pour faire vivre les groupes de travail, le partenariat, la mobilisation des acteurs, c'est un travail de très longue haleine. »

III.2. Difficultés rencontrées pour atteindre les objectifs des CLS, notamment de lutte contre les ISTS.

Lorsque l'on demande aux acteurs si les CLS tels qu'ils sont conçus actuellement permettent selon eux d'impacter les ISTS, les réactions oscillent entre une croyance dans le fait que bien qu'imparfaits, les CLS posent les bases pour - à terme - pouvoir y parvenir et un certain scepticisme.

« Je suis pas sûr que ce soit le meilleur outil. Je pense que ça relève d'une autre problématique. Je suis peut-être un peu provocateur. [...] Après, le Contrat Local de Santé, bien évidemment s'il peut nous permettre de travailler en partenariat et de créer un réseau de soin autour des patients, il va nous aider à contribuer, bien sûr, aux inégalités sociales de santé. Mais j'attends de voir. J'attends beaucoup. »

« Ça doit. Ça devrait. Ça doit et ça devrait ! Ça doit et ça devrait permettre de grandir dans toutes ces notions-là, d'apprendre les uns et les autres. »

« J'ai été étonné par l'objectif affiché, affirmé, sur les inégalités sociales de santé. Est-ce que cet objectif-là, l'ARS donne les moyens correspondant à cet objectif ? Je n'en suis pas sûr. En tout cas, c'est toujours intéressant de mettre cet objectif comme un objectif majeur. Mais je crois que ça reste aussi la possibilité d'un travail partenarial beaucoup plus large et mieux coordonné. »

« Je pense que les inégalités sociales de santé et/ou territoriales, [...] c'est plus souvent affiché que concrètement décliné ».

« Tel que le CLS est conçu aujourd'hui, pour moi, non. Je suis vraiment désolé, je pense que non, le CLS ne peut pas y répondre. [...] On ne pourra pas impacter ces inégalités tout seuls, s'il y a pas une approche réfléchie, coordonnée, concertée ».

Un certain nombre de difficultés repérées par les acteurs constituent le fondement de ces opinions. Il convient de les examiner.

III.2.1. Les inégalités sociales et territoriales de santé : un niveau de priorisation encore limité

III.2.1.1. La lutte contre les Inégalités sociales et territoriales : un objectif énoncé parmi d'autres

Lorsque l'on interroge les différents acteurs rencontrés à propos des objectifs des contrats locaux de santé, l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est rarement le premier objectif cité et doit bien souvent faire l'objet d'une relance de la part de l'enquêteur. Lorsqu'il l'est, la réponse est plutôt convenue et tend à vouloir reprendre les attentes officielles, à savoir être un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, sans forcément de développement plus précis.

« Ah, (rire) classiquement la lutte contre les inégalités sociales de santé. »

« La réduction des inégalités sociales de santé, c'est l'objectif premier du CLS. »

« Il y a des définitions officielles, ce n'est pas la peine que je vous les répète ! »

Il existe cependant des exceptions, notamment pour les équipes et les collectivités territoriales engagées depuis longtemps dans la lutte contre les ISS, notamment aux travers d'autres initiatives comme « villes OMS » et qui voient là, une continuité de leurs engagements préalables. C'est notamment le cas pour la communauté d'agglomération de Saint Quentin en Yvelines.

« Inscrire dans le Contrat Local de Santé la volonté de réduire les inégalités sociales de santé sur le territoire, c'était ce qui était déjà fait depuis plusieurs années et le concrétiser par la signature d'un Contrat Local de Santé semblait important ».

Lorsque les inégalités de santé sont mises en avant, elles sont le plus souvent qualifiées de « sociales », la dénomination de « territoriales » étant secondaire à l'exception des acteurs des niveaux départementaux et régionaux. Ceci peut montrer une différence de perception

quant à l'effet possible de cet outil selon le niveau opérationnel et territorial où l'on se trouve. Certains remettent en cause cette distinction, considérant que le territoire étant composé d'individus regroupant un certain nombre de caractéristiques sociales, les différences constatées relèvent davantage de cette distribution sociale que du territoire en lui-même. Les différences territoriales seraient en quelque sorte une émanation de ces différences sociales.

« Je pense que les inégalités sociales de santé et/ou territoriales, parce qu'ils font souvent la distinction et, pour moi, je fais moins de distinction, je pense que les deux sont très liées, elles sont souvent affichées. »

Ce focus peu marqué sur les inégalités sociales et territoriales de santé vient peut-être du fait que les textes officiels relatifs aux CLS sont considérés par les acteurs de terrain comme relativement peu précis quant à leurs objectifs et contenus, ce qui leur laisse une grande marge de liberté. Un premier kit méthodologique réalisé en 2011, fait référence à plusieurs enjeux auxquels doivent répondre les CLS. Or, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé n'est pas l'enjeu cité en priorité. Les CLS répondent tout d'abord 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 »*⁵⁸. Ils ont 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 territoire⁵⁹. Faire du CLS un outil principal de lutte pour résorber les inégalités sociales et territoriales de santé sur son territoire est un choix propre à l'ARS-IDF ; d'autres agences régionales n'ont pas pris cette même option. Il y a donc une oscillation constante entre ces différents enjeux et objectifs, qui se ressent sur le terrain.

Un nouveau document a été rédigé par l'ARS-IDF en 2013⁶⁰. Les rédacteurs l'ont envisagé comme un nouveau guide d'orientation des acteurs visant à mieux prendre en compte les ISTS dans les CLS. Il rappelle les enjeux des CLS en matière d'ISTS, les principes politiques à partager, les axes structurants et les mécanismes d'action pour infléchir les ISTS, avec notamment une partie abordant précisément les types d'action à mettre en place pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Cependant, de par sa forme et son intitulé, à savoir « Plan type de Contrat Local de Santé », il semble avoir été davantage perçu comme un guide d'écriture du contrat de deuxième génération de la part des acteurs, plutôt que comme un document cadre d'appui méthodologique où même de plaider pour les DT-ARS auprès des autres parties prenantes.

« Je ne sais pas si tu rappelles de la trame, il y a un certain nombre de principes partagés avec l'articulation politique de la ville, avec la cohérence entre les différents niveaux des échelons départementaux, régionaux. Quelques principes, qui doivent être des principes forts qui vont permettre d'avoir une réflexion pour essayer d'agir sur les inégalités, s'ils sont partagés et bien compris. Mais sont-ils bien compris ? Les DT ne les avaient pas mis dans le préambule, parce que cela leur semblait trop complexe. Certaines DT les ont intégrés, ont d'ailleurs intégré l'encadré de la trame de L. Je ne suis pas sûre qu'il y ait une discussion sur le Comité de pilotage. »

Il serait sûrement très intéressant de pouvoir le retravailler de manière à ce qu'il soit véritablement considéré comme un guide méthodologique, tant dans sa forme que peut être son contenu, notamment autour des questions d'universalisme proportionné. De plus, il faudra sûrement réfléchir aux canaux de transmission et à l'accompagnement de ce document tant au sein de l'ARS que sur le terrain, notamment auprès des élus.

⁵⁸ ARS-IDF (2011). Eléments 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).

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ ARS IDF. (2013) Plan type de Contrat Local de Santé. Document de travail. Paris, 10p.

III.2.1.2. Une focalisation dominante sur les soins et la prévention avec une prise en compte limitée des déterminants sociaux de santé

Si les différents acteurs rencontrés ont bien conscience de l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et notamment les conditions de vie des populations, il s'avère que les CLS portent davantage sur les déterminants classiques de la santé à savoir l'accès aux soins et la prévention à travers notamment le changement de comportements individuels. Néanmoins un effort important semble avoir été porté sur la problématique du logement et sur sa relation avec la santé.

« Une approche sectorielle dans un projet global, qui se résume tout simplement par la promotion de la santé ».

« Il y a le déterminant de santé classique, c'est-à-dire l'accès aux soins, l'accès à la prévention. Je pense que l'essentiel de notre CLS porte sur ce déterminant. Nous intégrons un autre déterminant qui impacte la santé, c'est le logement, et nous avons plusieurs actions sur le logement insalubre et sur le saturnisme ».

« C'est santé et prévention. Le périmètre, c'est accès aux soins, coordination des professionnels. Pour moi, le périmètre, c'est quand même professionnels de santé et éducation à la santé. Hormis l'habitat, qui est apparu très important sur la ville, et qu'on ne pouvait pas ne pas mettre, c'est-à-dire que l'on raccroche dans le CLS une politique qui a sa vie propre, qui existe, qui se serait faite sans le CLS. Simplement, on l'intègre en termes de visibilité, on intègre le fait que la politique de l'habitat est aussi une politique de santé. Elle existe ».

L'accès aux soins et à la prévention ainsi que la lutte contre l'habitat indigne sont des leviers d'action qui existent au niveau local. Ils sont directement actionnables à ce niveau puisqu'ils font partie des missions dévolues aux collectivités locales.

« L'accès aux soins : Je ne sais pas si c'est la priorité ou si c'est le levier que nous pouvons le plus facilement actionner nous-mêmes. [...] Il y a trois aspects sur lesquels nous pouvons intervenir : leur habitat qui est ressorti comme un axe prioritaire du CLS, l'accès aux soins puisqu'on a des centres médicaux de santé, des PMI, et les actions de prévention et de dépistage. [...] Je ne sais pas si ces trois aspects mis bout à bout vont réussir à changer les indicateurs de santé de la population, parce qu'ils ont une part qui n'est pas majoritaire. Et puis il y a la couverture sociale aussi. Quand je dis accès aux soins, c'est offre et couverture sociale ».

« C'est la raison pour laquelle en Seine-Saint-Denis introduire l'environnement via l'habitat a été une grosse priorité [du fait notamment que] l'insalubrité de l'habitat, le saturnisme, font déjà partie des missions des villes, c'est donc plus simple ».

Comme le soulignait l'une des personnes interrogées, l'accent est mis sur les champs d'action de l'ARS, sur lesquels cette dernière est censée avoir des leviers d'action. Cette orientation sous-jacente débute dès le diagnostic partagé, au travers notamment des monographies proposées par l'ARS qui peuvent orienter quelque peu le regard sur les déterminants classiques de la santé.

« Le diagnostic tel qu'il est fait aujourd'hui, les thèmes qu'on doit aborder, reste un diagnostic assez traditionnel. On travaille sur l'offre de soins, la consommation de soins, sur quelques indicateurs de santé et puis sur le bien-être général ressenti. Mais le diagnostic aussi aurait pu nous orienter dans cette direction [intersectorialité] et aller voir les politiques municipales mises en œuvre qui répondent aux déterminants dont on sait qu'ils sont importants pour la santé. Mais non, il n'a pas été pensé et commandé comme cela. Il faut démarrer dès le diagnostic, sinon après... »

Ces différents aspects tendent à donner une place prédominante des déterminants traditionnels de la santé au sein des CLS.

III.2.1.3. Une connaissance inégale des ISTS et des stratégies d'action pour lutter contre les ISTS

Comme nous l'avons vu précédemment, notamment à propos de l'universalisme proportionné mais également par rapport aux déterminants sociaux de la santé, les acteurs éprouvent des difficultés à bien appréhender l'immensité du champ des ISTS et des stratégies d'actions pour les combattre. La connaissance des ISTS n'est pas uniforme, et est très dépendante des parcours professionnels individuels des acteurs, à savoir leur formation initiale (santé publique ou pas), leurs expériences de terrain incluant leur participation à des initiatives telles que Villes OMS qui ont comme objectif la réduction des ISTS, leur formation continue (lectures, participation à des colloques), etc.

« Nous aussi, on a eu des formations. On est allés en formation. Tout doucement, on s'approprie les définitions. On a eu des formations à Besançon, des choses avec l'INPES. Par l'inscription au réseau de ville santé OMS, on a pu participer à différents colloques. »

« C'est une volonté individuelle des acteurs de terrain de se former à cela. Il y a des écrits, de la bibliographie, la possibilité peut-être de se former. Mais est-ce que ce n'est pas quelque chose sur laquelle il pourrait y avoir une culture partagée sur les ISS, en lien avec une évaluation d'impact et les CLS ? »

« Non, non, on n'a pas eu ce genre de formation [sur les ISTS], ni au niveau de la région. »

Cette disparité dans la connaissance et la compréhension des ISTS influence donc l'analyse de la situation ainsi que les modalités opératoires choisies. Et ce d'autant plus que la forme du CLS n'exige pas une explicitation du modèle logique sous-jacent aux actions sélectionnées. En conséquence, le lien entre l'action choisie et l'objectif de réduction des ISTS n'est pas souvent très explicite et parfois difficile à comprendre, ce qui a terme posera des difficultés pour être à même d'évaluer les résultats des CLS sur les ISTS.

« Il y a des principes forts qui vont permettre d'avoir une réflexion pour essayer d'agir sur les inégalités, s'ils sont partagés et bien compris. Mais sont-ils bien compris ? [...] Cela devrait être décliné en objectifs, mais ça ne l'est pas encore assez. »

« Il n'y a pas un topo préalable sur chaque axe ou objectif pour dire comment ils envisagent la déclinaison de l'objectif, on rentre directement dans une fiche action. »

« Pour l'instant, on est toujours plutôt dans les actions avant de réfléchir aux déterminants choisis pour mettre en place les actions. »

« C'est compliqué d'être dans du concret par rapport aux inégalités de santé, bien qu'il y ait énormément de littérature. »

Il semble donc manquer d'une culture partagée sur les ISTS entre les différentes parties prenantes y compris chez les élus. Des réflexions sur ce besoin d'information et de formation sur les ISTS commencent à émerger de la part de l'ARS et ce d'autant plus que des demandes d'appui méthodologique sont également formulées par les acteurs de terrain. Ces derniers sont à la recherche de clarification sur les concepts, les stratégies d'actions et également sur les outils sur les ISTS. Mais pour l'instant, cela reste encore en termes d'idées à concrétiser.

« Ce qui aurait été vraiment bien aussi peut-être dans le cadrage, puisque l'objectif est de jouer sur les inégalités de santé, donc sur les déterminants de santé, c'est de dire clairement que le CLS a vocation à jouer sur tel ou tel déterminant de santé, dire s'il s'agit du déterminant environnement de vie, habitat, par exemple. Je trouve qu'on pourrait être mieux orienté là-dessus. »

« C'est compliqué, ce n'est pas un sujet facile. Il y a plusieurs pistes. Il y a une piste sur la formation, pour qu'il y ait une culture partagée au sein de l'ARS. Déjà sur les inégalités nous n'avons pas tous les mêmes critères. [...] L'idéal, je ne sais pas si c'est envisagé, serait que les collectivités, les référents CLS ASV, vu que nous sommes plusieurs parties prenantes, les villes, l'ARS et la préfecture, que les différentes parties aient la même formation, une culture partagée. »

« Je pense qu'il faut déjà en parler, quels sont les moyens d'agir, qu'est-ce que sont les inégalités de santé. C'est une volonté individuelle des acteurs de terrain de se former à cela. [...] Mais est-ce que ce n'est pas quelque chose sur laquelle il pourrait y avoir une culture partagée sur les ISTS ? Ce n'est pas prévu pour l'instant [...] Et je pense qu'intégrer cette notions concrètement dans les contenus des CLS passe par une vraie réflexion sur les déterminants »

Il a d'ailleurs été évoqué une initiative de formation menée en dehors des CLS mais qui semble avoir été bénéfique pour ces derniers à savoir, un séminaire sur les Directeurs Généraux des mairies et leur implication dans les questions de santé et d'inégalités sociales de santé.

« Autre chose a facilité, qui a été mené en parallèle avec les CLS, c'est l'organisation des séminaires : « Les DG ont-ils la santé ? » en lien avec l'institut Renaudot et le CNFPT. [...] Il y avait des choses avec les déterminants de la santé, le schéma, différents niveaux de déterminants, il y avait plusieurs thématiques, et ils se sont appropriés la question de la santé en parallèle avec le CLS. Je pense que ça été un élément facilitateur. C'est un autre chemin que le CLS, mais cela a servi le CLS car ils ont abordé les CLS dans ces séminaires. Cela a permis de débloquent des choses et de faciliter la négociation de CLS. »

Par ailleurs, la grille d'analyse des actions CLS sous le prisme des déterminants de la santé visés et des modalités d'actions, développée dans le cadre de cette étude⁶¹, a permis notamment à un CLS de repenser l'ensemble de son approche. Ce document pourrait faire l'objet d'une réflexion sur les modalités de son adaptation concrète au niveau local. Il a d'ores et déjà permis de réorienter un CLS vers un domaine déterminant dans la lutte contre les ISTS qu'est la petite enfance. De secondaire, ce thème est devenu une des priorités majeures du projet.

« Nous ne connaissons pas trop les déterminants de santé, on connaît celui du centre [municipal de santé] parce qu'on nous sommes dedans tout le temps. Nous avons donc une vision très simple : soins et prévention, mais prévention plutôt éducation à la santé. Si nous n'avions pas eu votre rapport entre les mains, nous n'étions pas dans cette logique [de déterminants sociaux de la Santé]. »

« Quand C. a reçu le document, elle a tout de suite réagi car ça lui a ouvert tellement d'horizons. C'est une dimension très intellectuelle aussi qui permet de prendre du recul. »

« [La priorisation des actions] C'est tombé en même temps que la lecture de votre rapport. J'en ai fait une synthèse que j'ai communiquée à l' élu, à la DGA, etc. et nous nous sommes dit que nous allions donner priorité aux actions ayant le plus de chances d'être efficaces. L'enfance paraissait imparable. »

Ces types d'action pourraient être réitérés et adaptés aux différentes strates d'acteurs. Et ce d'autant plus qu'il existe déjà une littérature et différents outils d'aide à la réflexion sur les ISTS, mais qu'il faut diffuser et accompagner.

III.2.2. Difficultés à mettre en œuvre une approche globale de la santé

Un des objectifs des CLS cité par les différents acteurs et dans les textes officiels de présentation de cet outil et qui doit concourir à la réduction des ISTS est celui de favoriser une approche globale de la santé à l'échelle d'un territoire. Cette approche globale intègre les questions de transversalité en santé, mais également la problématique de l'intersectorialité qui devrait permettre d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

« C'est un outil de mise en cohérence des différentes politiques publiques sur la question de santé, à la fois sur le champ de compétences de l'ARS et puis sur les déterminants de la santé, telle que la question du logement, de l'éducation. »

⁶¹ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

« La loi HPST introduit cette possibilité de contractualiser entre les villes et la région d'une manière plus systématique, où les problématiques qui seraient approchées, c'est une problématique qui intégrerait l'ensemble des dimensions de ce que représente la santé au niveau d'un territoire, c'est-à-dire le soin, le médicosocial et la prévention. »

Cependant dans la pratique, il semble que la mise en œuvre de cette approche globale n'est pas aisée et qu'un certain nombre de difficultés émergent sur le terrain. Cette partie sera donc consacrée à l'analyse de ces dernières.

III.2.2.1. Une transversalité difficile à mettre en œuvre tant dans les villes qu'à l'ARS

Comme signalé précédemment, l'un des objectifs des CLS était de promouvoir une approche transversale prenant en compte l'ensemble des champs de compétences de l'ARS à savoir la prévention et la promotion de la santé, l'offre de soins et le médico-social. Selon les acteurs rencontrés, cette volonté à laquelle tous adhéraient semble plutôt être restée au stade de la théorie, les CLS portant essentiellement sur la prévention en santé et l'amélioration de l'accès aux droits. Quelques avancées en direction d'une approche « parcours de santé » ont vu le jour au sein des CLS de deuxième génération avec des actions villes-hôpital, mais dans l'ensemble cela reste assez peu développé.

« Après, on est passé d'une ambition qui était « approche globale de la santé à l'échelle d'un territoire » à une réduction sur prévention et promotion de la santé voire doute sur le fait que même cela soit susceptible d'être, entre guillemets, « sanctuarisé ». On s'est dit « voilà, les deux aspects innovants du processus CLS qui étaient globalité et d'autre part la pérennité, (rires) soit les deux aspects qui me semblent les plus difficiles aujourd'hui à pouvoir être garantis par un CLS. [...] Tel que je le vois aujourd'hui, en tout cas d'un point de vue du regard sur l'agence, l'agence recentre tout et en particulier tout ce qui a un impact financier. Donc le médico-social, ça n'a pas été de notre ressort, aussi tenté qu'il l'ait été... Ce qui pouvait être l'objet du CLS - le médico-social - la porte a très vite été fermée.»

« Du côté de l'ARS, il y a un champ de compétence très large, mais on est plus dans son domaine offre de soins et prévention, on n'est pas sur son domaine « secteur médicosocial », pas sur son domaine « secteur hospitalier ». D'ailleurs, les personnes de l'ARS qui gèrent ces champs-là n'étaient pas dans les groupes thématiques ».

La plupart des demandes relatives à la création de structures médicosociales – hormis celles admises bien avant le CLS – ont été refusées par le siège de l'ARS. En effet, à ce jour, les processus de négociation et de financements ne se situent pas au niveau des collectivités territoriales mais bien plus au niveau départemental voire régional. Le médico-social fonctionne par appels d'offres réglementés et, sans modification réglementaire majeure, il est actuellement très difficile de l'intégrer dans une logique de proximité et encore moins dans un projet territorial de santé où l'objectif de lutte contre les ISTS est affiché. Cette réalité est assez souvent perçue par les acteurs de terrain mais il existe des regrets quant au fait que l'ARS n'impose pas une condition de participation aux CLS et d'adaptation du projet selon les objectifs des CLS à tout accord de financement entrant dans le cadre de ces appels à projets et touchant des territoires ayant un CLS.

« Ils [associations prestataires de services] ne s'inscrivent pas parce qu'ils sont dans une logique qui consiste à savoir où se prennent les décisions et pas dépenser de l'argent à participer à des processus locaux si ça ne leur rapporte pas. On aurait indiqué au partenaire « Ah bah désolée, votre proposition est très intéressante, mais vous ne participez pas à la vie locale d'une manière générale. On estime que d'une manière ou d'une autre vous n'êtes pas un acteur pertinent » Ça aurait été très satisfaisant... ou du moins que ceux qui participent aient le sentiment de fait que ça n'a vraiment aucune importance. J'ai été à deux /trois commissions d'appels d'offre de l'agence sur les MAIA, sur les équipes spécialisées Alzheimer... Dans les deux cas, jamais le fait qu'on soit en CLS et que c'était une priorité marquée et donc reconnue en tant que telle n'a été, ne serait-ce qu'évoquée ».

Si pour le secteur « Prévention et Promotion de la Santé », les financements de l'ARS semblent aller en priorité aux projets émanant des CLS, il n'en est pas de même pour les autres secteurs. Ce qui contribue à remettre quelque peu en question le principe même de priorisation territoriale.

« Est-ce que, aujourd'hui, quand le médicosocial fait un appel à projet, on privilégie les villes qui sont en CLS ? Théoriquement ça doit être le cas. Mais vous voyez, il y a pas cette culture de transversalité sur ces questions-là. Et il n'y a pas le temps de la réflexion nécessaire. »

Il en va de même pour l'implication du secteur hospitalier dans les CLS, même si les choses commencent à bouger (cf infra).

« Et même le secteur hospitalier. Nous avons invité l'hôpital à plusieurs reprises mais ils ne sont pas venus. Une des problématiques pour les médecins est l'orientation, les contacts avec l'hôpital. [...] Nous sommes à la recherche de spécialistes et on aurait pu imaginer un partenariat pour avoir des spécialistes de l'hôpital qui font quelques vacations sur le centre de santé. [...] Ils n'ont pas d'incitation forte à intégrer le CLS ».

Pour de nombreux acteurs et notamment au sein de l'ARS, le rôle de leadership en termes de transversalité devrait être tenu par l'ARS, et ce d'autant plus que sa création devait répondre à cet objectif. Selon eux, l'ARS devrait promouvoir davantage cette approche et inciter voire contraindre les acteurs des champs offre de soins et médico-social à entrer dans la démarche CLS au moyen des leviers dont elles disposent, notamment les CPOM pour les établissements hospitaliers. La faible participation des directions métiers de l'ARS autres que la direction « Prévention et Promotion de la santé » dans le processus d'élaboration des contrats est perçue comme une limite ne contribuant pas à favoriser l'inscription de la transversalité dans les CLS. Les autres secteurs ont jusqu'à présent peu participé aux groupes de travail programmatiques des CLS et bien souvent réagissent à minima sur les propositions de fiches-actions transmises par les référents DT-ARS.

Les raisons évoquées par les acteurs pour expliquer ce manque de transversalité sont multiples. C'est tout d'abord la complexité inhérente à l'approche transversale qui est énoncée.

« Je pense que le côté travail sur tous les champs de compétences et ce côté transversalité, qui est compliqué à mettre en place, aussi bien pour l'ARS que pour les villes. »

« Certains médecins notamment ne voient pas du tout la plus-value, notamment mes collègues qui sont sur les établissements de santé et le médicosocial. »

L'intégration des autres services demanderait un changement de culture et de façons de travailler.

« En interrogeant les gens je constate que c'est compliqué la transversalité en interne. »

« Le changement de culture serait de considérer que ça [le CLS] porte sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS, les autres services ont du mal à intégrer, en tout cas de voir ce qu'ils peuvent faire de l'outil CLS. »

« D'ailleurs, quand je suis arrivée, avant de rencontrer VSS et PPS, j'ai d'abord rencontré les établissements, l'ambulatoire et le médicosocial, et je me suis rendue compte qu'ils avaient du mal à imaginer la plus-value que pourrait apporter le CLS dans les missions d'offre de soins. »

« C'est parce que l'ARS fonctionne en tuyaux d'orgues et que chacun est très occupé dans ses tableaux Excel... les gens sont débordés dans leurs missions qui leur sont propres, et ils n'ont pas le temps de dire : « on veut faire de la transversalité sur le CLS. »

Le fait que les CLS soient essentiellement portés par le service Prévention et Promotion de la Santé des DT-ARTS (à l'exception de la Seine Saint Denis) est une des raisons évoquées

pour ce manque d'intégration en interne mais aussi en externe. Il en était de même au siège de l'ARS jusqu'à récemment. Dorénavant le CLS est rattaché au pôle Besoins Réduction des inégalités, Territoires dans la direction de la santé publique

« Est-ce qu'il faut laisser le positionnement des CLS au niveau des PPS ? J'en doute. Je ne vois pas en quoi ce secteur serait le mieux placé pour amener ces Contrats Locaux de Santé, si la participation des autres services métiers est défaillante. »

« Vu que ça a été porté et présenté comme ça, porté par PPS, du coup ça a été un petit peu compliqué que les autres secteurs s'investissent, en plus de leurs missions habituelles. »

« On prend la question du territoire et même de santé pluridisciplinaire, il y a des questions aujourd'hui qui pourraient être discutées dans le champ du CLS, mais qui ne sont pas visibles par les agents du service PPS. »

« Ça joue parce que, forcément, au niveau de la transversalité, c'est un petit peu compliqué. Nous, effectivement, on est PPS d'origine, donc on a notre vision PPS et c'est vrai qu'on a plus de mal parce que les CLS c'est multi champs »

Une autre raison porte sur le fait que la participation à l'approche CLS n'est pas inscrite dans les missions des autres services. De plus, la charge de travail actuelle vient limiter la possible intégration des missions nouvelles. Enfin, les CLS demandent des compétences en matière d'animation territoriale qui ne sont pas forcément acquises par l'ensemble des acteurs ou qui, du fait de la charge de travail, viennent après les missions classiques de régulation et de contrôle.

« On pourrait imaginer que dans chaque secteur de la DT-ARS il y ait des interlocuteurs CLS pour le référent CLS interne et qu'il puisse aller dans certains groupes de travail, comme santé et habitat, sauf que ce n'est pas possible du fait de la charge de travail. »

« Je trouve que c'est quand même aujourd'hui compliqué pour le service, de dire : je vais réfléchir à d'autres missions qui ne sont pas inscrites sur ma tablette. »

« Ça va être compliqué de mobiliser parce que pour la majorité de mes collègues, c'est en plus de leur quotidien, de leurs missions. Aucun n'a dans son profil de poste une référence CLS par rapport à son pôle. Et à chaque fois, j'ai l'impression de leur en rajouter...»

« Le problème est que l'Agence a des missions d'inspection et de contrôle, qui sont les missions régaliennes de l'Agence, qui était la partie régalienne de la DDASS sur la santé. Pour l'instant, on n'est peut-être pas trop en capacité encore de travailler autrement et sur des modes d'organisation et de gouvernance inconnus. On n'a jamais fait cette expérience-là. »

« Pour les collègues de la DT, cette dimension d'animation territoriale est très importante, mais ils n'ont pas suffisamment de temps pour la développer et il y a une vraie frustration. »

De plus pour favoriser l'intégration, cela nécessiterait d'une part, une meilleure connaissance des missions des différentes directions métiers et d'autre part, que ces dernières connaissent également ce que sont les CLS et la plus-value qu'ils peuvent y apporter. Le manque de référentiel a été pointé.

« Parce qu'on a dit : « il faut les intégrer, il faut les intégrer »... Moi, je suis dans mon couloir, je n'ai aucune vision de ce qui se passe en termes ? à la PASS ou des LAMPES traitées au niveau du secteur ambulatoire. Il m'est difficile d'inventer des choses pour venir les mettre dans un CLS ».

« Les fondamentaux n'ont pas été partagés, il n'y a pas de référentiel. S'il faut lire tous les documents sur l'ASV et tout ce qui a été déjà élaboré autour des CLS, ils ne prendront pas le temps de le faire, ce qui est normal ».

Ce manque d'intégration des autres directions métiers dans le processus a parfois conduit à des incohérences sur le terrain qui ont pu ou peuvent être préjudiciables à la mise en œuvre

des CLS. Ce fut notamment le cas d'une ville qui, en plein processus de négociation du CLS, s'est vu refuser une subvention par un autre secteur de l'ARS. Ce refus, même s'il pouvait être pertinent, a contribué à bloquer la signature de l'ensemble des CLS du département. L'exemple du choix de l'expérimentation des PASS ambulatoires sur trois ans en lieu et place de développer ce mécanisme innovateur au sein des CLS pour lesquels ce besoin émergeait a également été pointé pour illustrer ces possibles incohérences.

« Quand on parle de l'accès aux soins dans les CLS, notamment des populations vulnérables, ça se passe dans les centres de santé. Les gens qui n'ont pas de protection sociale y sont quand même soignés. La logique, c'est que toutes les villes qui font déjà ça en centre de santé puissent être éligibles aux PASS ambulatoires. Ce devrait être inscrit dans tous les CLS. Si dans l'accès aux droits, on indique noir sur blanc qu'une population vulnérable est accueillie, parce que la priorité pour les élus, c'est l'accès aux soins et l'accès aux droits, et qu'on ne peut pas le soutenir financièrement, pourquoi on l'inscrirait dans les CLS ? »

Les lieux de transversalité sont pour l'instant rares et demandent à se multiplier. Les comités de direction sont une occasion pour présenter et discuter des CLS mais ne sont pas suffisants et demanderaient à être suivis de réunions de travail inter secteurs, promues et soutenues par la hiérarchie, sur la question des CLS.

« A part le CODIR. Le CODIR, c'est l'ensemble des chefs de services qui se rencontrent. On en parle. Mais une fois qu'on s'éloigne du CODIR, il y a plus rien ».
« Je participe aux comités de direction, et c'est un lieu où l'on peut parler des actions de transversalité, mais il n'y a pas tant de lieux que cela pour le faire, et il y a tellement de sujets à traiter dans un comité de direction qui dure deux ou trois heures qu'on n'a pas le temps d'approfondir ».

De nouveaux espaces de réflexion sont donc à envisager afin de favoriser une vision transversale et des interventions communes, que cela soit dans les DT-ARS ou au siège. Ce dernier a d'ailleurs récemment repensé les modalités de pilotage des CLS au sein de l'ARS et a mis en place un comité de pilotage réunissant les différents responsables des directions métiers. A également été installé un comité technique où les référents CLS des DT-ARS ainsi que toutes les directions métiers sont invitées. L'une de ses missions principales est notamment de réfléchir sur les modalités d'amélioration de la transversalité et la rédaction d'un référentiel CLS. De plus, des réunions de travail entre la chargée de mission CLS au siège et les différentes directions métiers et DT-ARS sont en cours.

De plus, confrontées à ce problème de transversalité, certaines DT-ARS ont mis en place des référents métiers au sein de chaque direction métier. Ils sont plus particulièrement chargés d'assurer la coordination entre leur secteur et le référent CLS. Ces derniers ont donc un interlocuteur officiellement nommé, dans chaque secteur avec lequel ils peuvent organiser des séances de travail sur les possibles actions transversales à intégrer dans les CLS, envoyer des documents à commenter et inviter à des groupes de travail locaux. D'autres DT-ARS ont développé des outils afin de mieux faire connaître les priorités sectorielles sur chaque territoire en CLS, charge au référent CLS de les défendre sur le terrain. Mais pour le moment, rien n'est systématique et cela mériterait d'être pensé globalement.

En ce qui concerne le secteur hospitalier, comme mentionné précédemment, on assiste à un certain infléchissement qui n'est pas encore pleinement perçu par le terrain. En effet, les CPOM hospitaliers négociés récemment entre la Direction de l'offre de soins de l'ARS et les hôpitaux intègrent pour certains établissements un objectif CLS, ce qui représente une grande avancée pour les CLS et pour la transversalité au sein de l'ARS et sur le terrain.

On constate donc que certaines actions devant favoriser une plus grande transversalité sont donc engagées mais elles demandent à être intensifiées, et ce d'autant plus que ce type de changement demande du temps avant que les effets puissent se faire ressentir sur le terrain.

Même si on dit que l'on ne travaille pas encore en transversalité, cela questionne plus la transversalité, et l'on essaie d'aller vers ça. Il y a un certain nombre de personnes que j'ai rencontrées dans les autres pôles qui connaissent les CLS, qui s'intéressent, il y a des gens qui m'appellent pour les mettre aussi dans leur rapport

d'activité, pour avoir un lien avec les CLS, donc il y a une espèce d'appropriation en interne. Après, en termes organisationnels, pour être en cohérence avec les principes, les valeurs, les moyens, il y aurait beaucoup à revoir et ce serait un diagnostic organisationnel global à faire, et pas qu'au sein de la Direction de la Santé Publique.

III.2.2.2. Une intersectorialité difficile à mettre en place

L'intersectorialité est un des objectifs majeurs des CLS. Ces derniers doivent favoriser l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent à plus ou moins long terme l'état de santé des personnes. Pour ce faire, ils doivent permettre la mise en place d'actions en profondeur sur les déterminants sociaux de la santé, qui ne peut être efficace sans l'engagement de l'ensemble des secteurs influençant considérablement le niveau de santé des populations comme l'habitat, les secteurs éducatif et social etc. Pour ce faire, le secteur de la santé doit jouer un rôle de leadership et de plaidoyer auprès des secteurs non sanitaires afin qu'ils prennent conscience de leur influence sur les inégalités sociales de santé. On attend donc des CLS qu'ils participent au décloisonnement des secteurs et développent une approche globale de la santé. A l'échelon local, les collectivités territoriales exercent des compétences dans des domaines indispensables à une politique de 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 ces collectivités territoriales, les CLS doivent par conséquent, favoriser une plus grande synergie entre acteurs et conduire à des programmations intersectorielles efficaces pour lutter contre les inégalités de santé. Cependant lorsque l'on regarde le contenu des fiches action et que l'on discute avec les différents acteurs, on constate que l'intersectorialité est encore très peu développée dans les CLS. Différentes raisons sont évoquées.

Tout d'abord, l'intersectorialité est quelque chose de complexe à appréhender et qui demande du temps et des compétences pour être mis en place.

« Agir sur les déterminants sociaux de santé ça bouleverse complètement les choses, c'est-à-dire qu'il faut travailler avec l'école, il faut travailler avec le domaine du travail, l'insertion, avec les personnes qui sont comptables des transformations de l'environnement, il faut travailler avec les bailleurs, avec les différents aspects de la politique dont on sait qu'ils ont une incidence sur la santé. Il faut travailler le domaine du sport et des loisirs. Il faut agir sur tout ça, si on veut vraiment répondre à la commande. C'est un sacré challenge. C'est un énorme travail de se lancer là-dedans. [...] Il faut, à chaque fois, tout réinventer à partir de ce que sont les réalités locales ».

« Les inégalités de santé, il y a deux aspects, il y a une partie structurelle où on est plutôt spectateurs, plutôt résignés. On imagine que ça ne relève pas d'eux, qu'ils n'ont pas d'impact, d'incidence là-dessus. Et puis il y a toute une part où ils ne soupçonnent pas qu'ils ont, qu'ils pourraient avoir une action. Donc, c'est celle-là, évidemment, qu'il faut travailler. L'introduction de la santé dans les autres secteurs, c'est-à-dire la santé dans le sport, la santé dans l'éducation à la santé, dans l'habitat, etc. Là, il y a une dynamique ».

« À l'échelon d'une collectivité, c'est cloisonné. Il y a des élus qui ne se parlent pas. La notion de CLS, par exemple, les déterminants sur lesquels on peut travailler, qui sont déjà très compliqués à évaluer, pour les élus, comme il y a le mot santé, le CLS appartient à l'élus à la santé. C'est mettre beaucoup de monde sur un CLS. Il y a des élus à l'urbanisme, aux transports, qui commencent à se mobiliser un peu, mais c'est compliqué. »

Or, étant donné l'ampleur des besoins repérés dans le champ sanitaire classique, la priorité semble bien souvent donnée à une approche plutôt sectorielle.

« Je pense que c'est une contrainte que l'on a. Rien que pour faire le tour, activer des choses avec les acteurs de base, dont on ne peut pas se passer, qui sont forcément au cœur du CLS, c'est un temps fou déjà. »

Cependant, la plupart des acteurs rencontrés ont bien conscience que la part des déterminants portant sur le changement de comportements individuels et sur le système de soins est modeste dans la lutte contre les ISTS et qu'il serait nécessaire d'agir également sur les déterminants socio-économiques et sur les conditions de vie des populations. Mais étant donné la complexité de cette problématique, les acteurs s'interrogent toujours sur le comment faire, y compris au sein de l'ARS. Plus spécifiquement, les questionnements portent sur le périmètre d'action et de responsabilité des CLS. Ils évoquent leur difficulté à appréhender les limites de cette intersectorialité de la part d'un outil porté essentiellement par l'ARS - représentant régional d'une politique de santé qu'on peut qualifier de classique - et par les directions santé des municipalités responsables localement des CLS et dont le rôle est résumé ainsi par une référentes CLS : « *Quand on est direction de la santé, on est toujours dans la réparation* ».

« On est en train de se dire qu'un CLS a une vocation à avoir un périmètre beaucoup plus large que la santé. Pour l'instant, on est quand même sur des CLS qui sont sur des politiques de santé traditionnelles. C'est vraiment très intéressant cela mais je voudrais qu'on y travaille. C'est beaucoup plus ambitieux et ce n'est pas ce qu'on a fait là. Parce que ça veut dire que tout peut contribuer à la réduction des ISST, toute la politique municipale. C'est très intéressant mais en même temps faut bien se donner des limites, sinon on ne peut pas. »

« On sait bien que la part sur laquelle nous pouvons agir est quand même modeste [parce que] les indicateurs de santé relèvent de la situation des personnes, de leur métier, et nous ne pouvons pas intervenir là-dessus ».

« Même si nous nous intéressons aux publics en précarité, nous ne sommes pas sur des déterminants socio-économiques. C'est peut-être la limite de l'exercice du CLS, tel qu'il existe aujourd'hui. Peut-être que les troisième ou quatrième générations pourront faire mieux, mais en tant que service santé pilotant un CLS, nous n'avons pas les moyens d'intervenir sur les revenus des habitants, par exemple. Cela dépend des politiques nationales, des politiques économiques de retour à l'emploi ».

« Mais est-ce que le CLS doit dire tout ce qui est fait, la cantine, le sport, la petite enfance. Si le CLS veut regrouper tout ce qui est fait et qui a un impact sur la santé, on va faire un rapport de deux cents pages, cela va être énorme. Et l'ARS est aussi beaucoup plus sur l'aspect soins, santé stricto sensu ».

« Dans les déterminants, il y a les choses que l'on peut envisager qui sont assez séduisantes et il y a la réalité. Honnêtement, je suis encore un peu dans le flou ».

« Pour moi, pour impacter la question des inégalités de santé, un des premiers points, c'est quand même l'éducation. [...] Pour moi, c'est la question de l'éducation et on passe clairement à côté de cette question de l'éducation [...] Je sais pas comment les intégrer. [...] Il faudrait quand même qu'il y ait une réflexion qui permet de dire : « oui, on met ça comme priorité ».

« J'apporterai une nuance, c'est qu'au niveau local, on peut quand même agir et cela profite à ce déterminant même s'il n'est pas cité dans le CLS. Nous avons, par exemple, un service économique et de l'emploi qui travaille beaucoup sur l'emploi des jeunes. Cela va agir sur la santé, mais pas parce qu'il y aura un CLS. Sur ces aspects, il est un peu compliqué pour nous d'imaginer des stratégies sur la manière d'améliorer la situation économique, l'éducation, le niveau de diplôme des jeunes. On sait très bien que ce qui impacte le plus fortement la santé, c'est d'avoir un toit sur la tête, d'avoir suffisamment d'argent dans les poches pour s'acheter à manger, d'être éduqué et d'avoir un bon cadre de vie, dans un contexte, dans un quartier où ne règne pas l'insécurité. Mais un Contrat Local de Santé peut-il agir sur ces déterminants ? Je l'ignore ».

Devant ce manque de cadrage dans les CLS et leur ignorance quant au périmètre du CLS, l'attitude adoptée est très différente d'un CLS à l'autre. Certains intègrent des aspects appartenant à d'autres champs et existant déjà par ailleurs dans le but politique de souligner l'importance du développement de liens entre la santé et tel secteur en particulier. D'autres considèrent que la problématique est déjà prise en charge par un autre service, comme les SCHS et le saturnisme, et ne voient pas l'intérêt de le faire apparaître dans le CLS.

Selon les acteurs de terrain davantage rompus à l'action intersectorielle comme certains chargés de mission pour la Politique de la Ville ou les équipes dont la collectivité s'est engagée dans des initiatives telles villes-OMS, cela passe nécessairement par la création de passerelles entre les CLS et les autres secteurs. Ce qui demande du temps, des compétences et un véritable engagement et soutien, non seulement de la part des élus mais également de l'ARS.

« Ce n'est pas le CLS qui va agir directement, mais s'il y a les passerelles, s'il y a des actions qui associent les professionnels de ces secteurs, il y a moyen de suivre et d'activer, de faire circuler, les effets produits d'un secteur à l'autre ».

« Les problèmes de logement, de qualité du logement, d'insalubrité, hygiène, etc., c'est des enjeux majeurs. On a vu que les problèmes d'accès à la langue, la maîtrise de la langue, l'accès aux droits sociaux pas qu'aux droits à la santé, c'est des enjeux majeurs. De par les textes, le CLS, ce qu'on peut mettre dans un CLS, on ne peut pas forcément mettre une politique linguistique dans le CLS. On ne peut pas forcément mettre une politique globale d'accès aux droits dans le CLS. On ne peut pas forcément mettre une politique du logement, d'amélioration du logement public ou privé, dans le CLS. Ça relève d'autres politiques publiques, par contre le diagnostic du CLS permet d'alimenter ces autres politiques publiques. A charge à l'équipe projet de pouvoir donner ce matériel et de le promouvoir. »

[En ce qui concerne l'intersectorialité] Il faudrait peut-être un copilotage ? Peut-être que ça soit porté par le Directeur Général ? Je n'en sais rien. »

Cela passe en priorité par l'interpellation des autres politiques publiques au moyen notamment du diagnostic réalisé dans le cadre du CLS. Cela se déroule également par le développement de l'interconnaissance à la fois personnelle et institutionnelle. Le coordinateur CLS doit notamment être en capacité de repérer les acteurs ouverts aux changements présents dans les autres secteurs (champions) et de s'en rapprocher, mais également mieux connaître les missions et les logiques des acteurs afin de trouver des sujets à partir desquels construire une collaboration. Ceci doit se faire au niveau du terrain mais également aux échelons supérieurs afin d'être en mesure de soutenir institutionnellement ces changements de pratiques.

« Ça se fait par les réseaux entre professionnels. Mais ces réseaux marchent d'autant mieux que c'est reconnu par les cadres intermédiaires, les hauts responsables et les décideurs ».

Certains interlocuteurs réfléchissent au rôle que peut jouer la Direction Générale des services dans la promotion de cette intersectorialité infra communale, du fait de leur positionnement d'emblée plus transversal et de leur pouvoir hiérarchique sur les services municipaux.

« Il y a une dimension autour des Directeurs Généraux qui sont plus transversaux à priori. Souvent un directeur général qui est à la santé et à l'action sociale, peut avoir l'enfance. Il peut y avoir des différences d'une ville à l'autre. Mais le niveau DG est plus transversal. Les élus restent avec des délégations plus précises. Ça mériterait peut être d'engager un travail là-dessus. »

Or ce travail de mobilisation des partenaires non sanitaires demande un grand investissement notamment en termes de temps de rencontre, de plaidoyer, de sensibilisation, de formation, etc. Cet objectif du CLS apparaît très rarement de manière explicite dans les contrats que cela soit en axe de travail ou en fiche-action dont les résultats seraient susceptibles d'être évalués. Cela ne contribue pas à valoriser cette approche consommatrice en énergie et en temps, ni à reconnaître la mise en œuvre de l'intersectorialité comme une mission du CLS en tant que telle. Selon certains acteurs locaux, hormis pour la problématique de l'habitat, l'ARS n'incite pas fortement à s'investir dans le développement d'une plus grande intersectorialité.

« Donc, il faut aller au-delà, travailler sur des ressorts, travailler avec des enseignants, travailler avec des formateurs ou travailler directement avec les logeurs, c'est le CLS qui peut le faire. Le tout, c'est d'intégrer dans le CLS ces pistes de travail comme étant les moyens d'asseoir et d'approfondir ce que pourraient être les moyens. »

« Je n'ai pas le sentiment que l'ARS nous ait fortement orientés dans cette direction, en tout cas ce n'est pas quelque chose qui m'a marqué. Je dirais plutôt non. »

Développer une approche intersectorielle demande également un changement de culture et des habitudes de travail de la part des acteurs y compris chez les coordinateurs CLS et/ou les professionnels de la santé, qui ne pensent pas toujours à associer les autres secteurs.

« Peut-être est-ce à nous, quand nous avons connaissance de ces projets, d'aller frapper à la porte de nos collègues de l'urbanisme, que nos élus santé convainquent les élus à l'urbanisme d'interroger la place de la santé dans ces projets. Mais ce ne sont pas encore des habitudes de travail, ce n'est pas encore dans la culture des élus. On n'a pas une organisation qui permette encore de travailler de cette façon ».

« Il ne nous est pas venu à l'esprit qu'il fallait travailler avec eux sur les questions de santé, nous n'y avons pas pensé [...] Oui, bien sûr, ils auraient leur place, mais nous avons tellement de personnes à solliciter... Oui, sur comment la ville va évoluer, comment la ville peut être une ville de bien-être, faciliter les déplacements, faciliter l'accueil des personnes à mobilité réduite, les personnes âgées. Cela me paraissait avoir un impact plus indirect sur la santé. »

« Dans cette collectivité territoriale par exemple, le médecin directeur était en poste depuis un an, la PMI est à côté du CMS, et il n'a toujours pas rencontré l'équipe de PMI. »

Parfois, ce sont les autres secteurs qui ne donnent pas suite à la proposition de travail en commun, ne voyant pas forcément la plus-value d'une telle participation. Pour certains secteurs, des liens naturels sont déjà pressentis mais demandent encore à être activés faute de temps.

« L'insertion, non. On avait testé parce qu'à un moment donné, dans le cadre de la mise en place du Conseil Local de Santé mentale, on s'était dit qu'il y avait aussi toutes les questions santé mentale au travail, structures d'insertion, mais nous n'avons pas réussi à travailler avec eux. Ils sont vraiment très portés sur l'emploi, la recherche d'emploi. Le partenariat n'a donc pas pu se faire à ce niveau-là. »

« Je vous donnerai un exemple, c'est celui de l'insertion. Nous avons une fiche action sur la santé des jeunes en insertion. Il faut faire comprendre aux acteurs de l'insertion que la santé est un facteur de bonne et de mauvaise insertion, car ce qui nous paraît être une évidence ne l'est pas pour eux. C'est très personne-dépendant. Selon l'expérience, selon la personnalité du conseiller d'insertion, ce sera très différent. Avec la mission handicap, c'est tout l'inverse. Nous sommes sur les mêmes registres de communication. C'est la raison pour laquelle je dis qu'il y a des changements de culture à opérer chez certains partenaires, et nous devons de notre côté faire l'autre partie du chemin avec peut-être d'autres modes de communication, d'explicitation, de mise en perspective de nos enjeux, pour qu'ils puissent les assimiler.»

Comme nous l'avons vu avec les témoignages précédents, de nombreux interlocuteurs reconnaissent leur manque de connaissances et de compétences pour d'une part, prendre en compte ces déterminants de la santé dans le cadre du CLS et d'autre part, initier et développer une approche intersectorielle. En effet, cette dernière exige une bonne connaissance des autres secteurs et politiques publiques pouvant influencer la santé, afin de pouvoir comprendre les connexions qui peuvent exister entre les objectifs du CLS et ces dernières. C'est pour cette raison qu'à nouveau, émane un besoin de soutien méthodologique de la part de l'ARS auprès des référents CLS et de leurs élus, sur les déterminants sociaux de la santé et sur les modalités de mise en œuvre de l'approche intersectorielle.

« Moi, j'attends beaucoup de l'ARS, de nous aider mais pas uniquement sur des CLS et en tant que financeurs, mais aussi sur la promotion de tout ça [Intersectorialité]. »

« Ce qui aurait été vraiment bien aussi peut-être dans le cadrage, puisque l'objectif est de jouer sur les inégalités de santé, donc sur les déterminants de santé, c'est

de dire clairement que le CLS a vocation à jouer sur tel ou tel déterminant de santé, dire s'il s'agit du déterminant environnement de vie, habitat, par exemple. Je trouve qu'on pourrait être mieux orienté là-dessus. »

« Il faudrait peut-être un peu plus d'outils méthodologiques, une liste de partenaires pour qu'on n'oublie personne. »

« Finalement, tout ce qui contribue à la politique sociale, économique, d'emploi et d'éducation, tout cela contribue à la santé in fine. Il nous faudrait au moment où l'on commence à travailler là-dessus, une indication plus claire, une orientation plus claire, une formation obligatoire, une connaissance de ces secteurs-là. »

Ce soutien méthodologique est d'autant plus important que le niveau technique en matière de programmation et sur les ISTS des villes impliquées dans les CLS est très hétérogène. Il est très dépendant du niveau de formation des acteurs de terrain mais aussi de leur intégration dans des initiatives comme « Villes OMS » ou « agenda 21 » incluant des formations continues aussi bien sur la programmation que sur la démarche intersectorielle ou les ISTS. Si les CLS sont considérés comme des éléments primordiaux de la politique de santé et lutte contre les ISTS, davantage de moyens devraient être mis sur la formation des acteurs, dans le cadre de leur recrutement et de l'expérience souhaitée ainsi que dans la formation continue.

« Et les villes sont totalement hétérogènes, y compris dans leur outillage intellectuel, conceptuel. Une ville comme M. par exemple élabore des CLS très sophistiqués. Une ville comme B. n'a pas les mêmes outils et n'arrive pas à produire les mêmes choses. Il y a des villes qui renoncent complètement. Par exemple V. n'est pas en mesure aujourd'hui..., elle avait un CLS de première génération, elle renonce d'en avoir un de deuxième génération, elle n'a plus les gens pour le faire. »

Des acteurs souhaiteraient également que l'ARS soit davantage soucieuse de l'intersectorialité des CLS et joue un rôle plus critique quant à la présence ou l'absence d'autres secteurs dans les organes clés des CLS.

« Le fonctionnement et la composition d'une équipe projet, la composition d'un COPIL, je ne demande pas à ce que ce soit normé, je demande à ce que l'ARS pose les bonnes questions, qu'ils soient exigeants, qu'ils disent : « est-ce que votre équipe est pluridisciplinaire ? Est-ce qu'elle intègre le fait d'articuler les autres politiques publiques ? Comment votre CLS s'articule avec vos politiques publiques locales et notamment votre Contrat Ville ? »

III.2.2.3. Des partenariats institutionnels encore limités

Au travers de la problématique de l'intersectorialité, se pose la question des partenaires des CLS pouvant favoriser et promouvoir cette approche intersectorielle.

III.2.2.3.1. Avec les services de la préfecture

Le fait que la préfecture soit un signataire des CLS avait soulevé de nombreux espoirs quant aux possibilités d'actionner, au profit des CLS, les leviers intersectoriels et ce, grâce aux services dont elle est responsable comme la DRIHL, la DRJSCS, la DIRECCTE, etc.

« Aujourd'hui, pour mobiliser les autres services, même pour mobiliser les autres municipalités, je pense que les préfectures ont plus d'impact, plus de moyens, même en termes de négociation, pas simplement sous la contrainte. Ils ont plus de possibilités aujourd'hui d'agir que l'ARS. Les autres déterminants de la santé ont une importance capitale, que ce soit la question de l'éducation, la question du logement, la question de l'emploi. Ces questions-là ont une importance capitale par rapport à la santé, plutôt que les questions de prévention ou d'accès aux soins. »

Force est de constater que l'engagement de la préfecture s'est bien souvent limité à sa composante Politique de la Ville au travers du soutien aux ASV. De plus, il est rare qu'un représentant des différents services participe aux groupes de travail thématiques que peuvent mettre en place les collectivités territoriales.

« Pour être franche, en tout cas avant, leur rôle était assez, pas réduit, en tout cas dans l'élaboration, dans la rédaction pratique du contrat, c'était plus une relecture. Ils étaient là plus en relecture, sans forcément être source de proposition. »

« Les liens avec la préfecture, ce sont plus les appels à projets, évaluation. Je n'ai pas vraiment identifié d'interlocuteur que je pouvais inviter sur des réunions. Mais elle a toute sa place dans le cadre des comités de pilotage et sa participation viendra peut-être de là. Ce n'est pas fermé, mais ils ne font pas partie de mes partenaires réguliers. »

« Mon interlocuteur est plus le chef de service Politique de la Ville ou l'assistante de la sous-préfète pour des questions d'organisation de réunion »

Si les Délégués territoriaux des DT-ARS et leurs adjoints participent aux comités de direction avec les principaux chefs de services de la préfecture, au sein desquels l'avancée des CLS est évoquée, il semble malgré tout difficile d'établir des relations de travail plus étroites entre les services de la préfecture et les référents CLS des DT. Il existe bien des rencontres avec la DDCS mais elles concernent davantage les ASV.

« Dans le groupe départemental, il y avait des pistes pour que la DDCS présente des choses. Ils ont du mal à travailler avec la DDCS, mais un interlocuteur est venu en réunion et il a présenté des choses sur l'accès aux droits, c'est une thématique des CLS. Et sur santé des jeunes, sur la DRJSCS, il y a eu des tentatives de faire des réunions avec l'ensemble des DDCS et des DT-ARS, mais ça a du mal... [...] Il y a des champs qui sont très proches, et je pense qu'il y a des jeux d'acteurs, ce n'est pas partout, mais c'est parfois compliqué. »

« On peut se demander, les partenaires de l'Etat, des DDCS, la préfecture... Mais ils n'ont pas été présents dès l'élaboration. A l'élaboration il y avait deux parties, c'était la ville et l'ARS, du coup l'équipe n'est pas très présente. Ils ont essayé de débloquer des choses avec la DRJSCS mais... Je ne sais pas comment on pourrait faire... »

« Avec la DDCS qui est sur le champ départemental et qui a en plus des liens avec la Politique de la Ville beaucoup plus importants que l'ARS, cela reste encore à construire. Il y a des prémices, mais parce qu'on insiste pour que les gens viennent en réunion, pour qu'ils participent, pour les rencontrer, via les acteurs des villes qui sont aussi en lien avec les partenaires de la DDCS, nous avons les mêmes interlocuteurs, notamment les ASV. Du coup, cela peut permettre de faire des liens, mais ce n'est quand même pas simple. »

Du fait d'une faible implication de la préfecture, les CLS sont généralement perçus comme une dyade Ville/ARS.

« Le CLS est avant tout ville/ARS. Avec la préfecture, c'est vraiment compliqué. Déjà il n'y a pas trop de relations. Mais quelle place a envie de prendre la préfecture, sachant que la préfecture elle-même, c'est un certain nombre de services, et qui n'échangent pas trop entre eux. »

« La préfecture et la CPAM ne font pas forcément cette démarche [de rencontrer les élus] et du coup cela positionne l'Agence comme la structure qui est dans la dynamique et dans une autre position que celle des trois autres partenaires potentiellement signataires, et je ne parle pas du conseil général. »

« La vraie question est de savoir ce que peut apporter la préfecture dans les CLS. [...] Pour l'instant, ils font silence radio, c'est-à-dire qu'il est impossible de les rencontrer. Nous avons les sous-préfets comme interlocuteurs lors des comités de pilotage, et des mails via leur directeur de cabinet, mais il n'y a pas de réunions de travail avec la sous-préfecture. »

Ce duo ne tend pas à favoriser l'intersectorialité et contribue plutôt à l'élaboration de CLS très centrés sur la santé au sens sectoriel du terme. En effet, dans cette configuration de relation privilégiée, la règle instituée validant le contenu des CLS - à savoir les priorités doivent impérativement rentrer dans le champ de compétences d'au moins deux des trois

signataires – a tendance à favoriser les priorités sectorielles. Une implication plus importante de la préfecture pourrait peut-être permettre d'accroître le champ de priorités légitimes et notamment intersectorielles. De cette manière, on réduirait le risque actuel qui est de contractualiser au «plus petit commun dénominateur administratif». Ceci devrait passer notamment par une réflexion commune sur l'apport attendu des différents services préfectoraux dans les CLS. Or cette interpellation de l'Etat ne peut se faire au niveau des communes et devrait impliquer l'ARS au niveau hiérarchique le plus élevé, voire au niveau national.

« Il aurait été bien que l'ARS prenne le temps de discuter avec l'Etat, avec les préfectures, pour dire : quel est notre positionnement par rapport au CLS ? A partir de là, quitte à mettre des moyens humains à disposition des préfectures. C'était le cas pour un certain nombre de missions, les agents de la DDASS étaient sous l'autorité hiérarchique du préfet. Quitte à mettre un certain nombre d'agents sous l'autorité du préfet, ça pouvait nous permettre clairement, en tout cas sur certains déterminants qui ne sont pas du champ de compétence de l'ARS, d'avancer sur les questions de santé. »

« Il faut évidemment que ce soit un peu boosté au niveau du préfet sur l'intérêt de travailler avec les autres directions sur les questions de santé. Il me semble nécessaire aussi que dans chaque direction régionale, il y ait un correspondant de la santé et que l'on demande régulièrement aux directeurs régionaux des services déconcentrés quel est leur bilan des travaux qu'ils ont menés avec l'ARS dans ce sens-là. Les villes seront d'autant plus impliquées quand elles verront que l'Etat joue son rôle. »

L'ARS devrait également pouvoir jouer un plus grand rôle pour favoriser l'articulation entre les CLS et les plans régionaux tels que le Plan Régional Santé Environnement, la stratégie régionale de l'hébergement et du logement, le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, etc. Ces liaisons sont encore très ténues pour l'instant. Selon la pluralité de l'équipe projet CLS et le niveau de participation des secteurs non sanitaires – le summum étant le copilotage de certains axes avec la direction santé - cette articulation peut parfois se faire au niveau local. Mais comme vu précédemment, l'engagement institutionnel de l'ARS va renforcer cette articulation et venir soutenir l'effort local.

III.2.2.3.2. Avec les autres institutions

La participation d'autres partenaires ayant également des compétences dans les secteurs susceptibles d'influencer la santé des populations et les inégalités sociales de santé, comme les Conseils Généraux, l'Education Nationale ou la CAF est également à repenser et pourrait permettre un élargissement des domaines d'intervention des CLS. Or ce partenariat ne semble pas aller de soi, alors que ces acteurs sont perçus comme des interlocuteurs essentiels des CLS et dans la lutte contre les ISTS. Des contacts existent au niveau local au titre de leur investissement sur le terrain mais ne sont pas encore institutionnalisés, comme le montrent les propos d'un responsable des relations entre le Conseil général et l'ARS : *« Donc, évidemment, les villes même sollicitent des fois les PMI, même sans que je le sache. »* En conséquence, ces relations restent fragiles et dépendantes des volontés et interprétations personnelles des priorités.

« Sur les CLS, le Conseil général est pas directement associé en tant que tel. Il l'est quand il y a une action sur la petite enfance, via les PMI. Mais on n'a pas de liens directs avec eux. »

« Sur le département, la CPAM participe aux réunions, mais pas plus que ça. La CAF nous a dit que ça faisait pas partie de leurs priorités. Même s'ils font partie du comité de pilotage, ils n'y participent pas. Les autres services de l'Etat qui ont des compétences sur la question du logement, de l'éducation ou autres, ils ne voient pas quel rôle ils pourraient jouer sur ces questions. »

« L'Education Nationale, comme le Conseil Général, au niveau stratégique, il y a pas eu de rencontre CLS directement. Après, au niveau local, ils peuvent être associés, mais ce n'est pas forcément vrai dans toutes les communes, au groupe de travail. Mais il y a pas eu quelque chose au niveau du département, pas encore. »

« Je n'ai pas vu l'inspection académique autour de la table. C'est une interrogation. Pour ce qui concerne les actions de prévention, c'est essentiellement en milieu scolaire, donc ils ont été invités dans les différentes instances, dans le comité de concertation. Mais c'est vrai que je trouve qu'ils sont sous-représentés. C'est une interrogation que j'ai. »

Pour pouvoir s'investir dans les CLS et sur la problématique des ISTS, il est tout d'abord nécessaire que les acteurs partagent des intérêts communs ainsi qu'une volonté politique de s'engager dans un tel processus. En ce qui concerne les Conseils généraux, il faut au préalable que les élus se soient approprié le processus. Par ailleurs, la situation des conseils généraux peut être très différente d'un département à l'autre. Pour des raisons de crise financière aigüe, certains se sont recentrés sur leurs missions réglementaires, qui n'intègrent pas la problématique des ISTS.

« En fait, le conseil général de Seine-Saint-Denis est engagé pratiquement sur tous les déterminants. Il s'occupe d'insertion, il a des engagements spécifiques sur beaucoup d'axes. Mais du fait des problèmes d'effectifs et de financement qu'il rencontre, ce n'est pas décliné sur le terrain, d'où des reproches des élus locaux, qui sont parfois aussi élus au conseil général, à leurs petits collègues. Cela provoque de grosses tensions, c'est très compliqué.

« Au niveau du Conseil général, il y a un affichage au niveau du service de prévention et des actions sanitaires de lutte contre les inégalités sociales de santé. [...] Mais on va dire que c'est une espèce d'isolat théorique, une espèce d'affichage permanent. Les élus écoutent de manière attentive mais il n'y a pas de politique de santé au niveau du département. On est dans une phase extrêmement complexe. »

« Là, je parle du Conseil général, pour qu'il y ait une lutte contre les inégalités sociales de santé, il faudrait qu'il y ait une politique de santé. A l'heure d'aujourd'hui, je n'ai pas le sentiment que les élus portent ça aujourd'hui. Disons qu'ils ont des compétences réglementaires qu'ils assumeront et encore, on va voir puisque les compétences sont en cours de discussion, y compris avec l'ARS. Il y a un projet de service au niveau du SPAS parce qu'il y a tout ce qui est réglementaire, donc on ne va pas remettre en cause la PMI. Mais je ne pense pas qu'il y ait une forte inscription de la lutte contre les inégalités sociales de santé dans le service de PMI du Conseil général. Ils sont plutôt dans les logiques réglementaires, d'actions réglementaires, ils font des actions généralistes et ils ne portent pas vraiment une stratégie de service de lutte contre les inégalités sociales de santé. Je ne pense pas qu'ils fassent vraiment ça, ce n'est pas affiché comme tel, enfin moi, je n'en ai pas cette lecture. Le seul service qui, dans le Conseil général, porte ça, c'est le service prévention et des actions sanitaires, dont la majorité de l'activité est dédiée à la lutte contre la tuberculose. Et on va dire que c'est sur la tuberculose qu'il a une politique parce que, pour le reste, il en a pas les moyens. »

Dans le type de situation décrite plus haut, les marges de manœuvre sont très limitées. Cependant, un certain nombre d'actions portées par les Conseils Généraux sont financées par l'ARS, notamment autour des actions de santé recentralisées. Ces financements pourraient donc être des leviers susceptibles d'être utilisés par l'ARS pour inciter les CG à s'investir dans les CLS, du moins sur certaines thématiques santé. Il est clair que cela ne pourrait pas concerner les champs non sanitaires et qui sont également du ressort du Conseil Général. En ce qui concerne le département de Seine Saint Denis, des discussions ont par ailleurs été entamées pour l'élaboration d'un contrat de territoire qui serait signé entre le CG et l'ARS. Ceci permettrait de définir et institutionnaliser le type et le contenu d'une coopération en matière de santé et ISTS qui porterait sur l'ensemble du département et viendrait renforcer le partenariat local qui apparait difficile sur certains sites. Etant donné les répercussions qui pourront exister sur les CLS locaux, il serait important de bien prendre en compte les besoins des acteurs de proximité, voire de les associer.

« Le problème du Conseil général et là, ça va être aussi le problème de l'agence, c'est que elle négocie en partie avec le conseil général des choses qui sont à cheval du contrat local de la ville. Et ce n'est pas les mêmes. Ça veut dire qu'il y a

des choses qui pourront être négociées avec le conseil général qui vont peut-être l'objet d'un contrat territorial et avec le contrat local de santé de la ville. Par exemple sur le bucco-dentaire, sur... mais entre guillemets, on ne va pas faire comme si le contrat local de santé était une partie de l'autre contrat. On va bien voir comment cela va se passer ».

Au niveau de l'Education Nationale, les relations de coopération avec les écoles sont plus anciennes, notamment au travers d'une convention entre l'ARS et les trois rectorats. Cependant, le partenariat doit s'établir auprès de chaque établissement.

Lorsque le point d'achoppement porte notamment sur l'appréhension de la plus-value que peut apporter la participation des différents partenaires au CLS, cela demanderait que des discussions politiques et stratégiques puissent se tenir au niveau institutionnel afin de mieux définir le rôle que chacun pourrait tenir dans les CLS tant au niveau régional que départemental. Et pour l'instant, ces discussions semblent peu développées voire inexistantes. Selon certains acteurs, le travail de réflexion en amont sur les points de convergence et les portes d'entrée intersectorielles n'aurait pas encore été entamé au sein de l'ARS, ou alors de manière individuelle dans certains DT-ARS et plus particulièrement avec le secteur environnement.

« Et ce n'est pas clairement défini, ni au niveau de l'ARS, ni au niveau national d'ailleurs, sur qu'est-ce qu'ils peuvent concrètement apporter » [parle de la CPAM, CAF, DRIHL, Education Nationale, etc.] [...] Il y a un niveau qui est interne à l'ARS, où dans l'animation de ces Contrats Locaux de Santé, le temps et la réflexion ne nous sont pas donnés pour aller en profondeur des choses. »

Pour ce faire, l'ARS doit donc endosser un rôle de plaidoyer auprès de ces différentes institutions afin de développer des alliances en santé publique autour des CLS et des questions de lutte contre les ISTS. Ce positionnement est très attendu des acteurs locaux. Cela demandera un fort engagement politique de l'agence, des compétences spécifiques en son sein qui demanderont à être reconnues et valorisées, notamment en termes de charge de travail.

III.2.3. Des possibilités de financement limitées pour les actions comme pour l'animation

Dès l'instauration des CLS, l'ARS a annoncé que cet outil ne disposerait pas de moyens financiers spécifiques. L'intérêt de contracter un CLS n'était donc pas financier mais bien plus politique et stratégique, à savoir favoriser la création d'un cadre politique ayant pour objectif la lutte contre les ISTS. Il s'agissait essentiellement de repenser les partenariats et les méthodes de travail pour une plus grande efficacité des interventions. Il y a ici l'idée d'effet d'agencement de ressources des différents secteurs, et de création de dynamiques jusque-là inexistantes. La contrainte budgétaire devant également pousser à plus de créativité et d'efficacité.

« On va faire un peu mieux dans certains domaines avec autant de moyens, voire avec moins... Mais c'est les seules marges de manœuvre qu'on a ! Qu'est-ce que vous voulez, maintenant c'est fini les vaches grasses où on avait plein de dispositifs, des moyens. »

Pour l'ARS, les CLS sont également un outil de redistribution des financements puisque les zones ayant signé un CLS deviennent théoriquement prioritaires dans l'attribution des subventions essentiellement pour le secteur de la Prévention et Promotion de la Santé. Cependant, cette règle ne semble pas toujours systématiquement appliquée. Un travail est actuellement mené au siège de l'ARS pour évaluer sa réelle effectivité.

« Il y a un critère pour les actions de prévention promotion de la santé, mais quand on regarde les actions qui ont été financées par exemple dans ce département, sur la prévention promotion de la santé, il y a beaucoup de choses qui ont été financées sur V. et à côté de V. alors qu'ils n'ont pas du tout de CLS. C'est un travail qui a été réalisé en interne, qui va permettre de réajuster aussi, de réinterroger la programmation.

En ce qui concerne la politique de priorisation des financements des autres services de l'ARS, il semble exister un certain flou puisque les réponses semblent se contredire selon les interlocuteurs rencontrés.

« Est-ce que, aujourd'hui, quand le médicosocial fait un appel à projet, on privilégie les villes qui sont en CLS ? Théoriquement ça doit être le cas. Mais vous voyez, il n'y a pas cette culture de transversalité sur ces questions-là. Et il n'y a pas le temps de la réflexion nécessaire. »

« De toute façon, les villes en CLS sont des villes qui sont en territoire prioritaire mais pas que pour PPS. C'est vraiment un territoire prioritaire qui est reconnu pour l'ensemble de l'Agence. Donc oui, ce sont des territoires prioritaires pour les collègues des autres secteurs. »

Par ailleurs, en raison d'un manque de référentiel commun à l'ensemble des DT-ARS, des différences peuvent apparaître entre les pratiques des délégations. Du point de vue du terrain, le co-financement de l'ingénierie CLS est jugé comme primordial pour le bon fonctionnement du CLS et pour montrer également l'engagement de l'agence. Dans le seul cas rencontré où il n'a pas été mis en place, ce fut profondément regretté. En effet, le travail de coordination et d'animation du dispositif est considéré comme essentiel si l'on veut pouvoir espérer un impact du CLS sur la santé des populations et des ISTS.

« J'estime que le cofinancement de l'ingénierie CLS est indispensable, on ne peut pas demander à une mairie de porter toute seule toute cette logistique financièrement. Nous ne pouvons pas nous plaindre puisque nous avons eu 20 000 € par an pendant trois ans pour financer la coordination du CLS ».

« Sur les termes financiers, en tant qu'avis de technicienne, sur l'ASV, on a des financements pour de la coordination et on aurait pensé qu'on pourrait avoir des financements pour de la coordination dans le cadre du CLS, qu'on n'a pas obtenus ».

« Il y a l'aspect financier, c'est-à-dire il faut donner des finances au CLS pour que ça marche. Pour une ville, c'est quand même un poids, un CLS. Quand on dit : « il faut recruter un coordinateur CLS », s'il y a pas les moyens derrière, il y a des villes qui le feront pas parce qu'il y a pas de moyens. »

« Bref, au début, tout le monde trouve ça super sympa parce qu'on apprend plein de choses. Mais derrière, pour faire vivre les groupes de travail, le partenariat, la mobilisation des acteurs, c'est un travail de très longue haleine. »

Ne pas le financer, revient à méconnaître cette fonction centrale dans le dispositif et à en laisser toute la responsabilité à la ville. D'ores et déjà, la hauteur des financements pour ce poste qui demande une expérience et des compétences en leadership, en animation partenariale et en promotion de l'intersectorialité, est remise en question. Selon les interviewés, cela ne permettrait pas de recruter à niveau d'expérience suffisant et favoriserait un certain turnover difficile à gérer pour le projet.

« En moyenne, c'est 15 ou 20 000 € pour un poste à temps plein. On est à deux tiers de la prise en charge. Et encore pour quelqu'un qui est en début de carrière. Quelqu'un qui a une certaine expérience, qui a certains types de diplômes ne rentre pas dans les cases. Soit la ville réduit le temps de travail, ce qu'a fait Bobigny, soit « brade » le poste, c'est-à-dire va recruter quelqu'un de tout jeune qui va se former, qu'il va falloir accompagner dans la formation, et il faut donc avoir une hiérarchie disponible et quelqu'un en RH, soit on fait avec »

« [Le salaire d'un coordonnateur CLS] C'est entre 1 480 et 1 500 € par mois. Elles font plus qu'un temps plein, il y a une vraie dynamique de réseau, des développements, des valorisations d'actions, plus les actions concrètes qu'elles animent directement en matière de prévention, par exemple. Peu de gens font tout cela. Ce n'est plus leur casquette. Il y en a plusieurs qui se retrouvent responsables d'un service. Sans prime d'encadrement, sans rien. »

« Quand on dit « un mi-temps », derrière le mi-temps, il y a toutes les charges sociales à payer. Est-ce que la ville aura les moyens ? Il faut donner les moyens

aux villes de pouvoir recruter. Quand on dit 20 000 €, quand vous divisez sur 12 mois 20 000 €, ça fait environ 1 600-1 700. Ça peut aller, c'est un mi-temps. En sachant que c'est au minimum un Bac +4 ou Bac +5. Faut trouver quelqu'un qui va accepter un mi-temps à 800 € ! »

Le principe d'absence de financements dédiés a été finalement accepté par les acteurs de terrain, quelque peu contraints et forcés. Ils ont supposé que sans cette contractualisation, les financements classiques risquaient d'être remis en question.

« On sait très bien que pour les dossiers de subventions - parce que l'ARS nous subventionne pas mal - que si on n'avait pas renouvelé le CLS, si on ne suivait pas leurs préconisations, au niveau du partenariat, ce n'est pas ça. Ça veut dire que ça nous enlèverait des moyens et si on nous enlève des moyens, ce n'est pas la ville toute seule qui pourra nous donner les moyens pour agir et pour réduire les inégalités de santé. »

« On n'a pas eu de financements supplémentaires. Par contre, à l'inverse, si on ne s'était pas inscrit dans un CLS, les financements auraient diminué, voire [été] complètement perdus. »

Cependant, ils déplorent l'obligation de devoir continuer à passer par des appels à projets malgré une contractualisation sur des objectifs communs et des fiches-action entre les collectivités et des bailleurs de fonds. Selon eux, cette contractualisation devrait pouvoir les dégager de cette contrainte coûteuse en temps et en énergie et souvent incertaine. En effet, ils courent constamment le risque que certains projets ne soient pas financés comme ce fut le cas pour quelques villes. Cette incertitude associée à la durée pour recevoir les financements rend la mise en œuvre du CLS plus complexe et contingente.

« Par exemple, on a mis en place le guide qui a fait suite à un diagnostic qu'on a fait sur les questions de santé/précarité. Un des points qui fait qu'on accède peu à la santé, c'est qu'on connaît mal nos droits. Donc, on a réalisé un guide sur la question des droits à la santé. On a répondu aux appels à projets ARS. On n'arrivait pas bien à trouver la voie et on n'a pas obtenu de financements. Alors que, pour nous, on est clairement sur la réduction des inégalités sociales de santé quand on explique davantage les droits aux habitants. [...] C'était une des fiches, bien sûr. C'est toute la complexité aujourd'hui. »

« Même quand on avait été voir Monsieur Evin, on lui avait dit qu'on ne venait pas pour les financements au départ, mais quand même, à un moment donné, il y a des financements qui sont importants à mettre sur la table et à déterminer réellement, et à savoir combien on va avoir. Là aussi, si on ne sait pas, on fait quoi ? On attend. »

« Quand on fait des réponses à appel à projets, on fait la réponse pour novembre/décembre, on a la réponse courant mai, dans le meilleur des cas, pour obtenir les financements entre octobre et janvier de l'année d'après. On pense particulièrement aux associations qui sont un peu fragiles financièrement, ça peut être très compliqué. Et maintenant, elles en arrivent à ne plus anticiper les projets parce qu'on sait très tard qu'on n'a pas les financements. »

Les acteurs de terrain souhaiteraient qu'il puisse exister des enveloppes dédiées pour les actions retenues dans les CLS, voire des mécanismes conjoints de financement des différents financeurs impliqués dans les CLS. Ceci montrerait une véritable volonté de soutenir un projet global, territorial et concerté autour des ISTS. Pour l'instant, les financements conjoints sont quasi inexistantes et il n'existe pas encore de fléchages CLS permettant de prioriser ces projets chez les autres financeurs que l'ARS. On peut toutefois signaler une initiative conjointe ARS-DRILH mais cela reste un appel à projets avec les inconvénients qui y sont inhérents.

« En termes de financements, peut-être de réfléchir plutôt en termes d'enveloppes et d'avoir des vraies réflexions entre les tutelles, de se mettre autour de la table et de dire : « qu'est-ce qu'on fait sur ce territoire-là en particulier ? ». Là, c'est une vision technique, c'est aussi pour que, nous aussi, on puisse mieux travailler et

proposer après des bonnes actions. Etre capable de proposer des bonnes actions, savoir qu'après on va être suivis. C'est toute cette démarche-là. »

En conséquence, la contractualisation des CLS porte sur des projets mais sans garantie de financements. Ceci ne favorise pas l'innovation et peut rendre frileuses les collectivités territoriales, craignant de devoir s'engager plus avant financièrement.

« C'est tout le problème puisqu'il n'y a pas de financement fléché. L'engagement, c'est simplement que les signataires s'engagent à faire en sorte que le projet soit réalisé. Mais le terme reste quand même assez pompeux. Il n'y a pas d'engagement contractuel, d'engagement ferme sur la possibilité de financements. »

« Les actions hyper précises en matière de CLS, c'est un peu compliqué parce que les élus peuvent dire que s'ils n'ont pas la garantie d'avoir une subvention, ils ne feront pas telle ou telle action. Et on ne peut pas garantir des soutiens financiers. »

De plus, bien que le CLS soit censé favoriser l'approche globale de la santé et la promotion de la santé dans son ensemble, les modes et règles actuelles de financement ne le permettent pas vraiment. Les financements semblent rester très thématiques et centrés sur la santé au sens strict (biomédical) du terme ou ses déterminants proximaux (alimentation, activité physique, etc.) et de ce fait gênent le financement de la globalité de l'action, ce qui peut jouer négativement sur l'impact de ces projets sur les ISTS. L'un des interviewés cite en exemple les problèmes rencontrés pour financer des rencontres visant à renforcer la parentalité dans leur globalité alors que c'est une action importante dans la lutte contre les inégalités de santé⁶². Un parallèle est fait également pour les actions en faveur des personnes âgées pour lesquelles le mode de financement actuel ne permet pas d'envisager une approche prenant en compte l'ensemble des facteurs, notamment sociaux et environnementaux, ceux devant garantir leur bien-être. Les financements restent donc très sectorisés et favorisent peu la promotion de la santé.

« Quand on prend par exemple la maison des parents et qu'on parle de demande des financements... l'ARS était prête. Elle va la financer sur l'aspect l'alimentation par exemple. Mais donc, il faut flécher avec des thématiques « santé » pure et dure. Dans le cadre du CLS, moi je souhaitais qu'on rentre dans des logiques qui consistent à dire : on va favoriser la participation des parents autour de la santé, en particulier quand on sait quels sont les publics dont s'occupe la maison... Eh bien toute action du type groupes de parole, regroupements, etc., devrait pouvoir relever de financements dans le cadre de prévention/promotion de la santé, et pas seulement celles qui sont ciblées alimentation ou dentaire, ou que sais-je encore ? Pareil pour les personnes âgées. La lutte contre les accidents domestiques, ça c'est fléché mais favoriser le regroupement des personnes âgées pour lutter contre l'isolement... Ah non, ça non, pas trop... »

Pour certains acteurs, le fait de ne pas avoir transformé les modes de financement habituels montre les limites intrinsèques des CLS tant en matière d'innovation qu'en termes de pérennisation, avec des conséquences négatives sur l'impact potentiel des CLS sur la réduction des ISTS. Les plus pessimistes s'interrogent sur la nécessité de mettre en place un tel dispositif sans ajout de fonds spécifiques et dont le résultat consiste uniquement parvenir à cibler des zones vulnérables.

« On aurait aussi pu imaginer que le CLS allait permettre de stabiliser certaines actions et de pérenniser leur financement. A partir du moment où le CLS reconnaît la légitimité d'une ville à faire de la santé, on s'est mis d'accord sur les actions et les stratégies d'intervention, mais on a un peu oublié la question des financements, alors que c'est ce qui fait vivre l'action ».

« La dynamique du CLS, l'esprit, la lutte contre les inégalités sociales de santé, le dynamisme qui a été créé ou en interne et ou en lien avec l'agence, tout cela est intéressant pour autant, à trois ou quatre ans, qu'est ce qui en restera si on n'est pas capable à un moment ou un autre de mettre en adéquation les moyens »

⁶² Moleux M, Schatzel F, Scotton C. (2011). Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris.

« Le doute qu'il y a, c'est que les CLS servent réellement de levier. On est une des villes les plus pauvres du département. Même si on n'avait pas eu de CLS, on aurait eu des actions de santé publique. Le CLS d'accord, mais le CLS en lui-même... Il se trouve que là maintenant c'est le CLS. Mais encore une fois, on parle de dynamique où l'agence dit elle va privilégier les villes qui ont un CLS, sous-entendu on va privilégier les villes pauvres. Et alors ? Entre guillemets, il n'y a pas besoin d'un CLS pour privilégier les villes pauvres. Le CLS en tant que tel, en tant que levier de nouvelles formes de financements, de collaboration, bah non ! Encore une fois, comme on en a eu l'espoir, c'est plutôt ce sentiment de renfermement. C'est-à-dire que voilà... L'ambition initiale était quand même tout autre que celle où l'on est arrivé maintenant. »

De plus, si le CLS contribue à reconnaître le rôle central des communes en matière de santé, il contraint bien souvent ces dernières à s'investir encore davantage dans un champ qui ne relève pas de leurs compétences légales, au travers des co-financements, des recrutements de personnels, etc.

« Les inégalités de santé sont tellement significatives que c'est vraiment un projet à très long terme, et je ne pense pas que les crédits alloués à la politique de santé soient à la hauteur de ce qu'il y a à réaliser. En termes d'enveloppe, la ville doit investir environ six millions d'Euros dans sa politique de santé, toutes actions confondues, qu'il s'agisse des actions financées aux associations dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse du PPRE, du Centre de santé. Sur le Centre de santé, par exemple, la masse salariale et les crédits de fonctionnement représentent trois millions d'Euros pour un million de recettes entre la participation des familles et les financements, on est donc très loin du compte [...] Et on doit avoir 2,5 millions de financement tout confondu. »

En période de contraintes budgétaires et/ou de changements politiques, ceci peut être remis en question par les équipes municipales et mettre à mal l'ensemble du dispositif.

« Paradoxalement encore une fois, j'aurais tendance à penser que l'impact est plus symbolique que réel, et le symbolique ne va pas durer très longtemps. Parce que l'année prochaine, il y aura une nouvelle équipe municipale qui n'aura pas participé au process du CLS, qui en ignorera le contenu, qui ne sera pas engagée dans le contenu actuel. A priori notre maire va rester... mais à part notre maire... mais notre maire est préoccupée par le fait que tout ça coûte très cher et qui va payer. Entre l'agence d'un côté qui centralise et les villes qui disposent de moins en moins de moyens, la dynamique du CLS qui n'a pas su - entre guillemets - sanctuariser des champs importants de financements publics... bon... C'est un peu comme les coordinateurs ASV. Fondamentalement, ça reste très très précaire tout cela. »

« Je pense que le financement, c'est un point noir [...] En tout cas c'est ce que les communes nous disent, c'est quand même un frein assez important au développement d'actions parce que, du coup, c'est la commune qui finance une bonne partie des actions et de tout ce qui est personnel. »

« Est-ce que la dynamique entamée dans le CLS, les process qui sont en cours vont suffisamment sécuriser les financements santé pour qu'ils ne soient pas systématiquement remis en cause dans le cadre de politiques locales par le simple fait qu'on n'a plus d'argent, j'en doute. [...] Le discours, c'est ce que je vous disais la dernière fois. A la réunion de direction, c'était : on a 1,5 millions au titre des rythmes scolaires ; le déficit du centre de santé est le même. En gros l'équivalence entre... Voilà où ça en est. Mis cela sur l'ensemble des politiques de santé vous voyez ce que ça peut donner. »

Les acteurs s'interrogent sur le décalage entre les attentes portées par le CLS, notamment au niveau de l'ARS qui le voit comme un outil majeur de sa politique de lutte contre les ISTS, et les moyens réels mis à disposition. Est-ce que la mutualisation des compétences, le partenariat intersectoriel seront suffisants pour atteindre l'objectif ambitieux de réduction des ISTS ? Et ce d'autant plus que l'on a pu voir que les modes actuels de financement n'étant pas remis en question, ils favorisent très peu l'innovation et la promotion de la santé.

« En gros, l'ARS a déjà annoncé que ce serait probablement à moyens constants, qu'il faudra convertir des financements très ciblés, ponctuels, de manière à ce que ça puisse composer un financement significatif pour répondre à des objectifs précis. L'ambition est forcément réduite. On ne va pas modifier radicalement ou agir radicalement sur un certain nombre de déterminants. Mais l'idée, c'est qu'il y a un effet agencement de ressource qui peut modifier éventuellement certains aspects. Si on réussit à faire travailler le secteur des sports avec le secteur de la santé, avec des effets de développement d'une culture partagée sur ce que peut être la protection et la sensibilité au risque, c'est pas forcément des moyens conséquents mais il y a une dynamique qui peut être enclenchée. »

« Alors si je regarde du point de vue comptable ce que le processus CLS à la ville rapporte, en gros 20.000 euros potentiellement pour la coordination CLS, aux environs de 30.000 à 50.000 euros pour la prévention/promotion de la santé - mais je pense qu'on les aurait eu sans problème - et l'impact sur les autres aspects médico-sociaux : zéro. Actuellement, quant aux résultats comptables, c'est très insatisfaisant. Et à dire encore une fois qu'on donne de l'importance aux CLS sans que – entre guillemets - les financements soient autres que très symboliques. »

III.2.4. Faible participation des habitants

La participation des habitants est unanimement reconnue comme faible dans les CLS, alors qu'elle est considérée comme un levier important dans la lutte contre les inégalités sociales de santé^{63,64,65}. Lorsque les habitants ont été associés à la démarche, ce fut essentiellement lors de la phase de diagnostic, et souvent au moyen d'enquêtes par questionnaires, à l'exception d'un site de notre étude qui avait choisi une approche plus communautaire pour l'analyse de situation. Néanmoins, des représentants associatifs, notamment des associations de quartier, ont été conviés à la démarche.

Pour certains CLS, une restitution publique des résultats a été organisée mais cela n'a pas été généralisé.

« Les habitants ont été consultés au niveau du diagnostic puisque nous avons fait un questionnaire pour savoir ce qu'ils attendaient du premier recours, de l'accès aux soins, s'ils avaient un rendez-vous rapidement ou non, vers qui ils se tournaient, où ils poursuivaient les soins etc. Elle a été consultée à ce moment-là. Un rendu public de ce diagnostic a été fait, mais au-delà de cela, la population est très peu intégrée dans la démarche, c'est cette partie-là qui pêche. »

« Ils ont été invités par le biais d'associations de quartier. En fait, ils ont très peu participé, sauf à travers une enquête d'environ 250 questions, échantillonnées. »

Si pour la phase diagnostic, les habitants ont donc parfois été consultés, très peu l'ont été lors de la phase de planification avec élaboration des priorités. Ils sont par ailleurs très peu représentés dans les comités de pilotage.

« Certes, nous avons associé les partenaires et les habitants via le travail diagnostic, mais nous ne les avons pas associés sur l'élaboration du CLS. Le choix des actions et des axes stratégiques est négocié et travaillé par les équipes de santé municipales et les équipes de l'ARS ».

La plupart des acteurs interviewés reconnaissent aisément l'intérêt d'une démarche associant les habitants et considèrent même que c'est une insuffisance des CLS. En effet, l'analyse que les habitants peuvent avoir sur leurs propres difficultés peut éclairer différemment les

⁶³ Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Genève : OMS.

⁶⁴ Organisation Mondiale de la Santé. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : OMS.

⁶⁵ Wallerstein N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*.6(3):197-205.

problématiques et les solutions envisagées par les professionnels. Par ailleurs, cela favorise leur adhésion aux projets mais aussi renforce leurs capacités en tant qu'acteurs de leur santé.

« On sait que c'est intéressant pour faire vivre un plan de santé ou des actions de santé si on associe très en amont des partenaires relais ou des représentants d'usagers à son élaboration. C'est donc un petit regret. [...] C'est peut-être un manque de ce CLS. »

« Des représentants d'associations. Le fait que les gens sachent qu'il existe un CLS sur la ville ça facilite la compréhension des actions de prévention, ça facilite l'implication des professionnels et des habitants. »

« L'expertise d'usager est essentielle et des fois ça change complètement la donne et le débat. [...] Ça permet de s'approcher un petit peu plus de la réalité et un petit peu plus de ce qu'il faut faire, des priorités ».

« C'est vraiment l'évaluation et l'implication des habitants au fur et à mesure de ces années qui vont pouvoir rendre le dispositif efficace. »

De plus, les habitants peuvent interpeler les élus de manière différente des professionnels de santé qui peuvent se retrouver dans un rapport hiérarchique avec ces derniers.

« Après, c'est une cadre municipale. C'est présidé par les élus, donc il y a des choses qu'elle peut dire et des choses qu'elle ne peut pas forcément dire. C'est là où avoir aussi des parents, des usagers, est essentiel parce qu'eux s'en foutent des enjeux institutionnels : « Monsieur l'élu, vous n'êtes pas mon employeur, je suis citoyenne, électrice ou pas forcément quand elles sont étrangères.. » Ça, c'est une amélioration majeure et moi, c'est ce que je recommande à tous les CLS, c'est cette place du citoyen, qui n'est pas qu'usager ».

Lorsque les acteurs rencontrés analysent cette faiblesse, ils avancent différentes raisons, à savoir le manque de temps, la facilité de travailler entre techniciens, mais aussi un manque de sensibilité à cette approche qui conduit à ce que ça ne soit pas considéré comme une règle de travail fondamentale dans l'élaboration de tout projet de santé.

« Sur la première phase, nous ne pouvions pas mobiliser les troupes en trois mois. Sur la deuxième phase, nous ne l'avons pas fixé comme règle de travail, je ne sais pas pourquoi. Je sais que d'autres villes avaient le souci d'être très participatives dans la construction des CLS, mais je ne sais pas si elles ont réussi. J'imagine que ce doit être très compliqué. Comme je le disais, le CLS est un espace de négociation, et plus on est nombreux, plus on fait appel à des associations parfois monothématiques ou mono-publics, qui peuvent se dire qu'on leur demande leur avis et qu'on ne retient pas leur proposition d'intégrer les déficients visuels de l'association untel, par exemple. C'est sûrement plus facile de faire un CLS tel qu'on l'a fait sans une concertation très élargie. »

« On a essayé de le faire dans une démarche participative qui, selon moi, est un peu restée au milieu du gué. Il aurait pu être bien plus participatif, notamment avec les habitants [...] Globalement, bilan moyen. Bilan moyen, qui est dû aux résistances des collègues et du COPIL. [...] Les résistances portent sur le fond par rapport à l'enjeu que ça représente pour améliorer la santé et aussi parce que ça prend du temps. Si c'est considéré comme quelque chose de pas essentiel, ça ne sera pas une priorité. Elles sont aussi des résistances du type : « je n'ai pas que ça à faire. Moi-même, j'ai ma charge, tu me demandes d'aller voir le conseil municipal des enfants, la responsable vie associative, le directeur citoyenneté proximité, les référents de secteur, tout ça, mais moi je n'ai pas le temps ».

Est évoqué également le manque de compétences.

« Non, mais nous ne sommes pas très outillés. Il y a des formations qui existent notamment à Saint-Denis, mais ce n'est sans doute pas une sensibilité que nous avons. C'est quand même très dépendant des personnes, on fait aussi avec ce que l'on est. Nous n'avons sans doute pas cette sensibilité, cette compétence. Nous manquons de compétence là-dessus. »

Le CLS est un outil complexe qui demande à mobiliser un grand nombre d'institutions et de partenariats. Dans ces conditions et en fonction des contraintes de temps et de charge de travail, si le rôle et l'expression des habitants ne sont pas considérés comme des principes primordiaux sous-tendant les actions de santé publique et partagés par tous les acteurs, il y a de fortes chances pour que cela passe en second plan et que la priorité soit donnée à la mobilisation des professionnels de santé et des institutions. Ce qui donc a fait défaut, c'est une forte impulsion de la part de l'ARS mais aussi des municipalités pour favoriser et promouvoir la démarche participative auprès des équipes de projet, et la présenter comme un levier essentiel dans la lutte contre les ISTS. Or, il semble que globalement elle ne soit pas encore clairement reconnue comme telle par la plupart des institutions impliquées dans le CLS.

« Ce qui peut bloquer des fois, c'est si les élus ne portent pas assez l'idée que c'est [la démarche participative] un enjeu stratégique de la santé en tant que tel mais aussi comme levier de développement. Du coup, ils ne transmettent pas assez à l'ensemble de l'encadrement que, par exemple, il faut se mobiliser bien plus sur les démarches participatives. »

« L'ARS qui avait un discours là-dessus mais qui ne le porte pas [...]. Et puis d'autres acteurs aussi, même les associations ne le portent pas assez. La CPAM aussi ne le porte pas assez, très présente dans le COPIL. Le Conseil général aussi. »

Dans le cadre des CLS, on constate donc que la participation des habitants, au même titre que l'intersectorialité et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, est un chantier pour lequel il existe encore d'importantes marges de progrès à réaliser.

III.3. Les leviers des CLS

Dans cette partie du rapport, nous allons présenter les leviers qui, aux yeux des acteurs rencontrés, apparaissent importants pour favoriser la prise en compte des ISTS dans les CLS et à terme avoir un impact positif sur ces dernières. Certains de ces leviers sont déjà à l'œuvre et méritent d'être renforcés, d'autres seraient à développer.

III.3.1. Un processus de diagnostic partagé

Selon les personnes interviewées, le diagnostic partagé entre l'ensemble des acteurs locaux est un levier important favorisant le partenariat. Comme nous l'avons précisé précédemment, il permet de faire émerger les besoins en termes de santé d'un territoire et de négocier les priorités d'intervention avec l'ensemble des partenaires. Ces priorités doivent se traduire ensuite en des objectifs communs au travers d'axes stratégiques et de fiches action.

Même si de nombreux problèmes de santé qui se dégagent des diagnostics locaux sont déjà connus localement, et s'ils apparaissent parfois semblables d'une ville à l'autre pour un même département – tels que l'habitat indigne, la périnatalité, la santé des jeunes, cancer, etc. – l'important réside dans la connaissance très fine de la situation, à savoir les populations les plus touchées, les moyens existants, les manques en termes opérationnels, etc. Par extension, ceci doit permettre des choix stratégiques et opérationnels les plus appropriés à cette réalité. L'intérêt réside également dans la mise en place d'une dynamique partenariale autour de ces problématiques et la recherche de solutions communes sur un territoire donné en tenant compte le plus précisément possible de ses contraintes et de ses ressources.

« Plus on se rapproche du terrain et plus on serait en capacité de comprendre de manière fine les quartiers, les terrains, les populations et donc d'agir. »

« Quand on fait un état des lieux, un diagnostic, c'est malgré tout assez généraliste et cela vient confirmer des choses qu'on savait déjà, mais cela a au moins la vertu de mobiliser de nombreuses personnes sur cette problématique. »

L'apport des données ARS et CPAM (pour certains départements) a été jugé très intéressant par les acteurs de proximité, parce qu'elles apportaient des informations sur la situation en santé d'un territoire, dont les collectivités ne disposaient pas auparavant. Ceci a donc permis

d'ajouter un nouvel angle de vue dans l'analyse de la situation. De plus, à partir de ces données, il serait possible de dégager des indicateurs utiles à l'évaluation des résultats des CLS. Cependant, ils ont pu regretter que les tableaux CPAM ne soient pas mieux expliqués, certaines mauvaises interprétations ayant pu en découler.

« Comme un point fort, c'est déjà bien d'avoir les indicateurs, mais le problème par rapport à ces indicateurs c'est que parfois il y a de mauvaises interprétations parce que les données ont été inscrites de manière brute dans certains CLS, avec des grosses inquiétudes par rapport au taux de mortalité infantile que l'on ne peut pas analyser à un échelon communal. Sur B., ils étaient inquiets par la surmortalité par cancers, alors qu'ils avaient mal interprétés, ce n'était pas significatif. »

« Comme des monographies ont été éditées par l'Agence, qui ont été données aux villes en démarche CLS, et que la CPAM a donné des indicateurs qui s'inscrivent dans les déterminants de santé et sociaux, on peut partir de ces éléments pour comparer le suivi de ces indicateurs

Pour pouvoir renforcer ce levier, il serait intéressant que d'autres partenaires acceptent également de partager leurs données comme le Conseil Général ou l'Education Nationale par exemple. Ces accords devraient être négociés institutionnellement avec l'ARS, plutôt que rediscutés au cas par cas. Par ailleurs, disposer de données à l'échelle des quartiers pourrait être bénéfique pour le CLS. L'ARS a développé un nouvel outil infra-territoire donnant la possibilité de réaliser, à l'échelle des quartiers, des cartographies évolutives selon les besoins. Une réflexion pourrait être engagée sur l'utilisation de cet outil au niveau local et départemental, ainsi que sur les sources de son alimentation en données. Cet outil semble posséder un potentiel important en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé qui mérite d'être exploité au profit des CLS. Grâce à cet outil et la possibilité qu'il offre de croiser les différents indicateurs par quartier, le diagnostic pourrait être davantage étayé et par extension les actions pourraient être plus précises avec des indicateurs spécifiques d'évaluation.

Le diagnostic est également perçu comme un moyen de sensibilisation des secteurs non-sanitaires à s'engager dans les CLS. Il donne un point d'appui pour solliciter la participation de ces secteurs sur des aspects particuliers. Il serait donc un levier pour favoriser l'intersectorialité. Toutefois, cela n'est possible que 1) s'il contient des éléments permettant de mettre en exergue les liens entre la santé et les autres secteurs et 2) si les équipes projet sont en capacité de l'intégrer dans une démarche de développement de partenariats intersectoriels. Le diagnostic est un moyen d'interpellation des autres politiques publiques. Ce rôle d'interpellation revient à l'équipe projet du CLS et aux élus en charge du dossier.

« Un travail de présentation du diagnostic et du CLS en tant que tel, ça va permettre de faire comprendre à l'ensemble des cadres et à beaucoup d'acteurs locaux que, en fait, tout le monde fait de la santé, tout le monde contribue à l'amélioration de la santé et de la lutte contre les inégalités sociales territoriales de santé. »

Il est attendu du diagnostic qu'il permette ensuite d'entamer un débat sur la santé, les enjeux et le rôle des différents acteurs, à savoir les élus, les professionnels de santé, les professionnels des autres secteurs, les associations, etc. Pour ce faire, le canevas du diagnostic doit donc être pensé de manière à ce que les problématiques intersectorielles soient mises en évidence et creusées en profondeur. Pour l'instant, ces interconnexions sont faiblement explorées dans le diagnostic à l'exception peut-être de la question de l'habitat indigne. Il pourrait être pertinent de revoir les termes de référence des diagnostics afin de mieux intégrer les éléments intersectoriels qui pourront servir d'amorce pour les échanges avec les autres services sur le CLS. Ceci a d'ailleurs été suggéré lors des entretiens avec les acteurs de proximité.

« Le diagnostic tel qu'il est fait aujourd'hui, les thèmes qu'on doit aborder, reste un diagnostic assez traditionnel. On travaille sur l'offre de soins, la consommation de soins, sur quelques indicateurs de santé et puis sur le bien-être général ressenti. Mais le diagnostic aussi aurait pu nous orienter dans cette direction [intersectorialité] et aller voir les politiques municipales mises en œuvre qui

répondent aux déterminants dont on sait qu'ils sont importants pour la santé. Mais non, il n'a pas été pensé et commandé comme cela. Il faut démarrer dès le diagnostic, sinon après... »

III.3.2. Les instances de gouvernance

Le CLS possède théoriquement trois instances de gouvernance, à savoir :

- un comité de pilotage chargé de la gouvernance politique ;
- un comité technique composé des représentants techniques des instances signataires et des différents partenaires engagés dans le processus mais non signataires ;
- le secrétariat qui est généralement assuré par le référent CLS.

L'institutionnalisation de ces instances est un levier important pour favoriser l'approche globale et partenariale en matière de santé. A travers elle, il s'agit de fixer les règles pour s'organiser collectivement sur un territoire afin de penser la santé de manière intersectorielle, définir des stratégies, des modes opératoires et des interventions pour lutter contre les ISTS. Elles sont sensées réunir les différents partenaires engagés dans les CLS ou susceptibles de l'être. Le choix des partenaires est stratégiquement important, puisqu'on reconnaît ainsi leur légitimité dans un projet de lutte contre les ISTS et on engage des partenariats en ce sens. C'est une manière de susciter un engagement de ces acteurs encore peu impliqués à participer activement au processus CLS.

Ces lieux d'échange permettent d'une part de faire le point sur l'avancée du processus et d'autre part de pouvoir discuter des points de blocage et de décider de solutions communes à mettre en place notamment en termes de partenariat. De plus, la coprésidence entre signataires permet d'asseoir et d'officialiser ce processus partenarial autour d'un projet de territoire concerté.

« Le COPIL est un lieu où on fait un point d'étape sur l'année n-1 et sur les nouvelles perspectives, éventuellement les nouvelles orientations, soit d'autres orientations, soit au sein des axes stratégiques compte tenu de la mise en place de certaines actions plus faciles que d'autres, puis analyser les freins, les leviers, et c'est en Copil qu'on doit se dire : ok, mais si on ne peut pas tout développer parce qu'il y a tel frein, qu'est-ce qu'on décide ? C'est le COPIL qui doit décider. »

« Ce qui me paraît intéressant dans le comité de pilotage, c'est qu'on associe à la fois l' élu et le directeur de service ou le chargé de mission. Sont donc associés l'ARS, la préfecture, le conseil général, la caisse primaire, l'Education Nationale, la Cramif, la CAF, la DRILH, l'inter-secteur psychiatrie, le secteur adulte psychiatrie, l'hôpital Louis Mourier, l'Amicale des Médecins Adeca, la Ligue, les CSAPA, le réseau ville-hôpital, le réseau Perinat, et pour la commune les élus et les directeurs de politique de la ville, service Vie de quartier, éducation, petite enfance, jeunesse, sports, habitat et urbanisme. Ils ont donc été invités. »

Etant donné leur fonction, il semble important de veiller à ce que les personnes chargées de représenter les institutions au sein de ces comités soient en mesure d'être décisionnaires. L'appui de l'ARS est déterminant pour ce faire. De même qu'il devrait l'être pour inciter et relancer les partenaires indispensables mais peu présents lors de la tenue de ces comités, comme c'est notamment le cas pour certains Conseils Généraux ou pour l'Education Nationale.

Théoriquement, un comité de pilotage local existe pour tous les CLS. Néanmoins, un des sites visités, bien qu'en cours de préparation de son CLS pluriannuel, n'avait encore jamais instauré cette instances de gouvernance et cela pouvait retentir tant sur le partenariat, l'implication des élus que sur le niveau d'avancement du processus.

Certains départements ont souhaité mettre en place un comité de pilotage départemental, cette décision est laissée à l'initiative des DT-ARS et n'est pas systématisée. Elle répond à la même logique d'association des différents partenaires et vient en appui au niveau local. Il est ainsi possible de discuter de difficultés et stratégies qui dépassent le niveau local et intéressent plusieurs collectivités territoriales. Ceci pourrait être particulièrement important pour l'implication de partenaires tels que les conseils généraux qui développent davantage

une politique départementale que locale, vu leur territoire de compétence. De cette manière, on instaure des complémentarités entre niveaux territoriaux et on reconnaît un partage des responsabilités quant à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Vu la complexité de cette problématique, le niveau local seul ne possède pas l'ensemble des leviers pour y faire face, et cela nécessite la participation des niveaux départemental, régional, voire national.

De plus, c'est un moyen de développer les partenariats verticaux et d'institutionnaliser encore davantage les relations d'interdépendance existantes entre les différents niveaux.

« Nous, on a un comité de pilotage départemental, qui comprend l'ARS bien sûr, la préfecture, la DDCS. Les trois participent aux réunions, mais les autres, comme la CAF, l'Education Nationale, la CPAM, la DRIHL et le Conseil général, on les a mis d'emblée dans notre comité de pilotage pour voir les aspects qui seraient de leurs compétences, pour qu'ils puissent intervenir sur ces questions-là. »

« L'intérêt d'avoir plusieurs institutionnels dans les instances de pilotage régional et les instances de pilotage départemental, c'est de croiser les missions de chacun à la fois sur l'offre en santé, les missions des actions, l'offre en termes d'équipement et l'offre en termes d'actions. »

Depuis janvier 2014, un comité de pilotage régional a été mis en place par l'ARS-IDF. Il réunit les différentes directions métiers, les DT-ARS ainsi que des représentants des administrations dont le champ de compétences porte sur des déterminants ayant un impact sur la politique de santé mais ne relevant pas de l'ARS, comme la DRIHL ou la DRJSCS par exemple. Cependant, on peut déplorer l'absence de certains partenaires clés. En effet, à ce jour, l'Education Nationale n'est pas encore officiellement engagée. Sa mission est d'établir de nouvelles synergies et mettre en cohérence le niveau stratégique régional. On peut s'interroger sur la place qui est donnée aux collectivités territoriales dans cette instance stratégique.

Dans un souci de management de projet et afin de pouvoir conserver l'historique des CLS, il semble indispensable que ces différents comités fassent l'objet d'un compte-rendu, ce qui n'est pas encore le cas pour la plupart des COPIL locaux des villes étudiées. Un rapport d'avancement du projet CLS avec un volet financier global qui puisse être mis à disposition et validé par les partenaires serait également pertinent. Les acteurs de terrain signalent que des rapports d'utilisation des fonds sont remis à chaque bailleur pour des actions figurant dans les CLS. Toutefois, dans un souci d'intégration et de présentation du CLS comme un projet global multipartenarial cohérent – et non une suite d'actions sans liens spécifiques – il serait préférable de présenter un document consolidé faisant état du projet CLS dans son intégralité.

III.3.3. Les Ateliers Santé Ville

Les ASV ont bien souvent été la première porte d'entrée des constructions des CLS sur les territoires urbains, ce qui souligne leur rôle de pivot dans le processus. Ce rôle majeur est d'ailleurs généralement reconnu par les acteurs rencontrés. L'Atelier Santé Ville n'avait pas comme mission de participer à l'élaboration d'une politique de santé sur toute la ville mais devait activer des démarches devant faciliter un certain nombre d'actions en direction des quartiers défavorisés dans les domaines de la prévention et de l'accès aux droits et aux soins. Les CLS se sont bâtis à partir de l'expérience des ASV, tout en étendant leur champ de compétences et leur portée notamment stratégique jusqu'à devenir le cadre d'un programme pluriannuel d'actions concerté en santé publique sur l'ensemble du territoire d'une collectivité locale.

« Les Ateliers Santé Ville se trouvent un peu à l'intersection entre les CLS qui peuvent être vus comme des objets extra politiques de la ville et les CUCS Contrat Ville. L'ASV est un peu vu comme l'objet de liaison parce qu'on travaille dans une démarche quartier souvent, pas exclusivement, et participative avec les habitants, et au cœur de la lutte contre les inégalités sociales de santé. »

« L'ASV trouve sa place dans le CLS parce qu'il s'appuie beaucoup sur l'expérience des ASV, mais les ASV sont limitants sur les publics et les territoires puisqu'ils

doivent s'occuper des quartiers politique de la ville. Le CLS permet d'aller un peu plus loin et plus largement. Dans notre ville, le CLS englobe l'ASV. »

Les ASV ont permis d'initier ce dialogue ville-Etat autour de la santé et de la problématique des ISTS. Ils ont incité et impulsé des manières de travailler nouvelles centrées sur le partenariat pour produire du diagnostic et faire rentrer les dynamiques participatives dans la culture de santé locale. Ils ont également fait émerger une nouvelle culture de la programmation locale. Les ASV possèdent donc des savoir-faire primordiaux en matière de réduction des ISTS si on en croit la littérature internationale. Il semble donc essentiel qu'ils gardent une place privilégiée dans les CLS, d'autant que nous avons pu constater que la participation des habitants y était très faiblement développée. De plus, de nombreux diagnostics des CLS ont pris appui sur ceux préalablement élaborés dans le cadre des ASV.

« [La suppression des ASV] Ce serait extrêmement dommageable parce qu'il y a dans l'Atelier Santé Ville une force méthodologique, un savoir-faire particulier en termes de participation, de réflexions, de mises en relation, qui peut pas être dévolu à un appareil, qui doit rester un outil permanent. »

« Tout le travail que font les ASV. Nous avons un peu peur de la disparition des Ateliers Santé Ville qui serait assez dramatique. Si l'on ne garde pas tout le travail de proximité qui est réalisé et de santé communautaire, d'ailleurs c'est très peu développé la santé communautaire mais il y a quand même quelques actions, et le cas du CLS sans la démarche ASV, nous allons perdre sur la question de la participation des habitants. C'est un levier mais qui n'est pas développé. »

« Si on ne travaille plus sur ce que portent les ASV, si on ne parle plus des besoins en termes d'accompagnement de certains publics pour accéder et comprendre les messages, si on ne permet plus cette adaptabilité des transformations de pratiques pour les populations plus vulnérables, on ne réduira pas les inégalités infra communales. »

De nombreux coordonnateurs ASV ont vu leur mission s'étendre à la coordination des CLS avec ce que cela implique en termes de charge de travail. Ceci a pu être réalisé dans un souci de meilleure intégration des ASV et des CLS et aussi d'économie. Or, ne court-on pas le risque que l'ASV soit en quelque sorte absorbé dans le processus CLS et ne permette plus d'apporter son savoir-faire indispensable dans la lutte contre les ISTS ? Pour pallier ce risque de perdre la spécificité des ASV et leur plus-value, une des villes rencontrées a fait le choix inverse. Elle a préféré recentrer les missions du coordonnateur ASV sur les quartiers et les populations les plus vulnérables et recruter un coordonnateur CLS ; ces deux professionnels ayant l'obligation de travailler en complémentarité et synergie avec le CLS comme cadre de référence.

Une réflexion sur l'articulation entre les ASV et les CLS mériterait d'être approfondie, même si cela est déjà quelque peu abordé dans le kit méthodologique⁶⁶. Ce dernier traite plutôt de la question territoriale alors qu'à ce niveau, il serait intéressant de discuter de la plus-value des ASV et leur prise en compte dans les CLS. L'enjeu ne consiste-t-il pas en l'intégration des ASV dans les CLS tout en gardant leurs spécificités et compétences particulières, à savoir développer une approche ascendante et de proximité en santé publique dans les quartiers défavorisés et auprès des populations vulnérables, et ce afin de réduire les ISTS infracommunales ? Ces compétences pourraient être notamment très utiles dans le cadre d'une approche ISTS favorisant un universalisme proportionné. Le CLS pourrait alors devenir le cadre politique et partenarial intégrateur en santé publique sur le plan local, tout en veillant à conserver et articuler les démarches et outils déjà existants.

Ce travail de réflexion semble déjà entamé dans un groupe régional de travail animé par l'ARS et portant sur la gouvernance locale. Ceci est d'autant plus important dans un contexte de réforme de la Politique de la Ville pour laquelle les CLS constitueront le volet santé.

⁶⁶ ARS-IDF (2011). Éléments de références sur les Contrats Locaux _de Santé (CLS). Présentation du périmètre et des modalités d'élaboration des CLS. Document de Travail.

III.3.4. La coordination du CLS

La coordination occupe une fonction essentielle dans les CLS. Comme nous l'avons vu précédemment, cela comporte des missions d'animation du CLS dans une démarche de gestion de projet, de mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité dans un projet territorial de lutte contre les inégalités sociales de santé. Cela oblige une très bonne connaissance du secteur sanitaire ainsi que des autres secteurs influant le niveau de santé des populations afin d'être capable de créer des connexions utiles pour répondre à l'objectif de réduction des ISTS des CLS.

Les responsabilités qui incombent au coordonnateur CLS sont larges et essentielles et demandent de bonnes connaissances en santé publique ainsi qu'une forte expérience en management de projets complexes.

Etant donné, les montants relativement faibles alloués pour le recrutement de ces professionnels pivots et la précarité de leurs postes pour la plupart, il est difficile pour les municipalités de pouvoir embaucher des personnes expérimentées et sur le long terme. On assiste à de nombreux turnover qui peuvent perturber le bon déroulement des CLS.

De plus, son positionnement doit lui conférer la légitimité nécessaire pour pouvoir mobiliser les différentes catégories d'acteurs et ressources qu'il doit mettre en cohérence afin de réaliser les objectifs du CLS. Dans les sites visités, la plupart des coordonnateurs CLS étaient placés sous l'autorité du directeur ou directeur adjoint de la santé, ou lorsque ce poste n'existait pas, sous le DGA santé comme à Stains. Dans un souci de pérennisation et en raison d'une forte appropriation du processus, une ville comme Saint Ouen a créé un poste de directeur à la santé adjoint qui est en charge du dossier CLS. On constate ici une vraie légitimation de la fonction de coordonnateur. L'élu en charge du CLS de cette ville reconnaît que c'est un enjeu majeur pour le bon déroulement des CLS :

« Il faut qu'on ait les moyens, côté professionnel, de libérer du temps à des chefs de projet, type Mme L. parce que je crois qu'elle est à mi-temps là-dessus, mi-temps qui est d'ailleurs financé dans le cadre de l'ARS. Donc ça, évidemment, ça facilite les choses. Quelqu'un qui fait son travail, à qui on dit en plus : « occupe-toi de ça », ça marche pas sur un truc comme ça, où il y a 10 000 partenaires et tout. Donc il faut du temps pour un chef de projet. »

Différentes recommandations émanent du terrain afin d'améliorer l'action de ce levier. La première consiste en une augmentation des crédits pour le financement de ces postes afin de permettre de recruter des personnels plus expérimentés.

Une autre solution porte également dans la constitution d'une équipe projet CLS, qui permet de combiner les compétences et positionnements hiérarchiques de différents professionnels et ainsi d'alléger les responsabilités du coordonnateur CLS tout en l'appuyant. En effet, des acteurs ont soulevé les difficultés rencontrées lorsque l'ensemble de l'animation du processus repose sur une seule personne, souvent peu chevronnée.

« Tout ça pèse sur la personne qui est chargée du CLS. Souvent, c'est une personne. Mais c'est elle qui doit porter tout à la fois, c'est-à-dire tenir les programmes, organiser souvent directement les actions qui sont intégrées au programme et, en plus, porter toute la logistique de suivi et d'évaluation. C'est très lourd et souvent c'est une tâche impossible. Les gens s'usent très vite à faire ça tous seuls. La logique CLS, avec une baisse de moyens progressifs, risque de porter des effets négatifs. Elle ne peut fonctionner que si elle crée des ressources, que si, progressivement, elle se développe, elle a la capacité à développer des moyens d'extension des acteurs, des systèmes d'actions en santé. Ça, ce n'est pas forcément pensé. On se repose sur l'idée d'un opérateur qui intègre l'ensemble des tâches, en pensant qu'il va tout faire. Là-dessus, c'est certainement une remise à plat qu'il faudrait faire sur les fonctions de coordination, sur les compétences en santé publique et surtout sur le savoir-faire en matière de dynamique participative »

La configuration « équipe projet CLS » a été choisie notamment à Bobigny. Elle comprend la coordinatrice du CLS, le directeur de la santé et de la petite enfance, le directeur adjoint de

la santé, la coordinatrice Atelier Santé Ville qui va s'occuper de certains axes, la directrice administrative du Centre municipal de Santé et le chef de projet politique de la ville. Il y a toujours la possibilité d'intégrer d'autres personnes ressources en fonction des besoins qui pourront se faire sentir. Selon les acteurs de terrain, une équipe-projet permet de démultiplier les actions mais également de favoriser la créativité et l'innovation. *« En fait, c'est de l'intelligence collective. C'est de la systémique, c'est-à-dire on fait un système 1+1+1=3. On sort de l'équipe projet des choses qui pourraient pas sortir dans l'addition de chacun ou dans de la relation bilatérale, parce qu'après il y a les interactions. »*. Par ailleurs, il est primordial que cette équipe projet soit pluridisciplinaire et ne soit pas composée uniquement de spécialistes de la santé, ce qui risquerait d'enfermer le CLS dans une approche trop segmentée.

La coordination peut également être renforcée par l'instauration d'un système de copilotage des groupes de travail et axes thématiques. Cette disposition permet également de promouvoir la transversalité et l'intersectorialité. Elle permet une réflexion en amont des sujets/thèmes communs et semble mieux garantir une approche et un langage communs dans la prise en compte de la problématique et des solutions à trouver. Cette configuration est envisagée pour certains CLS qui sont en cours d'élaboration et/ou de mise en œuvre. Dans un des sites de cette étude, une des sous-thématiques du volet l'inclusion sociale est notamment copilotée par le secteur santé et la responsable du PRE. Pour une autre commune, le volet habitat prévoit un copilotage entre le secteur santé et le secteur de l'urbanisme. Cette démarche est ardue car elle demande d'intégrer de nouvelles façons de travailler ensemble et du temps dédié à cette intersectorialité. Pour ce faire, cela nécessite un important plaidoyer, notamment politique en amont pour qu'elle puisse se mettre en place.

« Dans les futurs contrats, c'est allé jusqu'à un co-pilotage. C'est compliqué parce que ce sont des acteurs qui n'ont pas l'habitude d'être sollicités dans ce type de démarche santé. »

Le rôle de coordination doit également être soutenu par des échanges avec d'autres référents coordinateurs CLS. Des réunions de travail réunissant l'ensemble des coordinateurs CLS sont actuellement organisées par certaines DT-ARS. C'est une occasion de formation continue sur certains thèmes, mais aussi un espace de réflexions et d'échanges partagés sur les pratiques. La thématique de la lutte contre les ISTS devrait être centrale afin de développer leurs compétences méthodologiques en matière de réduction des ISTS, que peu d'entre eux semblent posséder. Des séminaires d'auto-évaluation pourraient être envisagés, notamment autour de la problématique CLS et ISTS. En Seine Saint Denis, ce fut une occasion pour présenter le projet de périnatalité RéMI et d'envisager son application au sein des CLS. Ce sont aussi des occasions de rapprochements entre sites, de partage d'information, d'outils mis en place et de création d'un réseau des coordinateurs. Une ville a par exemple développé un outil commun 21/ASV/CLS qu'il pourrait être intéressant de partager avec les autres CLS.

« Le groupe des coordinateurs était très content, ils sont très mobilisés, ils sont même venus avec leur directeur. Ils ont d'emblée souhaité que ce groupe de travail soit un groupe de réflexion, comme avant la DDASS. »

III.3.5. L'ARS, un rôle de pilier à renforcer

III.3.5.1. Développer des cadres

Comme cela a été évoqué précédemment dans le rapport, les CLS ont peu fait l'objet de référentiels susceptibles de guider les parties prenantes dans l'élaboration et la mise en œuvre de cet outil. Au cours des entretiens, cette absence initiale de documents cadre a été regrettée à de nombreuses reprises, d'autant plus que les CLS sont perçus comme devant permettre une certaine harmonisation des pratiques et favoriser une meilleure prise en compte des ISTS dans les CLS. Les plus critiques allant jusqu'à reprocher le choix d'une fuite en avant pour parvenir aux objectifs de l'ARS de 80 CLS signés d'ici 2014, plutôt qu'une réflexion sur les stratégies à adopter pour la mise en place d'un tel outil.

« Il y a autant de CLS que de départements, autant de manières de faire que de départements. »

« C'était la volonté de Laurent Chambaud de mener ce type de politique, c'est-à-dire que si les villes le veulent on signe, et après on travaille ensemble. Mais le travailler ensemble, il faut le définir aussi. Sachant que les directeurs ont changé, les personnels ont changé, qu'il y a d'autres points de vue, d'autres mises en œuvre et d'autres réflexions. »

« En trois à quatre ans, sur le périmètre géographique du CLS, sur le rattachement du CLS à la politique régionale de santé, et sur son contenu, il y a eu des postures successives et parfois très différentes au moment du processus d'élaboration car il fallait sans cesse se réajuster, se réadapter à l'actualité régionale. »

« Sur les CLS, à part la loi HPST, on attendait des décrets, on attendait des circulaires, il y a rien. Au niveau national, il y a aucun cadre [...] On a dû construire nous-mêmes notre propre façon de faire. Cette absence de cadre, ce n'est pas du tout aidant. Ça n'a pas du tout facilité la démarche. »

Un travail sur les référentiels a été récemment entamé par le siège de l'ARS qui mérite d'être poursuivi. Six groupes de travail ont été constitués. Ils réunissent les référents CLS des DT-ARS, les directions métiers de l'ARS, un représentant de la DRJSCS, des coordinateurs ASV, etc. Les thèmes abordés sont : « Partenariat/transversalité », « Diagnostic local de santé et Veille des données », « Communication », « Elaboration d'un Référentiel CLS », « Gouvernance locale : articulations ASV, Contrat de Ville/CLS/CLSM », « Evaluation des CLS ». Ces travaux serviront de lignes directrices pour toutes les parties prenantes et prendront appui sur l'expérience CLS accumulée depuis 2012. Pour chacun de ces guides, il faudra veiller à ce que la problématique des ISTS soit centrale. Cependant, il serait sûrement intéressant d'ajouter à cette réflexion générale, un groupe de travail portant sur les déterminants des ISTS et leviers susceptibles de réduire les ISTS au niveau local, ainsi que sur les articulations nécessaires avec le niveau régional et national.

III.3.5.2. Mettre à disposition des acteurs des outils sur les ISTS

L'animation des CLS est centrale mais elle demande de fortes compétences en matière de réduction des ISTS. En effet, pour répondre favorablement à l'objectif général que se sont assignés les CLS, les acteurs principaux doivent non seulement être en mesure de dessiner un cadre logique et opérationnel des actions à mener, mais surtout avoir une idée claire des mécanismes à activer pour lutter contre les ISTS et savoir comment les actionner. Or, il semble que ces capacités soient actuellement limitées.

Un accompagnement méthodologique a été fortement souhaité tout au long des entretiens effectués. C'est un levier qui a été peu développé jusqu'à présent. Les attentes portent essentiellement sur la connaissance de ce que sont les ISTS et leurs déterminants ainsi que sur les modalités opérationnelles de lutte contre ces inégalités. Du soutien en matière d'information sur les sources de financement est également sollicité.

Les acteurs de terrain manquent de temps et parfois de savoir-faire pour se tenir informés des stratégies en matière de réduction des ISTS, des outils disponibles, des formations auxquelles participer, etc. Comme le souligne une personne interviewée, il faudrait pouvoir éclairer les acteurs des CLS sur « ce qui fait levier en termes d'intervention sur les déterminants, quels sont les travaux qui permettent de travailler sur l'ensemble des gradients au niveau d'une municipalité. Lorsqu'il existe des écarts entre plusieurs populations, quelles interventions peuvent être mises en place pour réduire ces écarts, qu'est-ce que cela veut dire en termes de déterminants. La question des conditions de vie des habitants est essentielle pour travailler dans le champ social, dans le champ économique, dans le champ de l'accessibilité et de l'accompagnement. »

« Si on veut travailler sur tout ce qui est transversal, c'est-à-dire les déterminants de santé, il faut donner des points de repère aux villes, aux communes, en leur disant : vous mettez un CLS qui doit agir sur les déterminants de la santé, et 80% de votre CLS doivent comporter des éléments que nous connaissons pour faire levier sur la réduction des inégalités sociales ou de santé. »

Des fiches thématiques ont été élaborées dans certains départements, résumant la problématique et les stratégies existantes. Cependant, la question des ISTS et notamment la

mise en œuvre pratique d'une approche d'universalisme proportionné dans ces champs n'est pas abordée. Il serait intéressant que, pour chaque grande thématique santé, on puisse illustrer comment traiter la problématique des ISTS dans ce sens.

Il serait judicieux que l'ARS puisse s'interroger sur les modalités d'appui méthodologique à apporter aux équipes CLS, et qui fait défaut pour l'instant. Cet appui pourrait soit se développer en interne, ou s'organiser autour d'un pôle de compétences régional pouvant soutenir et accompagner le processus CLS.

III.3.5.3. Revoir la place du CLS au sein de l'ARS

Il serait intéressant que la réflexion entamée sur les référentiels puisse également concerner l'ARS et sa stratégie interne vis-à-vis des CLS et des ISTS afin d'une part d'homogénéiser les pratiques et d'autre part d'assurer une plus grande transversalité, facteur d'un plus grand impact sur les ISTS.

Une des priorités semble être la question de la priorisation des financements pour les territoires ayant signé un CLS dans toutes les politiques développées par l'agence. Ce qui, selon les acteurs interviewés, est variable selon les départements de l'ARS.

« S'il y avait quelque chose à améliorer dans le processus, c'est de manière générale que le critère CLS soit un critère de choix dans toutes les politiques développées par l'agence. Un des critères permettant de choisir les projets. Le fait qu'un acteur local soit inscrit dans le CLS devrait être un point positif. Quand je dis cela, ce n'est pas seulement à propos de la ville, mais de tous les partenaires inscrits dans le cadre des CLS. Parce qu'il y a plein d'acteurs qui eux n'ont pas vu l'intérêt de soumettre....dans ce genre de projet »

Définir et homogénéiser ce qui peut être financé par l'agence dans le cadre des CLS serait également nécessaire. Nous avons vu que certains sites se voient accorder des fonds pour la coordination alors que ce n'est pas le cas pour d'autres. Il en va de même pour les thématiques, les déterminants de la santé et les leviers sur lesquels il est possible d'agir. Il s'agirait de définir plus précisément les déterminants de la santé qui peuvent être pris en compte dans les CLS, la manière de le faire, les partenaires à mobiliser et les financements possibles.

Par ailleurs, il serait judicieux qu'une réflexion puisse s'engager en interne à l'ARS autour des leviers dont elle dispose et qui permettent notamment de favoriser la transversalité au sein des CLS. Elle pourrait débiter par une revue de ces leviers pour chaque secteur de l'agence et un travail sur la façon de les activer. D'ores et déjà, on peut évoquer les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et les établissements hospitaliers. Les acteurs de terrain ont quasiment tous fait état de difficultés pour mettre en place un partenariat avec le secteur hospitalier autour d'un projet de santé territorialisé.

« On pouvait se dire que les CLS étaient un moyen d'associer un certain nombre de partenaires dans une dimension de politique de santé au sens très large du terme. A chaque fois on rappelle la définition OMS de la santé, on est toujours dans les phrases clés, mais en réalité, ça reste compliqué. Ce qui est compliqué avec les établissements de santé, c'est qu'ils sont peu en lien avec les collectivités locales. »

Les CPOM sont un moyen de la part de l'agence d'inciter ces établissements à s'engager plus en avant dans les CLS. Comme mentionné précédemment, ce levier a commencé à être actionné puisque certains CPOM récemment négociés intègrent un objectif CLS. Une analyse fine des raisons des blocages actuels serait peut-être nécessaire au préalable et pourrait faire l'objet de discussion lors de la négociation des CPOM, notamment pour envisager une mise à disposition de moyens nécessaires à ce nouveau type de partenariats.

« Un des chantiers qui sera très important et complexe, c'est le lien avec les établissements de santé et leur place dans les CLS. Ce qui passe par les CPOM et là, on est dans la tutelle. [...] Derrière, il y a les enjeux de l'ARS qui, elle, donne des enveloppes budgétaires avec des masses salariales. On va promouvoir les

coopérations avec les hôpitaux en leur demandant de s'ouvrir et de faire plus de choses, mais derrière, il faut des êtres humains, des budgets »

De même, une analyse devrait être engagée quant à l'organisation à mettre en place en interne pour pouvoir répondre aux besoins émanant de la mise en œuvre des CLS, aux compétences et missions de ses agents, ainsi qu'aux moyens qui lui seront alloués.

« Pour le département, nous sommes déjà à dix projets CLS. Pour moi, c'est énorme alors que les ressources humaines ne suivent pas, les moyens financiers ne suivent pas. Au niveau des villes également, il y a peu de ressources en ingénierie de projets et les acteurs de ces villes sont également en souffrance par rapport à ces CLS. »

Les attentes vis-à-vis des CLS sont institutionnellement très ambitieuses puisqu'ils sont présentés comme l'un des outils principaux de lutte contre les ISTS au niveau régional ; il est donc primordial que cette institution puisse y accorder les moyens suffisants pour que les CLS puissent réellement y répondre.

III.3.5.4. Etre en mesure de négocier des alliances avec d'autres partenaires

Pour appuyer davantage le développement d'une approche globale de la santé, l'ARS sera également obligée de s'interroger sur la manière de développer davantage ses capacités à nouer des alliances avec d'autres partenaires et à promouvoir une mobilisation institutionnelle autour des CLS et des ISTS. Une forte demande a été soulevée quant au fait qu'il y ait des concertations en amont entre l'ARS, voire le niveau national et les différentes institutions dont les compétences et responsabilités influent sur les ISTS, comme les conseils généraux, mais aussi la CAF, l'Education Nationale, la DJRSCS, etc. Les acteurs de terrain sont clairement en attente de cadres stratégiques plus formels.

« On ne pourra pas impacter ces inégalités tout seuls, s'il y a pas une approche réfléchie, coordonnée, concertée, pour mieux impacter le CLS. »

III.3.6. Volonté politique : sensibilisation des élus

La sensibilité et la conviction des élus sont une condition nécessaire au bon déroulement des CLS et plus particulièrement en ce qui concerne les ISTS. En effet, le maire peut favoriser une politique de santé intersectorielle au niveau municipal en exigeant la collaboration de ses services communaux non sanitaires au CLS. Il peut également réaffirmer l'importance de la santé au niveau local et la mise à disposition d'enveloppes budgétaires en conséquence.

Un des leviers de lutte contre les ISTS les plus couramment perçus par les acteurs de terrain comme activables au niveau local sont les centres municipaux de santé. Leur maintien bien que déficitaires et l'étendue de leurs activités résultent de choix politiques au niveau des maires, qu'il faudrait conforter tant au moyen de la sensibilisation sur les ISTS, qu'en ré-évaluant le type d'appui qui pourrait être apporté à ces structures sanitaires municipales.

Il faut déjà que les élus soient sensibilisés à la question. Nous faisons ce que nous « ordonnent » nos politiques. C'est compliqué. »

« [Pour que le CLS fonctionne] Il faut une impulsion politique et puis un peu d'organisation. Avec ça, on peut tourner. »

Par ailleurs, de par sa position, le maire possède un véritable pouvoir de sensibilisation sur les différentes parties prenantes de la santé, et ce bien au-delà du secteur sanitaire. Il est donc indispensable de sensibiliser ces acteurs politiques sur les ISTS, et sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'optique de leur réduction, notamment sur les leviers dont ils disposent au niveau local et dans la promotion de l'intersectorialité. Le diagnostic peut être un outil pertinent, d'autant qu'il permet un débat au sein des conseils municipaux.

« [Concernant les éléments facilitant les CLS] C'est déjà un cadre clair au niveau des décideurs, des élus entre eux, au fait que la santé c'est transversal et que c'est un enjeu majeur. Ça, le diagnostic y aide. Ça a permis du débat au niveau du bureau municipal. Là, ça a marché. »

« Je pense qu'il y a un gros travail à faire de sensibilisation sur les ISS auprès des élus. Sachant que ce sont quand-même les élus qui disent aux professionnels qu'ils aimeraient ça ou ça. Il y a une phase de sensibilisation sur les ISTS. Il y a des outils, notamment sur les élus, il n'est pas nécessaire de lire toute la littérature. Un élu à la santé, si on lui parle plus d'inégalités de santé que de promotion de la santé bucco-dentaire ou nutrition... Je pense que c'est l'enjeu avec les élections, avec les nouvelles équipes, sachant que derrière vont se déclinier de nouvelles administrations, et ce sont aussi des interlocuteurs. »

La sensibilisation des Directeurs Généraux des services ainsi que des Directeurs Généraux à la santé est également essentielle. En effet, une fois sensibilisés, ces derniers pourront appuyer et favoriser la démarche auprès des Elus, mais aussi auprès des équipes techniques. Ce travail de sensibilisation et acculturation des élus aux principes et méthodes de lutte contre les ISTS revient à l'équipe projet des CLS au niveau local, mais demande à être encouragée et soutenue tant techniquement que sous forme de plaidoyer de la part de l'ARS. L'appui technique de l'ARS pourrait se faire soit directement ou indirectement au moyen d'experts extérieurs spécialement mandatés, et relayé par d'autres instances. Cependant, le poids institutionnel de l'ARS pour le plaidoyer en tant que tel reste central.

On pourrait envisager l'organisation de séminaires en faveur des élus, mais aussi des équipes cadres municipales sur les ISTS. L'association Elus, Santé Publique et Territoires, ainsi que les centres de formation des élus et des cadres territoriaux pourraient également être impliqués dans cette sensibilisation.

IV. Discussion

IV.1. résultats concordants entre les phases quantitative et qualitative

Comme l'enseigne l'expérience des Health Action Zones (HAZ) en Grande Bretagne entre 1997 et 2001⁶⁷, expérience ayant de nombreuses similitudes avec les CLS, une initiative aussi importante et complexe que les CLS relève du changement social et peut donc difficilement s'envisager au prisme des théories de l'action programmée comme le fait habituellement la démarche de santé publique dans un univers d'action administrée. Des buts peuvent être fixés mais il est toujours difficile de prévoir à quel moment ils seront atteints, ni comment les acteurs de terrain se les approprieront et les traduiront en actions en fonction des particularités du contexte dans lequel ils travaillent. En conséquence, l'évaluation ne peut porter sur des résultats qualifiés de « finaux » nécessairement lointains, mais au mieux sur des résultats intermédiaires susceptibles de montrer la mise en place de conditions permettant peut-être de les atteindre. Parmi celles-ci, une place centrale revient à la constitution de partenariats indispensables pour agir sur les déterminants de la santé qui président aux ISTS et que l'intervention est censée réduire. Dès lors, le choix de méthodes d'étude qualitatives est primordial afin de mieux comprendre le changement à l'œuvre et son impact.

Les résultats qui ont été présentés précédemment proviennent d'un échantillon de 39 entretiens de plus d'une heure trente en moyenne, menés auprès des principaux acteurs impliqués dans sept CLS. Cependant comme nous l'avions indiqué dans le chapitre méthodologie, en raison du processus électoral (élections municipales et européennes), il ne nous a pas été possible de rencontrer de nombreux élus, ni même Directeurs Généraux des Services ou Directeurs Généraux Adjointes à la Santé, et ce malgré de nombreuses relances. De plus, étant donné la complexité du projet CLS, il serait illusoire de penser que nous ayons pu saturer l'information sur un domaine aussi vaste en constante évolution.

L'interprétation de ces résultats doit également prendre en compte des limites de représentativité des sites étudiés. Par choix, il a été décidé d'enquêter en dehors des villes où une démarche de santé publique ancienne et structurée existe. Il serait intéressant de voir

⁶⁷ Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Judge K., Mackenzie M., Sullivan H. (2005) Health Action Zones. Partnerships for health equity. Londres : Routledge, 226p.

dans quelle mesure leur expérience et les moyens dont elles disposent (Service Communal d'Hygiène et de Santé ou équivalent, Centre Municipal de Santé, ...) leur permet (ou pas) de dépasser tout ou partie des limites relevées, lesquelles et comment. Nous n'avons pas enquêté non plus dans les sites dont la dynamique santé était trop fragile pour produire des avancées identifiables par les délégations territoriales de l'ARS. C'est le cas de petites villes dont certaines n'ont pas réussi à transformer leur CLS de 1^{ère} génération en contrat de 2^{ème} génération. Un des enseignements de cette campagne est la nécessité d'une masse critique d'expertise locale en santé publique qui semble difficile à réunir dans de petites villes, mais sans laquelle la volonté politique peine à se concrétiser en programme d'action structuré.

Une autre limite de ce travail est que le niveau supra-local n'a pas été explicitement pris en compte. On ne saurait pourtant juger de l'impact des CLS sans un point de vue sur leur stratégie globale de déploiement ni sur les transformations induites au niveau de l'ARS ou de ses partenaires institutionnels (CPAM et autres caisses, Conseils Généraux, ...). Seul un point de vue indirect sur la mobilisation de la préfecture est retransmis par nos interlocuteurs. Un éclairage de chercheurs en sciences politiques ou sociologie des organisations compléterait utilement le travail de terrain au niveau local.

Une dernière limite tient au fait que dans une optique de recherche d'impact sur les ISTS, nos entretiens se sont focalisés sur la qualité du partenariat au service d'une action intersectorielle sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ceci peut conduire à minorer une composante importante des CLS, susceptible de contribuer à la limitation des effets des inégalités sociales sur la santé des publics défavorisés, à savoir la **réorientation des services de santé**. Cependant, cette dernière avait été mise en valeur dans le premier rapport consacré à l'analyse du contenu d'un échantillon de CLS. Nous reproduisons ce que nous en disions dans le précédent document ⁶⁸:

« La moitié des actions cherchant à répondre à une problématique relative au système de soins proposent des interventions visant la réorganisation des services de santé. Concrètement, les actions portent sur le renforcement de capacités des services et des professionnels de santé, en termes d'appui aux activités et création de nouveaux services afin notamment d'améliorer l'offre de soins. On trouve par exemple la création de maisons pluridisciplinaires de la santé, d'espaces santé jeunes, d'une équipe psy-précarité etc. Cela comporte également des formations pour les professionnels de santé sur des thématiques non médicales comme les liens entre l'habitat et la santé ou les troubles psychologiques par exemple. On trouve également des actions de mobilisation des professionnels de santé afin qu'ils s'impliquent davantage dans la prévention (vaccination, grossesses précoces, etc.) ainsi que sur les questions d'accès aux soins des plus démunis en acceptant davantage de personnes ayant une CMU, en connaissant mieux les dispositifs d'ouverture des droits, etc.

Les actions de réorientation des services portent également sur une meilleure adaptation de ces derniers aux populations vulnérables. Ces actions proposent la mise en place de consultations hors des services traditionnels de santé, afin d'être en mesure de toucher les personnes éloignées socialement ou culturellement de ces services. Des consultations de médecine générale ou plus spécialisées, comme sur la nutrition, sont proposées dans les lieux de vie ou de passage de ces populations. On retrouve des actions menées chez les restos du cœur, ou dans les foyers de migrants, ainsi que des points-écoute pour les jeunes. Pour ces derniers, des consultations spécifiques sont développées dans le cadre d'Espaces santé jeunes. Le deuxième type d'actions porte sur l'amélioration du développement stratégique et notamment le développement de partenariat avec des professionnels d'autres secteurs que la santé comme le secteur du social, de l'éducation, de la jeunesse, avec une petite percée du secteur emploi/insertion et police. Ces partenariats doivent en grande partie contribuer à améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables en jouant un rôle dans la détection précoce des symptômes et dans l'orientation vers une prise en charge de qualité. Cela passe notamment par la

⁶⁸ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

mobilisation et la formation de ces partenaires, ainsi que sur des groupes d'échanges sur les pratiques. »

Il faut donc considérer cette étude comme la première étape d'une démarche d'évaluation de l'impact des CLS sur les ISTS. Elle pourrait servir de base pour approfondir certains éléments dégagés à ce stade, tels que la qualité des partenariats, le rôle des collectivités territoriales, la participation des habitants et l'action intersectorielle. Malgré les limites énoncées précédemment, cette phase qualitative vient confirmer et éclairer les résultats obtenus lors de la phase quantitative, ce qui donne crédibilité à l'ensemble. Grâce aux entretiens avec les différentes parties prenantes, on est mieux à même de comprendre la logique qui a sous-tendu au niveau local la conception des CLS et les choix qui ont pu être faits, ainsi que toute la complexité qui s'y rattache.

IV.2. Les ISTS deviennent un enjeu de mobilisation transversale

On a pu constater que les CLS avaient permis une plus grande prise de conscience des ISTS de la part des différents acteurs sur le plan local, avec un positionnement plus important sur l'agenda local. Sur le plan régional et notamment à l'ARS, la lutte contre les ISTS est devenue une priorité affichée de la politique régionale en matière de santé avec une volonté de prioriser les financements vers les territoires les plus vulnérables.

Les CLS ont également su engendrer une vraie dynamique de projet au plan local. Pour la plupart, ils se sont bâtis à partir d'un existant tel que les ASV, les initiatives des collectivités territoriales, les réseaux villes OMS etc. Mais la majorité des acteurs s'accordent sur le fait qu'ils ont permis l'ébauche d'un cadre politique fédérateur et globalisant en matière de santé publique au niveau local qui n'existait pas au préalable. Ce cadre permet de poser les bases d'une action concertée en santé sur le territoire communal ou intercommunal avec un focus sur les ISTS. Elle favorise la mobilisation de différents partenaires impliqués directement ou indirectement dans les questions de santé. Il invite les différents partenaires œuvrant dans le domaine de la santé, voire dans les autres secteurs ayant un impact sur la santé, à se réunir et s'accorder sur une vision commune des problématiques locales en santé afin de parvenir à l'élaboration de solutions concertées. Le fait que les ISTS soient présentées comme un objectif majeur des CLS, a permis d'accroître la prise de conscience qu'il fallait élargir le partenariat aux secteurs non sanitaires et développer l'intersectorialité.

Les CLS ont également favorisé la création d'un espace d'échange et de partage pour les acteurs de terrain autour de la question des ISTS. Cet espace permet non seulement d'élargir les réseaux de connaissances interindividuels et interprofessionnels, mais également de réfléchir aux ISTS d'une manière nouvelle peu envisageable dans leur travail au quotidien. Les CLS encouragent les acteurs à sortir des sentiers battus et imaginer de nouvelles façons de travailler ensemble sur les ISTS. Ces avancées rejoignent celles décrites pour l'expérience des HAZ⁶⁹. Nous découvrons ainsi les prémices d'une dynamique intersectorielle autour des questions de santé et d'ISTS, pré requis pour infléchir les ISTS⁷⁰⁷¹.

Les CLS sont perçus comme des catalyseurs pour le changement devant poser les bases pour le développement des capacités locales mais aussi régionales à traiter de la question des ISTS. Encore faut-il que les conditions soient réunies pour que ce changement puisse être réel, durable et s'inscrire dans les politiques à long terme des institutions impliquées dans ce processus.

IV.3. L'intersectorialité est encore à développer

A ce stade de développement des CLS, si cette mobilisation du partenariat est en cours, elle demande à être renforcée. Selon les sites, les CLS ont tendance à fédérer les partenaires

⁶⁹ Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Judge K., Mackenzie M., Sullivan H. (2005) Health Action Zones. Partnerships for health equity. Londres : Routledge, 226p.

⁷⁰ Organisation Mondiale de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. 2009.

⁷¹ Department of Health. (2009). Tackling health inequalities: 10 years on – a review of developments. London : Department of Health, 147p.

traditionnels comme les secteurs du social, de la jeunesse, de l'éducation, alors que pour d'autres, les CLS ont permis de commencer à élargir ce partenariat à des acteurs peu impliqués jusqu'à présent dans les projets de santé publique, tels que les hôpitaux, les médecins généralistes et/ou des secteurs non sanitaires comme l'habitat ou l'environnement. Cependant, pour la plupart des CLS, on a pu constater que certains partenaires clés dans la lutte contre les ISTS sont peu voire pas impliqués. On pense notamment aux services de l'Etat dépendant de la préfecture, aux conseils généraux, à la CAF, etc. Ceci peut être source d'incompréhension démobilisatrice pour des acteurs de terrain qui ne sont pas au fait de la complexité de l'action publique et de ses modalités de financement. Certains refus de l'ARS (refus d'inscription dans le CLS d'une action voulue par la commune au motif non explicite que c'est une autre institution qui devrait la prendre à son compte) sont alors mal compris ; si le refus ne s'accompagne pas d'un « plaidoyer » auprès du financeur potentiel, c'est la cohérence d'une intervention et son efficacité qui peuvent être compromises.

Ce travail a montré que les conditions pour élargir le partenariat commencent à se mettre en place mais elles demandent à être encore intensifiées. De plus, les CLS ne se mettent pas en place sur un terrain vierge, des tensions entre partenaires peuvent préexister ; ces dernières peuvent venir gêner la bonne mise en œuvre des CLS tant au niveau participation qu'appropriation. L'expérience enseigne par ailleurs, qu'il ne suffit pas que les conditions du partenariat soient réunies, voire qu'il permette de s'accorder sur un diagnostic et des objectifs de travail partagés, pour que la mise en œuvre soit conforme à ce qui avait été initialement convenu⁷². Quoiqu'il en soit, comme le soulignent les évaluateurs des HAZ, les conditions pour la mise en œuvre d'un partenariat large et efficace sont multiples⁷³. Selon Sullivan et Skelcher⁷⁴, que cela soit au niveau individuel ou organisationnel, la mise en place de partenariat requiert des capacités de leadership, d'ouverture et de création de relations de confiance. Pour le volet organisationnel, une culture institutionnelle favorisant le partenariat doit également exister. En conséquence, des ajustements essentiels doivent avoir été opérés ou être en cours de mise en œuvre.

Sur le plan individuel, le choix et le positionnement des chefs de projet CLS est extrêmement important. Ils doivent non seulement imaginer mais aussi s'autoriser à agir différemment des schèmes horizontaux traditionnels, mais ils doivent également se trouver dans un contexte qui permette cette innovation. Au niveau des compétences individuelles, ils doivent être en mesure d'agir comme des « boundary spanners », ce qui exige des qualités de communicateurs et de négociateurs, un excellent réseau permettant de pénétrer d'autres secteurs ainsi que des capacités pour comprendre les situations selon diverses perspectives. Il semble que ces conditions soient difficilement réunies actuellement, même si les professionnels en place semblent s'acquitter de leur mission avec la meilleure volonté du monde. Leur positionnement hiérarchique et leur niveau de rémunération ne permettent pas de recruter des professionnels suffisamment seniors ou sur une quotité de temps suffisante pour qu'ils aient l'autorité nécessaire pour tenir un rôle de médiateur à la fois souple et ferme, avec une compétence en santé publique et en conduite de projet permettant d'orienter une politique de santé locale sur la base de données probantes ou prometteuses dans un univers d'action complexe hautement politisé.

IV.4. Des conditions d'implantation à conforter

Les CLS s'apparentent à ce qu'il est convenu d'appeler des interventions complexes⁷⁵ et il peut être judicieux d'examiner les conditions de leur intégration dans les pratiques

⁷² ,Schmidt M, Klazinga N, Stronks K.(2003) Health governance by collaboration: a case study on an area-based programme to tackle health inequalities in the Dutch city of the Hague. *European journal of public health*, 23(6):939-46.

⁷³ Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Judge K., Mackenzie M., Sullivan H. (2005) Health Action Zones. Partnerships for health equity. Londres : Routledge, 226p.

⁷⁴ Sullivan H., Skelcher C. (2002) Working across boundaries: collaboration in public services. Basingstoke : Palgrave. P 271.

⁷⁵ « A complex intervention is defined as a deliberately initiated attempt to introduce new, or modify existing, patterns of collective action in health care. Deliberate initiation means that an intervention is: institutionally sanctioned; formally or informally defined ; consciously planned ; and intended to lead to a changed outcome. Initiators of a complex intervention may seek to change the ways that people think, act and organise themselves in health care, or they may seek to initiate a

quotidiennes des acteurs locaux qu'elles mobilisent. Le « Normalization Process Model »⁷⁶ identifie quatre facteurs susceptibles d'influencer cette intégration : l'*interactional workability* (Comment une intervention complexe affecte les interactions entre les personnes ainsi que les pratiques), *relational integration* (Comment une intervention complexe touche-t-elle aux connaissances existantes et aux relations), *Skill-Set workability* (Comment la division du travail actuelle est affectée par une intervention complexe), *Contextual integration* (Comment une intervention complexe touche-t-elle à l'organisation dans laquelle elle est mise en place). Dans le prolongement de cette étude exploratoire, il serait intéressant d'analyser plus en profondeur les CLS à la lumière de ces cadres théoriques. D'ores et déjà, plusieurs constatations peuvent être faites. Au niveau individuel, si les compétences de leadership et d'ouverture sont appréciées et nécessaires, elles sont peu valorisées, du moins sur le plan financier et organisationnel. Comme nous l'avons vu, le niveau de salaire et la précarité des postes permettent rarement de pouvoir recruter des professionnels aguerris et ayant déjà une expérience de ce type de programmes intersectoriels. De plus, il n'existe pas forcément de plan de formation continue permettant de développer ces capacités une fois en poste. Ceci dépend à la fois de l'envie de ces professionnels, de la disponibilité de l'offre de formation ainsi que de l'acceptation de leur supérieur hiérarchique et de leur employeur qui est, pour la plupart du temps, la collectivité territoriale. Sans compréhension de l'utilité des formations demandées par ces derniers, les chances de formation sont restreintes, d'où un besoin de plaidoyer et d'accompagnement sur cette question.

Par ailleurs, les compétences individuelles seront insuffisantes, si elles ne sont pas supportées institutionnellement, notamment grâce à une culture de collaboration développée au sein de leur institution tant en interne qu'en externe. Or, on peut s'interroger sur la capacité des différentes institutions partie prenante à mettre en place ces conditions pour y parvenir. Ont-elles effectué en leur sein les modifications permettant de favoriser ce changement crucial en matière de lutte contre les ISTS, que cela soit au niveau des communes ou au niveau de l'ARS qui a initié le processus ? Si cela est le cas pour certains CLS où une tradition de travail avec notamment les associations est présente, cela reste bien souvent à développer. L'ouverture vers les communautés est très rarement présente. Cette culture du partenariat doit être davantage développée tant au niveau local, qu'au niveau régional. Comme nous l'avons vu, cela passe par une réflexion sur l'intégration des CLS dans le fonctionnement des institutions, tant sur le plan des stratégies à développer que des missions de leurs agents et des outils à mettre en place. La sensibilisation des élus pour le niveau local et des directions des institutions départementales ou régionales est essentielle. La question du leadership se pose également, notamment à propos de l'acteur/institution qui doit tenir ce rôle au niveau local et du type de support nécessaire pour qu'il/elle soit à même de le tenir. Par ailleurs, l'enjeu de la participation communautaire est à prendre davantage en compte dans les CLS. Ce partenaire important est pour le moment assez éloigné du dispositif, à l'exception de la phase diagnostic.

IV.5. Une maîtrise des déterminants des ISTS et des stratégies efficaces de réduction à parfaire

En ce qui concerne la réduction des ISTS, les entretiens menés auprès des acteurs confirment les conclusions auxquelles nous étions parvenus dans la phase de recherche documentaire⁷⁷. Les déterminants visés par les CLS sont essentiellement le système de soins et la promotion de comportements individuels bénéfiques par l'éducation pour la santé. A ce

process with the intention of creating a new outcome » in May C., Finch T., Mair F., Ballini L. Dowrick C., Eccles M., Gask L., MacFarlane A., Murray E., Rapley T., Rogers A., Treweek S., Wallace P., Anderson G., Burns J., Heaven B. (2007), Understanding the implementation of complex interventions in health care : the normalization process model . *BMC Health Services Research*, 7 : 148.

⁷⁶ May C., Finch T., Mair F., Ballini L. Dowrick C., Eccles M., Gask L., MacFarlane A., Murray E., Rapley T., Rogers A., Treweek S., Wallace P., Anderson G., Burns J., Heaven B. (2007), Understanding the implementation of complex interventions in health care : the normalization process model. *BMC Health Services Research*, 7 : 148.

⁷⁷ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

stade, le CLS est d'ailleurs perçu essentiellement comme un projet sectoriel de santé, avec des ébauches de liens intersectoriels essentiellement autour des questions de l'habitat. Cela recoupe les conclusions d'une revue récente des interventions publiées en matière de lutte contre les ISTS au niveau des villes en Europe⁷⁸. La majorité des interventions portent sur le changement de comportements individuels bien que les principaux déterminants des inégalités sociales de santé soient collectifs. Très peu d'actions portent sur les déterminants structurels de la santé qui requièrent une approche intersectorielle et la participation des communautés, deux stratégies difficiles à mettre en place⁷⁹, comme l'ont également confirmé les acteurs des CLS. La prise en compte des déterminants intermédiaires de la santé tels que le système de soins et la promotion de la santé sont très importants voire essentiels⁸⁰ mais elle demande à être complétée par une plus grande prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

Si, comme nous l'avons vu précédemment, les CLS ont tendance à se cantonner dans des interventions classiques en matière de lutte contre les ISTS, cela s'explique également par le fait que les politiques de santé actuelles en France et par extension les modes de financement des interventions, ne favorisent pas encore fortement l'approche intersectorielle et restent majoritairement orientés vers les facteurs de risque biomédicaux.⁸¹

IV.6. Une répartition des responsabilités à clarifier entre niveaux local, régional et national

De nombreux déterminants structurels de la santé tels que le niveau socio-économique, éducatif, l'environnement durable, sont de la responsabilité du niveau national ou régional, et ne peuvent être traités qu'au travers de politiques nationales de promotion de l'emploi et d'amélioration des ressources au travers d'interventions sur les taxes et le système de protection sociale. « *Tackling poverty nationally is the best way of tackling health inequalities locally* »⁸². Si le niveau local possède certaines compétences qui peuvent contribuer à la réduction des ISTS⁸³, il est clair que cela est insuffisant et qu'il peut très vite se retrouver confronté à ses limites en termes de marge de manœuvre, comme c'est notamment le cas pour l'habitat insalubre⁸⁴. Les actions de lutte contre les ISTS engagées au niveau local doivent donc être soutenues et complétées avec des mesures prises au niveau régional et national si l'on veut un réel impact sur les ISTS. Comme le soulignent Guyot et Hérault, l'échelle d'intervention ne suffit pas à résoudre les problèmes de santé rencontrés. C'est un moyen mais non une fin politique⁸⁵. Il y a donc nécessité de s'inscrire dans une stratégie nationale intersectorielle dont l'objectif serait explicitement la réduction des ISTS^{86,87,88}. A ce jour, comme discuté précédemment, cette stratégie nationale fait actuellement défaut en France ; l'impact

⁷⁸ Pons-Vigues M., Diez E., Morrison J., Salas-Nicas S., Hoffmann R., Burstom B., Van Dijk J.P., Borrell C. (2014) Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities : a scoping review. *BMC*, 14 :198

⁷⁹ Stronks K. (2002). Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health. : the Dutch case. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 20- 25.

⁸⁰ Gaborit E., Haschar-Noé N. (2014) Une entreprise de « sanitisation » de l'école. L'exemple de l'approche « Ecoles en santé » au Québec. *Sciences sociales et santé*, 32 :2.

⁸¹ Lombrail P. (2013) Une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels. *Santé Publique*. 25, p. 385-388.

⁸² Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Judge K., Mackenzie M., Sullivan H. (2005) Health Action Zones. Partnerships for health equity. Londres : Routledge, 226p.

⁸³ Collins PA., Hayes MV. (2010) The rôle of urban municipal governments in reducing health inequities : a méta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9 :13.

⁸⁴ Ginot L., De Koninck M. Mobiliser les politiques publiques pour réduire les inégalités : enjeux pour les acteurs. In Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, pp 113-127.

⁸⁵ Guyot J.C., Hérault B. (sous la dir.) (2001) La santé publique : un enjeu de politique municipale. Bordeaux : Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 283 p.

⁸⁶ Jusot F. Les interventions de réduction de inégalités sociales de santé en Europe in Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, pp 73-88.

⁸⁷ Fassin, D. (2000) Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Paris, Karthala.

⁸⁸ Eurothine (2007). Tackling Health Inequalities in Europe: an integrated approach. Final report. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre & Erasmus, 634 p.

de l'action locale se voit alors limité. De plus, sans cette complémentarité avec le niveau national, on fait peser de lourdes responsabilités sur les acteurs locaux. Les CLS fixent un objectif général de réduction des ISTS au niveau local alors que l'évidence scientifique sur laquelle peuvent se baser les acteurs de proximité fait largement défaut⁸⁹, ou lorsque des recommandations existent, qu'elles sont peu connues des parties-prenantes et peuvent difficilement prescrire des modalités de mise en œuvre qui doivent s'inscrire dans un contexte toujours original. Ils se retrouvent dans une position peu confortable où ils sont dans l'obligation de mettre en œuvre et d'expérimenter des actions avec des orientations jugées peu claires – puisque qu'ils ont tendance à considérer qu'ils disposent de peu de référentiels leur permettant de guider leurs interventions⁹⁰. Ceci peut laisser une certaine marge de manœuvre pour tester des initiatives innovantes, tout en étant dans un univers de contraintes (notamment financements sur des modes classiques). Mais les ressources diffèrent selon les territoires et notamment le nombre de « champions » capables de dynamiser le projet ou de le freiner. Cela oblige une grande prudence dans l'évaluation de l'impact. Ce manque de guidance sur les modalités d'intervention en matière de lutte contre les ISTS et le manque de connaissances relevées par les acteurs de terrain entraînent une grande variation dans le contenu des CLS.

Ce dernier aspect soulève le besoin d'accompagnement méthodologique souhaité par les acteurs de terrain, tant sur les déterminants sociaux mais également sur les stratégies jugées opportunes pour infléchir sur les ISTS et les modalités des actions⁹¹. Des recommandations d'experts existent en France, notamment de l'IGAS ou du HCSP. Quelques outils promouvant l'approche intersectorielle sont également disponibles, tels que the Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban Heart), la « lunette des ISTS », PREFFI, etc. Par ailleurs, les évaluations tant des résultats des actions que d'impact en santé et sur les ISTS devraient davantage être développées. Ces outils peuvent jouer un rôle important dans le développement de stratégies favorisant la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. Il serait nécessaire qu'ils soient adaptés ou mis à disposition des différentes parties prenantes. Un gros effort d'accompagnement méthodologique des équipes locales est à envisager. Il convient de s'interroger sur le contenu et la forme de cet appui, mais aussi sur le responsable de cet appui méthodologique. L'ARS devrait promouvoir cet accompagnement si elle souhaite une plus grande efficacité des CLS en matière de lutte contre les ISTS. Cet appui pourrait se développer en interne ou s'organiser autour d'un pôle de compétences régional composé d'équipes universitaires – notamment pour favoriser la recherche interventionnelle - et/ou d'une agence comme l'IREPS dont le mandat est justement l'appui aux acteurs à travers le conseil méthodologique, l'échange de pratiques et la formation en promotion de la santé.

V. Eléments de préconisation

Sur la base de ces résultats et en nous référant aux recommandations internationales^{92,93} ou françaises^{94,95} présentées dans le premier rapport consacré à ce travail, quelques éléments de

⁸⁹ « HAZs were an important early symbol of the commitment of the government to tackling health inequalities. Moreover, the launch of the initiative was the first systematic attempt by the central government to encourage local agencies to make reducing the health divide a core feature of their strategies. Unfortunately, there was not a large evidence base for them to draw on, either in terms of specific interventions or more general ways of working". HAZs, therefore, were expected to be trailblazers, leading the way in tackling health inequalities". Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Judge K., Mackenzie M., Sullivan H. (2005) Health Action Zones. Partnerships for health equity. Londres: Routledge, p138.

⁹⁰ Comme signalé précédemment, l'ARS considère avoir transmis un nouveau référentiel courant 2013 plus axé sur les ISTS, mais on constate un manque d'appropriation sur le terrain.

⁹¹ Solar O., A. Irwin (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

⁹² Solar O., A. Irwin (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

⁹³ Asthana S, Halliday J. (2006), What Works in Tackling Health Inequalities? Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse (Studies in Poverty, Inequality & Social Exclusion Series), Bristol : Policy Press, 624p.

⁹⁴ Haut Conseil de la santé publique (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : HCSP, 99p.

préconisations peuvent être proposés pour appuyer les capacités des CLS à infléchir les ISTS en Île de France. Ils restent naturellement à opérationnaliser par les services compétents de l'ARS.

Il ne suffit pas que les CLS soient conclus dans des territoires défavorisés (IDH2 < 0,52) pour qu'ils soient des outils de réduction des ISTS de facto. On sait que, de façon générale, certaines interventions de santé publique (campagnes d'information générique, éducation pour la santé) sont susceptibles d'aggraver (ou de laisser perdurer) les inégalités, car elles touchent avant tout les publics les plus accessibles à ces mesures. Les actions « structurelles » sur les déterminants de la santé (sociaux ou environnementaux) sont les plus efficaces à long terme sur les inégalités sociales de santé⁹⁶, plutôt sous forme de combinaisons « multi-facettes » à l'école, au travail ou dans la cité⁹⁷. Toutes ne sont pas de la responsabilité de l'échelon local et certaines nécessitent une action au niveau régional (le PRS et ses schémas en sont un exemple) voire national (politiques sociales ou d'emploi par exemple). Le système de soins étant également un déterminant de la santé et des inégalités sociales de santé, il est important de poursuivre l'action engagée sur la réduction des conséquences des inégalités sociales sur la santé, notamment celles créées et amplifiées par le système de soins. En effet, les CLS ont montré une volonté de réorientation des services en vue d'améliorer l'équité dans l'accès aux services de soins, et de réduire des facteurs de risques médicaux du fait de comportements de santé jugés inappropriés. Cependant, la mission de leadership du secteur sanitaire pour mobiliser les autres secteurs en vue de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé mériterait d'être davantage développée, notamment en matière de plaidoyer.

Enfin, réduire les inégalités ne se résume pas à atténuer / réparer les effets de la précarité sociale des groupes les plus défavorisés (par une action sur l'accessibilité ou la qualité des prestations du système de soins notamment), même si ceci est nécessaire et indispensable. Réduire les inégalités suppose d'agir préventivement sur le gradient d'expositions et d'états de santé qui traverse toute la société.

Un premier ensemble de préconisations peut être proposé sur ces bases :

1. **Faire de la réduction des ISTS un objectif explicite des CLS ;**
2. **Adopter des stratégies susceptibles de les réduire :** action sur les déterminants sociaux et environnementaux plus que sur les seuls comportements individuels ; action intersectorielle ; « empowerment » des individus et des groupes (renforcer les facteurs de bonne santé, qu'il s'agisse de compétences individuelles ou de qualité du support social dans les quartiers) ; , ceci suppose le développement de la capacité à formaliser un « modèle logique » d'intervention qu'il s'agira ensuite de décliner selon un « modèle opérationnel » efficient ;
3. **Agir tôt, dès l'enfance, et tout au long de l'existence ;**
4. **Adopter une définition large des situations de précarité :** pauvreté et autres états de « relégation » [CISS] notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant, mais également les personnes ayant des conditions d'emploi précaires, les jeunes en rupture ou en situation d'insertion, les familles monoparentales ... ;
5. **Equilibrer les trois stratégies de lutte contre les ISTS : compléter les actions indispensables de rattrapage des effets de la précarité sur la santé des plus défavorisés par le système de soins** (accessibilité et qualité des soins), par des actions visant le nivellement des états de santé (par exemple, par des mesures tout aussi

⁹⁵ INPES, EHESP (2012) Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France. Les recommandations du 5 juin 2012, Paris : INPES, EHESP. 4p

⁹⁶ Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 67:190-193.

⁹⁷ Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. (2010) Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 64:28

nécessaires visant à contrer les effets différentiels de prises en charge sanitaires ou sociales courantes) **et des actions visant à réduire le gradient** (par des mesures proportionnées au niveau de risque qui résulte d'expositions différentielles néfastes dans les milieux de vie (logement, pollution, ...) ou de travail, « universalisme proportionné »)⁹⁸.

Pour y parvenir :

6. « **Empouvoier** » les chevilles ouvrières des politiques locales : en premier lieu former et légitimer les coordinateurs des CLS et des ASV (statut plus pérenne, niveau de rémunération plus attractif, positionnement permettant d'interpeller les responsables hiérarchiques des différents secteurs,...) ; sensibiliser et former les services (DT de l'ARS et collectivités territoriales) et les élus ;
7. **Favoriser le partage d'une culture commune** (d'une responsabilité principale du secteur santé dans une vision biomédicale à une responsabilité partagée de l'ensemble des secteurs dans une compréhension éco-sociale) ;
8. **Faciliter la participation des usagers** : au-delà de la consultation au moment du diagnostic, il devrait être possible d'impliquer les habitants à certaines étapes de la conception des actions ainsi que dans le processus d'évaluation ;
9. **Favoriser l'observation pérenne et harmonisée des ISTS** : un enjeu fort consiste à renforcer la capacité des diagnostics à dépasser le seul constat des besoins de santé pour pointer les déterminants susceptibles de relever d'actions intersectorielles, facilitant d'autant la conception de « modèles logiques » d'intervention visant à la fois les conséquences sur la santé et les « causes » ;
10. **Décloisonner les services**, à l'intérieur de l'ARS (faire de la réduction des ISTS un enjeu partagé par toutes les directions), entre services de l'état, avec les organismes de protection sociale (assurances maladie, allocations familiales, emploi et insertion,...) ;
11. **Activer l'ensemble des leviers de la politique publique**, avec une implication plus forte des services de la préfecture ou d'autres grands dispositifs susceptibles d'agir sur les facteurs d'inégalités au niveau individuel (CPAM, CAF, ...) ou collectif (rectorat, DIRECCTE, ...) ;
12. **Promouvoir un accompagnement méthodologique des équipes de terrain**, avec l'ensemble des ressources présentes sur le territoire ; Favoriser le partage de connaissances et d'expériences à travers un dispositif de recherche-action associant le monde académique aux différentes parties prenantes ; Développer l'évaluation des politiques et interventions : études d'impact sur la santé, études d'impact sur l'équité en santé, accompagnement évaluatif, ...

VI. Conclusion

Au vu des résultats de ce travail, il semble bien que les CLS sont un moyen efficace pour initier localement une démarche de santé intégrée et jeter les bases d'une approche partenariale en santé. Ils montrent l'importance de la contribution des collectivités locales à cette fin. Un certain nombre d'ajustements seront nécessaires pour en tirer le meilleur parti en termes de réduction des ISTS. Cela devra notamment passer par des modifications institutionnelles permettant de mieux accompagner le processus et de promouvoir une approche intersectorielle visant une meilleure prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. La poursuite du travail d'implication du secteur santé est tout aussi nécessaire à travers une mobilisation des trois secteurs, soins, médico-social et social. Un renforcement de l'accompagnement méthodologique des équipes œuvrant sur le terrain est indispensable et l'inscription dans un dispositif de recherche-action est souhaitable. La région doit se donner les moyens de rester exemplaire en favorisant le partage et la capitalisation de tant d'expériences menées au service d'une innovation majeure dans des territoires

⁹⁸ Solar O., A. Irwin (2011). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 78 p.

contrastés. L'enjeu consisterait à déterminer dans la mesure du possible quels types d'action ont produit quels effets, pour quels groupes de population, en fonction de la diversité des contextes locaux.

Annexe 1 : Guide d'entretien

PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Bonjour,

Cette étude – commanditée par l'ARS – vise à comprendre et d'évaluer le possible impact des CLS sur les inégalités sociales de santé au niveau local et régional. Et pour cela, j'ai souhaité rencontrer les différents acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces CLS – acteurs dont vous faites partie - afin de recueillir leur point de vue.

Les questions qui vont vous être posées porteront notamment sur les enjeux des CLS par rapport aux Inégalités sociales de santé, ainsi que les modalités d'élaboration et de mise en œuvre sur le terrain de ces CLS en abordant notamment les questions de partenariats, ainsi que les obstacles mais aussi les leviers rencontrés, les changements opérés et les possibles améliorations. Je vous demanderai d'être le plus complet possible dans vos réponses.

Si vous en êtes d'accord, les entretiens seront enregistrés. Ils resteront anonymes et confidentiels. Vos réponses figureront de manière anonyme dans le rapport final de cette étude. Je prendrai également des notes au fur et à mesure de la discussion à des fins essentiellement de relance. L'entretien devrait durer environ une heure voire une heure trente.

Présentation de l'interviewé

1. Pourriez-vous me préciser vos fonctions actuelles et background professionnel ?
2. Quelles fonctions occupez-vous par rapport aux CLS ?

Description du CLS

3. Pourriez-vous me définir le CLS et les objectifs recherchés ? Pourriez-vous préciser en ce qui concerne les inégalités sociales et territoriales de santé.
4. Pourquoi votre institution/association/structure a-t-elle souhaité s'impliquer dans un CLS ? (raisons et description du processus incluant résistances ou questions ayant fait débat)
5. Dans quel contexte vient s'inscrire le CLS ?
6. Quelle est l'étendue du CLS ? comment se sont réalisés les choix quant aux axes et actions à y inscrire ? (critères, questions ayant fait débat, abandons de certaines thématiques).
7. Quels sont les moments jugés déterminants du CLS.

Vision des ISTS

8. Selon vous, quelles sont les stratégies et actions susceptibles de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?
 - a. public ?
 - b. Déterminants et actions
9. Quelle est leur place dans le CLS ? (incluant ce qui manque et pourquoi)

Partenariat

10. Quels sont les partenaires que vous jugés clés dans les CLS ? Qu'en attendez-vous ? (Attentes vis-à-vis du partenariat et questions ayant fait débat).
11. Quels sont les partenaires jugés clés mais absents ? Connaissez-vous les raisons de cette absence ?

Si on fait un bilan des CLS,

12. Quels sont les changements perçus localement et au sein de la structure.
 - a. En matière de politique : est-ce que de nouvelles questions ont été posées ou différemment ?
 - b. Dans les pratiques. Notamment question de transversalité, méthode de travail.
 - c. Dans les partenariats. Nouveaux partenaires ? Façon de travailler avec les partenaires avec les anciens partenaires
 - d. Dans les financements
13. Selon vous, quels sont les éléments ayant favorisé la mise en œuvre des CLS et la prise en compte des ISS ? Comment peut-on les renforcer/soutenir ?
14. Selon vous, quels sont les principales difficultés rencontrées et qui pourraient nuire/limiter les efforts entrepris notamment en matière de lutte contre les ISS ? Moyens imaginés pour les solutionner.

Annexe 2 : Bibliographie

Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., Syme S. L. (1994) Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychological Association*, 49(1) : 15-24

<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Adler,%20N.%20E.,%20Boyce,%20T.,%20Chesney,%20M.%20A.,%20Cohen,%20S.,%20Folkman..pdf>

Agence de la santé publique du Canada (2007). Au croisement des secteurs - expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé, Ottawa (Ontario).

En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_f.pdf

Agence Régionale de Santé IDF (2011). Eléments 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>

Agence Régionale de Santé (2012). Schéma de prévention. ARS-IDF, Paris.

En ligne : <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-prevention.pdf>

Aïach P., Fassin D (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 50, 2221-2227

En ligne : http://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf

Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. (2007). Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensibles. *Question d'économie de la santé*, 117, 1-6

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes117.pdf>

Alsop R., Bertelsen M.F., Holland J. (2006). Empowerment in Practice. From Analysis to Implementation. Washington : The World Bank. En ligne :

http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/Empowerment_in_Practice.pdf

Arcand L. (2009), Atelier « milieu scolaire ». Réduire les inégalités sociales de santé à partir de l'école ?, Education Santé, n°245, 2009

Asthana S, Halliday J. (2006), What Works in Tackling Health Inequalities? Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse (Studies in Poverty, Inequality & Social Exclusion Series), Bristol : Policy Press, 624p.

Bamba C., Gibson M., Swoden A., Wright K., Whitehead M., Petticrew M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities : evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 284-291

Barr, V., Pedersen, S., Pennock, M., et Rootman, I. (2008). L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays. Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la santé. En ligne :

http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_fr.pdf

Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Judge K., Mackenzie M., Sullivan H. (2005) Health Action Zones. Partnerships for health equity. Londres : Routledge, 226p.

Bartley M., Plewis I. (2002). Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness : Data from the 1971. *International Journal of Epidemiology*, 31, 336-341

En ligne : <http://ije.oxfordjournals.org/content/31/2/336.full.pdf+html>

Basset B. (sous la direction de). (2008). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 208 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

Bauld L., Judge K., Barnes M. Benzeval M., Mackenzie M., Sullivan H. (2005). Promoting social changes : the experience of Health Action Zones in England. *Journal of the Social Policy*, 34, 427-445 En ligne : <http://eprints.gla.ac.uk/3338/1/3338.pdf>

Berghmans L. (2009). Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité. *Education santé*, 245, 3-4
En ligne : <http://www.refips.org/files/generale/Education%20Sante.pdf>

Blaise P. Marchal B. Lefèvre P. Kegels G. Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation. In Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 380 p.

Blas, E. and A.S. Kurup (2010). Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. WHO, : Geneva, 291 p.

Braveman P., Gruskin S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 2003, 57, 254-258

Cambois E., Laborde C., Robine J.-C. (2008). La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et sociétés*, 441, 1-4 En ligne : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/47070/telechargement_fichier_fr_public_441.pdf

Cambon L. Ridde V. Alla F. (2010). Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 58, 277-283

Chauvin P., Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : Potvin L., Moquet M.- J., Jones C. (sous la dir.) (2010). Réduire les inégalités en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 331-341 En ligne : http://www.libertysecurity.org/IMG/pdf_Inegalites_dispartites_sante_en_France.pdf

Christopoulos A., Mac Vey D. Crosier A. (2008). A rapid review of innovation in the context of social determinants : lessons from Europe – A working document. National Social Marketing Centre/Determine
En ligne : http://www.ungrus.dk/pdf/NSMC_lessons_from_europe_2008.pdf

Collins PA., Hayes MV. (2010) The rôle of urban municipal governments in reducing health inequities : a méta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9 :13.

Comité Interministériel des villes (2008). Espoir Banlieue, une dynamique pour la France. Dossier de présentation. Secrétariat d'État à la Politique de la Ville.
En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/espoir-banlieues-dossier-presentation_cle2e7117.pdf

Conseil économique et social. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport. Séances des 10 et 11 février. Journal Officiel, 28 février 1987
En ligne : http://www.atd-quartmonde.org/IMG/pdf/WRES_JO87.pdf

Consortium Determine. Résumé d'action. Bilan du travail effectué par le consortium Determine au cours de sa première année. Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union Européenne. Saint-Denis : INPES, 2008 : 16p.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/international/docs/2008-1er_Rapport_DETERMINE.pdf

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J. et al., (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*, 93, 1-8
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf>

Costongs C., Stegeman I., Bensaude De Castro Freire S., Weyers S. (2007). Tacking action on

health equity, Closing the Gap : Strategies for Action to tackle Health Inequalities (2004-2007). European Commission
En ligne : <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/taking-action-on-health-equity.pdf>

Crombie I.K. Irvine L., Elliott L., Wallace H. (2005). Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective. Geneva : World Health Organization. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/124529/E87934.pdf

Dahlgren G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO. Strategy paper for Europe. Institute for futures studies, 69 p.
En ligne : <http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>

Dahlgren G, Whitehead M (2007). A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health: levelling up. Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 3).
En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

Davies JK, Sherriff N. (2011). The gradient in health inequalities among families and children: a review of evaluation frameworks. *Health Policy*, 101, 1-10

Determine Consortium (2010). The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health Equity in the EU Final Report of the DETERMINE Consortium.

Department of Health. (2009). Tackling health inequalities: 10 years on – a review of developments. London : Department of Health, 147p. En ligne : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098934.pdf

Diez Roux et al. (2001). Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *New English Journal of Medicine*, 345, 99-106

Diderichsen F., Evans T., Whitehead M., The social basis of disparities in health. In Evans T. and al. (2001). Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. New York : Oxford University Press, 12-23.

Doumont D., Feulien C. (2010). En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention. Louvain : Faculté de Médecine, Université Catholique, Unité d'éducation pour la santé, 20 p. (Dossiers techniques, n°61)
En ligne : http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier_61.pdf

Eurothine (2007). Tackling Health Inequalities in Europe: an integrated approach. Final report. Rotterdam : Department of Public Health, University Medical Centre & Erasmus, 634 p.

Fassin, D. (2000) Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Paris, Karthala.

Fernandez D. et al. (2007). Inégalité sociale des enfants face au surpoids en Alsace : données de la visite médicale d'admission en école élémentaire, France, 2001-2002. *BEH*, 23, 20-23.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

Ferron C. (2010). La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche ! *La santé de l'homme*. 406 : 4-6. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-406.pdf>

Fondation Roi Baudouin. (2007). Inégalités en santé – Recommandations politiques. Recommandations du groupe de travail « inégalités en santé » de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique. Bruxelles. En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/belgium_rd04_fr.pdf

Gaborit E., Haschar-Noé N. (2014) Une entreprise de « sanitisation » de l'école. L'exemple de l'approche « Ecoles en santé » au Québec. *Sciences sociales et santé*, 32 :2.

Gepkens A., Gunning-Schepers L. (1996). Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. *European Journal of Public Health*, 3, 218-226

Ginot L., De Koninck M. Mobiliser les politiques publiques pour réduire les inégalités : enjeux pour les acteurs. In Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, pp 113-127.

Graham H., Kelly Michael. P. (2004). Health inequalities : concepts, frameworks and policy. Briefing papier, NHS Health Development Agency. En ligne : http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/health_inequalities_concepts.pdf

Guichard A., Potvin L., Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In Potvin L., Moquet M.- J., Jones C. (sous la dir.) (2010). Réduire les inégalités en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 35-51.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Harris-Roxas B., Simpson S., Harris E. (2004). Equity Focused Health Impact Assessment Equity Focused Health Impact Assessment: a literature review, Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE) on behalf of the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). En ligne : http://www.hiaconnect.edu.au/files/Harris-Roxas_B_%282004%29_Equity_Focused_HIA.pdf

Haut Conseil de la santé publique (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

Haut Conseil de la santé publique (2011) Avis relatif à la politique de santé à l'école, 7 décembre 2011, Paris : HCSP.

Hofmann E. (2003) .Comment évaluer l'empowerment des femmes défavorisées ? Eléments de réflexion à partir de projets de développement dans des pays du Sud. Contribution aux 5èmes Journées Françaises de l'évaluation, SFE (Société Française d'Évaluation), Limoges. En ligne : http://www.cota.be/SPIP/IMG/pdf/Elisabeth_Hofmann_oct2003.pdf

Hunter D.J. et Killoran A. (2004). Tackling health inequalities: turning policy into practice? London : UK Health Development Agency. 28p.
En ligne : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/tacklinghealthinequalities.pdf>

INPES, EHESP (2012) Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France. Les recommandations du 5 juin 2012, Paris : INPES, EHESP. 4p
En ligne : http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/02/Plaidoyer-pour-laction-sur-les-DSS_Avec-citation-suggeree-1.pdf

Irwin A, Scali E. (2010). Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates). Geneva : World Health Organization.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500876_eng.pdf

Judge, K., Barnes, M., Bauld, L., Benzeval, M., Killoran, A., Robinson, R., Wigglesworth, R., & Zeilig. (1999). Health Action Zones: Learning to make a difference. PSSRU, University of Kent, Canterbury, p.117.
En ligne : <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp1546.pdf>

Judge K., Platt S., Costongs C., Jurczak K. (2006). Health inequalities : a challenge for Europe. Report by the UK presidency of the EU. En ligne

[:http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121583.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121583.pdf)

Jusot F. Les interventions de réduction de inégalités sociales de santé en Europe in Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, pp 73-88.

Jusot F, Tubeuf S, Trannoy A. Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ? *Economie et Statistique* n° 455-456, 2012:37-51. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES455C.pdf

Kelly MP, Morgan A., Bonnefoy J., Butt J. and Bergman V. (2007). The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network Final to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf

Lang T., Kelly-Irving M., Delpierre C. (2009). Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 57, 429-435.

Law C., Parkin C., Lewis H. (2012). Policies to tackle inequalities in child health : why haven't they worked (better) ? *Archives of Disease in Childhood*, 97, 301-303.

Le Goff. E. (2011), Innovations politiques locales, régulation de l'Etat et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010), *Revue Française des Affaires Sociales*, n°4 : La documentation française, p158-177

Lloyd D., Newell S., Dietrich U. (2004). Health inequity: a review of the literature, prepared for Health Promotion Unit, Northern Rivers Area Health Service, Lismore, NSW. En ligne : http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1136&context=educ_pubs

Lock, K., McKee, M. (2005). Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 356-360.

Lombrail P. (2013) Une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels. *Santé Publique*. 25, p. 385-388.

Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. (2011) Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris : IGAS, p83. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf>

Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology Community Health* 67:190-193.

Mackenbach J.P, Bakker M., Kunst A.E., Diderichsen F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health: In Mackenbach J.P, Bakker M., *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, London : Routledge, 348p.

Mackenbach J., P Stronks K. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 3, 11. En ligne : <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-3-11.pdf>

Marmot M. et al. (2001). OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé. *La santé de l'homme*, 414, 13-16. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-414.pdf>

Marmot M. (2009). Closing the Gap in a Generation: Global Health Equity and the Commission on Social Determinants of Health, Conférence donnée à Montréal, Québec, le 5 février 2009. En ligne : http://www.centrelearoack.org/assets/html/clr_player_marmot_video.html

Marmot M. (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot review. London : University College London, Fair Society Healthy Lives, 242p. En ligne : <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Marks D.F., Murray M., Evans B., Estacio E.V. (2011). Health psychology: theory, research and practice. London : Sage publication, 3ème édition, 616p.

Moquet M.J. (2008). Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La Santé de l'homme*, 397, 17-19.

Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. (2011). Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, rapport IGAS, 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>

Murray M., Marks D.F. Challenging Social Inequalities in Health in D. Russell Crane, Tim B. Heaton. (2008). Handbook of Families and Poverty, chap 19, Sage Publications, 334-347. En ligne : http://www.sagepub.com/upm-data/17260_Chapter_19.pdf

Narayan D. (2002). Empowerment and poverty reduction : a sourcebook. Draft. Washington : The World Bank.
En ligne : <http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/486312-1095094954594/draft.pdf>

Needle C., Costong C., Barbareschi G., Ieven A. Chiotan C. (2011). Lutter contre le "gradient de santé" qui affecte les enfants et les parents. *La santé de l'homme*, 414, 28-31. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-414.pdf>

Niwiadomski, C, Aïach, P. (2008), Lutter contre les inégalités sociales de santé, Politiques publiques et pratiques professionnelles. Paris : Éditions Presse de l'école des hautes études en santé publique, 281 p.

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2007). National strategy to reduce social inequalities in health, Report N° 20 (2006-2007) to the Storting, Norwegian Ministry of Health and Care Services, p99. En ligne http://www.regjeringen.no/pages/1975150/PDFS/STM200620070020000EN_PDFS.pdf

Pascal J., Lang T., Lombrail P., (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire? *Santé, Société et Solidarité*, Volume 3:2 pp. 61-71

Pineault R., Daveluy C.(1995). La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Éditions Nouvelles, 480 p.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 380 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2000). Rapport 2000. Paris : La Documentation Française, 128p.
En ligne : <http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/rapport2000-2.pdf>

Odwyer L., Baum F., Kavanagh A., Macdougall C. (2007). Do area-based interventions to reduce health inequalities work ? A systematic review of evidence. *Critical Public Health*, 17, 317-335.

Organisation Mondiale de la Santé. (1978). Déclaration d'Alma-Ata. Genève : OMS. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Genève : OMS.

En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

Organisation mondiale de la santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé, Genève : OMS, p.36. En ligne : http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition. Genève : OMS. En ligne : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé Europe. (2004). Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Deuxième édition, Genève : OMS. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

Organisation Mondiale de la Santé, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2005-2008. Aide-mémoire 3 : principaux concepts. Genève : OMS. En ligne http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (1997) .Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle. Genève : OMS. En ligne : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf

Organisation Mondiale de la santé. (2011). Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. Rio : OMS. En ligne : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : OMS. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

Organisation Mondiale de la santé. (2012). La nouvelle politique européenne de la santé. Santé 2020. Cadre politique et stratégie. Version provisoire 2. Copenhagen : OMS. En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Health2020_FR_longe-feb-2012.pdf

Östlin P., Diderichsen F. (2001). Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study. Policy Learning Curve Series. Brussels : European Centre for Health Policy, 1, 37p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/119916/E69911.pdf

Reducing Inequalities in Health. (2002). New Zealand : Ministry of Health.

Reid et al, (2002). Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport final. Montréal : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

REFIPS. (2009). Les inégalités sociales de sante : animation pédagogique. En ligne <http://www.refips.org/publications.php?function=detailsPublication&id=26>

Ridde V. and al. (2007). Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver : action for fair equality of opportunity. *Promotion & Education*, 14, 12-16

Regional Office for Europe of the World Health Organization. (2011). Second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. En ligne : <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review>

Santé Canada (1999). L'action intersectorielle pour une population en santé, Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Ottawa (Ontario). En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/inters-fre.pdf>

Saurel-Cubizolles M.-J., Blondel B., Kaminski M. Inégalités sociales de morbidité périnatale. Données nationales en France, *In* Arber S. and Khlat M., (eds.) (2003). Social and Economic Patterning of Health among Women / Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes. Paris : CICRED, 159-173 En ligne : <http://www.cicred.org/Eng/Publications/Books/TunisHealthWomen/TunisSaurel.pdf>

Schapman-Ségalié S., Lombrail B. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, p81.

Schmidt M, Klazinga N, Stronks K. (2003). Health governance by collaboration: a case study on an area-based programme to tackle health inequalities in the Dutch city of the Hague. *European journal of public health*. 23(6):939-46.

Solar O., Irwin A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), Geneva : World Health Organization. En ligne : http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

Stegeman I., Costongs C., Needle C. (2010). L'histoire du projet DETERMINE. Mobiliser l'action pour l'équité en santé dans l'Union européenne. Rapport final du Consortium DETERMINE. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/international/docs/rapport_final_DETERMINE.pdf

Strand M., Brown C., Torgesen T.P., Giaever O. (2009). Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. *Studies on social and economic determinants of population health*, 4, 70p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf

Stronks K. (2002). Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health. : the Dutch case. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 20- 25.

Sudbury & District Health Unit. (2011). 10 promising practices to guide local public health practice to reduce social inequities in health : technical briefing. Sudbury & District Health Unit. En ligne : <http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/10PromisingPractices.pdf>

Sullivan H., Stewart M. (2002) Working across boundaries : collaboration in public services. Basingstoke : Plagrove, 271p.

Vigneron E. (2011). Les inégalités de santé dans les territoires français. Etats des lieux et voies de progrès. Paris : Elsevier Masson, 194p.

Wallerstein N (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*.6(3):197-205.

Wallerstein N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Traduction française par IREPS Bretagne (2009.) Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

Whitehead M., Dahlgren G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part.1 WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, N°2, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 34p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

Whitehead M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 473-478. En ligne : <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC2465710/pdf/473.pdf>

World Health Organization. (1997). Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century Report to the International Conference 20-23 April 1997 Halifax,

Nova Scotia, Canada. Geneva : World Health Organization. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf

World Health Organization. (2008). Health Equity at the Country Level: Building Capacities and Momentum for Action : A Report on the Country Stream of Work in the Commission on Social Determinants of Health. Geneva : World Health Organization. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/media/sdhe_csw_final_report.pdf

SITES VISITES

<http://eurohealthnet.eu/>

<http://health-gradient.eu/>

<http://www.equitychannel.net/>

<http://www.equitychannel.net/>

<http://www.health-inequalities.eu/>

http://www.lho.org.uk/LHO_Topics/Analytic_Tools/HealthInequalitiesInterventionToolkit.asp

Annexe 3 : Grille de lecture des actions proposées dans les contrats locaux de santé

Présentation de la grille de lecture

Pour réaliser la grille d'analyse utilisée dans la première phase du travail pour l'analyse du contenu des contrats locaux de santé⁹⁹, nous nous sommes inspirés des travaux d'évaluation menés dans le cadre des Health Action Zones en Grande Bretagne. Le contenu des rubriques a été progressivement enrichi et leur catégorisation affinée au cours d'un processus itératif d'allers et retours entre le cadre conceptuel a priori et la découverte progressive du contenu des contrats et des fiches-action. Cette grille doit permettre de connaître et de rendre compte du contenu des CLS, et plus particulièrement les buts recherchés et les stratégies et moyens mis en œuvre. Elle a été créée pour décoder des actions au niveau local, dans un univers de contraintes qui s'y réfèrent, notamment en lien avec les responsabilités et les niveaux possibles d'action à cet échelon. En cela, la grille présente des limites et mériterait quelques adaptations avant de pouvoir être appliquée à l'analyse d'actions ou de programmes régionaux ou nationaux.

Elle se divise en deux parties distinctes :

- La première partie porte sur les buts et objectifs recherchés à travers la mise en place de cette action. Plus précisément, on cherche à répondre aux questions suivantes : quelle est la problématique que l'on veut traiter en matière de réduction des inégalités sociales de santé ? Sur quoi veut-on agir et avoir des résultats à moyen et long termes ? Que veut-on changer ?
- La seconde partie porte sur les stratégies et moyens d'actions mis en œuvre et répond à la question du « comment agit-on ? »

Première partie : « Sur quoi veut-on agir ? »

La première partie de la grille cherchera à distinguer les différents déterminants des inégalités sociales que l'on cherche à atteindre au travers des actions envisagées.

1. Les conditions socio-économiques

Elles regroupent essentiellement le niveau de revenu et le niveau d'éducation des individus.

2. Les conditions de vie.

Comme le définit l'OMS, les conditions de vie sont constituées par l'environnement quotidien des individus, là où ils vivent, se distraient et travaillent. Elles sont un produit de circonstances sociales et économiques et de l'environnement physique – qui peuvent toutes avoir des effets sur la santé – et dans une large mesure ne peuvent être influencées de façon immédiate par l'individu¹⁰⁰. Elles réunissent :

- Les conditions de travail ;
- L'environnement physique dans lequel évolue l'individu, en précisant s'il s'agit plus particulièrement de la qualité de l'air, des sols, de l'eau, des conditions de logement (insalubrité, exigüité, etc.), des transports, du cadre de vie dans le quartier, etc.
- Accès aux ressources favorisant la santé. Les ressources considérées ici sont notamment l'accès à un logement décent et abordable financièrement, au travail, aux services sociaux et éducatifs (comme l'école, les systèmes de garde d'enfants, etc.), à

⁹⁹ Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013) Evaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Île de France. Première phase : Analyse documentaire du contenu des contrats, rapport, Université Paris XIII, Bobigny, 81p.

¹⁰⁰ Organisation mondiale de la santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé, Genève : OMS, p.36

l'alimentation, aux loisirs, etc. Autrement dit, on aborde ici la question de l'égalité des chances en termes d'accès aux ressources matérielles favorisant la santé. Le système de santé étant lui-même un des déterminants de l'état de santé, nous avons jugé nécessaire d'individualiser l'accès aux services de santé dans une autre rubrique.

3. L'environnement social.

On entend ici tout ce qui a trait à :

- La cohésion, l'intégration et le soutien social, comprenant notamment le sens de la communauté et de la solidarité entre membres ;
- Les normes socio-culturelles et le climat social. Ceci inclut le style dominant des rapports entre les personnes en vigueur dans une communauté (rapports hommes/femmes, questions de racisme ou de discrimination par exemple), mais aussi entre groupes sociaux. Le climat social reflète l'atmosphère émotionnelle qui règne dans un environnement, et englobe notamment toutes les questions de sécurité ;
- L'empowerment des groupes et communautés. C'est à la fois un résultat attendu d'une intervention, une approche d'intervention et une attitude lors de l'intervention. Néanmoins, comme l'a montré la revue de la littérature, l'émancipation des groupes et des individus en déficit de pouvoir et de ressources sociales est une des conditions indispensables pour une bonne santé, et en cela un objectif à part entière. Il vise le développement et le renforcement des compétences et du pouvoir d'agir des groupes et communautés. Cela doit contribuer à une redistribution des rapports de pouvoir entre les acteurs et une plus grande participation des habitants dans la prise de décision et la mise en œuvre d'actions les concernant.

4. Les modes de vie.

Comme définie par l'OMS, la notion de mode de vie intègre les comportements adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la santé et ceux qui sont adoptés indépendamment des conséquences pour la santé pouvant être qualifiés de comportements à risques¹⁰¹. On touche donc ici aux habitudes de vie des individus qui influent favorablement ou défavorablement sur leur santé.

- Acquisition de comportements favorables à la santé. Cette rubrique recouvre une série de comportements en termes de consommation d'alcool, de tabac, d'alimentation, d'activités physiques, ainsi que tout ce qui a trait aux addictions et à la vie affective et sexuelle (grossesses précoces, risques d'IST, etc) ;
- Les compétences en matière de santé. Ce sont les « *aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé* »¹⁰². Selon l'OMS, pour pouvoir posséder des compétences en matière de santé, il faut atteindre le niveau de connaissances, d'aptitudes personnelles et de confiance nécessaire pour prendre les mesures requises pour améliorer sa santé et celle de la communauté en modifiant ses modes de vie et les conditions de vie. En conséquence, les compétences en matière de santé englobent les connaissances des individus en matière de santé, mais aussi leurs compétences psycho-sociales qui sont « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et épreuves de la vie quotidiennes. [C'est] l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* » (OMS, 2003).

Ces compétences sont au nombre de dix : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions, avoir une pensée créative, avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress et savoir gérer ses émotions.

¹⁰¹ Organisation mondiale de la santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé, Genève : OMS, p.36.

¹⁰² Ibidem.

A ces compétences psychosociales, se rajoutent les autres compétences en tant qu'acteurs de santé, que ce soit comme parents, patients ou autres.

- L'utilisation des services de santé est placée à ce niveau, car on peut considérer qu'elle fait appel à un certain nombre de caractéristiques individuelles qui conduisent les individus à décider de recourir ou non aux soins et à la prévention. Il s'agit entre autres des relations à la santé, notamment les représentations que les individus ont de la santé, des ressentis (se sentir malade ou non par ex.) mais aussi des perceptions des professionnels de santé, de leurs compétences, des bénéfices attendus, etc.

5. Le système de soins.

Il regroupe l'ensemble des services de santé qui ont pour principale fonction la prestation d'interventions préventives, curatives et palliatives, en réponse à des besoins spécifiques de santé des individus ou des populations (OMS 2000). Comme nous l'avons signalé précédemment, le système de soins est un déterminant de l'état de santé des individus, notamment dans les dimensions suivantes :

- *Accessibilité*. Elle se définit comme un jugement porté sur la facilité ou la difficulté d'entrer en contact avec un professionnel ou une institution et d'obtenir des services de santé¹⁰³. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, organisationnel ou financier, et exige que les services de santé soient a priori disponibles et organisés de manière appropriée pour toucher les personnes qui en ont besoin (disponibilité temporelle, normes et valeurs du personnel soignant, mécanismes adéquats d'identification des besoins et d'orientation vers la source de soins appropriée, etc.). La dimension socio-culturelle est également importante. Il semble que l'origine sociale du patient puisse jouer sur le déroulement d'une consultation et sur l'interaction médecins-patients, notamment en termes de temps, d'explications et de conseils donnés. En conséquence, la consultation médicale pourrait reproduire les inégalités sociales de santé. Dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'amélioration de l'accessibilité de soins de qualité est un objectif essentiel pour les services de santé. La littérature a montré que malgré un accès quasi universel aux soins, notamment en France, les classes sociales ont une utilisation différenciée des soins. Les groupes vulnérables ont moins recours aux spécialistes ou à la prévention, à la différence des classes sociales plus privilégiées.
- *Globalité*. La notion de globalité se rapporte au caractère des services qui permet de considérer en « un tout » les problèmes de santé, les patients et les solutions proposées. Elle implique la considération de la personne dans toutes ses dimensions (biologique, psychologique, socio-culturelle et économique) et s'adresse à toutes les étapes du continuum d'intervention (promotion, prévention, diagnostic, traitement et soins palliatifs)¹⁰⁴. A ce stade, il s'agit de s'assurer que les actions des CLS cherchent bien à prendre les déterminants sociaux de la santé et que la démarche de promotion de la santé est acceptée et mise en œuvre au sein du système de santé. Comme le rappellent Pascal et coll, « *il apparaît nécessaire de réfléchir au-delà de l'accès théorique et de l'accès primaire aux soins. Certes, ces deux premières étapes sont cruciales dans la mesure où elles mettent en contact le patient avec le système de soins. Encore faut-il s'interroger sur la suite de ce premier contact. Les données, en nombre limité, suggèrent que la prise en charge, le suivi et en somme la qualité des soins ne sont pas égales pour tous et que se reproduisent à l'intérieur du système les inégalités constatées en matière d'incidence et de mortalité* »¹⁰⁵. Il est donc crucial de s'intéresser

¹⁰³ Pineault R., Daveluy C.(1995). La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Éditions Nouvelles, 480 p.

¹⁰⁴

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_servic es_de_sante/strategies/definitions.html

¹⁰⁵ Pascal J., Lang T., Lombrail P., (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire? Santé, Société et Solidarité, Volume 3:2 pp. 61-71

aux questions de prise en compte du contexte social et économique des patients tant au niveau individuel qu'institutionnel.

- Continuité. « C'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins »¹⁰⁶. A ce niveau également, il semble qu'il y ait reproduction des inégalités sociales de santé.
- *Efficacité et sécurité des soins*. Elles se mesurent en termes de résultats des soins en termes d'état de santé pour les personnes qui accèdent aux services et dépendent des moyens disponibles (« structures », i.e. y compris en termes de compétences des personnels et de développement professionnel continu) et de l'utilisation qui en est faite (qualité des pratiques [care practices] et des organisations [care processes]).

6. Contexte économique et politique

Selon le schéma des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead, au-dessus des déterminants précédemment évoqués, on retrouve le contexte social, économique, politique et culturel présent dans l'ensemble de la société sur le plan local, régional et national. La plupart des leviers relatifs à cette catégorie de déterminants se trouvent au niveau national, mais le niveau local peut, à son échelle, avoir une influence sur ces facteurs. En conséquence, nous avons cherché à intégrer dans notre grille les aspects sur lesquels les collectivités territoriales peuvent avoir une certaine marge de manœuvre :

- Contexte macro-économique impliquant la volonté d'augmenter les richesses du territoire en attirant notamment de nouvelles ressources comme des investisseurs, des entreprises par exemple ;
- Les politiques publiques avec notamment la volonté politique et stratégique d'adapter les interventions aux besoins des populations, en tenant compte notamment du gradient social. Cela comprend également la décision d'intégrer les questions de santé au cœur de toutes les politiques locales, ainsi que l'ensemble des dispositions normatives qui peuvent influencer la santé (normes environnementales par exemple)

Le développement de l'intersectorialité n'a pas été conçu comme un objectif à atteindre mais plus comme un moyen devant contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Seconde partie : « comment veut-on agir ? »

Cette seconde partie de la grille porte sur les modalités d'action que les CLS sont supposés mettre en place afin de traiter les problématiques soulevées préalablement.

La revue de la littérature confirme que la promotion de la santé est centrale dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, étant donné qu'elle vise l'équité en matière de santé. Nous avons donc repris les cinq domaines d'intervention prioritaires recommandés par la Charte d'Ottawa comme catégories décrivant les modalités d'actions. Pour chacune de ces catégories, les moyens d'actions plus spécifiques ont été détaillés.

1. Renforcement des capacités individuelles.

A ce niveau, il s'agit de renforcer les capacités des individus afin qu'ils aient des compétences en matière de santé et puissent adopter des comportements favorables à leur santé. Pour ce faire, il convient d'agir sur le plan de leurs connaissances, croyances, estime de soi et capacité à agir. Les moyens envisagés sont :

- La délivrance d'information sur la santé au moyen de campagnes d'information, de forum-santé, etc.

¹⁰⁶ Reid et al, (2002). Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport final. Montréal : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

- L'éducation pour la santé. Cela comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé¹⁰⁷. Elle concerne également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi. Cela peut se réaliser sous forme de séances individuelles ou collectives, incluant des ateliers pratiques de démonstration comme des ateliers de cuisine.
- La formation des individus sur des questions de santé précises, mais aussi plus largement pouvant leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences à valoriser sur le plan professionnel.

2. Renforcement des capacités des groupes et communautés

On cherche à renforcer les capacités des groupes et communautés dans le but de créer de la cohésion et du soutien social et ainsi, agir contre l'exclusion et l'isolement, mais également à se mobiliser pour améliorer la santé de leurs membres.

Les moyens envisagés sont :

- Mobilisation des groupes et/ou habitants pour un engagement envers la santé du groupe. Cela passe par le biais d'un travail visant à développer l'action communautaire définie comme « *les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière* »¹⁰⁸. Cela se traduit par des séances d'information, ainsi que des ateliers de travail et/ou forum devant permettre l'identification de priorités de santé pour la collectivité, mais aussi la participation des habitants aux différents dispositifs comme le CLS, les comités décisionnaires, etc.
- La formation des différents membres des groupes ou communautés afin qu'ils aient davantage les moyens d'agir et ce avec une plus grande autonomie. Il peut s'agir de formations portant sur l'animation de réunions, sur la négociation avec les partenaires, sur l'ingénierie de projet mais aussi en tant que personnes relais etc.
- Appui à l'organisation de la communauté. Cela passe par un soutien technique et financier à la création de groupes d'entraide (comme les groupes d'entraide de malades) et d'associations, mais aussi aux projets émanant de cette communauté.

3. Améliorer les conditions de vie et de travail.

Il s'agit à ce niveau, de créer des environnements favorables à la santé afin de diminuer les expositions aux risques des habitants et favoriser l'accès aux biens et services ainsi qu'à des comportements favorables à la santé. Les réponses consistent entre autres en :

- La réhabilitation des lieux de vie et de travail, à savoir le quartier, les logements et autres espaces collectifs ;
- La fourniture de biens matériels aux individus afin d'améliorer leur quotidien (comme de la nourriture par exemple), ainsi que l'accès privilégié à des services¹⁰⁹ au moyen par exemple de tarifs préférentiels ou de subventions. On peut citer la restauration scolaire, le logement, les loisirs, etc.
- La mise en place de nouveaux services. Il s'agit ici de modifier l'environnement en intégrant de nouveaux services (autres que sanitaires) qui contribuent au bien-être et à la santé. Ils dépassent un cadre purement préventif. Ils doivent permettre de meilleurs choix pour la santé et la mise en pratique des recommandations des professionnels pour une meilleure santé. Cela peut correspondre à la création d'une piste cyclable, à la mise en place d'installations sportives dans un quartier ainsi que dans des entreprises,

¹⁰⁷ Organisation mondiale de la santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé, Genève : OMS, p.36.

¹⁰⁸ Organisation mondiale de la santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé, Genève : OMS, p.36.

¹⁰⁹ Autres que les services de santé qui seront traités séparément

l'implantation d'un marché de fruits et légumes, etc. Ces nouveaux services ont aussi vocation à rendre moins difficile le quotidien d'habitants de certains quartiers (nouvelle ligne de bus, murs de protection des bruits sur les grands axes routiers etc.) et de favoriser l'accès géographique à d'autres services et notamment les services de santé. Nous intégrons ici également la mise en place de structures comme des maisons des jeunes qui favorisent à la fois le lien social dans le quartier mais aussi le contact avec des professionnels éducatifs et/ou de santé susceptibles de les orienter vers des services de santé si nécessaire.

4. Réorientation des services de santé

Ils doivent permettre l'accès pour tous à des soins de qualité. Pour cela, ils doivent soutenir les individus et groupes dans une recherche d'une vie plus saine, et adopter un modèle bio-psycho-social de fonctionnement.

- Le rapprochement et l'adaptation des services aux populations. Cela comprend :
 - Le développement de services et/ou consultations en dehors des structures de santé. Il s'agit d'aller à la rencontre des publics qui se trouvent à l'écart des circuits de soins (en raison de leur vulnérabilité sociale, de leur mauvaise maîtrise de la langue française, etc.) et de proposer des services sur leurs lieux de vie ou d'activités. Il s'agira de consultations offertes dans les foyers migrants, de maraude, d'équipes mobiles, de consultations à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, etc. On inclura également les consultations ou points écoutes jeunes organisés dans les écoles ou dans les maisons de jeunes.
 - Mise à disposition d'informations adaptées aux populations. Cela englobe la traduction multilingue des documents, mais aussi le recours à des médiateurs culturels et issus de la communauté.
 - Mise en place de dispositifs de soutien et d'accompagnement aux personnes et groupes qui en éprouvent le besoin, comme les aidants familiaux, les personnes souffrant d'un cancer, etc. Ceci comprend des groupes de paroles mais aussi des consultations et suivi psychologiques.
 - Mise en place de mécanismes/services/structures spécifiques aux publics pouvant connaître des difficultés d'accès aux soins, notamment les jeunes ou les populations précaires. Les espaces santé jeunes rentrent dans cette catégorie, ainsi que les cartes de santé pour les populations précaires.
 - Accompagnement et suivi social pour aider les personnes à naviguer au sein d'un système de soins peu connu et de faire valoir leurs droits.
 - Aménagement des services afin de prendre en compte les contraintes de certains groupes d'utilisateurs pouvant jouer défavorablement sur le recours aux soins. Cela comprendra l'ensemble des aménagements matériels permettant notamment un accès plus aisé pour les personnes handicapées, mais aussi le changement de plage horaire des services, la mise en place de navettes pour favoriser les déplacements, etc.
- Intégration et coordination des soins et des équipes. Ceci concerne uniquement le secteur sanitaire. L'intersectorialité sera traitée dans une autre rubrique. On trouvera ici :
 - Développement de la multidisciplinarité ;
 - Création de structures multidisciplinaires comme les Maisons de santé pluridisciplinaires ;
 - Mise en place de dispositifs intégrés, comme les réseaux, avec en amont l'organisation de groupes de travail, d'échange sur les pratiques.
 - Développement d'outils de travail favorisant l'intégration : cadre méthodologique, système informatique, répertoires, etc.
- Renforcement des capacités des professionnels et des services de santé au travers de formations et de sensibilisation notamment sur les ISS et sur la nécessité de travailler de manière globale et en réseau, mais aussi de création/appui aux services de santé,

recrutements de personnels et d'appui matériel (ex : offre de local pour la permanence de médecins bénévoles, appui en médicaments, etc.).

5. Développement stratégique

Etant donné que nous nous plaçons au niveau local, il n'est pas possible d'envisager l'élaboration de politiques coordonnées avec des actions au niveau fiscal et législatif comme le recommande la charte d'Ottawa ou plus récemment la CDSS. Néanmoins, à cet échelon, il est concevable de développer des partenariats intersectoriels afin d'aboutir à une action municipale impliquant les secteurs sanitaires et non-sanitaires dont le but est de lutter contre les inégalités de santé et combinant les moyens d'actions de chacun de ces secteurs. Cela passe par :

- Le développement de partenariats intersectoriels avec des actions de:
 - Mobilisation de nouveaux acteurs au moyen de lobbying et plaidoyer ;
 - Concertation et coordinations des acteurs venant des différents secteurs, et ce grâce à la mise en place de groupes de travail, de plateformes, de documents-cadres etc.
 - Renforcement des capacités des acteurs non sanitaires sur les questions de santé et d'ISS, notamment par de la formation
- L'amélioration des connaissances participe également à la mise en place de collaborations intersectorielles. Cela comprend :
 - les analyses de situation de l'état socio-sanitaire des personnes et des groupes ainsi que des ressources disponibles, avec un focus particulier sur la problématique de l'équité en santé ;
 - Les études de faisabilité réalisées notamment avant la décision d'implantation d'une nouvelle structure de santé ;
 - Les évaluations de résultats d'actions en vue d'une réorientation ou d'une répliation ;
 - Les évaluations d'impact sur la santé et sur les inégalités sociales de santé, qui permettent dans un premier temps de sensibiliser les secteurs non-sanitaires de leur possible impact sur la santé des individus et des groupes en vue d'une future collaboration.
- Les actions de planification et prises de mesures politiques, comme des arrêtés municipaux, élaboration de programme, l'inscription dans des dispositifs tels que « ville-OMS » ou autres qui mettent un accès particulier sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Pour chaque action, seront également notés :

- L'axe stratégique auquel elle se rattache ;
- Les publics ciblés ;
- Les problèmes de santé ciblés ;
- Le type d'approche : groupes défavorisés/ universalisme/ universalisme proportionné ;
- Les partenaires et les secteurs.

Grille d'analyse des fiches actions

SUR QUOI VEUT-ON AGIR ?	SUR QUOI VEUT-ON AGIR PLUS SPECIFIQUEMENT ?		
Conditions socio-économiques	Niveau de revenu		
	Niveau éducation		
Conditions de vie	Conditions de travail		
	Environnement physique	Air	
		Sol	
		Eau	
		Logement	Qualité air intérieur, humidité, sécurité énergétique, etc.
	Accès aux ressources (hors services de santé)	Transports et aménagement du territoire	
Logement			
Emploi			
Services sociaux et éducatif			
Autres			
Environnement social	Intégration sociale		
	Normes et climat social		
	Empowerment de la communauté	Participation des habitants	
Organisation de la communauté			
Mode de vie	Acquisition de comportements favorables à la santé	Consommation d'alcool	
		Consommation de tabac	
		Addictions	
		Comportement sexuel	Prévention IST, des grossesses
		Alimentation	
		Exercice physique	
		Autres	

	Compétences en santé	Connaissances Compétences psychosociales Autres compétences	Parents, Patients, etc.
	Utilisation des services de santé	Recours aux soins Recours à la prévention	
Le système de soins	Accessibilité	Géographique	Distance
		Administrative	Ouverture/maintien des droits
		Financière	Coût des soins Coût des déplacements
		Socio-culturelle	
	Organisationnelle	Disponibilité temporelle des services Culture du staff Mécanismes adéquats d'identification et orientation Autres	
	Globalité	Synergie des composantes Offre de prévention Prise en compte des conditions sociales	
	Réactivité	Respect des attentes des patients Satisfaction des patients	
Continuité	Informationnelle		
	Relationnelle Clinique		
Efficacité, sécurité			
Contexte économique et politique	Augmentation des richesses		
	Adaptation aux besoins des populations		
	Prise en compte des déterminants de santé dans les politiques		

COMMENT AGIT-ON	PLUS SPECIFIQUEMENT		
Renforcement des capacités individuelles	Information sur la santé	Réunions d'information, campagnes, Forum, etc	
	Education à la santé	Séances individuelles, collectives, ateliers pratiques (Cuisine, exercices physiques, distribution matériel de prévention, etc. y compris l'élaboration d'outils	
	Formation		
Renforcement des capacités des communautés	Mobilisation des membres de la communauté pour un engagement envers la santé	Information sur la santé	
		Ateliers	
		Participation au CLS et autres	
	Formation	Des pairs/relais Des leaders Des membres de la communauté	En santé ou autres compétences (animation, gestion de projet, recherche financement, etc.)
Appui à l'organisation de la communauté	Soutien à la mise en place de structures communautaires et groupes d'entraide		Groupes d'entraide/associations, comités, etc.
	Appui technique et financier aux projets émergeant de la communauté		
Amélioration des conditions de vie et de travail	Réhabilitation des lieux de vie et de travail	Quartiers, logement, bureaux	
	Fourniture de biens matériels et accès privilégié aux services	Nourriture, logement, accès services (loisirs, transports, Restauration scolaire, emploi, ...)	
	Mise en place de nouveaux services	Marchés Maison des jeunes, moyens de transports, Pistes cyclables etc.	

Réorientation des services de santé	Rapprochement et adaptation des services aux populations	Développement de consultations/services hors structures de santé	Maraude, équipe mobile, consultations avancées (in Foyers migrants, maison des jeunes, points jeunes écoles, etc.),
		Mise en place de mécanismes/structures spécifiques	Espace santé jeunes Cartes santé pour jeunes/précaires
		Information adaptées aux populations	Documents multilingues, recours à des relais/pairs
		Conseil et soutien	Soutien aux aidants, point écoute, consultations psy, etc.
		Accompagnement/suivi social	Permanence social pour droits
		Aménagement des services	Changement plages horaires, aménagement espace pour PA, etc.
	Intégration des soins et coordination des équipes	Développement de la multidisciplinarité	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations interdisciplinaires • Structures multidic (Maison de santé pluridisciplinaire) etc.
		Coordination/parténariat	<ul style="list-style-type: none"> • groupe de travail (réunion concertation, échange sur les pratiques) • outils (cadre methodo, système informatique)
		Mise en place de dispositifs intégrés	Réseau, plateforme
	Renforcement de l'offre de prévention	Renforcement des pratiques cliniques préventives	Counseling Dépistage vaccination Médication préventive

		Bilan généraux	Bilan CPAM
		Sensibilisation personnel santé	
	Renforcement capacités des professionnels et des services de santé	Sensibilisation du personnel de santé	
		Formation du personnel de santé	Formation continue, stages, etc.
		Renforcement services/Mise en place de nouveaux services	
		Recrutement de personnel	
	Appui financier ou matériel		
Développement stratégique	Développement/renforcement de partenariats intersectoriels	Mobilisation de nouveaux acteurs	Lobbying, plaidoyer
		Coordination des acteurs sanitaires et non sanitaires	Groupes de travail, Plateformes, Documents cadre, etc
		Mise en place de dispositifs partenariaux	
		Formation des acteurs hors santé	
	Amélioration des connaissances	Analyse de situation	Enquête, répertoires, observation locale santé
		Etude de faisabilité	
		Evaluation des résultats d'actions pilotes	
		Evaluation impact sur la santé	
	Planification et mesures politiques		Arrêtés municipaux, signature chartes, intégration dans dispositifs comme « ville OMS » etc.