



HAL
open science

Freins et leviers à la démarche des Contrats Locaux de Santé (CLS) en Essonne

Ana-Carina Stan

► **To cite this version:**

Ana-Carina Stan. Freins et leviers à la démarche des Contrats Locaux de Santé (CLS) en Essonne. Géographie. 2018. dumas-03441518

HAL Id: dumas-03441518

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03441518v1>

Submitted on 22 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ANA – CARINA STAN

**Freins et leviers à la démarche des
Contrats Locaux de Santé (CLS) en
Essonne**

Mémoire soutenu le 5 Septembre 2018

En vue de l'obtention du master

Mention Géographie, Aménagement, Environnement et Développement

Parcours Territoires, Villes et Santé

Université Paris Nanterre / Université Paris Est Créteil

Année Universitaire 2018/2019

Sous la direction de Mme Audrey BOCHATON

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à Madame Audrey BOCHATON, Maitre de conférences à l'Université Paris-Nanterre, pour son inconditionnelle disponibilité, ses précieux conseils et son véritable soutien dans la réalisation de ce travail.

J'adresse également un grand remerciement à mon tuteur de stage, Monsieur Patrick ABADON, qui m'a accompagné toute au long de ce stage, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie l'ensemble des collègues de l'ARS Ile-de-France – Délégation Départementale de l'Essonne, et plus spécialement le département Prévention et Promotion de la Santé (Aude CAMBECEDES, Maud ROUAN et Aziz AHSSAINI), pour leur accueil, leurs conseils et les bons moments passés ensemble durant les six mois de stage.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	6
TABLE DES SIGLES.....	7
INTRODUCTION GENERALE.....	8
I. CONTEXTE.....	13
1. La territorialisation de la santé.....	13
2. La loi HPST et la création des ARS.....	17
3. La compétence santé des collectivités territoriales	18
4. Le Contrat Local de Santé, outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et amélioration des parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale	19
II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	21
1. Observation participante	21
2. Conduite des entretiens	21
3. Choix des personnes interviewées	22
4. Analyse des entretiens.....	23
III. COMMUNES ETUDIEES	24
1. CAESE (Communauté d'Agglomération Etampois Sud-Essonnes)	24
2. Corbeil-Essonnes	28
3. Grigny	31

4. Evry-Courcouronnes	34
5. Epinay-sous-Sénart	37
6. Draveil-Vigneux-Montgeron	40
IV. RESULTATS DE L'ETUDE	43
1. LEVIERS DES CLS	44
FAIRE EMERGER UN CLS.....	44
a. Une tradition d'engagement en santé, élément facilitateur de passage d'une logique de soins à une logique de santé publique globale	44
b. Volonté politique et engagement des services municipaux dans une politique de santé, deux éléments indissociables et indispensables	45
c. Les Ateliers Santé Ville, porte d'entrée des constructions des CLS	46
FAIRE VIVRE UN CLS.....	47
a. Poste de coordonnateur dédié à la démarche CLS	47
b. L'importance du tissu associatif et des acteurs de terrain	48
c. Le territoire communal : le bon échelon pour la mise en place des actions.....	49
d. Le soutien méthodologique et financier de l'ARS, élément essentiel dans le bon déroulement de la démarche CLS	50
2. FREINS DES CLS	52
a. Manque de compétence dans la culture de méthodologie de projet.....	52
b. Défaut de suivi des indicateurs établis en amont ; difficulté à trouver des indicateurs pertinents.....	53

c. Durée de la réalisation du Diagnostic Local de Santé (DLS), jugée trop courte pour connaître les vraies spécificités d'un territoire	54
d. Les risques liés au choix d'une échelle spatiale trop large	54
e. La participation des habitants, une mobilisation limitée à la phase de diagnostic.....	55
f. La mobilisation et l'engagement des partenaires (acteurs et institutions), une démarche indispensable, mais parfois compliquée	57
g. La mobilisation difficile des professionnels de santé libéraux	58
V. ELEMENTS DE PRECONISATION.....	60
1. Faire en sorte que les coordonnateurs connaissent et respectent la méthodologie de projet.....	60
2. Faciliter l'accès à des données de cadrage récentes et mieux faire connaître l'outil « Santegraphie ».....	61
3. Favoriser le développement d'une culture de prise en compte de la santé par les élus.....	62
4. Développer la transversalité avec les autres services de la délégation, notamment le service ambulatoire et le service environnement	62
5. Des ajustements à faire dans le pilotage des CLS.....	63
6. Imaginer des formules pour systématiser la participation des institutions périphériques compétentes en matière de santé.....	64
CONCLUSION GENERALE.....	65
ANNEXES	67

TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1: L'ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de l'Essonne (91).....</i>	<i>10</i>
<i>Figure 2: Les CLS en Essonne.....</i>	<i>12</i>
<i>Figure 3: Le découpage des territoires de santé en France.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 4: Les Délégations Départementales de l'ARS Ile-de-France.....</i>	<i>17</i>
<i>Figure 5: L'IDH2 en Ile-de-France.....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 6: Localisation de la CAESE dans le département de l'Essonne.....</i>	<i>25</i>
<i>Figure 7: Localisation des deux QPV à Etampes.....</i>	<i>26</i>
<i>Figure 8: Répartition de l'IDH2 sur la CAESE.....</i>	<i>27</i>
<i>Figure 9: Localisation de Corbeil-Essonnes dans le département de l'Essonne.....</i>	<i>28</i>
<i>Figure 10: Localisation des QPV à Corbeil-Essonnes.....</i>	<i>29</i>
<i>Figure 11: Répartition de l'IDH2 à Corbeil-Essonnes.....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 12: Localisation de Grigny dans le département de l'Essonne.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 13: Localisation des QPV à Grigny.....</i>	<i>32</i>
<i>Figure 14: Répartition de l'IDH2 à Grigny.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 15: Localisation d'Evry-Courcouronnes dans le département de l'Essonne.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 16: Localisation des QPV à Evry-Courcouronnes.....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 17: Répartition de l'IDH2 à Evry-Courcouronnes.....</i>	<i>36</i>
<i>Figure 18: Localisation d'Epinay-sous-Sénart dans le département de l'Essonne.....</i>	<i>37</i>
<i>Figure 19: Localisation des QPV à Epinay-sous-Sénart.....</i>	<i>38</i>
<i>Figure 20: Répartition de l'IDH2 à Epinay-sous-Sénart.....</i>	<i>39</i>
<i>Figure 21: Localisation de Draveil-Vigneux-Montgeron dans le département de l'Essonne.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 22: Localisation des QPV à Draveil-Vigneux-Montgeron.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 23: Répartition de l'IDH2 à Vigneux-sur-Seine, Draveil et Montgeron.....</i>	<i>42</i>

TABLE DES SIGLES

ARS : Agence Régionale de Santé

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ASV : Atelier Santé Ville

CLS : Contrat Local de Santé

CAESE : Communauté d'Agglomération Etampois Sud Essonne

DD (ARS) : Délégation Départementale (ARS)

DLS : Diagnostic Local de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDH2 : Indice de Développement Humain 2

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Prévention et Promotion de la Santé

PRS : Projet Régional de Santé

QPV : Quartier Politique de la Ville

INTRODUCTION GENERALE

L'approche dite « *biomédicale* » du concept de santé, représentée par l'absence de maladie ou d'infirmité, est ancienne. Cependant, un changement de paradigme est arrivé, passant d'une logique de soins à une logique de santé publique où la santé n'est plus seulement le soin, ou l'absence de maladie, mais décrit une idée plus globale prenant en compte l'environnement dans son entier (Amat-Roze, 2011).

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous donne une définition ambitieuse de la santé, selon laquelle elle serait « *un état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé n'est plus uniquement le soin, mais bien un environnement entier incluant les conditions d'existence des individus : se nourrir, s'instruire, habiter, travailler, se déplacer, se soigner. De plus, ces différents facteurs ont donné lieu à des « *déterminants de la santé* » qui ne sont pas indépendants les uns des autres et qui interagissent. C'est ce que le modèle de Dahlgren et Whitehead¹ formalise sur quatre niveaux : les facteurs dépendant du mode de vie des individus, les réseaux sociaux et communautaires, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail et les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales.

En France, l'État est garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Au plan national, c'est le ministère chargé de la santé qui intervient au nom de l'État sur le système de santé. Ainsi, il rédige une stratégie nationale de santé visant la mise en place des politiques de santé et l'élaboration des mesures concrètes. Ces mesures concrètes sont exprimées dans les territoires via les Projets Régionaux de Santé (PRS) définis par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Créés par la loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* » (HPST) du 21 Juillet 2009, les ARS sont porteuses d'une politique de santé mieux adaptée aux besoins et aux spécificités de chaque territoire. De plus, l'article L.1434-17 du Code de la Santé Publique donne la possibilité aux agences « *de conclure des contrats locaux de santé (CLS) avec les collectivités territoriales et leur*

¹Whitehead, M., Dahlgren G. "What we can do about inequalities in health", *The lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059 – 1063

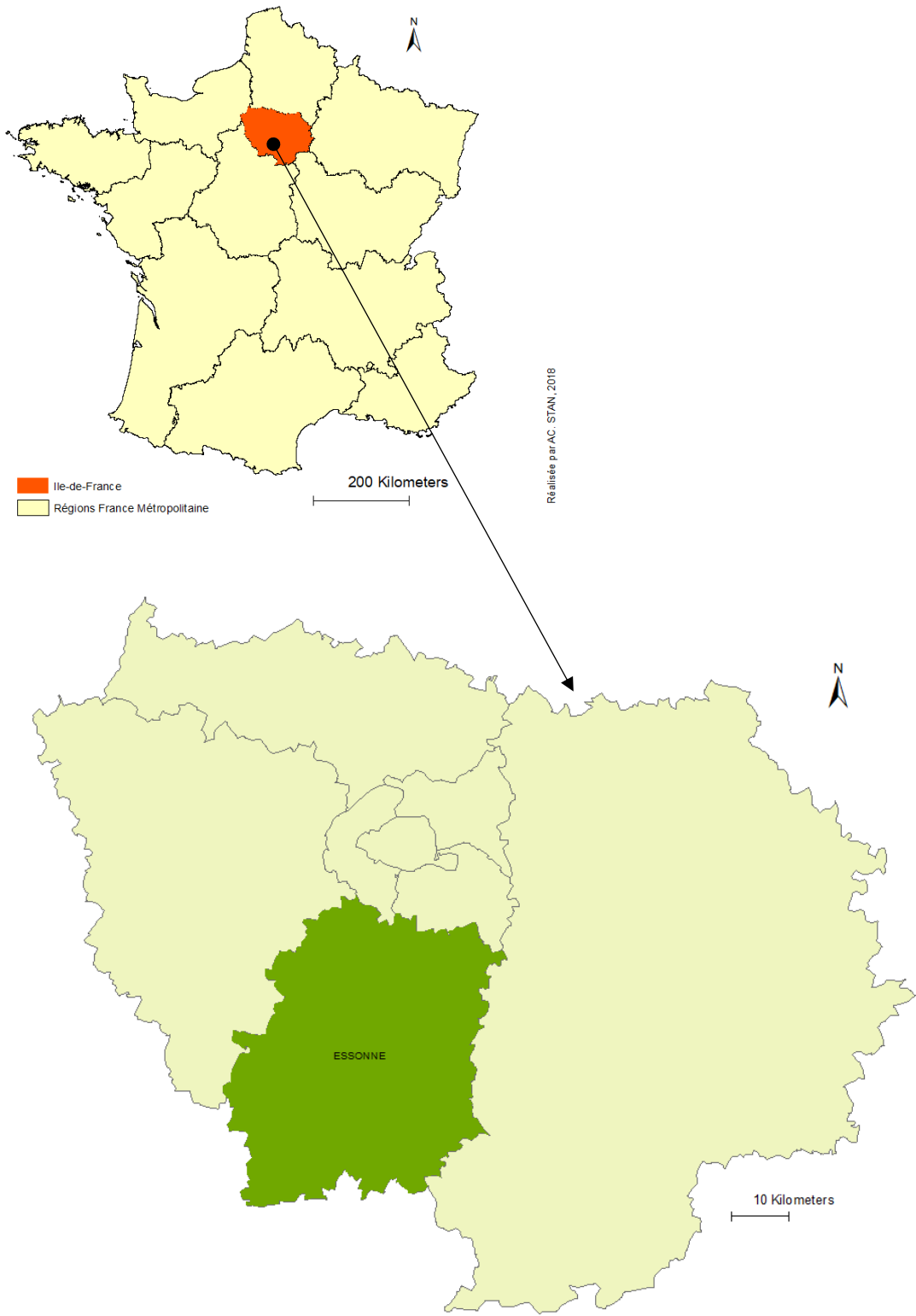
groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (Référentiel CLS, 2016).

L'ARS Île-de-France s'est engagée de manière volontariste dans la signature des CLS. Un CLS est un outil de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et d'amélioration des parcours de santé, dont la cohérence est maximale à l'échelle locale. Cet outil est d'autant plus intéressant que la région Île-de-France est caractérisée par des fortes disparités en termes de santé (écarts d'espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, répartition inégale de l'offre de soins et de prévention selon les territoires...) malgré son statut de première région économique française.

La présente recherche s'inscrit dans le cadre de mon stage de deuxième année de master « Territoires, Villes et Santé » co-habilité par l'Université Paris-Nanterre et l'Université Paris-Est Créteil. Ce stage s'est déroulé au sein de la Délégation Départementale de l'Essonne de l'ARS Ile-de-France pour une période de six mois dans le service Prévention et Promotion de la Santé (PPS)². Le but de cette recherche a été d'identifier les freins à la démarche CLS à l'échelle départementale, ainsi que les leviers, de manière à améliorer le fonctionnement des CLS futurs (qu'il s'agisse de CLS signés dans de nouvelles communes, ou du renouvellement des CLS actuels).

² Cf.: Organigramme en annexe

Figure 1: L'ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de l'Essonne (91)



Réalisée par AC STAN, 2018

Sources : IGN 2016

En Essonne, cinq CLS ont été signés jusqu'à présent, dans les communes d'Evry-Courcouronnes, Draveil-Vigneux-Montgeron, Corbeil-Essonnes, Epinay-sous-Sénart et Grigny. Dans la Communauté d'Agglomération Etampois Sud-Essonne (CAESE), il est en cours de signature :

Figure 2: Les CLS en Essonne



I. CONTEXTE

Comme nous avons pu voir précédemment, la mise en place de la stratégie nationale de santé s'exprime au sein des « *territoires* » via les projets régionaux de santé définis par les ARS. La dimension territoriale tend alors à se renforcer et le processus d'expression spatiale devient un élément primordial dans la traduction des politiques de santé au niveau local. La loi HPST du 21 Juillet 2009 a créé les ARS, mais donne au même temps plus de reconnaissance aux villes dans leur rôle en santé, ces dernières se trouvant « *au carrefour du besoin, de la demande et de la réponse, clé de l'efficacité en santé publique* » (La santé de l'Homme, 2010).

1. La territorialisation de la santé

En France, jusqu'en 1970, la politique de santé était vue comme une compétence exercée par l'État au niveau le plus centralisé, dans l'idée que l'organisation des soins requérait un pilotage national et centralisé, avec un réseau de structures de soins présentes sur tout le territoire. De fait, de nombreux aspects de la santé publique ont intérêt à être considérées à une échelle large (qui peut même concerner l'échelon international, ainsi qu'en témoigne la création, dès 1948, de l'Organisation Mondiale de la Santé) : pour ne citer que quelques exemples, l'observation des épidémies et de leur propagation ; les plans de vaccination de manière à obtenir une couverture vaccinale suffisante sur la plus grande population possible ; et côté offre de soins, le financement reposant sur la solidarité nationale *via* les cotisations sur les revenus du travail. D'ailleurs, le système de santé était focalisé sur le soin, c'est-à-dire la prise en charge de maladies ou d'accidents déclarés, et non pas sur une vision plus globale faisant une place à la prévention et à l'observation et l'action sur les conditions mêmes de la santé, qui peuvent être environnementales (on sait, par exemple, que l'incidence du cancer n'est pas la même dans les régions du Nord que dans celles du Sud), sociales (on sait, par exemple que de fortes inégalités d'état de santé existent selon l'origine sociale), ou territoriales (en conséquence des deux autres).

A partir de 1970, on a cherché à tenir davantage compte de ces conditions environnementales et sociales : cela a donc signifié introduire de la géographie dans l'analyse de la santé publique. En effet, l'environnement compte, donc, corrélativement, la géographie ; les déterminants sociaux comptent, or les populations ne sont pas réparties au hasard sur le territoire, indépendamment de leur origine sociale, donc la géographie compte aussi. Prendre ainsi en compte la géographie de la

santé permet de tenter d'éviter l'écueil des politiques centralisées, qui cherchent à toucher un maximum de personnes, mais au risque de délaissier des populations particulières et sensibles.

Dès lors, on a étudié la « géographie de la santé », définie comme « *l'analyse sociale et spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins, des inégalités de santé des populations, des déterminants susceptibles de contribuer à la promotion ou à la dégradation de leur santé, de la distribution des maladies. Elle situe la pathologie et le malade dans son espace global en analysant le rôle et l'impact des faits de santé sur l'activité humaine* »³.

La territorialisation de la santé peut se définir comme un long processus d'appréhension de la santé à partir des réalités spatiales. Ce processus a connu plusieurs étapes : la mise en place de la carte sanitaire en 1970 avait pour but de réguler l'offre hospitalière en fixant les besoins en région et secteur sanitaire ; la loi du 31 juillet 1991 a instauré l'échelle régionale dans la gestion et l'organisation du système de santé ; des territoires de santé ont été instaurés. Le principal but était de mieux prendre en compte les réalités locales pour une gestion efficace et efficiente du secteur sanitaire. Dès lors, « *le territoire de santé devient un lieu d'organisation des soins encadré par les objectifs quantifiés de l'offre de soins, définis en terme d'implantation des équipements et établissements et de volume d'activité et déclinés par établissement dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ; le territoire de santé se doit aussi d'être un cadre de coordination propice à la rencontre et à la concertation des différents acteurs sanitaires, territoriales, associatifs, privées, etc. Ce travail de coordination entre acteur va être générateur de projet territorial de santé basé sur les besoins et nécessitant l'apport de tout un chacun* » (Coldefy, 2012).

Il semble nécessaire de réfléchir à des nouveaux outils afin de mieux répondre aux besoins des populations et des territoires, impliquant ainsi une nouvelle organisation territoriale. La loi HPST a favorisé la création de ces outils et les nouvelles ARS remplacent les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) et voient leur champ d'intervention élargi : non seulement l'hôpital, mais aussi les soins de ville et les activités médico-sociales. La loi HPST fait du territoire de santé le territoire

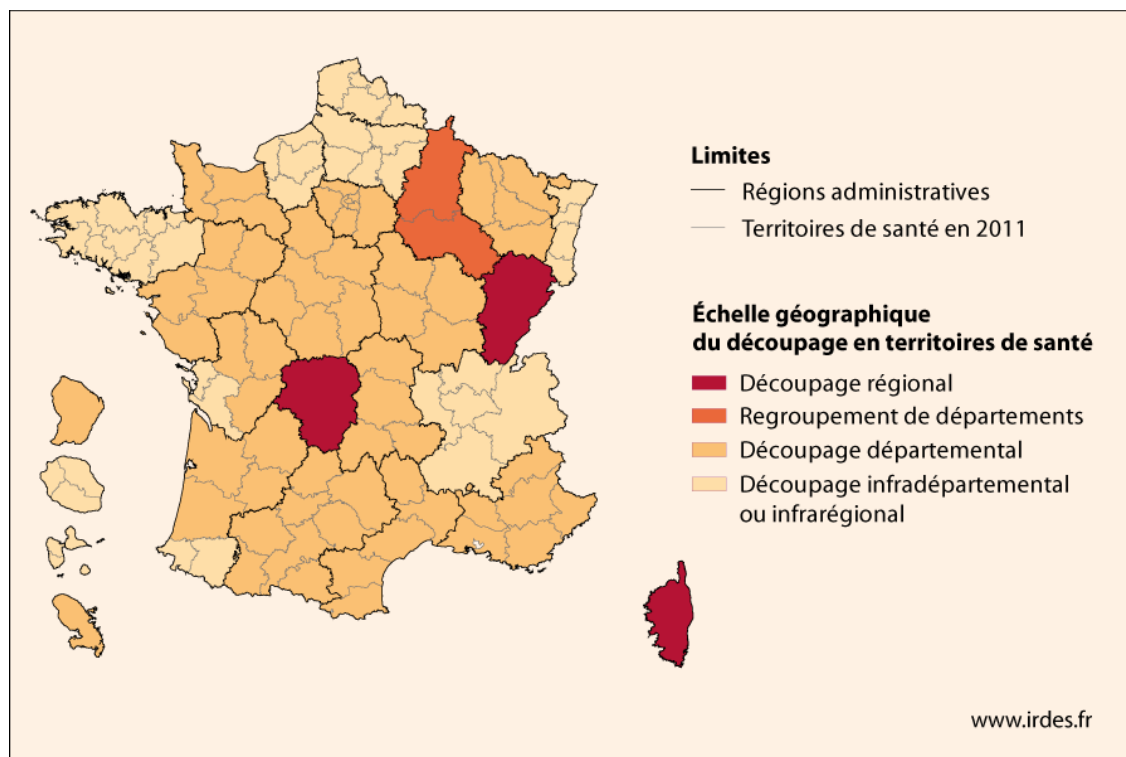
³ <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/geoconfluences/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/cadrage-et-problematiques-generales>

légal de référence et les nouvelles ARS se voient chargées de définir des nouveaux territoires de santé (Coldefy, 2012).

La loi HPST dispose que « l'Agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins, d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social, ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (Art. L. 1434-16 du Code de la Santé Publique). Grâce à cette loi, le territoire possède une nouvelle dimension car il associe l'ensemble de ses activités, que ce soit ambulatoire ou hospitalier, médico-social ou de prévention, favorisant ainsi son décloisonnement.

Dans cette nouvelle perspective, les ARS ont choisi de faire évoluer le découpage des territoires de santé issus du SROS 3 (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire). Une région métropolitaine ainsi que deux départements d'outre-mer ont choisi de conserver le découpage antérieur, tandis que d'autres ont réduit leur nombre. Par exemple, l'Ile-de-France est passée de 22 à 8 territoires de santé :

Figure 3: Le découpage des territoires de santé en France



Source : www.irdes.fr

Comme nous l'indique la carte, la plupart des territoires ont opté pour un découpage départemental. En 2016, le Directeur Général de l'ARS Ile-de-France a défini huit territoires de santé qui correspondent aux huit départements de la région : Paris, Yvelines, Seine-et-Marne, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val d'Oise. Ce nouveau découpage doit permettre de mettre en œuvre au plus près des territoires les grandes priorités que l'ARS s'est fixé : améliorer la qualité du système de santé francilien, réduire les inégalités de santé à l'intérieur de la région et permettre une efficience des moyens consacrés à la santé. Ce découpage permet d'inscrire l'action de l'agence en cohérence avec celle des collectivités et de la plupart des acteurs intervenant dans ses champs de compétences. L'Île-de-France apparaît comme une région où la géographie ne permet pas d'identifier de manière évidente des territoires infrarégionaux par la population, l'échelon départemental étant le niveau adapté pour donner aux professionnels de santé et aux Franciliens de la visibilité sur des territoires de santé⁴.

⁴<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/territoires-de-sante-0>

2. La loi HPST et la création des ARS

La loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, crée les Agences Régionales de Santé (ARS) dont le rôle est de territorialiser l'action publique en matière sanitaire. Ces agences sont chargées de définir et mettre en œuvre la politique de santé à l'échelle régionale, leur stratégie étant définie dans un projet régional de santé (PRS).

Au sein de chaque région, les ARS sont représentées localement par les délégations départementales assurant une mission de proximité, et qui sont les interlocuteurs privilégiés des élus, des préfets et des services de l'État, ainsi que des professionnels de santé.

L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France est représentée dans chacun de ses huit départements par une délégation départementale (*cf.* : *figure 1*) : Délégation Départementale (DD) de Paris (75), DD de Seine-et-Marne (77), DD des Yvelines (78), DD de l'Essonne (91), DD des Hauts-de-Seine (92), DD de Seine-Saint-Denis (93), DD du Val-de-Marne (94) et la DD du Val d'Oise (95).

Figure 4: Les Délégations Départementales de l'ARS Ile-de-France



Source : www.iledefrance.ars.sante.fr

3. La compétence santé des collectivités territoriales

Le territoire communal « *est donc reconnu comme la bonne échelle pour mesurer les disparités socio-territoriales de santé, leurs déterminants, mobiliser les acteurs (municipaux, professionnels du soin, associations, habitants), ajuster les réponses et, in fine, articuler la santé avec les autres politiques municipales* » (Amat-Rose, 2011).

Même si la ville apparaît comme un lieu privilégié, la santé ne fait pas partie des compétences légales des communes. Cette « confusion » laisse ouverts les modes de prises en compte de la santé dans les politiques municipales. Elle peut éventuellement accentuer le libre choix à ne pas s'investir dans les questions spécifiques à la santé. Lorsqu'une commune décide de s'investir, le plus souvent elle se dote d'adjoints à la Santé, d'une direction Santé, et des dispositifs spécifiques, comme par exemple les Ateliers Santé-Ville (ASV).

Les ASV ont été lancés en 2001 par la circulaire DIV/DGS (Délégation Interministérielle à la Ville/Direction générale de la santé) du 13 Juin 2000. Leur rôle est de développer des programmes locaux de santé et d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville (Amat-Roze, 2011). Grâce à un diagnostic établi en amont, les ASV développent des interventions ciblées et en mobilisant tous les intervenants : professionnels sociaux, médicaux, associations, élus locaux, habitants.

Avec la création des ARS, et surtout, grâce à une articulation renforcée avec le niveau local, un nouveau dispositif est mis en place, le Contrat Local de Santé (CLS). Selon la loi HPST, « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet des contrats locaux de santé conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ».

De plus, « *une attention particulière devra être portée à l'articulation CLS/Contrat de Ville afin de ne pas multiplier, d'une part, les instances de travail et épuiser les partenaires sollicités sur chacune de ces démarches, et d'autre part, assurer la cohérence d'ensemble du projet de territoire visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* ». (Référentiel CLS, 2016) Dans la majorité des cas, le CLS représente le volet « Santé » des Contrats de Ville.

4. Le Contrat Local de Santé, outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et amélioration des parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont des contrats conclus entre l'ARS et une collectivité territoriale. Lorsqu'ils ont été mentionnés pour la première fois, dans le cadre du plan Espoir Banlieue de 2008, on les a présentés comme des « prolongements contractuels des ateliers santé ville (ASV) », eux-mêmes conclus depuis 2001 dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (ex-Zones Urbaines Sensibles). Les CLS ne se limitent pas aux QPV, mais représentent les déclinaisons locales des Projets Régionaux de Santé des ARS : en effet, on cherche à agir au niveau territorial qui permet la connaissance et la prise en compte la plus fine possible des problématiques locales. Or, en matière de santé-environnement, il peut y avoir autant de problématiques que de quartiers au sein d'une même ville ; la municipalité est l'échelon de proximité qui connaît et sait prendre en compte cette diversité.

Les CLS doivent être signés *a minima* par l'ARS et la municipalité (ou l'intercommunalité ; nous y reviendrons) concernée, mais aussi par la Préfecture, qui représente notamment l'échelon administratif intermédiaire entre ville et région et est donc concernée, même si elle n'est ensuite pas directement partie prenante.

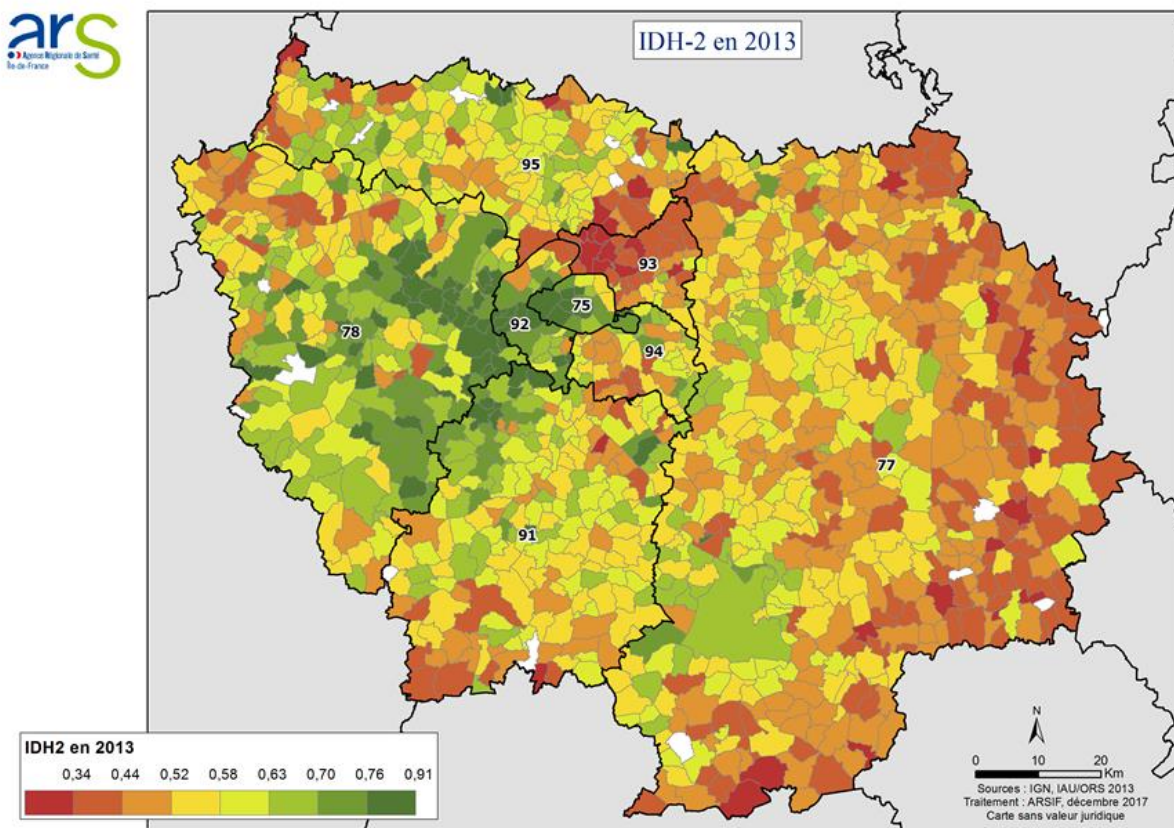
Les CLS sont, comme leur nom l'indique, des contrats ; mais ils prennent la forme d'une démarche-projet bien encadrée et aux contours dessinés, en Île-de-France, par un document rédigé par l'ARS, le Référentiel CLS. Ce document précise que la « *démarche-projet* » est « *structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation* ».

Enfin, les CLS reposent directement sur la logique de l'OMS, dont nous avons rappelé l'approche globale de la santé ; ils portent donc, d'après le Référentiel CLS, sur « *la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux de la santé* ».

Tous les territoires ne sont pas prioritaires pour la signature d'un CLS. Afin de définir des territoires prioritaires, l'agence s'appuie sur l'**Indicateur de Développement Humain 2 (IDH2)** comportant les trois dimensions : la santé, l'éducation et le revenu. Cet indicateur a une valeur sans unité comprise entre 0 (développement humain « nul ») et 1 (développement humain maximal). Lorsque

ce dernier est inférieur à **0,52**, la commune devient prioritaire et peut envisager la signature d'un CLS sur son territoire. De plus, la présence de quartiers prioritaires en Politique de la Ville devient un deuxième critère de ciblage territorial, le CLS étant inscrit dans le volet « Santé » du Contrat de Ville.

Figure 5: L'IDH2 en Ile-de-France



Source : www.iledefrance.ars.sante.fr

II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Cette phase de travail est constituée principalement d'une recherche qualitative de terrain à l'aide d'entretiens semi-directifs avec des acteurs impliqués dans la démarche CLS. Au préalable, une observation a été menée par la participation régulière aux différentes réunions de travail avec les communes concernées par un CLS.

1. Observation participante

Lorsque cette recherche m'a été confiée sur mon lieu de stage, j'ai commencé par une étude des documents que j'avais à ma disposition sur les différentes communes inscrites dans la démarche CLS. Il s'agissait des précédents CLS, des diagnostics locaux de santé effectués par des cabinets externes, ou encore, des comptes rendus des réunions. Cette étape a été primordiale afin de mieux comprendre le contexte de chaque commune/intercommunalité et d'identifier ainsi l'avancement de la démarche CLS. De plus, j'ai pu participer régulièrement aux différentes réunions de travail qui m'ont permis de confronter les idées retenues lors de la phase de documentation avec la réalité du terrain, de manière à voir dans quelle mesure les deux sont proches.

Suite à cette observation minutieuse, mon choix a été d'utiliser la méthode des entretiens semi-directifs afin de mieux identifier les éléments de ma recherche. L'idée était de pouvoir m'approcher le plus des acteurs locaux et de prendre le temps nécessaire pour m'adapter à chaque commune. Pour ce faire, j'ai pris des contacts par mail en proposant des dates d'entretien. Globalement, j'ai eu des réponses très rapides et chaque commune a été représentée.

2. Conduite des entretiens

« L'interview est une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations » (Geneviève Imbert, 2010). Le choix de passer par des entretiens est fait suite à une longue réflexion en concertation avec mon tuteur de stage et mon professeur référent à l'Université. En effet, ce processus de recherche qualitative est caractérisé comme étant parfaitement adapté aux travaux dans le champ de la santé (Geneviève Imbert, 2010).

Ces entretiens m'ont permis de recueillir des informations essentielles concernant la démarche CLS à une échelle très fine et de mieux identifier les freins et les leviers associés. De plus, j'ai pu comprendre les modalités de fonctionnement de chaque commune, pouvant faire obstacle ou levier à la mise en place d'un CLS. Pour ce faire, j'ai établi en amont une grille d'entretien d'une trentaine de questions regroupées en différents thèmes en fonction de la personne interviewée et de son poste. La formulation de ces questions a été fondamentale puisqu'elle a conditionné l'évolution de ma recherche, me permettant d'appréhender d'une manière claire les éléments de ma recherche. De plus, le choix des entretiens semi-directifs permet de mener un dialogue simple avec la personne interviewée en la mettant en confiance et en lui laissant plus de liberté d'expression.

En outre, pour les entretiens menés avec les deux agents de la délégation départementale de l'Essonne des autres services que celui de mon stage (ambulatoire et environnement), j'ai opté pour un entretien libre (ou non directif), en laissant le choix aux deux interlocuteurs de me présenter le travail transversal qu'ils effectuent avec le service prévention et promotion de la santé, notamment sur la question des CLS.

Par ailleurs, les guides d'entretiens sont disponibles en annexe. La durée de ces entretiens a été d'approximativement une heure.

3. Choix des personnes interviewées

Afin de mieux identifier les freins et les leviers propres à chaque CLS, le choix des personnes à interviewer a été primordial. Ce choix a été fait en concertation avec mon tuteur de stage qui connaissait bien tous les acteurs locaux et la relation vis-à-vis de la démarche CLS au niveau local. De plus, deux personnes de la délégation départementale ont été interviewées afin de connaître la transversalité des CLS au sein des autres services de l'ARS DD91. J'ai également rencontré le Président du Conseil Territorial en Santé (CTS) et une infirmière de l'Éducation Nationale.

Au niveau local, j'ai choisi d'interviewer les coordonnateurs CLS. Ce choix m'est paru d'autant plus pertinent que l'ARS les décrit dans le référentiel CLS comme occupant « *une fonction essentielle dans la conduite de la démarche CLS* » (Référentiel CLS, 2016). Le coordonnateur CLS est l'acteur principal dans l'animation de la démarche projet et détient la mission de mobiliser les partenaires, assurant ainsi la transversalité et l'intersectorialité de ce contrat. Au total, j'ai

interviewé six coordonnateurs CLS, représentant chaque commune/intercommunalité. De plus, j'ai pu rencontrer deux coordonnateurs ASV, ainsi qu'une élue à la santé.

4. Analyse des entretiens

Les entretiens menés avec les coordonnateurs CLS, les coordonnateurs ASV ainsi que l'élue à la santé ont été enregistrés et ont fait l'objet d'une transcription intégrale écrite. Les entretiens avec les deux agents de l'ARS, le Président du CTS et l'infirmière de l'Éducation Nationale ont fait uniquement objet de prise de notes et d'extraction des idées importantes. Pour respecter l'anonymat des personnes interviewées, le texte des transcriptions ne figure pas en annexe du rapport ; pour autant, de très larges extraits des verbatim sont cités dans la partie d'analyse des résultats, mais ils le sont toujours de manière anonyme.

Afin d'extraire les informations relatives à ma recherche, je me suis appuyée sur la méthode d'analyse classique de contenu du corpus d'entretiens. Les propos des personnes ont été utilisés dans la partie « Résultats » en fonction des différents thèmes. Les idées retenues sont des idées qui ont souvent été exprimées par plusieurs personnes ; il m'est également arrivé de retenir des idées exprimées par une seule personne, qui me paraissait avoir une portée plus générale. Je mentionne parfois le fait qu'une idée est exprimée par plusieurs personnes, mais pas qu'elle n'a été exprimée que par une seule, toujours dans un souci de respect de l'anonymat.

III. COMMUNES ETUDIEES

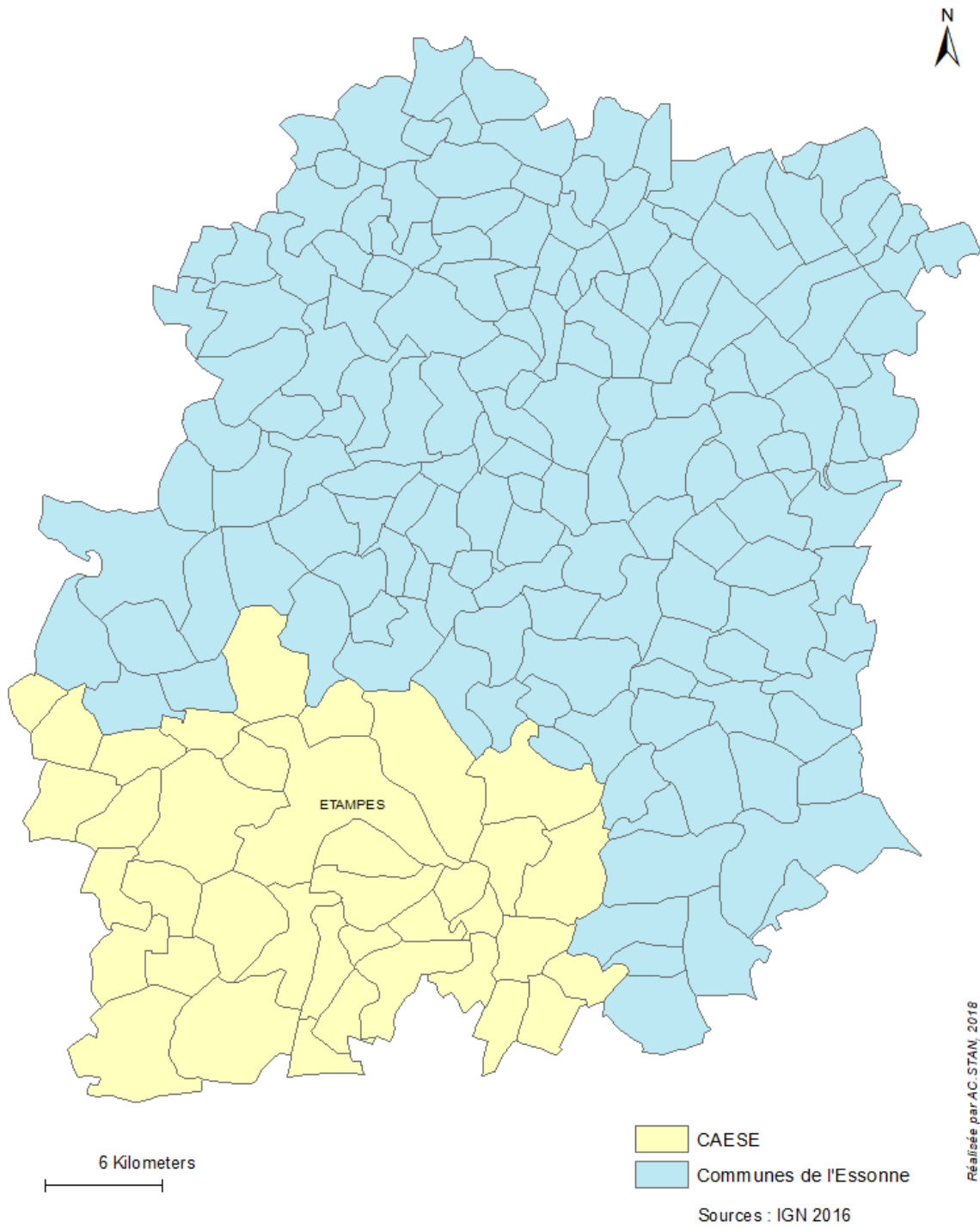
Le département de l'Essonne compte six communes inscrites dans la démarche CLS et qui en ont déjà signé un, à l'exception de la CAESE où la démarche a été arrêtée en cours de route pour une durée inconnue. Ces communes se situent pour la plupart dans le nord-est du département (*Figure 2 : les CLS en Essonne*).

1. CAESE (Communauté d'Agglomération Etampois Sud-Essonne)

La Communauté d'Agglomération Etampois Sud-Essonne (CAESE) est située au sud de la région d'Ile-de-France et du département de l'Essonne. Elle est issue de la transformation de la Communauté de Communes de l'Etampois Sud Essonne au 1^{er} Janvier 2016 et regroupe les 38 communes suivantes, qui rassemblent 53 435 habitants (Insee, 2015) :

Abbeville-la-Rivière, Angerville, Arrancourt, Authon-la-Plaine, Blandy, Bois-Herpin, Boissy-la-Rivière, Boissy-le-Sec, Boutervilliers, Bouville, Brières-les-Scellés, Brouy, Chalo-Saint-Mars, Chalou-Moulineux, Champmotteux, Chatignonville, Congerville-Thionville, Estouches, Étampes, Fontaine-la-Rivière, Guillerval, La, Forêt-Sainte-Croix, Le, Plessis-Saint-Benoist, Marolles-en-Beauce, Méréville, Mérobert, Mespuits, Monnerville, Morigny-Champigny, Ormoy-la-Rivière, Puiset-le-Marais, Pussay, Roinvilliers, Saclas, Saint-Cyr-la-Rivière, Saint-Escobille, Saint-Hilaire, Valpuiseaux :

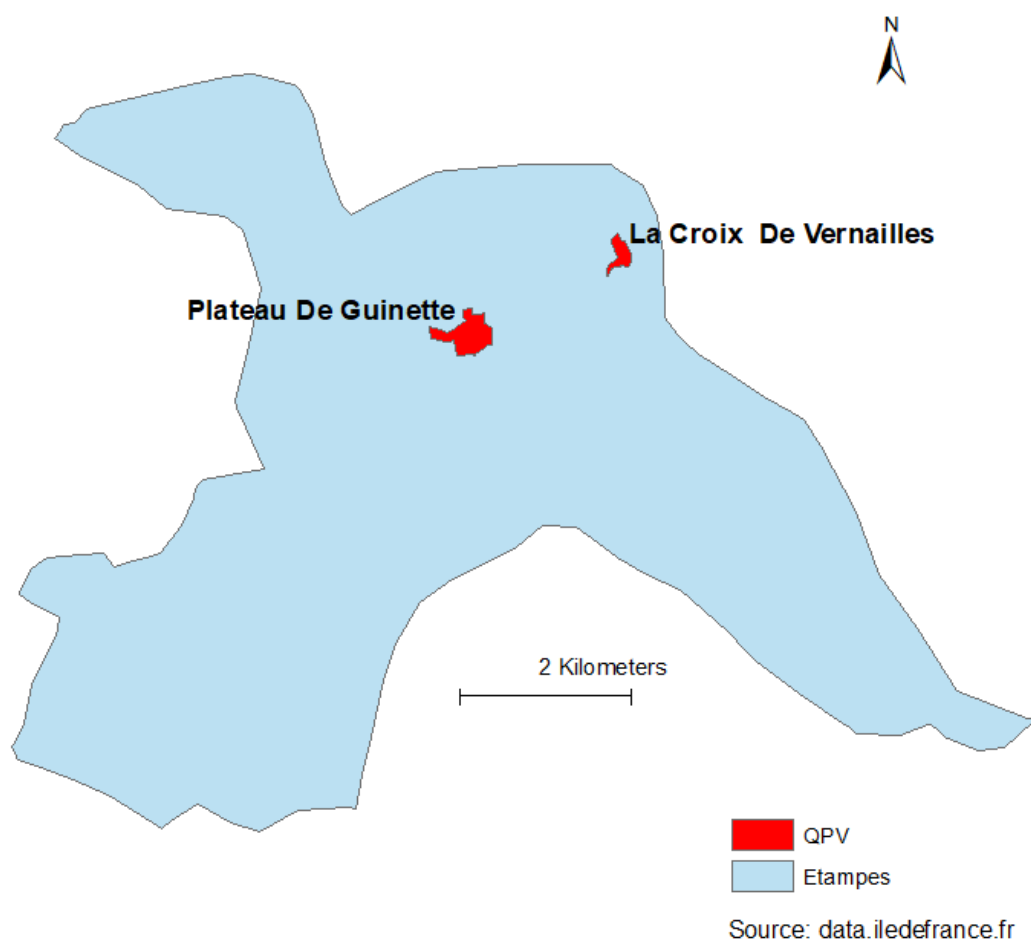
Figure 6: Localisation de la CAESE dans le département de l'Essonne



La densité de la population est faible (110,4habitants au km²) et le territoire est essentiellement rural, à l'exception de la commune d'Etampes, qui concentre 45% de la population. Le profil socio-économique est fragile et le taux de chômage est supérieur à la moyenne départementale (12% vs. 11%), mais reste inférieur à la moyenne nationale (14%). (Insee, 2015)

Le DLS effectué en 2017 a mis en avant d'importantes disparités sociales entre les communes. En effet, sur le territoire cohabitent une population relativement aisée avec des populations plus défavorisées. Ces disparités sont plus marquées sur les communes peuplées comme Angerville, Pussay et surtout Etampes qui abrite deux quartiers en Politique de la Ville, représentant près de 8% de la population de la CAESE :

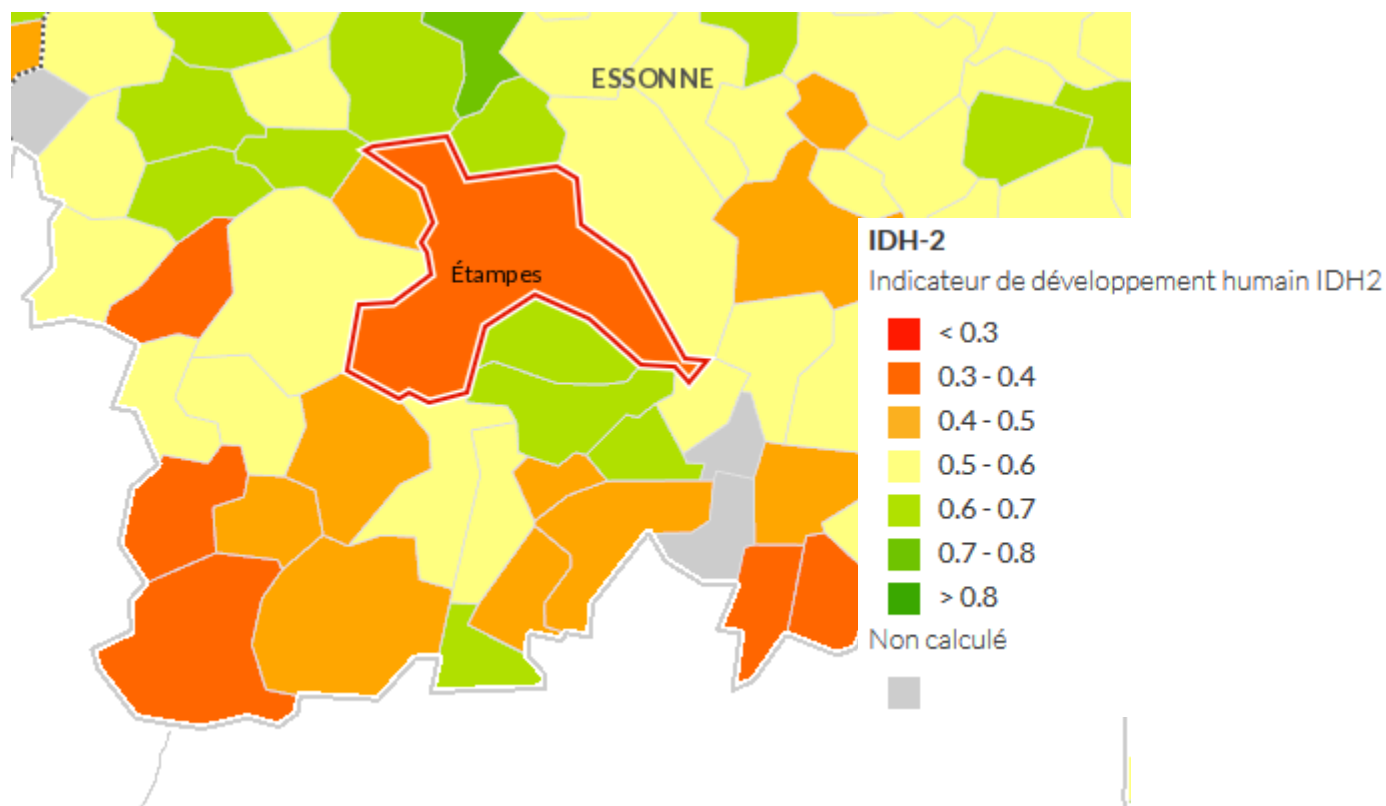
Figure 7: Localisation des deux QPV à Etampes



Réalisée par AC. STAN, 2018

De plus, cette disparité est également illustrée par l’IDH2 qui est inférieur à 0,52 à Etampes (0,39), Bouville (0,48), Mespuits (0,45), Brouy (0,35), Blandy (0,34), Abbéville-la-Rivière (0,47), Arrancourt (0,42), Méréville (0,43), Angerville (0,40), Pussay (0,37), Monnerville (0,49), Guillerval (0,48), Mérobert (0,36), Fontaine-la-Rivière (0,49) et Saint-Hilaire (0,49).

Figure 8: Répartition de l’IDH2 sur la CAESE



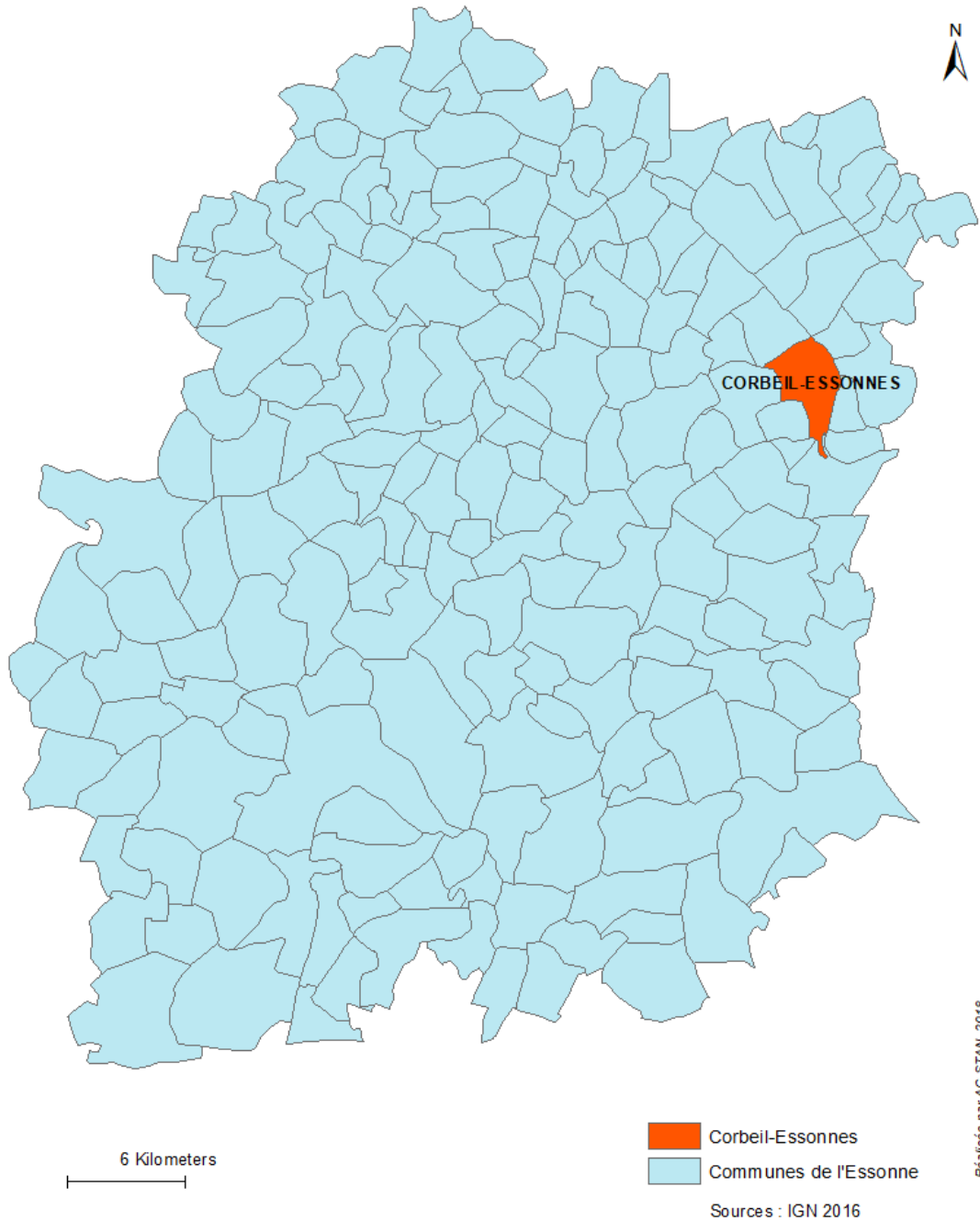
Source : IAU – Cartoviz 2013

En 2017, un premier DLS a été réalisé sur toute la CAESE en préalable à l’élaboration d’un CLS. Ce dernier a mis en avant les problématiques du territoire en justifiant la nécessité de mettre en place un CLS. Cependant, la démarche a été arrêtée en cours de route pour une durée inconnue.

2. Corbeil-Essonnes

Corbeil-Essonnes est une commune située au sud de l'agglomération parisienne et au nord-est du département de l'Essonne. Elle est issue de la fusion en 1951 des communes de Corbeil et d'Essonnes et rassemble 50 412 habitants (Insee, 2015) :

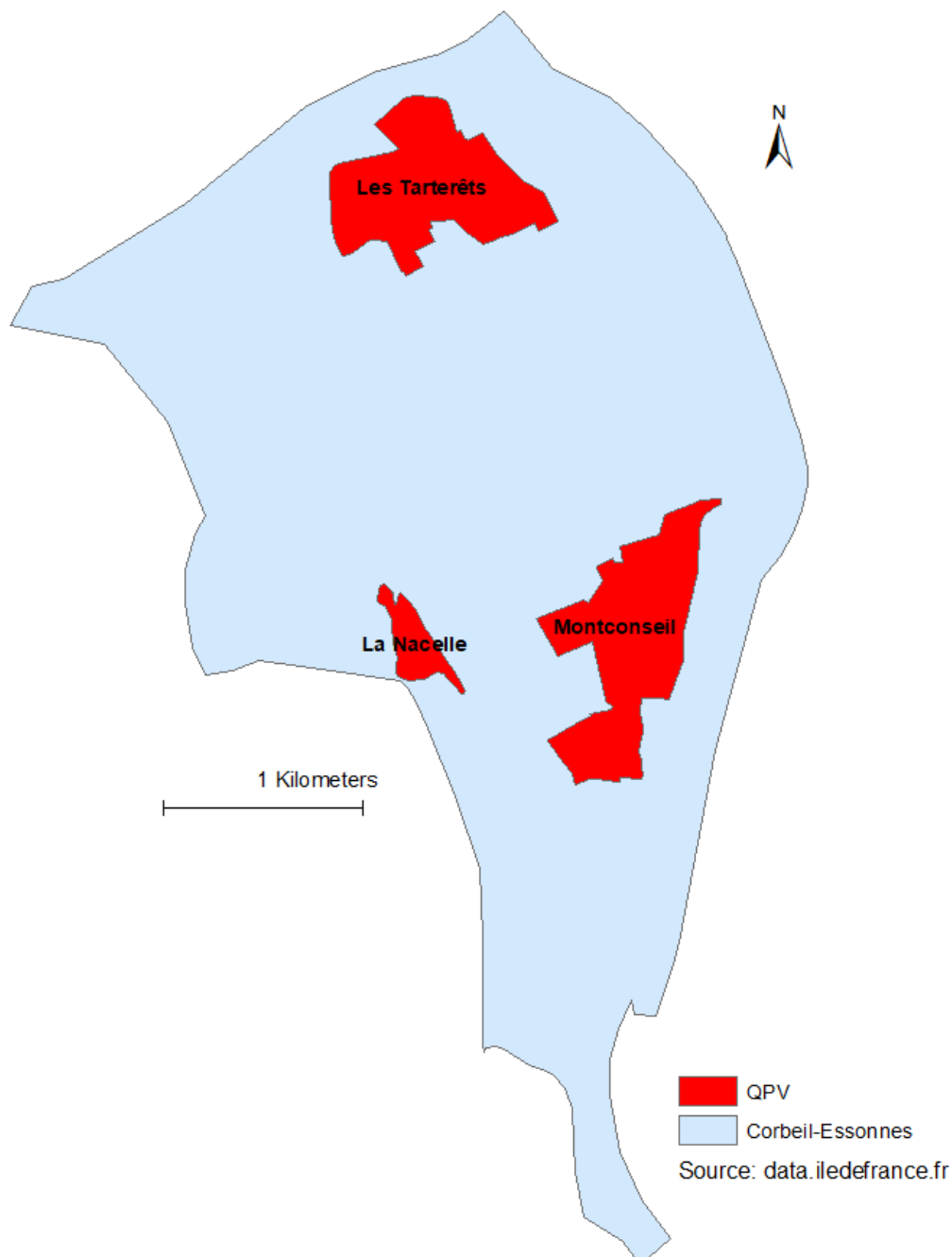
Figure 9: Localisation de Corbeil-Essonnes dans le département de l'Essonne



Le territoire est caractérisé par une forte précarité sociale. Le taux de chômage est supérieur à la moyenne départementale (13,8% vs. 11%) et proche de la moyenne nationale (14%). (Insee, 2015)

Corbeil-Essonnes abrite trois quartiers en Politique de la Ville représentant près de 30% de la population :

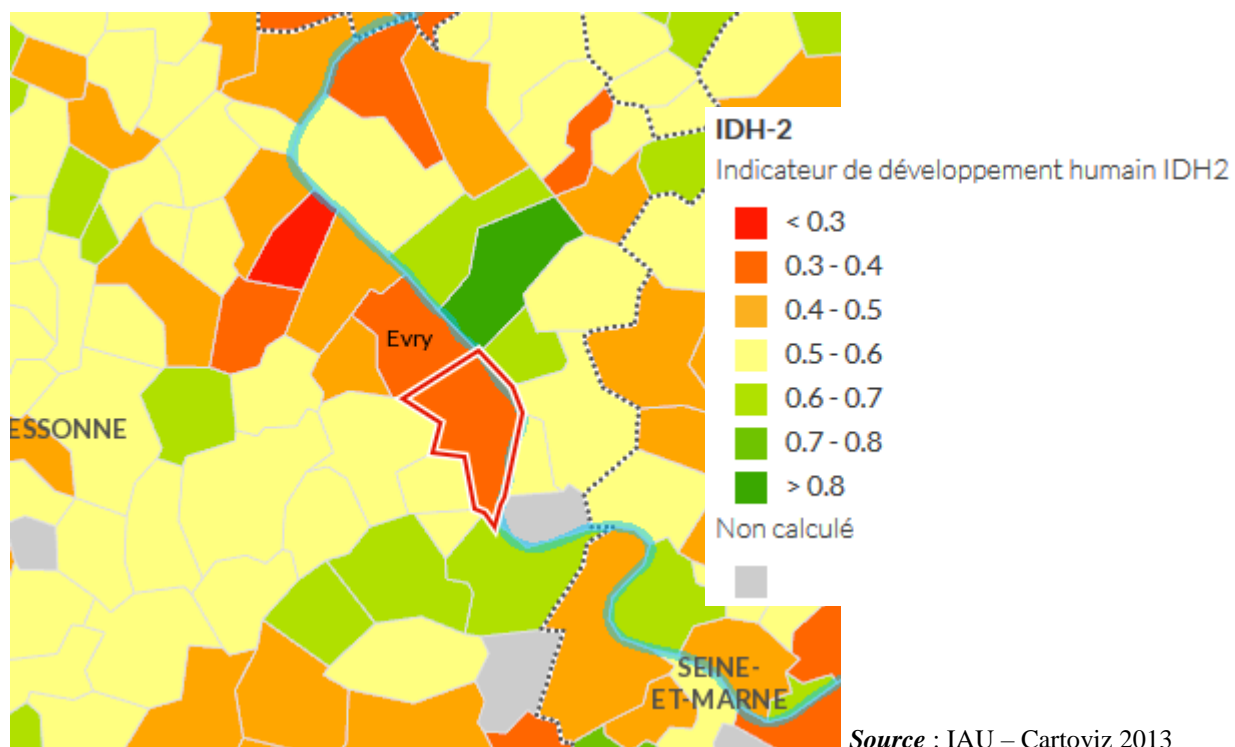
Figure 10: Localisation des QPV à Corbeil-Essonnes



Réalisée par AC. STAN, 2018

De plus, l'IDH2 de la commune est inférieur à 0,52, mais en amélioration depuis 2006 : 0,41 en 2013, vs. 0,34 en 2006.

Figure 11: Répartition de l'IDH2 à Corbeil-Essonnes

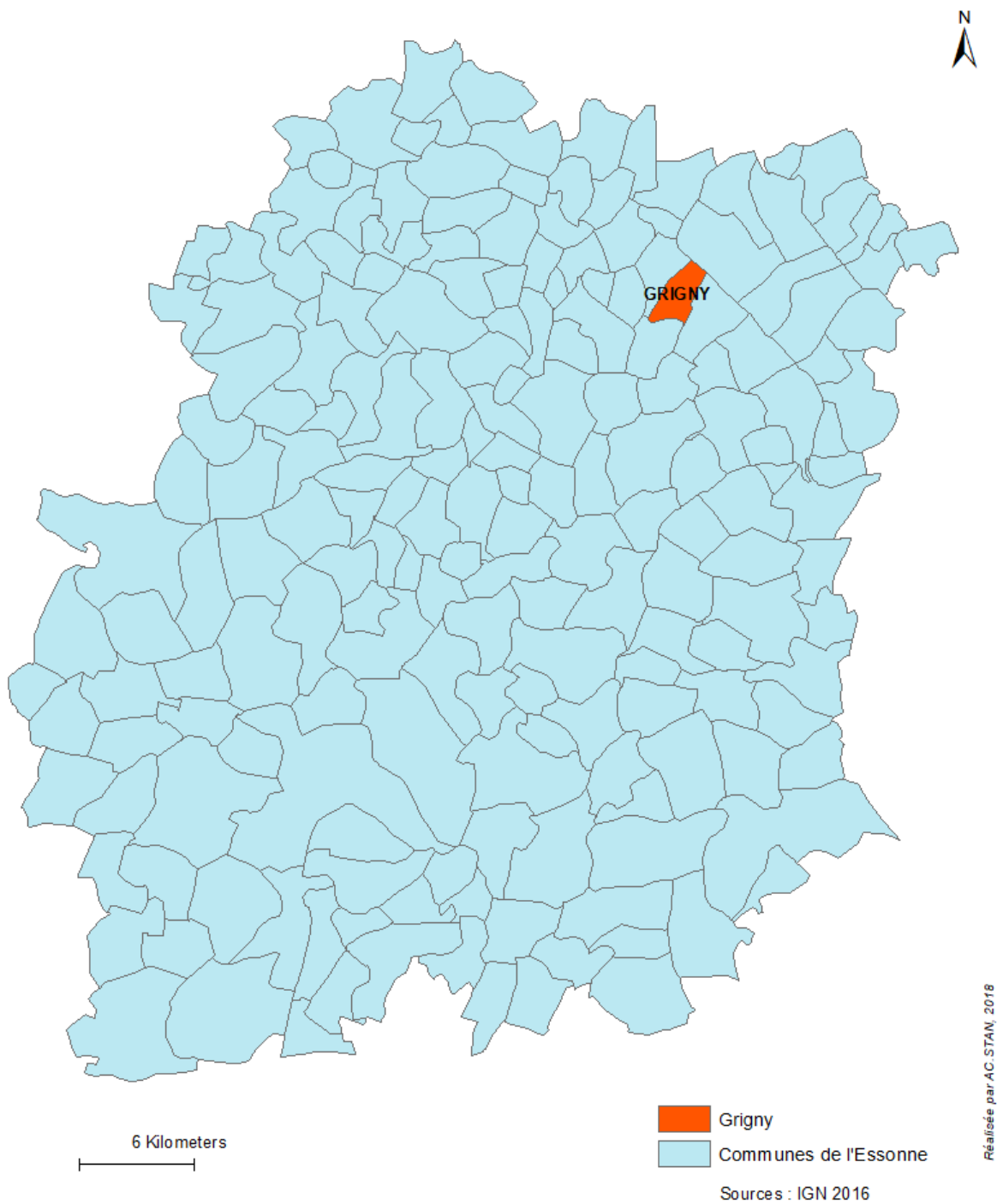


En 2013, un premier CLS a été signé à Corbeil-Essonnes. Actuellement, la commune souhaite renouveler le CLS et s'est inscrit dans la mise à jour du DLS. La signature du nouveau contrat est prévu jusqu'à la fin de l'année 2018.

3. Grigny

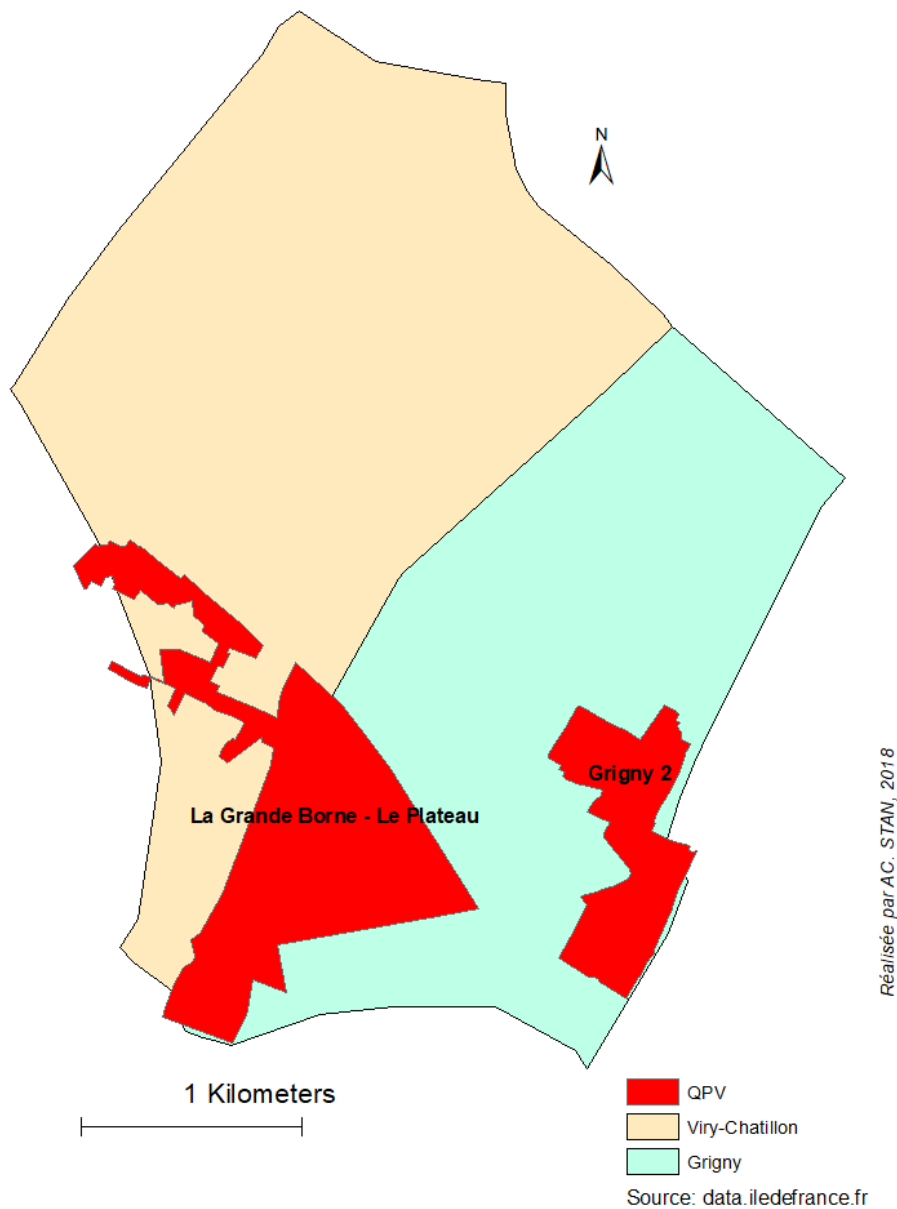
Grigny est une commune situé au sud de l'agglomération parisienne et au nord-est du département de l'Essonne avec 28 424 habitants. (Insee, 2015)

Figure 12: Localisation de Grigny dans le département de l'Essonne



La progression démographique et l'industrialisation de la région parisienne à la fin des années soixante ont participé au développement de la commune de Grigny le long de la nouvelle autoroute A6. L'urbanisation rapide et massive a provoqué de forts déséquilibres urbains, économiques et sociaux. Juxtaposés à un tissu pavillonnaire et villageois ancien, de vastes quartiers marqués par les conceptions de l'époque ont accueilli entre la fin des années soixante et le début des années soixante-dix environ 70% des habitants de la ville de Grigny. Aujourd'hui, près de 85% de la population habite en quartiers en Politique de la Ville :

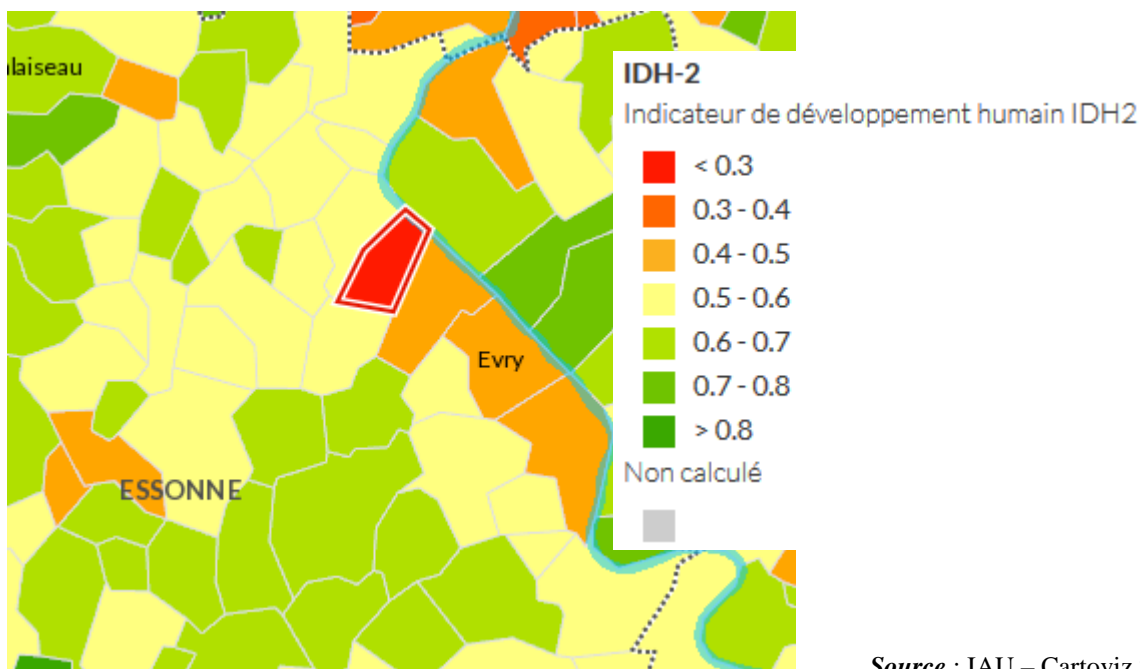
Figure 13: Localisation des QPV à Grigny



La commune est caractérisée par une forte précarité avec des indicateurs de l'état de santé de la population particulièrement défavorables à Grigny, comme par exemple, l'espérance de vie à la naissance, qui est plus faible que sur la région. Le DLS effectué en 2014 avait mis en avant que la situation de la commune de Grigny était la plus préoccupante et a fait apparaître que les poches de pauvreté du territoire sont les plus pauvres du département de l'Essonne. Par ailleurs, le taux de chômage est largement supérieur à la moyenne départementale (24% vs. 11%) et nationale (14%). (Insee, 2015)

De plus, selon l'IDH2, la ville de Grigny fait partie des villes les plus défavorisées du département, voire de la région Ile-de-France. Cet indicateur est le plus faible du département : 0,27.

Figure 14: Répartition de l'IDH2 à Grigny



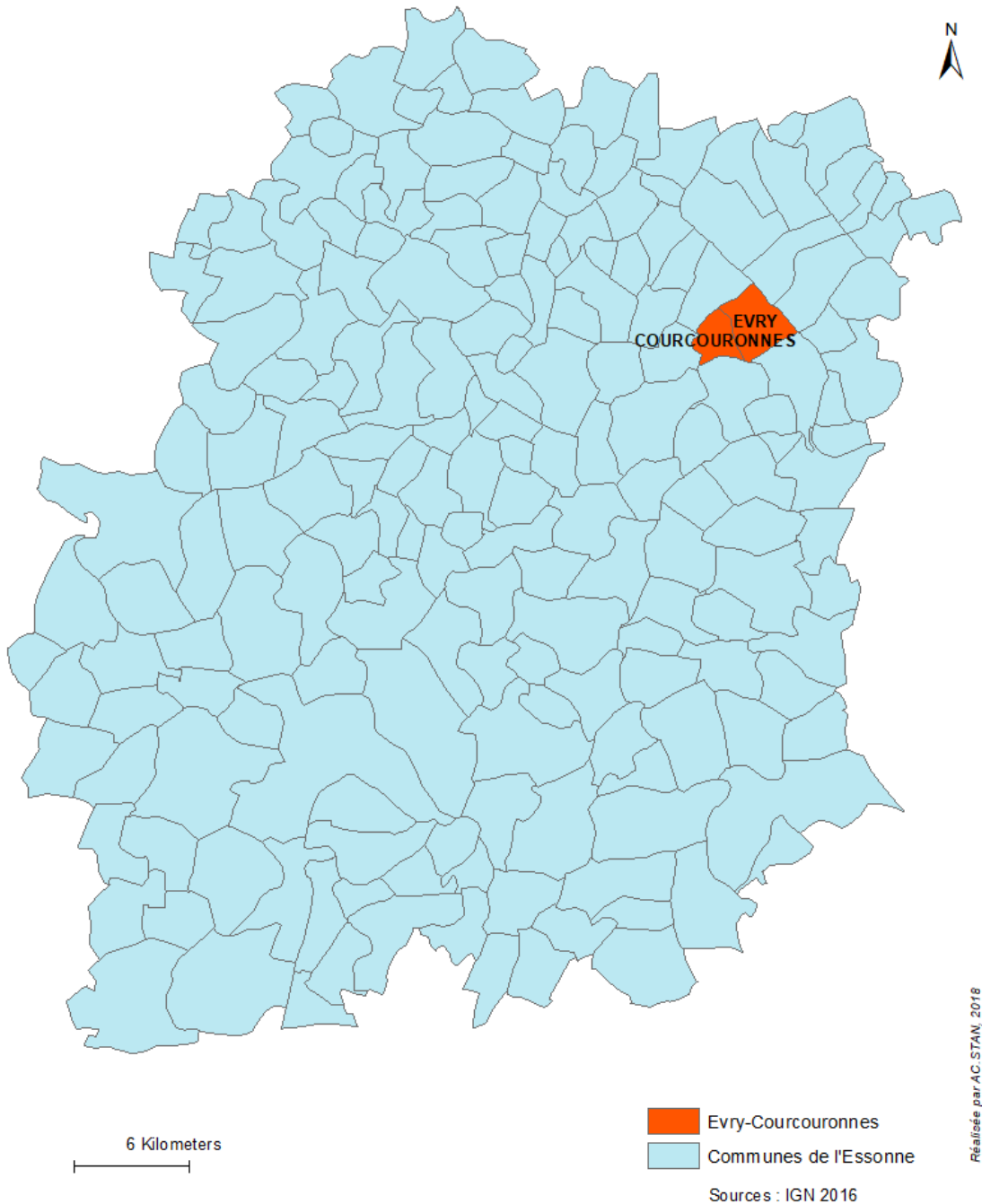
Source : IAU – Cartoviz 2013

En 2014, la commune de Grigny avait signé le premier CLS avec la commune de Viry-Châtillon. Aujourd'hui, la commune souhaite signer un deuxième CLS uniquement à l'échelle communale et elle s'est engagé dans la réalisation d'une mise à jour de leur DLS.

4. Evry-Courcouronnes

Evry-Courcouronnes sont deux communes limitrophes situées à 30 kilomètres au sud de l'agglomération parisienne rassemblant 67 215 habitants (*Evry, 53 871 ; Courcouronnes 13 344*). (Insee, 2015) La commune d'Evry est la préfecture du département de l'Essonne.

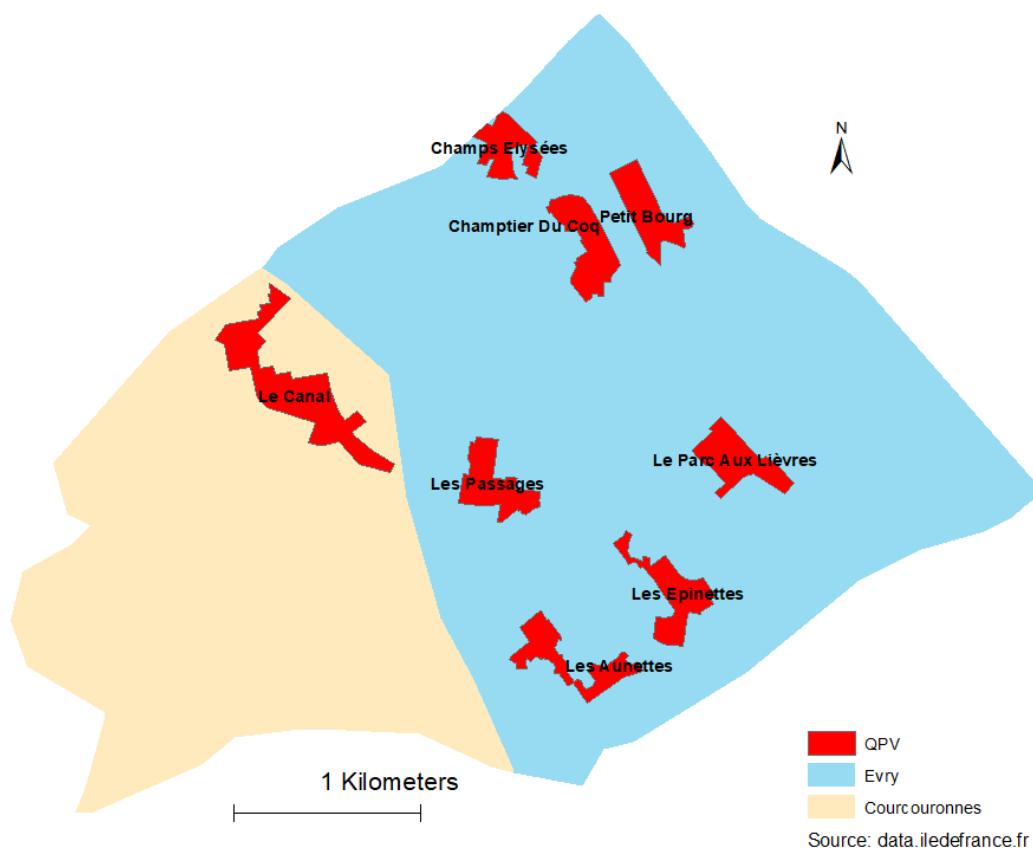
Figure 15: Localisation d'Evry-Courcouronnes dans le département de l'Essonne



Les premiers diagnostics de santé des deux communes avaient mis en évidence des problématiques similaires (problèmes de santé souvent associés, problèmes sociaux, souffrances psychiques, difficultés d'accès aux soins, ...), mais également des atouts permettant la mise en place d'un projet commun. Les deux territoires présentent des indicateurs de précarité significatifs par rapport au département et sur les deux villes, de nombreuses familles vivent avec des bas revenus. Par ailleurs, le taux de chômage des deux communes est supérieur à la moyenne départementale (*Evry : 18% et Courcouronnes : 17,6% vs. 11%*) et nationale (14%). (Insee, 2015)

Aujourd'hui, presque la moitié de la population habite des quartiers en Politique de la Ville : à 52% pour Evry et à 45% pour la commune de Courcouronnes :

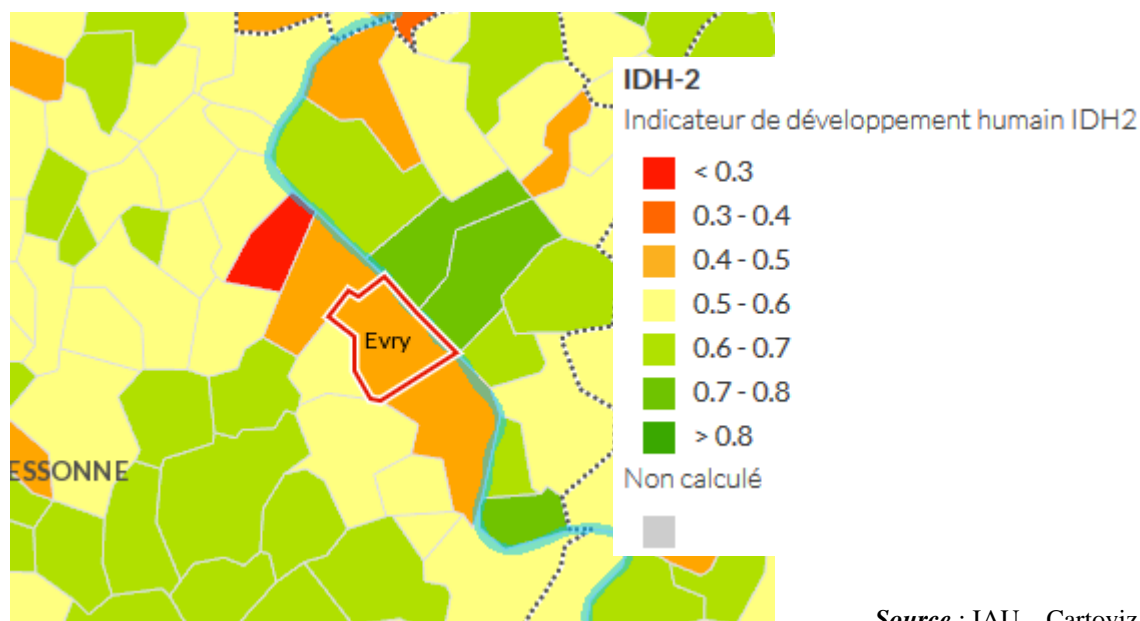
Figure 16: Localisation des QPV à Evry-Courcouronnes



Réalisée par AC. STAN, 2018

L'IDH2 d'Evry (0,45) et l'IDH2 de Courcouronnes (0,51) sont inférieurs à 0,52, ce qui classe les deux villes en territoires prioritaires :

Figure 17: Répartition de l'IDH2 à Evry-Courcouronnes



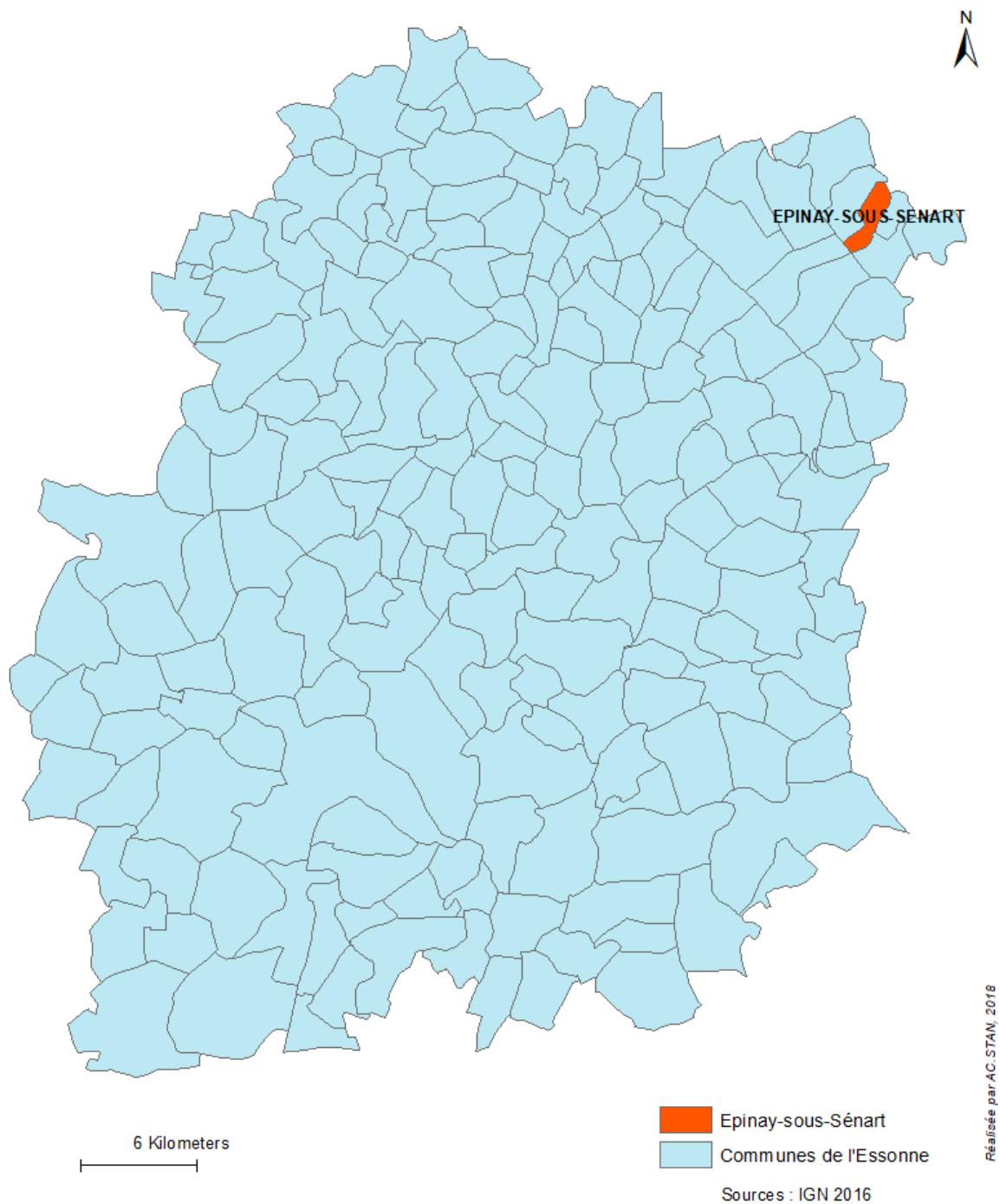
Source : IAU – Cartoviz 2013

En 2011, la commune d'Evry s'engage dans une démarche CLS de première génération et en 2013, elle élabore un projet de santé intercommunal avec la commune de Courcouronnes à partir d'un diagnostic partagé. En juin 2014, les deux communes élaborent leur premier CLS intercommunal. Aujourd'hui, les deux communes ont signé leur deuxième CLS intercommunal (troisième pour la commune d'Evry). Par ailleurs, les deux communes ont un projet de fusion qui a été validé récemment et qui semble être une « évidence » pour les deux maires.

5. Epinay-sous-Sénart

Epinay-sous-Sénart est une commune située à vingt-deux kilomètres au sud de Paris dans le département de l'Essonne et avec une population estimée à 12 434 habitants. (Insee, 2015)

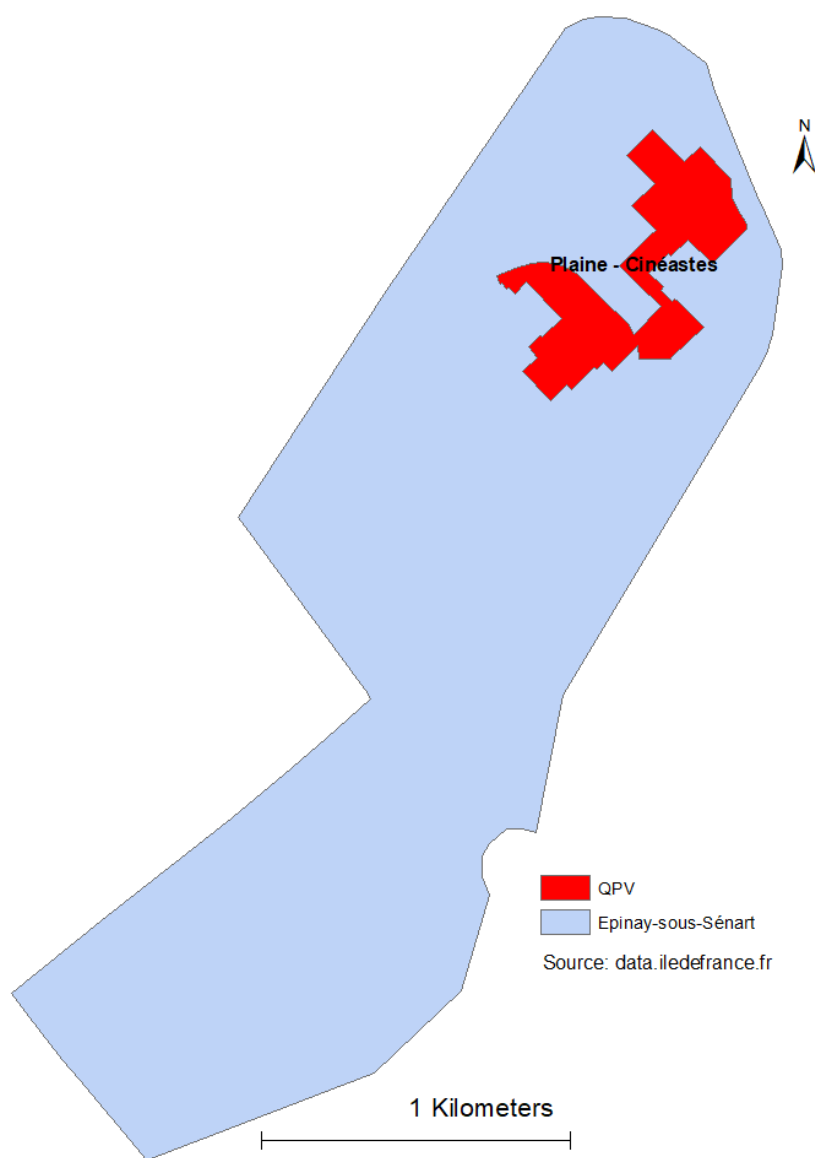
Figure 18: Localisation d'Epinay-sous-Sénart dans le département de l'Essonne



La commune présente de nombreux indicateurs de précarité de sa population, comme par exemple un taux de chômage plus élevé par rapport à la moyenne départementale (15% vs. 11%) et nationale (14%). (Insee, 2015) Mais également des indicateurs inquiétants sur l'état de santé des spinoliens (espérance de vie à la naissance inférieure au niveau départemental et régional, une surmortalité par rapport à la région, ...).

De plus, plus de 70% de la population d'Epinais-sous-Sénart réside dans les quartiers en Politique de la Ville :

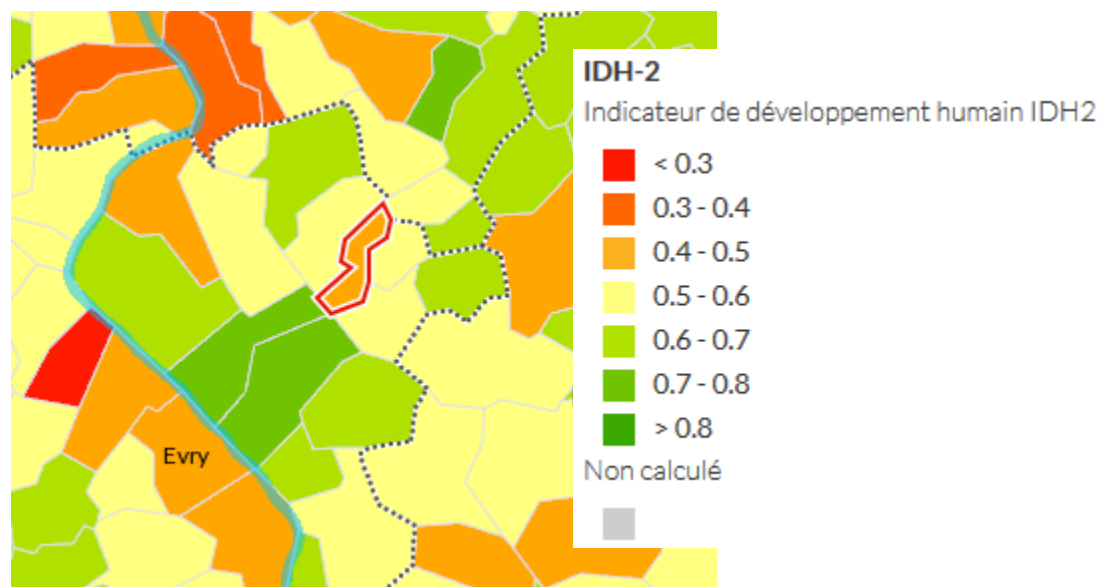
Figure 19: Localisation des QPV à Epinais-sous-Sénart



Réalisée par AC. STAN, 2018

Par ailleurs, la commune dispose d'un faible indicateur de développement humain (0,43) :

Figure 20: Répartition de l'IDH2 à Epinay-sous-Sénart



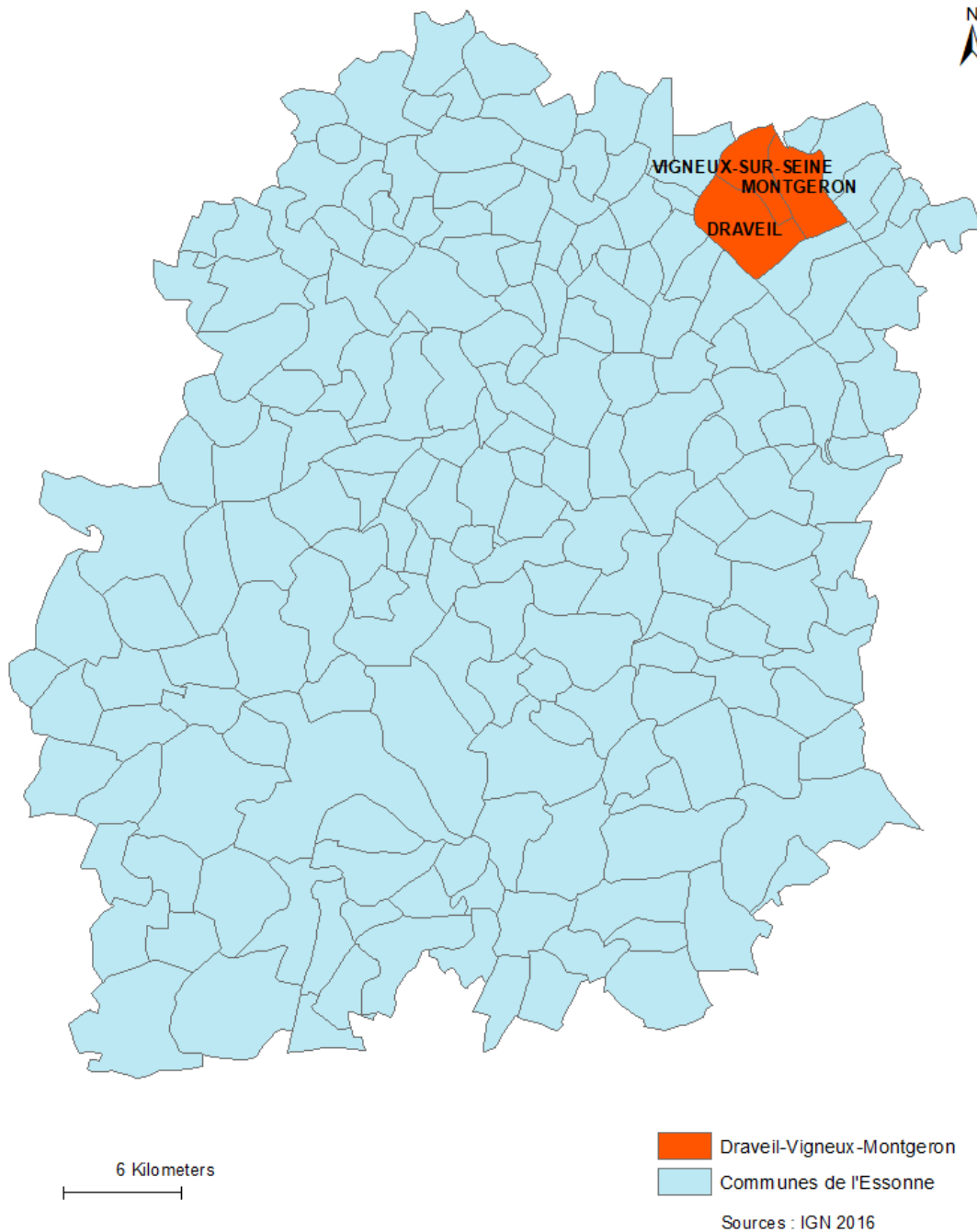
Source : IAU – Cartoviz 2013

Cette année, la municipalité a souhaité développer son engagement autour des questions prioritaires de santé et d'accès aux soins en s'inscrivant dans une démarche de mise en œuvre du CLS sur son territoire. Le premier CLS vient d'être signé sur la commune.

6. Draveil-Vigneux-Montgeron

Draveil-Vigneux-Montgeron sont des communes limitrophes situées au nord du département de l'Essonne, anciennement la communauté d'agglomération Sénart Val-de-Seine. Les trois communes rassemblent 83 823 d'habitants. (Insee, 2015)

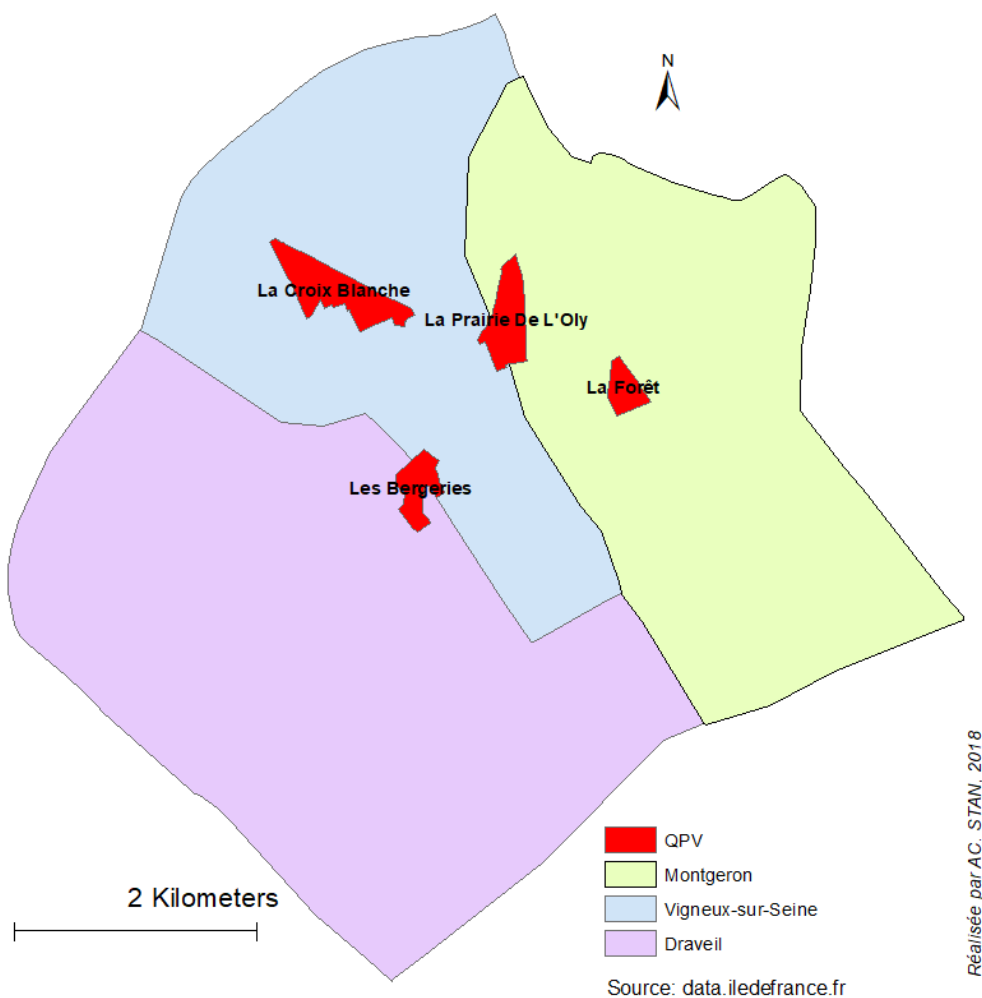
Figure 21: Localisation de Draveil-Vigneux-Montgeron dans le département de l'Essonne



Le DLS réalisée en amont de la signature du CLS a mis en évidence plusieurs problématiques du territoire : une démographie en croissance pour la commune de Vigneux et un vieillissement entamé sur les trois communes représentant un enjeu d'accès aux soins et de développement des services médico-sociaux pour les personnes âgées, mais également des places en structure de prise en charge des enfants. Des revenus moyens inférieurs aux moyennes départementales, et certains quartiers, détenant plus de 40% de foyers vivant sous le seuil de bas revenus ont été identifiées.

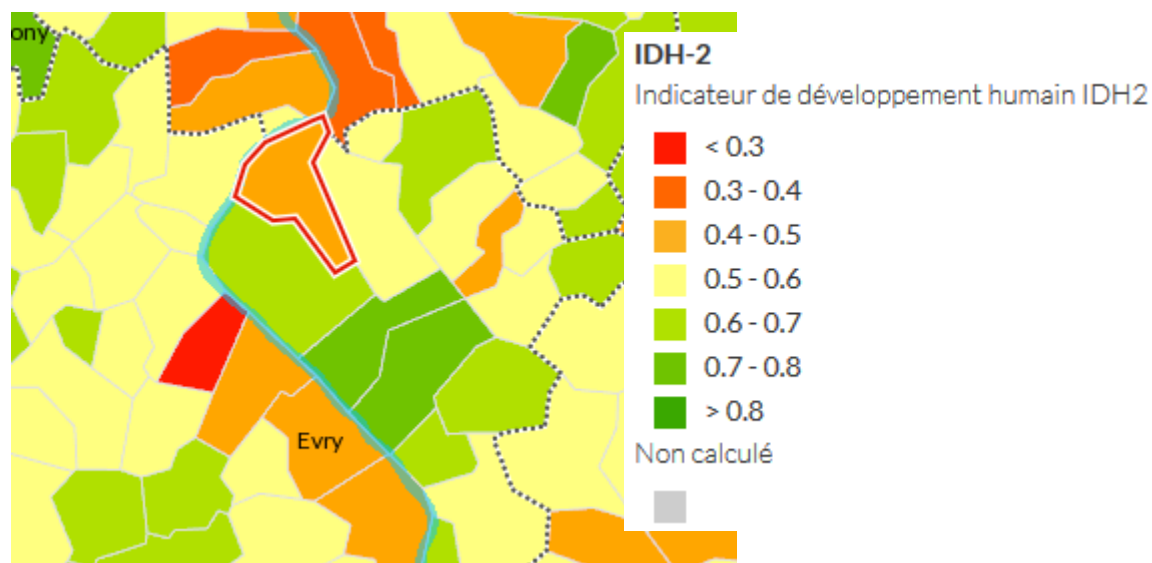
Le taux de chômage est relativement élevé sur les trois communes. Cependant, pour les communes de Draveil et Montgeron ce dernier reste inférieur à la moyenne départementale (11% et 10% vs. 11%). Il est particulièrement élevé pour la commune de Vigneux-sur-Seine (15%). (Insee, 2015)
Sur les trois communes, 17% de la population vit en quartiers en Politique de la Ville :

Figure 22: Localisation des QPV à Draveil-Vigneux-Montgeron



En outre, seule la commune de Vigneux-sur-Seine détient un IDH2 inférieur à 0,52 : 0,44.
(Draveil : 0,60 et Montgeron : 0,55)

Figure 23: Répartition de l'IDH2 à Vigneux-sur-Seine, Draveil et Montgeron



Source : IAU – Cartoviz 2013

Les villes de Draveil, Montgeron et Vigneux-sur-Seine considèrent que la signature d'un CLS constitue une opportunité de conforter et développer les actions qu'elles mènent ou soutiennent sur leur territoire à travers leurs différents services et en partenariat avec les structures associatives et institutionnelles. C'est alors dans cette perspective que le CLS a été signé récemment.

IV. RESULTATS DE L'ETUDE

Une étude publiée en 2014⁵ a recensé « les difficultés rencontrées pour atteindre les objectifs des CLS, notamment de lutte contre les ISTS », ainsi que « les leviers des CLS ».

Cette étude présente plusieurs différences avec mon travail : elle est ancienne et dressait un bilan de la situation à un moment où on voyait tout juste arriver les premiers CLS à terme ; elle se concentrait sur un seul des objectifs des CLS, la réduction des inégalités territoriales de santé, tandis que nous les considérons dans leur ensemble (en tenant également compte de leur objectif d'amélioration ou de renforcement à l'échelon local des parcours de santé) ; et enfin, elle portait sur toute l'Île-de-France, alors que je me suis concentrée sur l'Essonne.

Toutefois, au fil de l'analyse de mes entretiens, il m'a paru intéressant de positionner les freins et les leviers qui ressortent des entretiens par rapport à cette étude, notamment pour voir si de nouveaux éléments ont émergé ou si les difficultés recensées ont été résolues depuis lors.

⁵« Etude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités sociales et territoriales de santé en Ile-de-France », novembre 2014 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS_Rapport_final_evaluation_qualitative_novembre2014.pdf

1. LEVIERS DES CLS

La signature d'un CLS n'est pas obligatoire, même dans une commune où l'IDH2 est inférieur à 0,52. Les leviers à la signature peuvent donc être tout d'abord identifiés au niveau de cette décision, au moment de l'émergence du CLS. Ensuite, une fois un CLS signé, on peut identifier les leviers qui permettent de le faire vivre et d'optimiser sa mise en œuvre.

FAIRE EMERGER UN CLS

a. Une tradition d'engagement en santé, élément facilitateur de passage d'une logique de soins à une logique de santé publique globale

Comme nous l'avons vu, historiquement, la santé publique n'est pas une compétence des communes, mais de l'État. L'engagement des communes pour la santé des habitants n'étaient donc pas forcément une préoccupation, encore moins une priorité, pour nombre de communes.

Toutefois, dans certaines communes, il existe un engagement historique en faveur de la santé de la population, avec la mise en place de dispensaires, avec éventuellement des médecins payés par la municipalité. L'Essonne compte ainsi plusieurs communes qui se sont investies dans la santé depuis longtemps (l'une d'elles a un Centre Municipal de santé depuis plus de cinquante ans, par exemple), et ont donc déjà un réseau sur le terrain, ainsi qu'une connaissance fine des problèmes précis de leurs habitants et des quartiers prioritaires.

Dans ces communes, la culture de santé au sens du bien-être global, préconisée par l'OMS, s'est implantée plus facilement.

« Je pense que toute la phase d'élaboration du CLS est certainement, ça préexistait déjà une préoccupation d'un certain nombre d'acteurs du territoire pour la santé ; je vois qu'on ne parle pas chinois quoi ; c'est une dimension qui préoccupe, qui est relativement intégrée (après ça dépend des services), mais globalement oui. Après, on dit aussi qu'on fait de la santé sans le savoir, on dit souvent... parce que des acteurs qui vont travailler sur des questions relationnelles entres adolescents par exemple, et qui pour eux ça va être plus une entrée citoyenne, mais moi, dans leur actions je vois clairement une action santé, mais... et donc, je vais leur dire : « votre action fait partie de la santé globale au sens de l'OMS et c'est se sentir bien dans son corps, bien dans sa

tête, avec les autres... et on est vraiment dans une dimension globale »... [...] Voilà, ça percute ; mais cela ne vient pas forcément comme ça ; en fait c'est des questions sémantiques hein... souvent ; et par quel bout on prend les choses, mais c'est vrai qu'en travaillant sur les déterminants de santé... tout est de la santé pour nous quoi (rire), dans notre façon de voir les choses. »

Et quand un CLS est signé, il vient alors « officialiser un travail existant en partenariat et dans le même temps, c'est un outil, un levier pour le renforcer ». Plus précisément encore, il « vient mettre un cadre institutionnel à quelque chose qui doit être plus légitime ». C'est un « facilitateur : à la fois parce qu'il nous donne un objectif commun pour une période qui est quand même assez longue, et puis ça institutionnalise le travail qu'on fait un peu de fourmi au quotidien avec les partenaires au niveau des techniciens ».

b. Volonté politique et engagement des services municipaux dans une politique de santé, deux éléments indissociables et indispensables

Les CLS sont mis en place si les élus le demandent. Ils ne peuvent pas être imposés unilatéralement par l'ARS.

Cela signifie que la mise en place des CLS est plus difficile dans les communautés d'agglomérations : plus elles regroupent de communes, et plus l'obtention d'un consensus en faveur de la mise en place d'un CLS est difficile. Ainsi, dans la CAESE, qui regroupe 38 communes, la démarche a été lancée et le diagnostic validé ; elle n'a pourtant pas abouti, le maintien du consensus n'ayant pas été possible quand le président de l'agglomération a changé.

Au-delà de la volonté politique à l'origine de l'existence même des CLS, l'engagement des services municipaux est un levier important. D'ailleurs, le référentiel CLS le rappelle : « Pour que le projet puisse s'inscrire dans une démarche pérenne et avoir réellement un impact, il est nécessaire que les différents signataires soient convaincus du bien-fondé du projet et entraînent avec eux l'ensemble de leurs équipes techniques ». Les communes dont nous avons parlé dans la partie précédente, qui ont fait historiquement le choix politique de s'investir dans la santé de leurs habitants, sont aussi celles où les CLS s'implantent le plus facilement. En effet, l'ensemble des services de la municipalité sont déjà habitués à intégrer des préoccupations de santé publique dans

leurs actions. Le service logement par exemple porte une attention particulière à la salubrité des habitations, qui est elle-même un déterminant important de la santé.

« C'est peu fréquent cet engagement de tous les services ; les adjoints aux maires veulent s'impliquer dans la santé, mais les services ne s'investissent pas dedans. Donc là il y a un engagement de l'ensemble des services et ce n'est pas la même chose que l'engagement politique ; c'est une habitude, l'histoire de la santé à [...] est très ancienne ; et ce qui fait qu'aujourd'hui on a ce travail des différents services municipaux, cette prise de conscience des problématiques de santé, notamment sur la prévention dès l'enfance. »

c. Les Ateliers Santé Ville, porte d'entrée des constructions des CLS

En 2014, les ASV figuraient dans les leviers à la mise en place d'un CLS. De fait, dans les entretiens que j'ai réalisés, ils apparaissent toujours comme des atouts. Dans les villes où existait déjà un Atelier Santé Ville depuis longtemps (avant la création des ARS), le CLS fonctionne mieux et peut mettre en place plus d'actions. En effet, lorsqu'ils existent, les ASV sont des outils anciens, dont les membres connaissent bien le territoire, les problématiques et les acteurs locaux ; les CLS ont donc pu s'appuyer sur ces structures déjà solides et bien implantées.

Notamment, ils reprennent les interventions des ASV dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (actions de prévention...). Cela les rend d'ailleurs plus ciblés sur les QPV. Mais les CLS peuvent s'appuyer sur ces expériences pour étendre, « *globaliser* » leur action sur toute la ville, « *viser tout public* ». Cela a été exprimé a contrario lors d'un entretien qui a souligné que cette extension peut prendre du temps :

« ... là on arrive à un ASV qui s'est créé en [...] et qui a vraiment permis de travailler un petit peu ça... pas sur l'ensemble de la population, mais sur certaines communautés, sur certains micro-quartiers où cette dimension a été développé ; la question c'est de faire le lien entre tous les habitants... ça c'est autre chose... »

« L'ASV c'est les racines d'un arbre, l'arbre fait le projet local de santé, le troc c'est le CLS et les ramifications c'est les fiches-actions ; du coup, l'un nourrit l'autre ; on est sur quelque chose qui sert l'un à l'autre en fait. »

FAIRE VIVRE UN CLS

a. Poste de coordonnateur dédié à la démarche CLS

Le Référentiel CLS souligne l'importance de la coordination, *« fonction essentielle dans la conduite de la démarche CLS »*.

En 2014, la connaissance inégale qu'avaient les coordonnateurs de la logique des CLS, de leurs objectifs et de leur contenu, était soulignée. Quatre ans plus tard, en Essonne, les entretiens font apparaître que les coordonnateurs continuent d'avoir une connaissance inégale de ce qu'est un CLS.

Parfois, cela tient au fait qu'ils ne sont pas à temps plein sur leur poste : ils occupent d'autres fonctions au sein de la municipalité, ou même, d'autres fonctions à l'extérieur. Leur poste n'a donc pas été pensé pour qu'ils puissent s'investir réellement dans la mise en place du CLS. Dans les municipalités où c'est le cas, les CLS sont inévitablement bien moins actifs et leur bilan fait apparaître moins d'actions que lorsque le coordonnateur a pu s'investir à temps plein. Une coordonnatrice présente à temps partiel sur son poste parle ainsi de la difficulté à mobiliser les partenaires, voire à les faire venir en réunion ; les causes de cette difficulté sont évidemment multiples, mais l'une tient peut-être au fait qu'elle n'a pas le temps de tisser des liens avec eux (de fait, a contrario, une autre, à plein temps sur son poste explique que *« quand il y a des partenaires qui ne peuvent pas participer à une réunion, je vais aller les voir ; je vais les voir en aparté et je tisse du lien quand même ; je ne vais pas attendre que tout le monde puisse être là à la réunion »*). Une autre estime que le travail de coordination requiert au moins d'être à 75% de son temps sur ce poste :

« Vraiment, pour être coordo CLS il faut trois quarts de temps sûrs parce que dans le travail qui est à mettre en place, en œuvre, c'est assez lourd dans l'organisation des réunions, dans le rédactionnel ; parce qu'après il y a une grosse partie rédaction ; et puis, il y a tout le travail qui est intéressant car il y a beaucoup de recherche, de temps de lecture, d'information, de se dire

« voilà, il y a ça qui se passe, qu'est-ce qui se passe, voilà... » ; de pouvoir mettre tout ça en lien avec son territoire, c'est beaucoup beaucoup de travail et avec un vrai travail d'acculturation et de rédaction... donc un bon trois quart temps oui. »

On remarquera toutefois qu'il s'agit de quelqu'un qui avait déjà une bonne connaissance du tissu local et des problématiques de santé publiques avant d'être coordonnatrice CLS. Une personne moins expérimentée pourrait avoir besoin d'un temps plein, comme l'a exprimé une autre coordonnatrice plus novice (*« si on monte un CLS et qu'il faut suivre les actions, il faut quelqu'un à temps plein derrière je pense ; pour qu'il vive et qu'il soit efficace »*). En tout état de cause, un prérequis important à la mise en place d'un CLS est donc que les municipalités qui en signent un ouvrent un poste de coordonnateur dédié qui peut consacrer au moins les trois quarts de son temps à ce travail.

b. L'importance du tissu associatif et des acteurs de terrain

Un CLS peut être vu comme un « un véritable support pour un travail de mise en réseau et de coordination entre les acteurs, ça c'est certain, de par les multiples signataires et de par les multiples fiches-actions avec les engagements que ça implique les uns et les autres. C'est aussi impulser une dynamique ou relancer une dynamique sur un territoire qui ont pu être perdus ou essoufflés sur un certain nombre de projets. C'est aussi un outil qui permet de mettre en lumière en certain nombre de priorités d'axes forts et de pouvoir les travailler de manière un peu plus approfondie. En tout cas, sensibiliser sur certains sujets préoccupants, primordiaux. »

Cela signifie notamment que le CLS doit s'appuyer sur le tissu local qui lui préexiste, et notamment, le tissu associatif. De fait, les entretiens ont montré que les CLS s'appuient sur les associations déjà présentes localement pour la réalisation des actions : ainsi, une journée de prévention sur la santé bucco-dentaire des enfants sera mise en place plutôt dans une commune où une association existe déjà, habituée à mettre en place des ateliers pour sensibiliser les enfants et leurs parents.

Cela souligne une fois de plus que le coordonnateur du CLS doit bien connaître l'ensemble des acteurs locaux, pour penser à eux au moment de la mise en place des actions. A contrario, s'il n'y a pas un bon tissu associatif dans une ville, la mise en place des actions du CLS est plus difficile.

Ce point de vue a été renforcé de manière indirecte par le président du CTS (Commission territoriale en santé). En effet, le CTS est une instance de l'ARS qui réunit des représentants des usagers ou des associations, i.e. un ensemble d'acteurs du département, qui ont des ramifications locales. Lorsqu'un CLS est signé, il doit obligatoirement passer devant le CTS, qui rend un avis sur sa mise en place. Cela le rend alors visible auprès des acteurs du département, qui peuvent faire passer le message de sa mise en place. Cela permet alors un meilleur rapprochement entre CLS et tissu associatif local.

c. Le territoire communal : le bon échelon pour la mise en place des actions

Un des postulats de base des CLS est que le niveau pertinent d'intervention est le niveau local, celui de la commune, où on sait identifier les problématiques finement au niveau des différents quartiers et des différentes populations qui les composent. Les actions peuvent être réellement ciblées.

A contrario, l'échelon intercommunal apparaît souvent comme un maillage trop grossier pour qu'un CLS fonctionne bien. Seule exception, la santé mentale : en effet, les secteurs psychiatriques des hôpitaux regroupent généralement plusieurs communes. Le niveau communal n'est alors pas pertinent pour la mise en place d'actions en santé mentale.

« Ce sera bien d'avoir une échelle aggro uniquement dans quelques cas ; je pense à la santé mentale par exemple ; car dans la santé mentale, les acteurs, ont des territoires beaucoup plus larges, je pense au secteur hospitalier ; son territoire est beaucoup plus large que communal ; du coup si on est j'en sais pas combien de CLS à aller travailler avec l'hôpital, qui ne peut pas multiplier comme ça son intervention, c'est une usine à gaz après pour eux, ça devient compliqué ; et puis on peut peut-être avoir des dispositifs qui soient à l'échelle aggro/interco et se serait plus pertinent quand même. »

Cela dit, si l'intercommunalité trouve ses limites au moment de la mise en place d'actions concrètes très localisées, elle a quand même une vertu, celle d'ouvrir des dialogues qui font émerger des

problématiques plus facilement : *« l'intercommunalité est un bon échelon, on a pu voir cela au niveau de la Politique de la Ville dans le Contrat de Ville. Concernant les CLS, il me semble que c'est l'échelon qui me semble opportun car il permet de visualiser les problématiques se trouvant d'un territoire à un autre et permettre aux acteurs de dépasser certaines frontières, pouvoir se connaître les uns avec les autres, de par les organismes avec lesquels on va être amenés à travailler. La Sécurité Sociale avec les Centre Départementaux de Santé, sont des infrastructures qui rayonnent sur un territoire relativement large et le fait de ne pas avoir ces frontières-là je trouve que c'est un outil facilitateur. »*

L'intérêt respectif des échelons communal ou intercommunal dépend donc finalement du sujet dont on parle, ainsi que de la taille de la commune considérée :

« Pour l'observation, je pense qu'on devrait être à une échelle plus grande ; car on a le CHSF, qui règne quand même sur un bon bassin de population et ça aurait été intéressant de travailler sur un bassin de population ; par contre, pour la mise en œuvre des actions, on se rends compte que c'est les villes qui mènent les actions ; je trouve que globalement, pour la mise en œuvre des actions, c'est la taille communale (car bon, on est quasiment communale) ; ça dépend aussi de la taille de la commune. » « Il y a une question d'échelle de population et d'échelle de moyens d'actions ».

d. Le soutien méthodologique et financier de l'ARS, élément essentiel dans le bon déroulement de la démarche CLS

En 2014, le rôle de l'ARS était vu comme un levier central dans la mise en place des CLS. Quatre ans plus tard, non seulement c'est toujours vrai, mais même, le rôle de l'ARS s'est renforcé, notamment en termes d'aide à la rédaction et au suivi des CLS : l'ARS fait régulièrement des réunions avec les communes qui en ont besoin et sollicitent son soutien.

En outre, en 2014, l'étude soulignait une difficulté liée au fait que les ARS n'avaient pas le pouvoir de financer directement des actions des CLS. Cela rendait la cohérence d'ensemble des actions du CLS plus difficile. Cet obstacle a été levé : aujourd'hui, l'ARS cofinance pour moitié les postes de coordonnateurs CLS (avec la commune ou l'intercommunalité). Et elle peut financer toutes les

actions mises en place dans le cadre des CLS. Cela a été souligné dans plusieurs entretiens, avec un bémol parfois sur le choix des actions financées en priorité par l'ARS : « *Le poste de coordo est financé pour partie par l'ARS, les actions sont pour certaines financées par l'ARS ; c'est dommage de ne pas avoir eu un financement sur la santé des jeunes, pour une priorité du contrat, une priorité du PRS et des actions qu'on ne pourra pas mener si on n'a pas ce financement.* »

2. FREINS DES CLS

a. Manque de compétence dans la culture de méthodologie de projet

Dans l'étude de 2014, un des freins identifiés était que la lutte contre les Inégalités sociales et territoriales de santé n'était pas une priorité pour les municipalités, qui ne se sentent pas encore suffisamment investies de compétences en matière de santé. En outre, le passage à la logique globale préconisée par l'OMS n'était pas encore fait. Aujourd'hui, en Essonne, six CLS ont été signés, signe que la santé est en train de devenir une préoccupation importante pour les municipalités.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu plus haut, la notion de bien-être est globalement intégrée par les acteurs. Cela devrait se traduire par une bonne connaissance de la méthodologie de mise en place d'un CLS de la part des coordonnateurs, qui devraient notamment commencer par mettre en place les instances de gouvernance préconisées par le Référentiel des CLS (comité de pilotage, comité technique). Or, en 2018 en Essonne, on constate que ce n'est pas toujours fait (« *on a fait des points réguliers avec notre élu à la santé... normalement on aurait dû formaliser ça en comité technique, sauf que l'on n'a pas formalisé* »), car les coordonnateurs n'ont pas nécessairement les connaissances nécessaires pour faire cette mise en place. Cela provient peut-être du fait que le référentiel CLS est parfois considéré trop peu concret, « *trop dans la philosophie* », voire « *nébuleux* » par les coordonnateurs, qui peuvent lui préférer le guide du promoteur de l'ARS.

Peut-être une solution pourrait-elle être la mise en place d'un réseau de coordonnateurs, pour qu'ils échangent sur leurs pratiques, leurs difficultés et les solutions qui existent. Un tel réseau existe déjà entre coordonnateurs ASV, et pourrait être créé par l'ARS pour les coordonnateurs CLS (« *je m'attendrais plus à ce que ce soit l'ARS qui anime* ») :

« Je suis en lien avec le réseau ASV, puisqu'il y a un réseau ASV du 91 ; » « j'assiste complètement à ces réunions de coordos ASV où on échange justement sur nos problématiques, de méthodo... on s'informe un petit peu de l'actualité de chaque territoire, des échanges d'outils, etc. ce qui était par exemple intéressant l'année dernière, c'est qu'on a travaillé justement sur un projet ... on a mis en place une formation, une sensibilisation aux personnes qui veulent se saisir de la question

santé dans leurs actions ; ça pouvait être les animateurs de quartiers, ça pouvait être les gens qui sont dans la démarche de la réussite éducative... ça était vraiment un beau travail de réseau qu'on a mis en place l'année dernière ; là on est sur autre chose, on travaille sur comment travailler justement avec les conseils citoyens ... à chaque fois, ce réseau est toute à fait ressource pour nous ; en tout cas, dans le cadre de l'ASV oui, je suis en lien avec les autres coordos du territoire ; maintenant CLS non, peut-être ça pourrait être intéressant de constituer un réseau uniquement pour les coordos CLS, parce que c'est un autre niveau et du coup ça pourrait être complètement enrichissant ... ça permet d'échanger sur nos difficultés ; pour nous c'est un moment où effectivement on échange et puis on peut construire quelque chose, mettre des choses en œuvre et mutualiser... Ce serait pas mal un réseau coordos CLS... »

Au niveau du CLS : « si l'ARS propose, ce serait pas mal puisque c'est leur outil... je pense que ça permettrait effectivement aux coordos CLS d'avoir une instance où on peut échanger librement et se dire « on est en difficulté sur telle ou telle chose, voilà... sur telle thématique, sur les comités de pilotage, sur comment mobiliser nos élus, comment leur expliquer l'importance de se saisir des questions en santé, etc. »... ce genre de problèmes qui peuvent surgir... ça pourrait être intéressant de pouvoir en parler ensemble ... en petit comité tout simplement. »

b. Défaut de suivi des indicateurs établis en amont ; difficulté à trouver des indicateurs pertinents

Une fiche action de CLS doit identifier des indicateurs dont on peut mesurer l'évolution avant et après la mise en place du CLS et son intervention, afin d'évaluer la pertinence de son action.

Or, en Essonne, toutes les communes n'en mettent pas en place, faute de s'être approprié le Référentiel CLS. Le suivi du CLS devient alors beaucoup plus difficile, ainsi que l'expriment les coordonnateurs :

« Dans le premier CLS, on n'avait pas pensé les indicateurs au même temps qu'on faisait le CLS... c'est compliqué de reconstruire ... on n'avait pas les outils pour mesurer. »

c. Durée de la réalisation du Diagnostic Local de Santé (DLS), jugée trop courte pour connaître les vraies spécificités d'un territoire

Lors de la mise en place d'un CLS, l'ARS cadre les travaux en définissant un calendrier qui prévoit environ six à sept mois entre le moment où la décision est prise et le CLS est signé. Ce temps inclut la réalisation du diagnostic, phase essentielle pour que les actions du CLS soient pertinentes : un CLS n'est pas un document standardisé, il est adapté à une problématique locale.

Le Référentiel CLS souligne l'importance du diagnostic dans la démarche CLS, le qualifiant de « *phase-clé pour impulser une dynamique participative et partenariale* ». Il inclut une partie quantitative (description de la population, du territoire, de l'offre de soin) mais aussi qualitative (une analyse des données, des inégalités qu'elles mettent en évidence, et des mécanismes sous-jacents, ainsi qu'un recueil des avis et attentes des populations et des professionnels). Il est réalisé par le comité de pilotage CLS, qui peut externaliser ce travail.

Or, lors des entretiens, mes interlocuteurs ont souligné plusieurs fois que ce délai était trop serré pour permettre un bon diagnostic. Du moins, la partie quantitative peut être réalisée dans de tels délais ; mais le diagnostic qualitatif, sur lequel repose la compréhension fine des difficultés locales, demanderait plus de temps.

« Le seul inconvénient que je pourrai souligner c'est la temporalité pour le diagnostic en particulier, puisque l'ARS nous donnait un délai de quatre mois pour réaliser ce diagnostic, ce qui était très court. On n'a pas pu mobiliser tous les acteurs, du coup la cartographie de notre diagnostic n'est pas bonne, je pense puisqu'on n'a pas eu assez de temps. »

d. Les risques liés au choix d'une échelle spatiale trop large

Un CLS peut être mis en place au niveau d'une commune, ou de l'intercommunalité quand elle existe. Quand une commune est en intercommunalité, les deux possibilités existent ; le CLS n'est pas obligatoirement à signer à l'échelon intercommunal. Comme l'a exprimé un interviewé, « ... *on a eu une longue période sans CLS signé parce qu'il y a eu un changement de majorité et que c'était un CLS intercommunal, et la ville à côté ne voulait plus travailler avec nous, donc c'était un peu plus compliqué* ».

Or, il semble que les expériences à l'échelon intercommunal montrent leurs limites rapidement : le diagnostic global sur le territoire est plus difficile à établir, la connaissance des problématiques locales est plus difficile à acquérir.

Les « enjeux de territoire (sont) dilués dans une problématique très large ; et la question est comment faire vivre des spécificités de territoires ; par exemple, nous, sur la ville, on a 90% de la population en quartiers prioritaires, avec deux quartiers prioritaires qui n'ont pas du tout les mêmes caractéristiques, qui n'ont pas les mêmes modalités d'intervention, etc. Ce n'est pas du tout les mêmes quartiers ; et du coup, se retrouver confronté avec deux villes plus grandes se sera compliqué. »

En outre, le consensus de départ est plus difficile à obtenir : l'exemple de la CAESE montre qu'il est difficile d'arriver à signer un CLS en communauté d'agglomération. *« Où c'est compliqué du coup, c'est qu'il y a plusieurs élus qui doivent se mettre d'accord et qu'ils doivent se sentir concernés par ce qu'il en ressort du diagnostic. Et ce n'est pas toujours le cas, c'est ça qui bloque. »*

Enfin, quand des actions sont décidées dans un cadre intercommunal, il ne s'agit de mutualiser que les idées. Leur réalisation et leur financement reste local et adapté aux spécificités locales.

« On va penser les actions ensemble sur la méthode de projet et on travaille de la même façon sur les deux villes quand on duplique les événements ou les actions. Mais par contre, l'ASV de [la ville] finance des actions qui ont lieu sur son territoire et nous sur notre territoire. » « Et même quand on duplique, car les rendez-vous de la santé c'est quasi la même chose, mais bien distinct niveau budget, et dans l'organisation aussi, les référentes sur chaque ville. Chacun pour soi ! »

e. La participation des habitants, une mobilisation limitée à la phase de diagnostic

Le référentiel CLS fait de la participation active des habitants un principe méthodologique de base pour mettre en place un CLS. Lors de mes entretiens, un interviewé a bien souligné que prendre l'avis des habitants permet de faire émerger des idées importantes qui ne seraient portées par personne d'autre si on ne les consultait pas :

« On a fait le bilan CLS avec les habitants, ce qui a fait remonter des éléments de diagnostic qualitatif, sur des thématiques qu'on n'avait pas abordé dans le premier et qui sont sortis comme nécessaires pour le deuxième. Je prends le même exemple à chaque fois, le bois traité ; c'est quelque chose qu'aucune personne, dans aucun service, ou aucune institution n'a jamais pensé à se dire « oui, c'est une problématique qu'il faudrait qu'on traite ». Pourtant le diagnostic qui remonte des habitants est important en fait. » « Le bilan du CLS a mis en avant que même les habitants avaient envie de parler de santé ».

Pourtant, la trop faible participation des habitants a été signalée dès l'étude de 2014. Et d'après nos entretiens, cela reste un frein aujourd'hui : la mise en place de la « démocratie en santé » devrait être un des aspects importants des CLS, mais elle cela reste encore très limitée.

Lorsque les habitants sont sollicités, ils participent rarement au-delà de la phase de consultation initiale, dans le cadre de la réalisation du diagnostic. En outre, tous les habitants concernés sont loin de participer ; ce sont ceux qui participent à la démocratie locale dans tous ses aspects (travail associatif dans le cadre scolaire ou en-dehors...).

« L'idée c'est [d']arriver à ce que les habitants puissent non plus être seulement être sollicités pour le diagnostic mais peut-être arriver à les intégrer aussi dans le CLS, c'est-à-dire dans les décisions, voilà... je pense que c'est un peu la deuxième étape... ce qui serait intéressant c'est de pouvoir les intégrer un peu plus au niveau décisionnel. »

Une manière d'associer les habitants a été soulignée : c'est de passer par les ateliers d'un ASV.

« L'ASV avait fixé un certain nombre de programmes, et dans ces programmes il y avait les habitants ; on s'est appuyé sur ces groupes thématiques programmes pour associer les habitants. »

Un autre levier serait l'implication de la municipalité : pour que les citoyens participent, il faut que la municipalité ait une politique globale de participation des habitants, avec notamment la mise en place de conseils citoyens.

« Le participatif ne s'invente pas. On ne va pas dire qu'on fait du participatif pour la santé s'il n'y a pas une politique municipale de participation des habitants. »

f. La mobilisation et l'engagement des partenaires (acteurs et institutions), une démarche indispensable, mais parfois compliquée

L'étude de 2014 affirmait que le fait que le diagnostic de départ soit partagé était un levier important dans la mise en place des CLS : car cette démarche participative crée une implication de fait des acteurs qui s'y sont engagés, très en amont. Cela m'a été réaffirmé plusieurs fois lors de nos entretiens, où les termes « *participation* », « *réseau* », « *lien* », sont toujours au cœur du vocabulaire des coordonnateurs.

Toutefois, la transversalité que suppose cette méthode participative n'est pas toujours évidente à mettre en place.

Ainsi, l'étude de 2014 a pointé les difficultés de la transversalité ; les cultures institutionnelles sont encore très cloisonnées et les services n'ont pas forcément l'habitude de collaborer sur des sujets qui paraissent ne pas appartenir à leurs compétences.

De la même manière, l'étude de 2014 pointait les difficultés de l'intersectorialité au sein des mairies. D'après les entretiens que j'ai réalisés, c'est un point sur lequel les choses ont évolué : les différents services d'une même mairie (service santé, service logement...) prennent l'habitude de travailler ensemble dans le cadre du CLS.

« Sur le territoire ... on a une dynamique, elle est dynamique... c'est notamment le CLS qui a permis ça ; elle est assez transversale, on arrive à faire comprendre que la question de l'habitat, comme la question de la culture, sont vraiment des facteurs, ou bien, l'éducation... »

« Quand on a fait les « focus groups », on a sollicité la réussite éducative, le service handicap, le service logement où on a rencontré des personnes en charge de l'Agenda 21, car au même moment il y avait la mise en place de l'Agenda 21, les personnes référentes du sport et de la jeunesse ; tous les services ont été conviés »

« On a monté un groupe de travail où on a associé du coup les représentant de chaque service concerné par les questions de santé... Je pense notamment au CCAS, les centres sociaux, la réussite éducative, l'éducation, service jeunesse, service santé... »

Troisième aspect des difficultés de l'association d'acteurs variés : les partenariats institutionnels. En 2014, l'étude pointait le manque de partenariats institutionnels. Dans mes entretiens, ce point a été de nouveau souligné : les acteurs présents depuis longtemps sur le terrain, bien implanté et déjà au fait des problématiques locales, ne sont pas forcément associés. C'est le cas par exemple des infirmières de l'Éducation Nationale, qui interviennent dans les structures scolaires. D'après l'une d'entre elles, cette association n'est pas systématique et lui apparaît « *personne-dépendante* ». En outre, de son côté aussi, la décision de participer ou pas aux CLS est laissée à sa libre appréciation : « *ça reste une volonté individuelle* », dit-elle, alors même que chaque acteur est convaincu de l'intérêt à travailler ensemble.

Pourtant, lorsqu'ils sont associés, leur avis peut être précieux, comme l'a souligné un coordonnateur : « *...et la vaccination ; en fait, on a un vrai partenariat fort avec l'Éducation Nationale sur le territoire, et on s'est beaucoup basé sur les avis de soins manquants que font les médecins scolaires.* »

g. La mobilisation difficile des professionnels de santé libéraux

D'une manière générale, les praticiens libéraux dégagent difficilement du temps pour participer à la démarche des CLS. Lors de mes entretiens, il a été plusieurs fois souligné que leur association serait pourtant importante car ils connaissent finement les problématiques locales.

« *Peut-être ce que l'on pourrait regretter c'est au niveau de l'ARS : peut-être qu'ils nous ont pas assez soutenu et ils nous n'ont pas donnée des pistes pour mobiliser les professionnels de santé. Pour le coup, dans notre diagnostic de santé on a très peu de professionnels de santé en libéral sur le territoire qui ont répondu aux questionnaires du cabinet. Je pense que l'ARS pourrait donner un petit coup de pouce au niveau du réseau, au niveau des contacts qu'on pourrait avoir pour qu'on puisse avoir un peu plus de retours, ne stress que pour diffuser des questionnaires ou des infos... et globalement, je pense qu'on aura du mal à les mobiliser sur des actions... et malheureusement, certaines actions les concernent directement, du coup, je ne sais pas comment on va travailler avec eux.* »

« Là où c'est frustrant et qu'en même temps je comprends, c'est la mobilisation des médecins. Ils n'ont pas été beaucoup mobilisés et se sont pas dégagé beaucoup de temps pour participer à cette démarche. Leur regard est quand même très important et on avait besoin, même si je comprends après que leur emploi du temps est toujours très chargé ; avec beaucoup de patients ils ne peuvent pas se mobiliser pour des choses comme ça ; et que peut-être cela veut aussi dire que le CLS ne trouve pas beaucoup d'intérêts pour eux ! »

Toutefois, la mise en place des maisons de santé pluri-professionnelles permet d'obtenir leur participation, *via* leur service de prévention lorsqu'elles en ont un : elles peuvent alors participer à la phase de diagnostic, voire à des actions de préventions. En outre, un interviewé a souligné que *« par l'impulsion du CLS plusieurs maisons de santé vont être mises en place »* : il peut donc y avoir un lien étroit entre CLS et maisons de santé.

V. ELEMENTS DE PRECONISATION

En se basant sur les résultats de cette recherche de terrain, ainsi que sur l'observation continue à travers la participation aux différentes réunions, il semble possible de mettre en avant quelques éléments de préconisations. Ces éléments devraient permettre à l'ARS DD91 de mieux piloter les CLS qui seront signés à l'avenir, qu'il s'agisse de les renouveler ou d'en signer de nouveaux.

1. Faire en sorte que les coordonnateurs connaissent et respectent la méthodologie de projet

Les entretiens ont souligné à la fois que la démarche préconisée par le référentiel CLS est une aide utile (le fait que le document soit jugé abstrait n'enlève rien au fait qu'il constitue une référence pour les coordonnateurs qui le connaissent), qui propose la mise en place d'une démarche et d'outils qui garantissent la bonne marche du CLS, mais aussi, que ce document n'est pas toujours connu (si bien que la mise en place des instances de gouvernance n'est pas systématique, qu'il n'y a pas forcément d'indicateurs de suivi...).

Il serait donc utile de faire en sorte que les coordonnateurs s'emparent du document et de la méthodologie de projet dès le début de la mise en place des CLS. Pour ce faire, on peut penser à plusieurs actions :

- ✓ La mise en place d'un réseau de coordonnateurs, qui pourraient échanger sur leurs pratiques et la manière dont ils résolvent les éventuelles difficultés. Cela répondrait à une demande formulée par plusieurs coordonnateurs. Un tel réseau pourrait s'appuyer sur son homologue qui existe déjà de longue date dans l'Essonne pour les coordonnateurs AVS. Il aurait vocation à être mis en place et piloté par l'ARS, ainsi que cela a été souligné plusieurs fois.
- ✓ La création systématique d'un poste de coordonnateur qui consacre au moins les trois quarts de son temps, et si possible un temps plein, à la coordination.

2. Faciliter l'accès à des données de cadrage récentes et mieux faire connaître l'outil « Santegraphie »

Nous avons vu précédemment que la phase du diagnostic est une étape primordiale pour mettre en place des actions pertinentes. La réalisation de ce diagnostic repose sur le croisement des données quantitatives et qualitatives permettant une meilleure compréhension de la situation.

La direction de la stratégie de l'ARS Ile-de-France « *met à disposition des collectivités territoriales des « monographies » comprenant des indicateurs démographiques et socio-économiques, d'état de santé et d'offre de soins, de déterminants de santé (environnementaux, logement, éducation, etc.)* » (Référentiel CLS, 2016). Ces données sont précieuses pour les collectivités. Or, elles sont anciennes et remontent à 2012-2013, alors qu'elles sont susceptibles d'évoluer. Il est possible d'en obtenir de plus récentes, mais au prix de transferts de la part des différents partenaires du territoire qui prennent du temps.

Dès lors, lors des entretiens, et surtout des réunions de travail, les coordonnateurs CLS ont fait remonter plusieurs fois l'importance d'avoir des données plus récentes et plus pertinentes.

Dans le même ordre d'idées, depuis 2016, l'agence a mis à disposition un portail dédié à la réalisation des cartes thématiques, « Santegraphie ». Ces cartes thématiques se veulent une ressource non négligeable pour les coordonnateurs CLS, qui doit leur permettre de mettre en valeur les atouts et les difficultés de leurs territoires sous forme de cartes. Or, ce portail n'est pas encore visible auprès des acteurs locaux, bien qu'il soit ouvert à tout le monde (à seule condition d'inscription afin d'obtenir le droit d'accès à toutes les données). De plus, les coordonnateurs qui ont déjà utilisé cet outil cartographique nous ont fait connaître leurs difficultés quant à son utilisation, en lien avec la quantité limitée de thématiques proposées et un manque de mise à jour des données.

Au total, il serait intéressant d'organiser une journée avec les coordonnateurs CLS, ou bien avec d'autres acteurs locaux intéressés, afin de présenter le portail et la méthodologie à suivre.

3. Favoriser le développement d'une culture de prise en compte de la santé par les élus

Les entretiens ont rappelé plusieurs fois l'importance de la volonté politique à plusieurs niveaux : il faut une volonté politique claire pour que la décision de signer un CLS soit prise ; il faut également une volonté politique claire pour que le CLS fonctionne bien et que des actions soient engagées.

Mais les entretiens ont rappelé également l'importance que revêt l'existence d'une culture de prise en compte de la santé par la municipalité. Certes, ce n'est pas un prérequis indispensable, mais les villes qui sont habituées à tenir compte de la santé dans toutes les dimensions de leur action sont aussi celles qui s'approprient le plus facilement la logique de la santé au sens du bien-être global de l'OMS.

Cela suggère qu'il faut implanter cette logique auprès des élus des villes où aucun CLS n'a encore été signé, en lançant des opérations de communication auprès d'eux.

4. Développer la transversalité avec les autres services de la délégation, notamment le service ambulatoire et le service environnement

De la définition même de la santé au sens du bien-être global de l'OMS découle une logique systématiquement transversale : si la santé est considérée dans tous les domaines de la vie, alors les actions pour la préserver sont à mener dans tous ces domaines (logement, éducation, à chaque âge de la vie...), donc en s'appuyant sur plusieurs institutions partenaires, et, au sein de ces institutions, en s'appuyant sur l'ensemble des services.

Cela vaut aussi pour l'ARS, au sein de laquelle ils ne sont actuellement pas tous impliqués dans les CLS, ou du moins pas tous au même degré, à la fois pour la démarche de diagnostic et pour le suivi. Or, ainsi que les entretiens l'ont souligné, le service ambulatoire ou encore le service santé-environnement peuvent être concernés par une démarche de santé globale, pour des raisons évidentes. Il faudrait donc les associer plus systématiquement dès qu'un CLS est lancé.

Cette logique de transversalité est d'ailleurs en train de s'implanter : une première réunion a eu lieu entre une commune et le service santé-environnement de l'agence. Cette réunion avait pour objectif d'obtenir des données sur la santé environnementale de la commune et de mieux comprendre les problématiques majeures afin de pouvoir mettre à jour le DLS et de réfléchir ainsi à des fiches-actions spécifique santé-environnementale (lutte contre les logements insalubres, qualité de l'air, qualité de l'eau, ...).

Cependant, il serait primordial de prévoir une réunion générale avec les services concernés de l'agence et le coordonnateur CLS pour faire un point sur la situation et ainsi identifier les besoins de chacun dès la phase de diagnostic, jusqu'à la participation à des réunions de travail par thématique.

5. Des ajustements à faire dans le pilotage des CLS

Les entretiens ont fait ressortir le fait que les coordonnateurs sont souvent satisfaits du bilan de leur CLS. Toutefois, ils soulignent également que des points pourraient être améliorés :

- ✓ La durée du diagnostic devrait être allongée. Le diagnostic quantitatif peut être fait dans les délais actuellement impartis, mais le diagnostic qualitatif requiert plus de temps. Or, il est essentiel pour mettre en place des actions pertinentes.
- ✓ Les habitants devraient être davantage impliqués. Certains entretiens ont souligné que les habitants font émerger des problématiques et des attentes que les professionnels n'avaient pas forcément anticipées : c'est donc important de favoriser l'émergence d'une véritable démocratie en santé. Pour cela, l'idéal est que toutes les actions de la municipalité intègrent une préoccupation de démocratie participative : il s'agit d'une culture à mettre en place dans toute la ville, afin que les habitants se sentent concernés et qu'ils aient le sentiment que l'expression de leurs besoins est réellement prise en compte. D'autres entretiens ont également souligné que passer par les ateliers ASV, lorsqu'ils existent, favorise la participation des habitants.
- ✓ Les praticiens libéraux devraient également être davantage associés. Il ne faut pas attendre une réelle participation des praticiens en ville. En revanche, favoriser la mise en place de maisons

de santé pluri-professionnelles peut aider : les médecins sont alors dans une structure qui atteint la taille critique qui permet de mettre en place un service de prévention, qui, lui, peut participer aux CLS et les enrichir de la voix des praticiens libéraux.

6. Imaginer des formules pour systématiser la participation des institutions périphériques compétentes en matière de santé

Les CLS sont des outils récents (2011), mais qui en sont déjà à leur deuxième génération (depuis 2014), et qui ont d'ores et déjà montré leur utilité en termes à la fois de mise en réseau, et de synergies productrices d'idées et d'actions. Il est ressorti des entretiens qu'il est dommage que les institutions périphériques qui sont associées à certains d'entre eux (Caf, Education Nationale, Assurance Maladie, etc.) ne soient associées que sur la base du volontariat de certaines personnes, donc pas systématiquement : en effet, lorsqu'elles participent à un CLS, ces institutions ont le sentiment d'apporter des éléments complémentaires importants qui ne peuvent pas forcément être amenés par les autres.

Dès lors, peut-être pourrait-on réfléchir à l'avenir à des formules pour systématiser la participation de ces institutions : en attirant l'attention des coordonnateurs sur les listes d'acteurs spécialisés ou d'acteurs ressources qui figurent dans les fiches thématiques du Référenciel CLS ; ou éventuellement, en réfléchissant à une manière d'inciter ces institutions à inscrire la participation aux CLS dans leurs missions.

CONCLUSION GENERALE

Depuis qu'on a commencé à prendre en compte la géographie dans la compréhension de la santé publique et dans l'action dans ce domaine, les étapes successives ont mené d'une politique publique exercée strictement au niveau de l'État et souvent ignorée par les collectivités locales à une situation où les collectivités locales deviennent actrices et forces de proposition dans le domaine.

Cette évolution est passée par la prise de conscience de l'importance de comprendre et de prendre en compte les déterminants de la santé, afin de mener des actions de prévention plutôt que des soins une fois les problèmes installés : or, souvent, ces déterminants sont plus lisibles, compréhensibles, et pertinents, à un échelon très local et de proximité (pour ne prendre que quelques exemples parlants, la qualité de l'eau ou de l'air, la salubrité des logements, ne font sens qu'à un niveau très local). C'est tout le sens du développement de la géographie de la santé.

Cette évolution est passée également par une tendance de fond à la décentralisation d'une partie des politiques publiques, qui, dans le cas de la santé publique, a pu s'appuyer sur des expériences locales où les municipalités avaient pu s'engager dans la santé et la prévention pour leur ville, prolongées par la mise en place, en 2001, des Ateliers Ville Santé dans les quartiers ciblés par la politique de la ville.

Ces tendances de fond, que l'on assied généralement sur le passage d'une définition étroite de la santé à une définition large en termes de bien-être global, proposée par l'OMS, ont abouti à la fin des années 2000 à la création d'Agences Régionales de Santé, qui ont elles-mêmes décliné leurs plans de santé en contrats locaux, qui ont vocation à être signés ville par ville dans les villes où l'« indice de développement humain » est faible. Ils sont dits Contrats Locaux de Santé.

C'est aux possibilités d'améliorer les CLS dans l'Essonne que je me suis attelée pendant mon stage, que j'ai effectué à la Délégation Départementale de l'Essonne de l'ARS Île-de-France : j'ai mené des entretiens auprès d'acteurs locaux impliqués dans les CLS (en majorité des coordonnateurs), afin d'identifier les freins et les leviers à la mise en place et à la bonne marche des CLS, de façon à proposer des améliorations dans leur fonctionnement.

Cela m'a amenée à formuler des recommandations, qui ont émergé de la parole des acteurs consultés, et s'articulent autour de six idées :

- ✓ faire en sorte que les coordonnateurs connaissent et respectent la méthodologie de projet, ce qui peut passer par la mise en place d'un réseau de coordonnateurs mis en place et piloté par l'ARS ;
- ✓ faciliter l'accès à des données de cadrage récentes et mieux faire connaître l'outil « Santegraphie » ;
- ✓ favoriser le développement d'une culture de prise en compte de la santé par les élus ;
- ✓ développer la transversalité avec les autres services de la délégation, notamment le service ambulatoire et le service environnement ;
- ✓ ajuster le pilotage des CLS : allonger la durée du diagnostic ; impliquer davantage les habitants en passant par les ASV quand ils existent, et en sensibilisant les mairies à l'importance de la démocratie participative dans l'ensemble des politiques municipales ; meilleure association des praticiens libéraux, au besoin en favorisant leur association dans des maisons de santé qui peuvent atteindre une taille critique pour avoir un service de prévention ;
- ✓ imaginer des formules pour systématiser la participation des institutions périphériques compétentes en matière de santé (Education nationale, CAF, Organismes d'assurance maladie...).

ANNEXES