

Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Nadine Haschar-Noé, maître de conférences, laboratoire Prissmh-Soi (EA 4561), Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé-société (Iféris), université de Toulouse, **Émilie Salaméro**, maître de conférences, laboratoire Cerege (EA 1722), université de Poitiers.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif majeur affirmé par toutes les instances sanitaires. Si de nombreux travaux ont mis à jour les déterminants sociaux et territoriaux de ces inégalités [1, 2], les modes d'action permettant leur réduction restent encore en chantier [3, 4]. Comment un territoire peut-il lutter contre les inégalités sociales de santé et quelles conditions faut-il réunir ? À partir d'enquêtes socio-ethnographiques menées

en Midi-Pyrénées sur les Contrats locaux de santé (CLS)¹, nous apportons des éléments de réponse à ces questions.

L'acte de naissance des Contrats locaux de santé

Un Contrat local de santé est un contrat d'action publique réunissant généralement trois caractéristiques :

- un temps de discussion explicite sur les objectifs recherchés et les moyens correspondants ;
- des engagements réciproques sur un calendrier d'action et de réalisation à moyen terme ;
- des clés de contributions (financières ou autres) conjointes à la réalisation des objectifs [5].

Les CLS se situent dans une relative continuité vis-à-vis des Contrats locaux de santé publique annoncés dans le Plan Espoir banlieues en juin 2008 [6], prolongements contractuels des Ateliers santé ville avec lesquels ils cohabitent sur certains territoires (cf. *article Didier Febvrel dans ce même numéro*). La circulaire ministérielle du 20 janvier 2009 annonce la mise en place de CLS visant à soutenir et amplifier les initiatives locales conduites en matière de santé au sein des Contrats urbains de cohésion sociale. Ce que confirme la loi « Hôpital patients santé et territoires – HPST » du 21 juillet 2009, qui prévoit que la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par « l'agence (régionale de santé), 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 »².

Cependant, la loi n'a pas davantage encadré la définition des CLS, lesquels peuvent recouvrir tout ou partie des compétences des Agences régionales de santé³. Sans pouvoir relater ici les différentes évolutions des dernières années, le caractère « flou » et peu cadré *a priori* par la loi HPST de ce type de contrat laisse une importante marge de manœuvre aux acteurs qui s'y engagent, malgré les préconisations d'une note remise au ministère en 2011 et d'un « kit méthodologique » [7, 8] proposant un cadre de référence pour un pilotage « unifié » plutôt de type « préfectoral » [9].

Focus sur deux Contrats locaux de santé

Dans une perspective de sociologie de l'action publique sanitaire, l'analyse de la construction de cette nouvelle procédure contractuelle négociée entre l'ARS et ses « partenaires » s'appuie ici sur deux études de cas approfondies et anonymées, menées de 2011 à 2014⁴ en Midi-Pyrénées.

L'objectif est de dégager les conditions favorables et les freins qui président à la construction des accords et la signature d'un CLS entre ARS et collectivités territoriales. Analysés comme des instruments d'action publique [10] censés favoriser une « nouvelle » gouvernance sanitaire des territoires et la réduction des inégalités de santé, ces deux CLS ont été choisis pour leur « exemplarité » contrastée. Ce parti pris méthodologique permet de rendre compte des dynamiques spatiales, temporelles, partenariales et politiques très différenciées qui rythment, « chemin faisant », les négociations entre collectivités, Agence régionale de santé et ses délégations territoriales. Pour ces instances sanitaires, le premier cas (A) s'apparente à un « *cauchemar* » et le second (B) à une « *belle réussite* ».

Le cas A., situé en milieu rural, est éloigné de la métropole régionale. Il couvre un périmètre de 56 communes, 3 intercommunalités et 2 cantons rassemblés dans un Pays, pour 26 204 habitants au total (Insee, 2009). La mise en place d'un CLS est justifiée par le double constat d'une situation

épidémiologique relativement défavorable, un taux important de personnes âgées, une restructuration conflictuelle de l'offre hospitalière, et des indicateurs de précarité alarmants suite à une forte déprise industrielle.

Le cas B. correspond à une commune périurbaine, proche de Toulouse et dynamique sur le plan socio-économique. La population de 34 306 habitants (Insee, 2009) est d'un niveau socio-économique relativement élevé, les indicateurs de santé sont pour la plupart meilleurs que ceux du département et de la région et l'offre sanitaire et médico-sociale est jugée satisfaisante. Cependant, de fortes inégalités de santé et des indicateurs de précarisation persistent dans certains quartiers de la commune qui compte 30 % de logements sociaux.

Cas A : pléthore d'acteurs et négociations sous tension pour un CLS « expérimental »

Entre le lancement du CLS et sa signature, il s'écoule 33 mois (octobre 2010/juillet 2013) : une élaboration au long cours ponctuée par des conflits entre ARS, collectivités territoriales et acteurs locaux, des périodes d'arrêt des négociations et d'importants retards dans le calendrier prévu initialement.

La démarche contractuelle débute en 2010 dans un contexte de mise en place de l'ARS et d'élaboration de son Plan stratégique régional de santé

(PSRS). Considéré comme un CLS « *expérimental... il en paye un peu les pots cassés* »⁵ compte tenu du manque d'expérience et d'habitudes de négociation au sein d'une « *jeune agence* » peu coutumière d'une démarche de projet « *réellement concertée* ».

Par exemple, le diagnostic sanitaire du territoire, réalisé par l'Observatoire régional de santé et l'ARS à partir d'indicateurs quantitatifs disponibles, ne convainc pas totalement les élus et professionnels de santé locaux. Lors des premières réunions de travail, il donne lieu à de longs « *débats et négociations* » sur les aspects qualitatifs devant le compléter et l'affiner, ce qui retarde en partie le choix des axes d'action à privilégier dans le CLS.

Des signataires aux intérêts différents

Du fait du périmètre géographique étendu choisi par l'ARS, la signature nécessite aussi la construction d'accords entre un nombre important de signataires⁶ aux intérêts souvent différents, parfois en concurrence et, de plus, sans habitude de coordination intersectorielle ou interinstitutionnelle. Le tout se double d'une « *méfiance réciproque* » entre « *agence de l'État* » et élus locaux.

Au-delà de ces indicateurs factuels, les dynamiques partenariales et de projet s'ancrent dans des modes de « *gouvernance* » plus ou moins propices à la coordination des acteurs. En amont, l'ARS a dû mobiliser et

convaincre les collectivités de s'engager dans la démarche : leur accord s'est scellé au prix d'un compromis – longuement négocié avec les élus – de ne pas fermer l'activité chirurgie de l'hôpital local.

En charge d'animer « *à marche forcée* » la fabrication du CLS, les agents de la délégation territoriale de l'ARS ont alors mobilisé les acteurs locaux selon un « *engagement tous azimuts... mais c'est parti dans tous les sens...* ». La « *gouvernance* » de la démarche contractuelle s'est révélée très complexe, car organisée autour de trois instances aux prérogatives différenciées :

- un Comité de pilotage « *stratégique et politique* » composé en majorité d'élus locaux⁷ et chargé de valider les axes et contenus du CLS ;
- un Comité opérationnel « *plus technique* » pour rédiger les fiches-actions ;
- et un Comité de rédaction restreint aux représentants des principaux signataires (Conseil général, deux communes et ARS).

Animé par la délégation territoriale de l'ARS, le Comité opérationnel est « *composé officiellement* » de 32 membres mais ce sont 50 à 60 personnes différentes qui participent à ses travaux entre mars et mai 2011⁸.

L'on constate aussi des interrogations sur le sens et l'« *intérêt à s'engager dans ce contrat* », dans un contexte jugé « *incertain et qui bouge en permanence* »

DIAGNOSTIC PARTAGÉ : PRENDRE EN COMPTE LA VULNÉRABILITÉ DES TERRITOIRES

La démarche de construction du diagnostic initiant tout Contrat local de santé (CLS) apparaît comme un dispositif à la fois technique, social et politique, susceptible de favoriser, d'une part, son ajustement aux vulnérabilités du territoire et, d'autre part, la mobilisation fédérative des acteurs locaux. La réalisation d'un diagnostic fondé sur les caractéristiques sociodémographiques, économiques et épidémiologiques des populations du territoire, en regard des ratios départe-

mentaux et régionaux (état général et problèmes de santé des populations, comportements « *à risques* » et conséquences sanitaires, recours aux soins et à la prévention, offre de soins, etc.), constitue une première étape d'objectivation des vulnérabilités spécifiques au territoire d'action, et de justification de l'engagement dans un CLS.

Toutefois, une deuxième étape – plus qualitative – apparaît tout aussi essentielle. Établie sur la base de questionnaires et d'entretiens directs auprès de tous les acteurs locaux agissant en matière de santé, d'instances participatives ouvertes aux habitants et à leurs représentants, elle constitue un levier essentiel de communication et de mobilisation fédérative. Elle permet alors

d'ouvrir un véritable dialogue social territorial entre Agences régionales de santé (ARS) et collectivités, de construire un consensus sur des axes prioritaires, de mobiliser les ressources locales et d'ajuster les réponses du CLS au plus près des spécificités du territoire.

En Midi-Pyrénées, l'étude comparée des 8 CLS signés à ce jour permet d'avancer que, si ce diagnostic partagé n'est pas, à lui seul, une condition suffisante pour construire des accords pérennes, il constitue le soubassement d'une collaboration réussie entre l'ARS et les collectivités et l'amorce d'un mode de gouvernance propice à la coordination des acteurs.

N. H-N. et E. S.

et l'absence d'un PSRS validé... ainsi que des concurrences entre opérateurs publics et privés trouvant dans le CLS une opportunité pour faire reconnaître et financer leurs actions et pérenniser leurs activités. Tout cela a complexifié et ralenti les négociations. Les travaux de ce Comité opérationnel débouchent sur une « inflation » de fiches-actions, 31 au lieu des 12 prévues initialement par l'ARS : 20 seront sélectionnées par le Comité de pilotage en intégrant, malgré un certain nombre de protestations d'acteurs locaux, des fiches « venues d'en haut et imposées » par l'ARS ou le Conseil général.

Cas B : mobiliser des partenaires et ouvrir un dialogue social territorial

Pour le cas B, la même démarche ne prendra « seulement que 15 mois » (octobre 2012/février 2014), selon un rythme de travail tendu, mais continu et sans désaccords majeurs entre partenaires.

À l'inverse du cas A, c'est la commune et non l'ARS qui a initié la démarche : portée par un fort volontarisme politique du maire, elle est consolidée par la mobilisation préalable du directeur général des services, de quatre directions municipales⁹ ainsi que la création, à l'initiative de la municipalité, d'un Comité consultatif d'accès aux soins permettant d'intégrer les professionnels libéraux de santé aux négociations.

L'ESSENTIEL

-
- ▣ Deux équipes de chercheurs français ont passé au peigne fin deux Contrats locaux de santé dans la région Midi-Pyrénées.
- ▣ Ils ont ainsi identifié, très concrètement, les difficultés et les leviers d'action pour ce type de contrat.
- ▣ Si ces contrats peuvent effectivement permettre un ajustement au plus près des besoins, la convergence des différentes parties prenantes (Agence régionale de santé, communes, etc.) est un véritable défi à relever.

Si le diagnostic initial est réalisé de façon identique à celui du cas A, il est complété par un diagnostic « qualitatif et partagé », mené par l'ARS et construit sur la base d'entretiens et de questionnaires auprès des institutions et des professionnels locaux des secteurs médical, social et médicosocial.

Lors de l'unique réunion du Comité de pilotage, ce double diagnostic débouche rapidement sur un large consensus entre élus et ARS, quant aux axes du CLS à privilégier. De ce fait, des directives précises sont données au Comité opérationnel organisé en groupes de travail pour chaque axe. Cette rapidité est aussi facilitée par le fait que la commune est seule signataire

du CLS avec l'ARS et qu'elle a embauché une chargée de mission pour préparer, animer, orienter les débats des groupes de travail, en collaboration avec le directeur du Centre communal d'action sociale et le directeur général adjoint des services.

Ce portage « municipal », accepté par l'ARS, a facilité une rédaction « négociée » du contrat via une démarche de projet inscrite de longue date dans les « habitudes de travail en commun » entre services municipaux et partenaires locaux. Cette gouvernance « rapprochée » a permis de cadrer les négociations lors des groupes de travail, de sélectionner les « bons interlocuteurs » locaux et de rédiger, en moins de deux mois, le CLS et 10 fiches-actions. Cette « équipe-projet volontairement restreinte » a donc joué un rôle central dans la construction et l'acceptation rapide du CLS « en l'état » par l'ARS, appréciant la mise en relation des axes du CLS avec ceux du PSRS et la dynamique locale et partenariale engendrée autour de la réduction des inégalités sociales de santé.

In fine, dans les débats et controverses qui traversent les relations entre ARS et collectivités territoriales se joue une tension centrale entre, d'une part, un CLS conçu parfois *a priori* par l'ARS comme une « simple » déclinaison locale du PSRS (cas A) et, d'autre part, un CLS porteur de solutions ajustées au



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
- [2] Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 1, n° 38 : p. 41-53. En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SEVE_038_0041
- [3] Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action* [rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>
- [4] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- [5] Gaudin J.-P. *Gouverner par contrat. L'action publique en questions*. Paris : Presses de Sciences Po, 1999 : 233 p.
- [6] *Espoir Banlieues, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Comité interministériel des villes, juin 2008 : p. 42. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/espoir-banlieues-dossier-presentations_cle2e7117.pdf
- [7] Chambaud L. *Note aux ministres en charge de la Santé, de la Cohésion sociale, de l'Aménagement du territoire et de la ville et à la secrétaire générale chargée des Affaires sociales. Mission sur les Contrats locaux de santé. Analyse du dispositif au niveau national et propositions*, 2011.
- [8] Contrats locaux de santé. *Kit méthodologique*. Document de travail, Agence régionale de santé Île-de-France, avril 2011. En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html>
- [9] Pierru F. L'administration de la santé en fusion : la difficile naissance des Agences régionales de santé. *Pouvoirs Locaux*, 2011, vol. 3, n° 90 : p. 75-82.
- [10] Lascoumes P., Le Galès P. dir. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences-Po, coll. Académique, 2005 : 370 p.
- [11] Haschar-Noé N., dir., Basson J.-C., Honta M., Julhe S., Malric L., Merlaud F., et al. *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais)*, Rapport de recherche pour l'Institut de recherche en santé publique (AO Territoires et santé 2008), juillet 2012.
- [12] Di Méo G. *Géographie sociale et territoires*. Paris : Nathan université, coll. Fac. Géographie, 1998 : 320 p.

plus près des problématiques sanitaires du territoire et de ses populations, encastré dans des politiques transversales et conçu comme un instrument de « démocratie sanitaire » et de coordination entre acteurs locaux (cas B).

La prise en compte du territoire dans toutes ses dimensions

L'ajustement des CLS à la vulnérabilité des territoires est une condition essentielle à leur mise en œuvre. En effet, un Contrat local de santé bien négocié assure l'articulation entre politiques régionales et locales de santé, et lutte ainsi contre les cloisonnements intersectoriels et les inégalités sociales et territoriales de santé [11] (voir encadré p. 15).

Cette politique contractuelle « des petits pas » tient en partie au « flou » de la procédure, à un mode de pilotage ressenti par les élus locaux comme trop centralisé par le niveau régional, et aux incertitudes du financement des actions. Elle tient aussi aux effets propres des territoires, entendus non seulement dans leur dimension géographique, mais aussi sociale, historique, économique et politique [12].

Les conditions à réunir

En termes de recommandations, plusieurs conditions apparaissent favorables à la construction des accords : un portage politique par les élus locaux, la réalisation d'un double diagnostic partagé pour définir des objectifs stratégiques en amont des groupes de travail, un nombre restreint de signataires, mais aussi la mobilisation de ressources et de nombreux partenaires locaux (services publics municipaux, intercommunaux, départementaux, etc.), d'acteurs professionnels et associatifs intervenant dans différents secteurs sur le territoire (santé, social, médicosocial, etc.), la participation des habitants et des représentants d'usagers. Enfin, la maîtrise d'une ingénierie de projet négocié permet de concrétiser les objectifs en programmes d'actions à mettre en œuvre, et d'identifier précisément les contributions conjointes de chacun des partenaires.

En conclusion, soulignons que, pour les élus et les professionnels de santé, du social et du médico-social, le CLS apparaît alternativement comme une

opportunité de faire valoir une légitimité politique, des expertises et des réseaux professionnels, de pérenniser des emplois, et d'améliorer l'attractivité des structures hospitalières locales. Mais ce contrat apparaît aussi comme un risque de mise en concurrence accrue des opérateurs de proximité, au nom des principes d'efficacité, de réduction des coûts et de mutualisation des moyens. Loin d'être unifiées, les réponses des CLS à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'apparentent davantage à fabriquer du « sur mesure » répondant aux spécificités des territoires et de leurs populations. ■

1. Ce travail a été effectué grâce aux financements de l'Institut national du cancer (Programme Aapris, dirigé par Pascale Grosclaude, convention de recherche n° 2011-09), de l'Agence nationale de la recherche (Programme Evaliss, dirigé par Thierry Lang, décision d'aide n° ANR 11 INEG 003 01) et de l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées.
2. Art. L. 1434-17 du Code de la santé publique.
3. Le domaine de compétences de l'Agence Régionale de Santé recouvre l'organisation des soins, la prévention promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social.
4. Le recueil de données comprend une analyse documentaire, des observations participantes et 28 entretiens menés avec des élus locaux, techniciens territoriaux, directeurs de services, agents de l'Agence régionale de santé et des délégations territoriales, associations et entreprises.
5. Tous les passages « entre guillemets et en italiques » sont des extraits d'entretiens ou du carnet de terrain ethnographique.
6. Neufs signataires : la préfecture du département, le Conseil général, deux communes (bourgs-centre des deux cantons), la caisse d'Allocations familiales, la Mutualité sociale agricole, la caisse primaire d'Assurance Maladie, la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale et l'ARS.
7. Le Comité de pilotage est composé de 9 personnes : 5 élus locaux, le délégué territorial de l'ARS, le secrétaire général de la préfecture et 2 représentants de l'Assurance Maladie.
8. Professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, associations d'aide sociale et réseaux de soins ou de prévention, entreprises de services, associations de patients, représentants des directions régionales et des caisses d'Assurance Maladie, techniciens territoriaux, etc.
9. Cohésion sociale, Centre communal d'action sociale, Enfance-famille-éducation-sports, restauration collective.