# GUIDE D'ÉLABORATION DES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

**Sommaire :**


## Partie 1 : L'intérêt d'une approche locale et transversale de la santé : de quoi parle-t-on ?

- Contexte national et régional p. 2
- Les Contrats locaux de santé en région Centre-Val de Loire p. 3
- La santé à l'ère des objectifs de développement durable p. 5
- Les fondamentaux en prévention et promotion de la santé p. 6

## Partie 2 : Élaboration d'un Contrat local de santé : comment fait-on ?

- Méthodologie d'élaboration d'un Contrat local de santé p. 8
- Le partenariat p. 12
- Les financements p.14

## Partie 3 : La place et le périmètre d'actions du Contrat local de santé

- L'articulation avec les autres dispositifs santé du territoire p. 15
- Une responsabilité populationnelle partagée de santé publique p. 17
- Le CLS : à la croisée des priorités locales et des enjeux départementaux, régionaux ou nationaux p. 18

## Partie 4 : Contacts et ressources méthodologiques

- Appui méthodologique p. 21
- Contacts des délégations départementales de l'ARS p. 22




ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

# Partie 1 : L'intérêt d'une approche locale et transversale de la santé

## Contexte national

### La stratégie nationale de santé 2018-2022 :

Elle constitue le cadre de la politique de santé. Elle se fonde sur l'analyse de l'état de santé de la population par le Haut Conseil de la santé publique et réaffirme le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques. Chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé contribue à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

- Plan Priorité Prévention
- Renforcer l'accès territorial aux soins
- Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins
- Stratégie santé sexuelle
- Stratégie santé mentale de psychiatrie
- Stratégie sport santé

**Pour aller plus loin…**
https://solidarites-sante.gouv.fr/

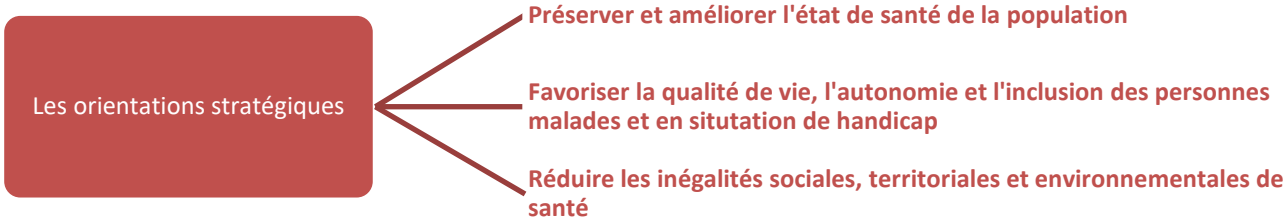
### Les Contrats locaux de santé dans la loi :

Issu de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, le Contrat local de santé est un outil qui permet à l'Agence Régionale de Santé de contractualiser avec les collectivités territoriales et leurs groupements pour la mise en place de programmes d'actions spécifiques sur leur territoire et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social (Article L.1434-17 du Code de la santé publique). La loi de « modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016 dans son article 158 a conforté le contrat local de santé comme mode de contractualisation entre l'ARS et les collectivités locales pour décliner le Projet Régional de Santé sur un territoire donné.

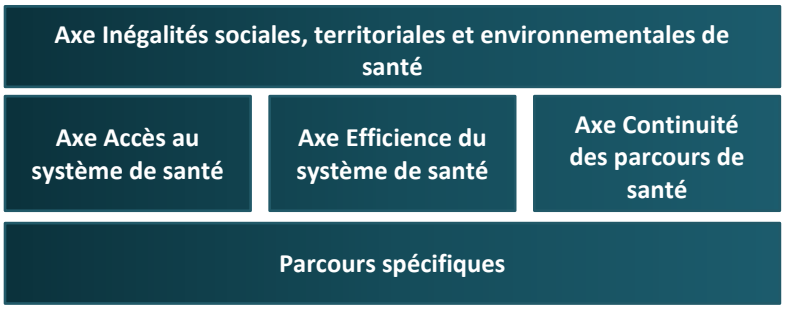
## En région Centre-Val de Loire

### Le Projet Régional de Santé Centre-Val de Loire 2018-2027 en 3 documents :

- **Le cadre d'orientation stratégique 2018-2027** porte une vision stratégique en matière de santé pour les 10 ans à venir. Il réaffirme **l'approche globale de la santé** par la prise en compte des déterminants de santé et la lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.




- **Le Schéma régional de santé 2018-2022** : des ambitions fortes et des objectifs opérationnels structurants à horizon 2022




5 axes
23 chapitres
6 parcours
95 indicateurs

- **Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2018-2022** décline les programmes d'actions transversaux et spécifiques en vue de faciliter l'accès à la santé des personnes les plus vulnérables. Une attention particulière est portée aux personnes migrantes.

  - Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins
  - Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles à l'évolution des attentes et des besoins des personnes les plus éloignées du système de santé
  - Prévenir les situations de rupture des personnes les plus éloignées du système de santé

## Partie 1 : L'intérêt d'une approche locale et transversale de la santé : de quoi parle-t-on ?

# Les Contrats locaux de santé en région Centre-Val de Loire

### Mise en place des Contrats locaux de santé :

A la création de l'ARS en 2010 et dans le cadre du Projet Régional de Santé, le Contrat local de santé a été identifié comme un des outils en capacité de développer l'intersectorialité et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En septembre 2022, la région compte 20 Contrats locaux de santé signés, 4 en cours d'élaboration et 8 en projet.

### Le périmètre géographique des Contrats locaux de santé :

En région Centre-Val de Loire, le choix du territoire du CLS n'est pas prédéterminé. On retrouve notamment les territoires suivants :

- Communauté d'agglomération
- Pays
- Communauté de communes
- Parc Naturel Régional
- Pôle d'Equilibre Territorial et Rural

Plusieurs critères doivent guider le choix :

- Impliquer les élus par le choix de territoires de projet, reflétant les dynamiques des regroupements et acteurs territoriaux ;
- Eviter les territoires de petite taille ;
- Envisager des coopérations inter-CLS pour dépasser les effets de bords et faciliter les mutualisations entre les territoires où se concentrent l'essentiel de l'offre de soins, de prévention ou services, et les territoires qui en plus sont éloignés ;
- Articuler les démarches d'acteurs et de coopérations engagées sur les territoires concourant à diminuer les inégalités sociales et territoriales afin d'avoir une cohérence des actions dans le domaine de la santé.

**La place des Contrats locaux de santé dans le Projet Régional de Santé :**

Chapitre 1 : Coordination des politiques publiques

Objectif opérationnel n°1 : Réduire les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé en renforçant la coordination des politiques publiques au plus près des besoins des populations

« Le CLS est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé dans ses différentes composantes […]. Sur la durée du PRS, il est donc prévu de poursuivre le déploiement des CLS, avec pour objectif de couvrir progressivement l'ensemble des territoires, tout en assurant le déploiement des actions des CLS déjà existants. »

## Partie 1 : L'intérêt d'une approche locale et transversale de la santé : de quoi parle-t-on ?

# Les Contrats locaux de santé en région Centre-Val de Loire

### L'évaluation de la politique régionale du déploiement des Contrats locaux de santé en région Centre-Val de Loire

Cette évaluation, cofinancée par l'ARS, le Conseil régional et le Contrat de Plan Etat-Région, a été réalisée par le cabinet Acsantis entre février et juin 2017.

**Objectifs de l'étude :**
Afin d'évaluer au mieux la première génération de CLS déployés sur le territoire, les enjeux de l'étude étaient les suivants :

- Evaluer la contribution des CLS à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé
- Analyser les conditions opérationnelles permettant aux CLS de répondre à ces objectifs de manière optimale
- Mesurer la contribution des CLS à la mise en place de dynamiques intersectorielles durables sur leur territoire d'action
- Evaluer l'efficience des interventions des coordonnateurs - animateurs territoriaux de santé cofinancés par le Conseil régional
- Evaluer la contribution d'autres dispositifs de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé
- Aider l'ARS à préciser quels dispositifs devront être déployés pour les territoires encore non dotés d'un CLS ou ceux où un CLS en cours arrive à terme

Le rapport complet de cette étude est disponible sur demande auprès de l'ARS Centre-Val de Loire.

**Enseignements de l'évaluation**

**a) Améliorer les phases d'élaboration des CLS**
Diagnostic et définition des priorités du CLS

**b) Mieux structurer les plans d'actions des CLS**
Quelques axes et actions structurantes

**c) Développer l'intersectorialité et améliorer la lisibilité des financements**
Poursuivre le travail partenarial sur les enjeux de santé
Mettre en place un dispositif simple de suivi des moyens fléchés par action

**d) Appuyer le rôle de coordination des CLS**
Coordinateur positionné en interface stratégique avec les signataires et technique avec les acteurs
En binôme avec le référent de l'ARS en délégation départementale

**e) Echelle territoriale : conserver des découpages cohérents**
Découpage garant de l'implication des élus
Eviter les territoires de petite taille

**f) Articuler des CLS existants avec les dispositifs de la Loi de santé, notamment les CPTS**
Articuler les gouvernances

**g) Dans les territoires non pourvus, éviter le déploiement concomitant et/ou cloisonné de plusieurs dispositifs**

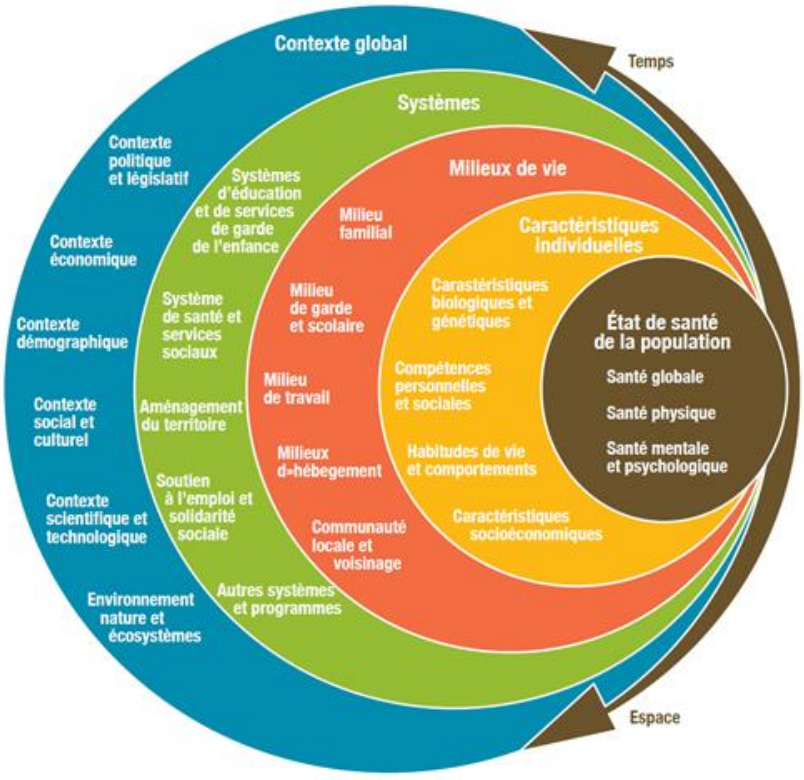
# La santé à l'ère des objectifs de développement durable

## Qu'est-ce qui détermine la santé ?

La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. Il est donc important d'élargir la notion de santé au-delà d'une vision purement « médicale », en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent.

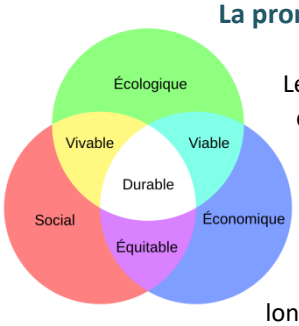
Les ***déterminants de santé*** peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Ils conditionnent la façon dont une personne dispose de ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement.

L'atteinte d'un bon état de santé nécessite de mobiliser diverses ressources pour satisfaire les besoins humains et instaurer des déterminants de santé favorables à tous. D'importantes inégalités demeurent, que ce soit à l'échelle d'une ville, d'un pays ou du monde.




***Source*** *: Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*
*Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2010*

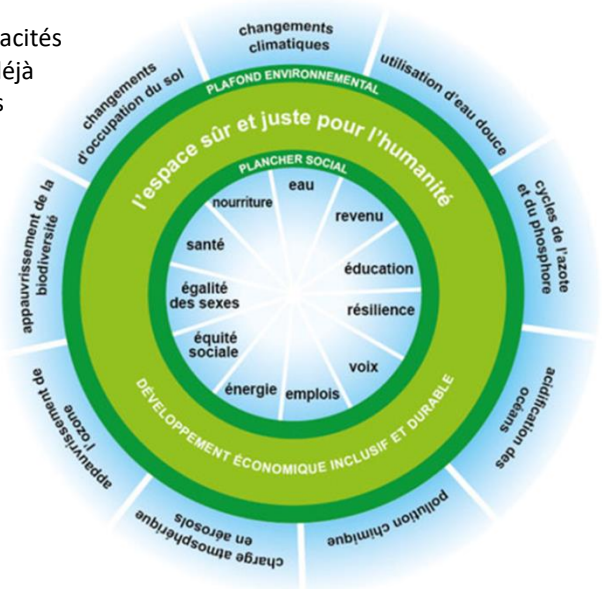
## La promotion de la santé au service de l'atteinte de tous les objectifs de développement durable :




Le ***développement durable*** est « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. »[1]
En 1992, le Sommet de la Terre à Rio, tenu sous l'égide des Nations unies, officialise la notion de développement durable et celle des trois piliers (économie/écologie/social) : un développement économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable.

Afin de concilier les besoins nécessaires à l'obtention d'un cadre de vie favorable à la santé humaine sur le long terme et au maintien des écosystèmes, les Nations Unies ont défini en 2015 17 objectifs de développement durable (ODD) qui constituent « l'agenda 2030 » des États membres. Si un seul concerne explicitement la santé, les autres ODD sont très fortement liés aux déterminants de santé : réduction des inégalités dont un accès équitable aux services de santé, nourriture et une eau de qualité, égalité entre les sexes, lutte contre l'antibiorésistance, préservation des vies aquatique… Les ODD, **dans leur ensemble,** contribuent donc au développement inclusif et durable.

Toutefois, l'humanité mobilise déjà trop de ressources par rapport aux capacités que la Terre offre. Plusieurs limites physiques de la planète sont ainsi déjà dépassées, ce qui met en péril le développement équilibré des sociétés modernes. Les émissions de gaz à effet de serre, conduisant au réchauffement climatique et l'effondrement de la biodiversité, constituent les principales préoccupations parmi les 9 limites planétaires qui constituent le « plafond environnemental ».
Le développement durable des sociétés doit donc viser un équilibre permettant à la fois de répondre aux besoins d'épanouissement et de santé globale, ce qui constitue le « plancher social », et qui tienne compte des limites planétaires, ou « plafond environnemental ».




[1] Mme Gro Harlem Brundtland, Premier Ministre norvégien, 1987

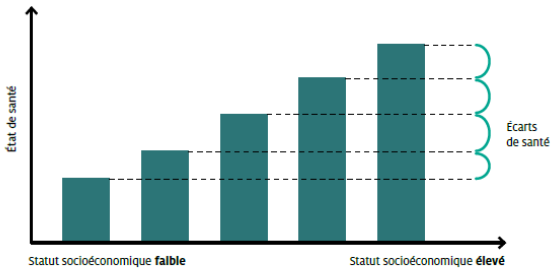
## Partie 1 : L'intérêt d'une approche locale et transversale de la santé : de quoi parle-t-on ?

# Les fondamentaux en prévention et promotion de la santé

### Les inégalités de santé

Les politiques publiques en faveur de la santé en population générale ont parfois pour effet de profiter davantage aux personnes les plus favorisées, déjà en meilleure santé, ce qui renforce les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.
Il est démontré aujourd'hui que les inégalités prennent la forme d'un gradient social de santé : les conditions socio-économiques conditionnent l'état de santé. L'OMS a montré que les inégalités sociales de santé sont le produit des inégalités cumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Elles dépendent également de leur niveau de **littératie en santé** (*cf. définition page suivante*) ainsi que leur accès aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

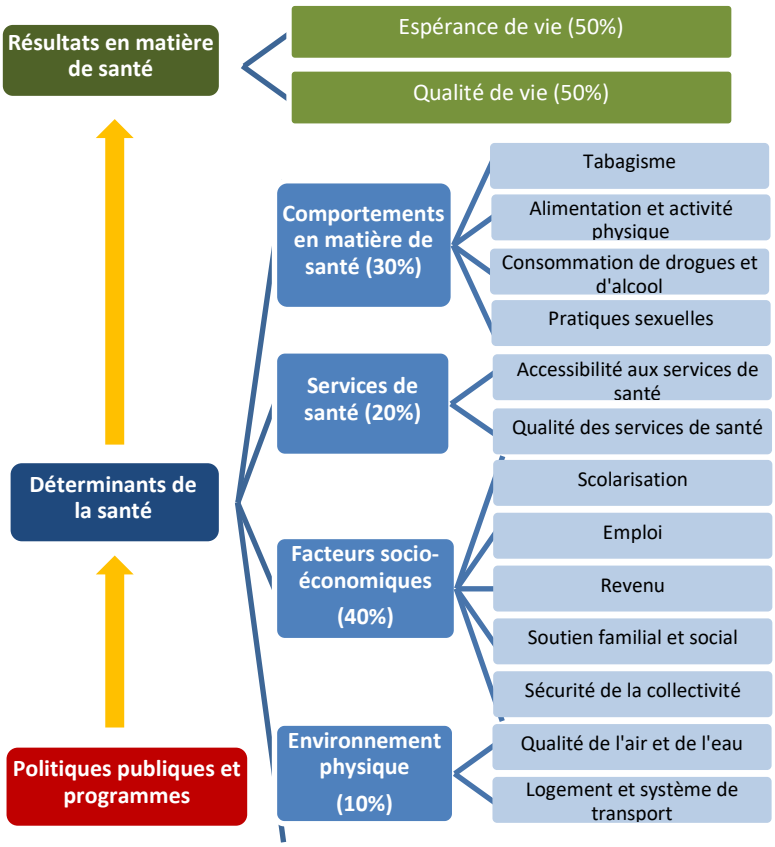
**Représentation théorique des écarts en santé**




*Christine FERRON - 17 mars 2015*
*Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.*

L'action sur le gradient social n'est pas une action visant exclusivement les populations les plus défavorisées : cela suppose de combiner une action sur l'ensemble de la population (approche universelle) et une action différenciée selon les publics (approche ciblée). Un concept défini par Sir Michael Marmot est celui d'**universalisme proportionné** : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale (*Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Rewiew of Health Inequalities in England Post-2010)*.

**Pourquoi agir plus particulièrement en faveur des enfants et des jeunes ?**
L'enfance constitue une période cruciale dans la construction des inégalités sociales en général et de santé en particulier. Le gradient social de santé se retrouve également chez les enfants. Plus les familles sont défavorisées, plus les enfants sont touchés par les risques de prématurité, les retards de croissance, les problèmes bucco-dentaires, l'asthme, le surpoids, l'obésité, les difficultés de langage, les troubles de l'apprentissage… Un accès précoce à un environnement favorisant l'épanouissement personnel, l'éducation, une nourriture équilibrée et l'activité sportive favorise une meilleure harmonie sociale et la préservation du capital santé.




***Source :*** *JACQUES-BRISSON A. & ST-PIERRE L., "Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les politiques au palier local", Montréal, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Section des Amériques, 2018, p.21*

### Inclure la santé dans toutes les politiques

La prise en compte de la santé dans toutes les politiques est primordiale pour lutter efficacement contre les inégalités sur les territoires.
Il est admis aujourd'hui que l'organisation sanitaire n'a qu'un impact modéré sur l'état de santé d'une population, puisque celle-ci intervient pour 10 à 20%, bien que la plus grande partie des moyens soit aujourd'hui affectée au financement du système de soin. Les études successives font évoluer la répartition en pourcentage de l'impact respectif des différents déterminants dans l'état de santé, mais l'impact de l'environnement social et économique apparait largement prédominant, au point même que la cohésion sociale serait le principal facteur de santé.

Les collectivités créent des environnements favorables à la santé, améliorent la qualité de vie de chacun et augmentent l'attractivité du territoire en agissant sur :

- L'aménagement urbain et les transports,
- Le logement,
- L'animation locale et la vie associative.

## Les fondamentaux en prévention et promotion de la santé

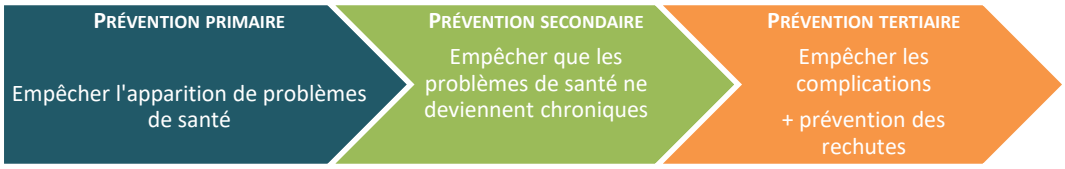
***Les compétences psychosociales*** (CPS) sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. *« Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être. »* OMS, 1993

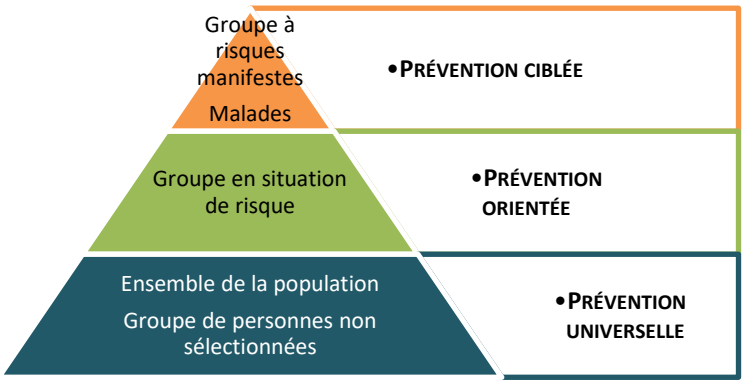
| 10 COMPETENCES PSYCHOSOCIALES | |
|---|---|
| Savoir résoudre des problèmes | Savoir prendre des décisions |
| Avoir une pensée critique | Avoir une pensée créative |
| Savoir gérer son stress | Savoir gérer ses émotions |
| Savoir communiquer efficacement | Etre habile dans les relations interpersonnelles |
| Avoir conscience de soi | Eprouver de l'empathie |

***La littératie en santé*** (ou alphabétisation en santé) est définie comme « *la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie* ».

***La prévention*** est l'ensemble des actions et des programmes qui visent à « *éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* » (OMS)
**Deux classifications** de la prévention coexistent et peuvent être complémentaires :

La 1ère (OMS, 1984) est plutôt centrée autour de la maladie et distingue 3 types de prévention : **primaire, secondaire et tertiaire**




La 2ème classification (Gordon, 1983) propose une approche par public et distingue 3 autres catégories de prévention : **universelle, orientée et ciblée**

***La promotion de la santé*** est « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». (Charte d'Ottawa, 1986) Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être physique, mental et social.

***La promotion de la santé basée sur les données probantes*** se traduit par *« une utilisation d'informations, issues de la recherche et des études systématiques, permettant d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnés. »*[2] Ainsi, les acteurs de terrain en promotion de la santé peuvent argumenter leurs choix en s'appuyant sur des données issues de la recherche ou d'expériences antérieures en privilégiant la complémentarité des sources d'information et des formes de connaissances.

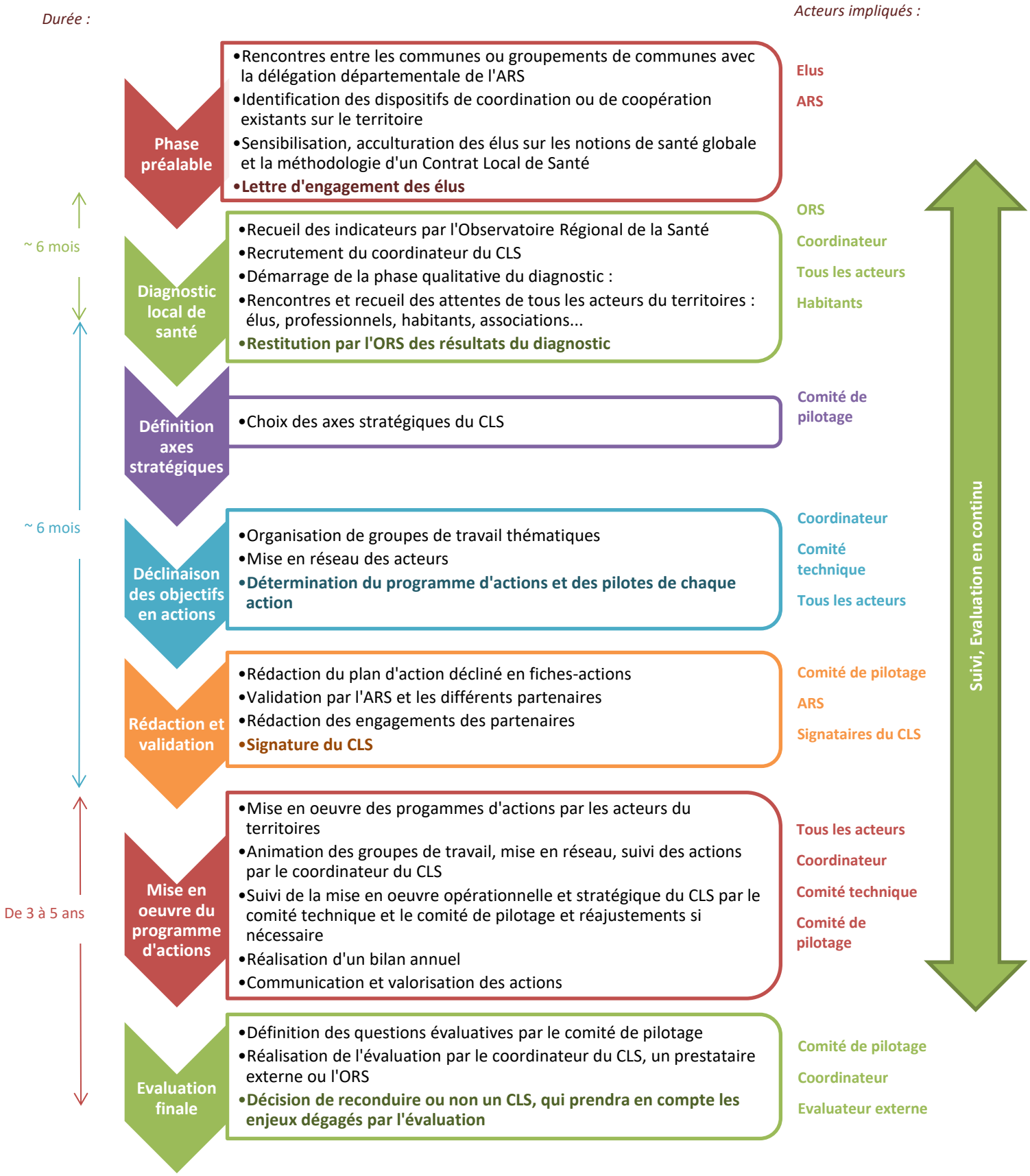
**Pour aller plus loin…**
Vous pouvez consulter la revue Force de FRAPS, disponible sur www.frapscentre.org
- N°1, avril 2017, Les Compétences psychosociales
- N°2, décembre 2017, Les données probantes
- N°3, septembre 2018, La littératie en santé

[2] CAMBON L., RIDDE V., ALLA F., Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français, Revue d'épidémiologie et de santé publique 2010/08 p. 277-283

# Partie 2 : Elaboration d'un Contrat local de santé : comment fait-on ?

## Méthodologie d'élaboration d'un Contrat local de santé

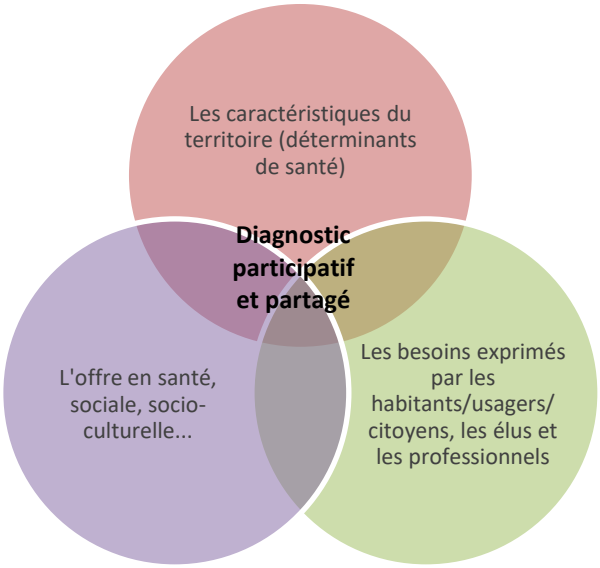
### Rappel des différentes étapes :



## Partie 2 : Élaboration d'un Contrat local de santé : comment fait-on ?

## Le diagnostic :

### Pourquoi réaliser un diagnostic local de santé ?




Le diagnostic de santé du territoire sur lequel va porter le Contrat local de santé est une étape préalable à sa mise en place.
Il s'agit d'une phase exploratoire qui va permettre d'identifier les besoins et les demandes de santé sur un territoire, de repérer les réponses existantes (programmes d'actions de prévention, réseaux d'acteurs, dispositifs, offre de santé (prévention, soin, médico-social…)), de cerner la problématique et de rassembler l'ensemble des données qui seront utiles à la mise en œuvre du projet.
Il croise les regards et logiques des acteurs en s'inscrivant dans une démarche participative intégrant les professionnels et les habitants du territoire. Cette étape se doit d'être un temps de prise de contacts indispensable qui va permettre d'initier le travail en réseau.
Cette démarche est essentielle pour construire un argumentaire pertinent et convaincant qui permettra de recueillir l'adhésion des différents partenaires sollicités pour le projet.
Pour certains territoires qui ont déjà effectué un diagnostic de santé, il convient de l'actualiser s'il est ancien ou si le territoire a évolué.
De même, le diagnostic local de santé peut s'appuyer sur d'autres diagnostics déjà existants : diagnostic d'un Contrat de ville, d'une Communauté Professionnelle de Santé Territoriale, du schéma départemental…
**Le diagnostic participatif et partagé est le fondement du Contrat Local de Santé et la justification de sa création. Il doit permettre de déterminer des axes prioritaires, puis des programmes d'action.**

### Qui peut réaliser un diagnostic local de santé ?




Depuis 2009, **l'Observatoire Régional de la Santé Centre-Val de Loire** a réalisé sur la région 29 diagnostics territoriaux de santé. Leurs rapports sont consultables et téléchargeables sur le site https://orscentre.org.

Dans le cadre de la mise en place d'un nouveau CLS, l'ORS peut effectuer le diagnostic (volets quantitatifs et qualitatifs). Si celui-ci est programmé dans la convention entre l'ARS et l'ORS, révisée au 1er trimestre de chaque année, son coût sera supporté par l'ARS.
Par ailleurs, la totalité du diagnostic ou un seul des volets peut être confié à un autre prestataire externe, par exemple un observatoire des territoires.
**Le coordinateur du CLS** sera recruté a minima dès la 3ème phase du diagnostic, afin d'être immédiatement repéré par les acteurs et de bénéficier des débats sur son territoire. Il accompagnera le prestataire dans la réalisation du diagnostic : appui logistique, co-animation…
Lors de la dernière année de chaque CLS et dans le cadre d'un renouvellement, un diagnostic peut être à nouveau réalisé par l'ORS. Celui-ci comporte si besoin **des chiffres-clés mettant à jour des données de contexte et une partie qualitative.**

***Point d'attention*** : l'ORS est dépendant du degré de maturité du projet. Le diagnostic peut être réalisé dans une durée maximale de 6 mois. Le cadrage initial évite l'allongement de la période de diagnostic et la démotivation des acteurs.

**Comment se déroule un diagnostic local de santé réalisé par l'ORS ?**

**1ère phase : la rencontre avec les élus et les agents du territoire**
L'ORS organise une réunion de présentation dans laquelle il se présente, expose et ajuste la méthode, fixe les dates et les thématiques des rencontres à venir.

**2ème phase : recueil et valorisation des données**
L'ORS prend en compte les données à l'échelle de la commune. Celles-ci sont standardisées afin de permettre la comparaison des territoires entre eux et dans le temps. A cette phase un recensement des diagnostics existants concernant le territoire est réalisé.

**3ème phase : recensement des ressources**
L'ORS effectue une recherche de tous les acteurs et ressources disponibles sur le territoire. Les acteurs de prévention et promotion de la santé, les établissements ou services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les professionnels de santé du secteur ambulatoire et les porteurs de politiques publiques sont sollicités. Il leur est demandé de valoriser leurs réalisations sur le territoire au cours des trois dernières années : actions, initiatives politiques, partenaires et financements engagés.

**4ème phase : recueil de la parole des élus, des habitants et des professionnels**
L'ORS organise plusieurs rencontres avec l'ensemble des élus, les professionnels et les habitants qui vont permettre une remontée importante d'informations sur les attentes, les dynamiques territoriales et les constats non objectivables par des chiffres. Elles permettent aux professionnels de se rencontrer, de partager les constats et sans doute de favoriser une définition commune des axes de travail prioritaires dans le futur CLS. La parole est la plus ouverte possible sur la Santé au sens large. La question fondamentale est : « est-ce que les gens sont bien là où ils vivent ? Si non, pourquoi ? »

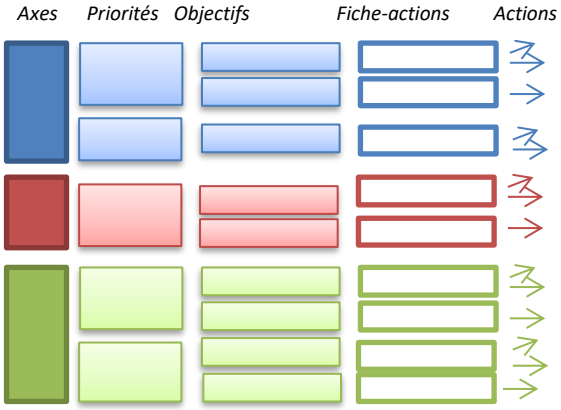
**5ème phase : la restitution**
L'ORS organise une 1ère restitution avec l'ARS, le Président du Pays ou de l'EPCI et le coordinateur ou le Comité de pilotage du CLS s'il existe. Une restitution plus large est ensuite organisée avec les élus, les professionnels et les habitants le même jour. Cela permet à tous d'avoir le même niveau d'informations et de mobiliser les participants pour la rédaction du programme d'actions.

## Partie 2 : Elaboration d'un Contrat local de santé : comment fait-on ?

### L'élaboration du programme d'actions :

Sur la base du diagnostic, les acteurs identifient les défis à relever pour agir sur les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé et améliorer les parcours de santé.
Puis ils déclinent leurs priorités dans un programme d'actions structuré autour d'axes stratégiques et de fiches actions. Ce programme met en cohérence l'ensemble des politiques, dispositifs et ressources susceptibles d'apporter des réponses aux besoins de santé identifiés localement et ne se limite pas à une juxtaposition d'actions.
Les partenaires s'engagent à faciliter la mise en œuvre de la stratégie d'intervention à travers la mobilisation d'outils et de moyens de droit commun, le financement des actions et l'ingénierie nécessaire à la mise en œuvre du programme.
Le programme d'actions est élaboré pour une durée allant de 3 à 5 ans. Cet allongement de la durée du CLS (jusqu'ici conclu pour 3 ans) offre une meilleure pertinence pour l'atteinte d'objectifs de santé publique et permet une économie générale des moyens.

**Exemple de structuration du programme d'actions :**




**La structuration du programme d'actions :**

Il convient donc de privilégier un programme spécifique, construit autour de quelques axes et de quelques actions, les « petites » actions ayant vocation à s'intégrer au sein d'actions vraiment structurantes.

**Les fiches-actions *(modèle en annexe)* :**

La rédaction de fiches-actions permet de bien définir et programmer les actions du CLS. Chaque fiche-action est co-construite de façon multi partenariale.

Elles font notamment apparaitre les items suivants :

- Nom du ou des pilote(s) de l'action
- Objectif opérationnel
- Population cible
- Acteurs mobilisés
- Calendrier
- Critères/indicateurs et outils d'évaluation
- Financements

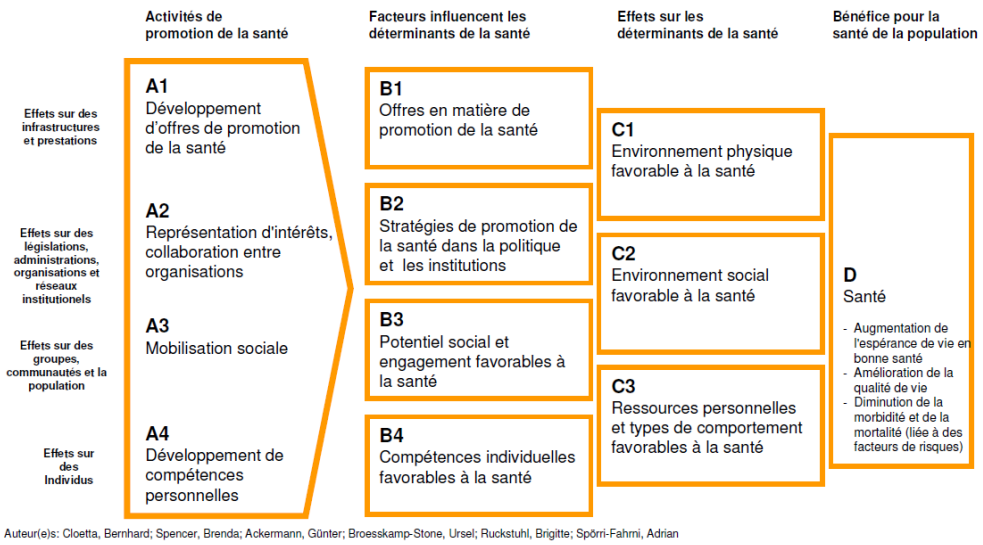
**Pour rappel, un objectif est formulé par un verbe d'action. Les critères de qualité doivent être :**

- **Spécifique**
- **Mesurable**
- **Acceptable**
- **Réaliste**
- **Temporellement défini**

**Les ambitions d'une action en promotion et prévention de la santé :**

- Approche globale de la santé
- Multi partenariale
- Inscrite dans la durée, dans un continuum
- Recherchant la participation et le développement des compétences du public
- S'appuyant sur les connaissances mobilisables politiques, scientifiques, issues de l'expérience professionnelle ou transmises par les populations

***L'Outil de Catégorisation des Résultats des projets de promotion de la santé et de prévention*** *peut être utilisé aux phases d'analyse de situation, d'élaboration des objectifs et stratégies, de pilotage et d'évaluation d'un programme. Il peut servir à en démontrer l'impact et donc légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics.* http://inpes.santepubliquefrance.fr/outils_methodo/categorisation/index.asp




Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian
© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

## Partie 2 : Elaboration d'un Contrat local de santé : comment fait-on ?

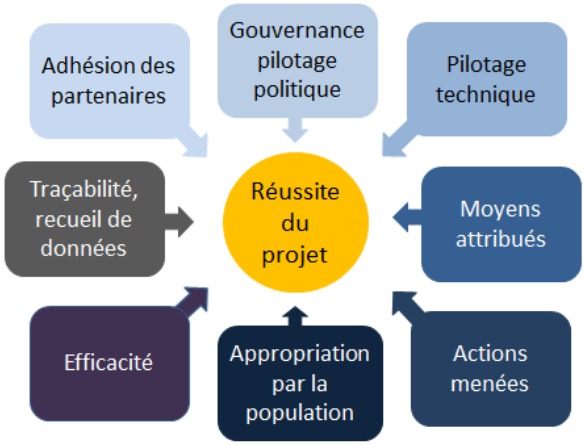
## Le suivi et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation du CLS se font en continu sur toute sa durée. Un bilan de la mise en œuvre du CLS est réalisé chaque année. Plusieurs types d'évaluations sont possibles :

- **Evaluation du processus** : dynamique de construction et de mise en œuvre (stratégie, mode d'organisation, activités, calendrier…) ;
- **Evaluation des résultats** : atteinte des objectifs qui portent sur les effets directs des actions ;
- **Evaluation de l'impact du CLS** : porte sur l'objectif général : effets sur l'état de santé de la population, sur la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, effets indirects des actions. Sur ce dernier item, même si les mesures d'impact sur l'état de santé de la population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ne peuvent pas intervenir à court terme, il est indispensable de prendre en compte cette dimension au cours de l'évaluation du CLS, et de s'assurer que les indicateurs retenus permettront à plus long terme d'y procéder.

En 2013-2014, l'ARS Centre - Val de Loire et Villes au Carré ont organisé une formation-action régionale sur l'évaluation dans les CLS, dispensée par Francis Nock des « Ateliers de l'évaluation ». Le contenu intégral de la formation est disponible sur le réseau partagé des CLS et sur demande auprès de l'ARS.

### Le suivi : proposition de critères




***Proposition de modèle d'efficacité pour un CLS***
*(F. Nock, formation aux CLS région Centre 2013-2014)*

Le Comité de pilotage du CLS suit l'avancement de celui-ci à l'aide du bilan annuel du programme d'actions. Il identifie les freins et les leviers existants à la mise du programme et peut décider de réorienter certains projets ou certaines actions au cours de la mise en œuvre du CLS.

Propositions d'indicateurs :

**Gouvernance, pilotage politique :** composition, fréquence des réunions, existence d'objectifs clairs, d'une feuille de route, décisions prises …

**Pilotage technique :** composition, fréquence des réunions, activité de coordination, d'animation, répartition des tâches…

**Moyens attribués :** humains, financiers, matériels, répartition des moyens, mutualisation…

**Appropriation par la population :** nombre de personnes touchées, fréquence et assiduité, degré de satisfaction, degré de participation aux différentes étapes et niveau du projet, émergence de nouveaux besoins

**Efficacité :** degré d'atteinte des objectifs, effets constatés, impacts, dynamique générée, pérennisation, analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

**Traçabilité, recueil des données :** existence d'outils pour recueillir les données d'activités, la qualité et effets, taux de renseignement des données, qualité des données produites…

**Adhésion des partenaires :** degré d'adhésion, contribution, implication, qualité du partenariat… (ex : tableau d'engagement des partenaires)

### L'évaluation finale :

Elle porte sur l'évaluation globale du CLS. Son approche est différente selon l'ancienneté de la démarche sur le territoire (CLS de 1ère, 2ème ou 3ème génération). Elle implique l'ensemble des acteurs concernés par le CLS et notamment les habitants. En fonction des situations, l'évaluation peut être réalisée par :

- L'ORS Centre-Val de Loire (sous réserve de sa programmation dans la convention pluriannuelle avec l'ARS)
- Un prestataire externe recruté par la Collectivité
- Le coordinateur du CLS

Elle peut se structurer autour de **4 questions évaluatives** :

1) Quel(s) fait(s) marquant a(ont) eu lieu sur le territoire pendant le temps de mise en œuvre du CLS ? (évolutions socio-économiques, évolution des mouvements de populations, actions probantes…)
2) Les enjeux forts identifiés ont-ils été traités ?
3) En quoi le CLS a-t-il modifié la dynamique entre les acteurs ? La cartographie actualisée des relations entre les acteurs (acculturation, évolution des actions multi partenariales…) est-elle le reflet des évolutions des relations partenariales en vue d'une meilleure prise en compte de la santé ?
4) Quels peuvent être les perspectives et enjeux nouveaux ?

# Le partenariat

## Les signataires du CLS :

**Les partenaires signataires des CLS** varient en fonction des territoires.
On retrouve à minima **l'ARS, la Préfecture, le Conseil régional, la ou les collectivités porteuse(s) du CLS (ou EPCI, Pays).**
Puis, le plus souvent, le Conseil départemental, la CPAM, la Mutualité Sociale Agricole, le Centre Hospitalier, le Centre Hospitalier spécialisé, la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

## Les instances du CLS :

Un CLS est généralement structuré autour d'un Comité de pilotage et d'un Comité technique. Ces modalités de gouvernance peuvent cependant être ajustées en fonction de chaque territoire (instances et dynamiques préexistantes, cas d'un CLS qui s'appuie sur un autre contrat territorial…).

### Le Comité de pilotage :

Le Comité de pilotage est l'instance de décision qui est présidée par le représentant de la collectivité ou pays portant le CLS. Il s'agit d'un lieu de concertation et d'échange entre les membres permettant de faire émerger des solutions/actions adaptées au besoin du territoire. Cette instance se réunit au moins 2 fois par an.

**Ses missions :**

- Valider le diagnostic, le plan d'actions et les propositions du Comité technique,
- Suivre l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du CLS,
- Veiller à la cohérence de l'intervention des différents partenaires,
- Faciliter la recherche de financement dans le cadre de la mise en œuvre des actions,
- Veiller à l'évolution et l'adaptation du programme d'actions en fonction des besoins.

**Les membres du Comité de pilotage :**
Outre des signataires du CLS, le Comité de pilotage est composé de membres des institutions et organismes intervenants dans le champ de la santé :

- Organismes de l'Assurance Maladie,
- Conseil départemental,
- Conseil régional,
- Conseil territorial de santé,
- Union Régionale des Professions de Santé,
- Education Nationale,
- Jeunesse et Sports et Cohésion Sociale,
- Caisse d'Allocations Familiales,
- Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail,
- Etablissements de santé, établissements et services médico-sociaux,
- Groupement Hospitalier de Territoire,
- Communautés professionnelles territoriales de santé du territoire.

### Le Comité technique :

Le Comité technique est composé des techniciens représentant les membres du Comité de pilotage et des représentants de partenaires locaux (associations, professionnels, habitants…). Il est animé par le coordinateur du CLS.

**Ses missions :**

- Accompagner le coordinateur dans l'élaboration du Contrat Local de Santé et le suivi de sa mise en œuvre,
- Préparer les comités de pilotage,
- Être force de propositions pour avancer sur la mise en œuvre du plan d'actions du CLS entre ses séances,
- Participer à l'évaluation du Contrat Local de Santé.

En fonction des besoins, il peut définir la mise en place de **groupes de travail autour d'une thématique ou d'un projet**.

***« Comment peut-on savoir qu'on peut travailler ensemble si on ne se connaît pas ? »***
*« Les groupes de travail portés par le CLS permettent de faire se rencontrer des acteurs qui n'auraient jamais eu l'opportunité de se rencontrer autrement (élus, associatifs, professionnels ou habitants). Il s'agit de « sortir de sa zone de confort » pour risquer la rencontre (découvrir les spécificités de chacun et comment les conjuguer, rapprocher des acteurs qui rencontrent une problématique commune, décrypter des situations, penser ensemble) : passer de l'annuaire papier sans rencontre à « un annuaire vivant » incarné. Ils permettent de « croiser les regards » : les usagers et leur entourage disposent d'un vécu de l'expérience qui est complémentaire à un savoir détenu par un professionnel. Les Rencontres des Acteurs permettent de donner la parole à ceux qui ne l'ont pas (usagers) et de mettre tout le monde au même niveau de prise de parole. Cela nécessite de travailler la question du langage commun : tendre à utiliser des mots de langue et éviter le langage « professionnel ». Cela nécessite de travailler sur les représentations et de tenter de changer nos pratiques […] Quand les décisions sont prises ensemble et sont comprises, cela fonctionne mieux. Rétablissement, pouvoir d'agir et citoyenneté sont indissociables (ne pas faire sans).*
*Les groupes de travail permettent aussi d'échanger sur l'éthique et les valeurs que nous partageons dans notre travail, notamment lorsqu'il s'agit de la gestion des situations complexes.*
*Le CLS propose de travailler avec : il ne doit pas être pensé comme un travail en plus mais un travail ensemble « ensemble on va plus loin » et un investissement utile pour notre façon de travailler demain. »*

**Mireille Leroy, coordinatrice du CLS de Bourges**

## Partie 2 : Elaboration d'un Contrat local de santé : comment fait-on ?

### Focus sur quelques acteurs du Contrat local de santé :

**Les élus :**

Les élus ont un rôle primordial pour impulser la démarche sur le territoire. L'élu local est un acteur clé pour développer des environnements favorables à la santé et agir pour réduire les inégalités, notamment par sa connaissance des synergies locales et sa capacité à mobiliser les services municipaux et les réseaux d'acteurs. Il porte le plaidoyer de la santé dans toutes les politiques auprès des autres élus.

**Le coordinateur :**

Le développement et l'atteinte des objectifs d'un CLS nécessitent un pilotage solide permettant de fédérer et coordonner des acteurs nombreux et divers dans la durée autour de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du CLS. Le coordinateur est recruté dès la phase de diagnostic et a en charge l'animation de la démarche projet et une mission de mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité.

**Les habitants, usagers et citoyens :**

**FAIRE-AVEC et ALLER-VERS**

La participation active des habitants, usagers et citoyens doit être encouragée durant tout le processus d'élaboration du CLS car elle constitue un vecteur de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé et favorise l'inclusion sociale. Elle contribue à une meilleure compréhension de l'environnement local et renforce les capacités d'agir des citoyens. L'implication des habitants permet également de développer l'efficacité et la légitimité de la démarche projet à travers des prises de décision plus pertinentes et une meilleure appropriation des actions. La voix et la participation des habitants et usagers peut être recherchée au moyen des lieux de concertation existants, comme par exemple les conseils communautaires, les associations sportives , les associations de consommateurs, les associations d'usagers, telles que France Assos Santé.

**L'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire :**

**En délégation départementale de l'ARS, une personne référente** est désignée pour chaque CLS. Le référent ARS et le coordinateur du CLS **travaillent en binôme** dans la mise en œuvre du CLS. Le rôle du référent ARS est essentiel pour intégrer les actions du CLS avec les autres missions de l'ARS sur le territoire et favoriser l'adéquation entre les priorités du Plan Régional de Santé et les besoins du territoire. Il informe régulièrement le coordinateur des politiques de l'ARS pouvant avoir un impact direct sur le CLS, le rend destinataire des comptes rendus d'autres instances ou l'associe à des formations.

**Au niveau régional,** l'ARS effectue un suivi administratif et financier de l'ensemble des CLS. Elle facilite les liens et la prise en compte des CLS par les partenaires régionaux.

**Les partenaires :**

Signataires ou non-signataires, les partenaires du Contrat local de santé sont nombreux :

- **Collectivités territoriales,**
- **Etat**,
- **Organismes de protection sociale,**
- **Professionnels de santé et du social,**
- **Etablissements de santé et médico-sociaux,**
- **Associations de prévention et d'éducation pour la santé,**
- **Associations locales, associations d'habitants et d'usagers,**
- **Conseil territorial de santé,**
- …

Les signataires et les représentants des différentes politiques publiques sont associés à la définition des axes prioritaires du CLS pour asseoir d'emblée l'**intersectorialité**. Le coordinateur territorial est identifié par l'ensemble des services des collectivités territoriales signataires du CLS et devient leur interlocuteur sur les sujets de santé.

Avec les représentants de l'Etat, sont précisées les priorités d'actions réalistes auxquelles ils pourront contribuer en infra territorial, notamment en milieu rural. L'Education Nationale doit être associée via les conseillers techniques de la Direction des services départementaux de l'Education Nationale pour permettre d'identifier des relais dans les établissements scolaires du territoire. D'une façon générale, il faut **permettre au coordinateur d'identifier et d'être identifié par les pilotes des programmes et les interlocuteurs pour chaque problématique ou déterminants de santé**.

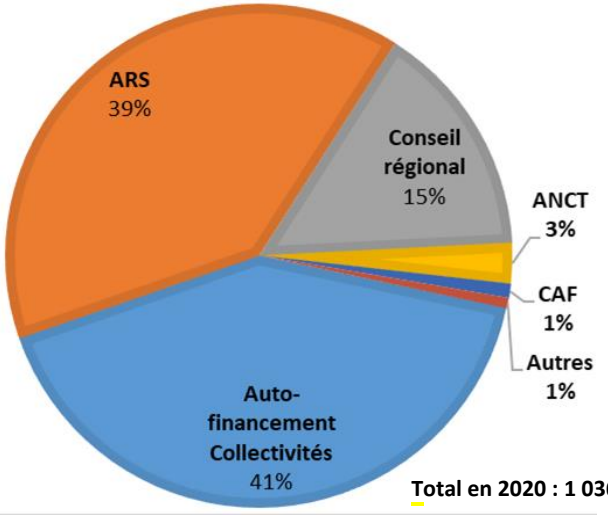
*« Le Comité technique du CLS œuvre à la manière d'une « équipe pluridisciplinaire inter institutions » qui permet notamment de fluidifier et de faciliter la circulation des informations (en externe entre institutions, en interne dans l'institution) et la communication sur les actions. La mise en place permanente de nouveaux textes ou de nouveaux dispositifs fait qu'aujourd'hui le territoire est maillé par de multiples instances et acteurs qui interviennent sur des thématiques proches ou auprès des mêmes publics : le rôle du CLS, avec sa double « vision » d'observateur institutionnel et de terrain est d'y remettre un peu de clarté, de cohérence, de simplicité et de « bon sens ». Le CLS permet aussi à chaque institution de s'interroger en permanence sur ses procédures et de les ajuster, en fonction des remontées du terrain. Par ailleurs, la bonne connaissance du réseau est aidante pour les porteurs de projets (facilitateur, interface avec les autres dispositifs). »*

**Mireille Leroy, coordinatrice du CLS de Bourges**

# Les financements

## Les financements existants :

Financements alloués pour les **postes de coordinateurs CLS en 2020** par les différents financeurs :




**Total en 2020 : 1 036 639**

**Poste de coordinateur territorial :** En région Centre-Val de Loire, le recrutement d'un coordinateur est une condition à la mise en place d'un CLS. Le financement de ce poste est prévu dans le CLS dans lequel chaque financeur précise son engagement financier pour la durée du contrat.
En 2020, la somme régionale dédiée au financement des postes de coordinateurs s'est élevée à un peu plus d'un million d'euros.

- **L'ARS** contribue à hauteur de 25 000 € annuels maximum pour chaque poste.
- **Le Conseil régional** finance des postes de coordinateur territorial dans le cadre des Contrats régionaux de solidarité territoriale.
- **Les collectivités territoriales et les Pays** contribuent en autofinancement.
- **L'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires** peut contribuer au financement pour les CLS agissant sur des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville.
- **La Caisse d'Allocations Familiale** contribue au cofinancement.

**Diagnostic :** Dans le cadre de la programmation de la convention entre l'ARS et l'Observatoire Régional de la Santé, ce dernier réalise chaque année un certain nombre de diagnostics pris en charge financièrement par l'ARS.
A titre indicatif, le montant consacré à un diagnostic par l'ARS est de 42 000 €. En moyenne, plusieurs diagnostics sont programmés chaque année. Le diagnostic peut par ailleurs être réalisé par un prestataire externe. Dans ce cas, l'ARS peut contribuer à hauteur de 10 000 €.

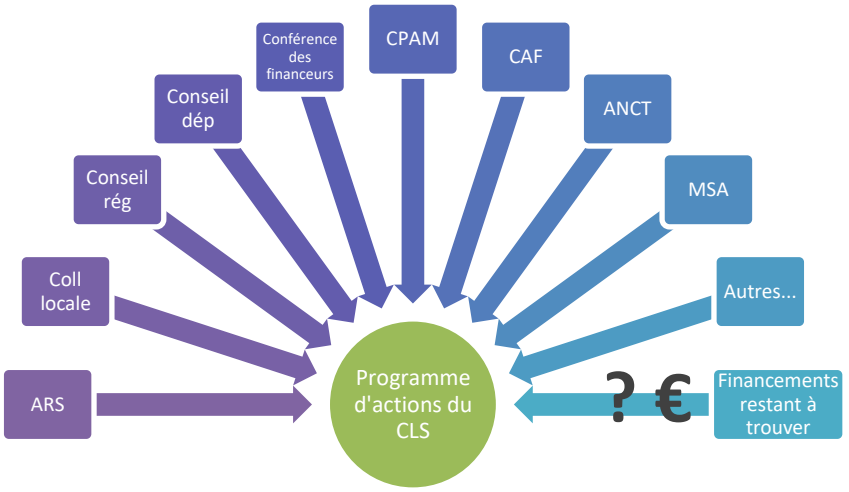
**Evaluation** : Cette prestation peut être réalisée par l'ORS sur les mêmes modalités financières que le diagnostic. Il est également possible de mobiliser un prestataire externe choisi par le porteur du CLS. Dans ce cas, l'ARS et le Conseil régional s'engagent à apporter un cofinancement avec la collectivité (cofinancement maximum de 10 000 € pour l'ARS).

**Financement des programmes d'action du CLS :**
Il n'y a pas de financements dédiés et fléchés par les différents signataires lors de la signature du CLS pour le financement des programmes d'actions qui seront mis en œuvre. La recherche de financements devait se faire dans le cadre des modalités de financement existantes (appels à projets, contractualisations…). Les projets déposés dans le cadre d'un CLS étaient considérés à titre prioritaire par les financeurs.

## Gagner en lisibilité :

Il est nécessaire de gagner en lisibilité sur l'ensemble des moyens alloués au CLS par les différents partenaires : financiers, humains, matériels…
Cette connaissance globale a pour objectif de :

- Porter à la connaissance des acteurs impliqués dans le CLS le fléchage des financements, moyens humains et matériels dédiés,
- Anticiper avant la signature du CLS la faisabilité et la soutenabilité du programme d'actions,
- Effectuer un suivi et mieux évaluer l'impact des actions,
- Sécuriser les financements jusqu'à la fin du CLS.

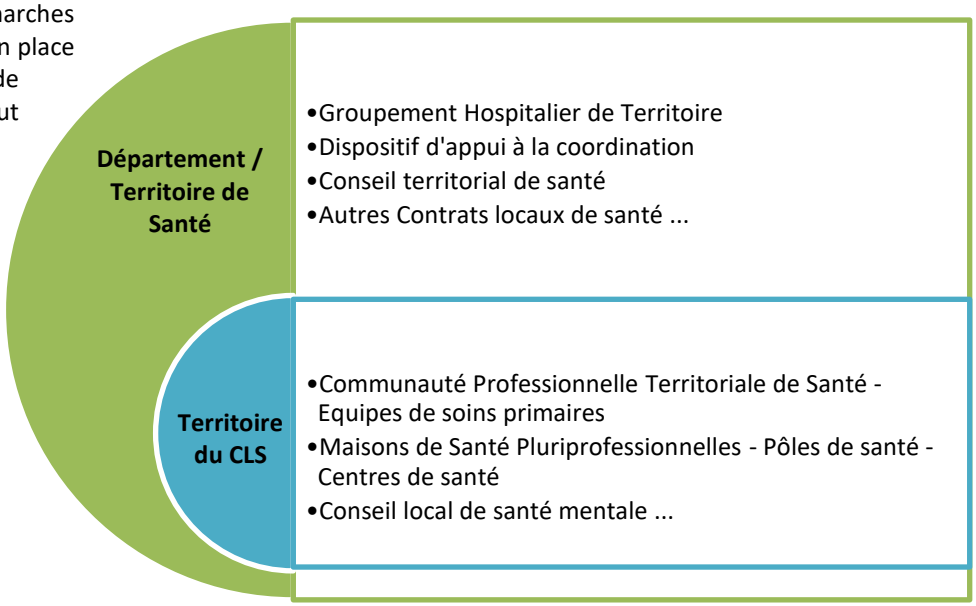



**Cette valorisation des moyens est au mieux réalisée en amont de la signature du CLS** ou en cours de sa mise en œuvre et se concrétise par le remplissage d'un tableau *(cf. annexe)*. Ce document annexé au CLS permettra de valoriser les engagements connus de chaque partenaire sur les moyens alloués au CLS.

# Partie 3 : La place et le périmètre d'actions du Contrat local de santé

## L'articulation avec les autres dispositifs santé du territoire

De plus en plus de démarches territoriales de santé se mettent en place dans la région. Le périmètre de certains dispositifs (ex. CPTS) peut être identique ou non au périmètre du CLS.
Il est nécessaire d'articuler l'ensemble des dispositifs visant à améliorer la coordination sur un même territoire, l'objectif étant d'assurer une cohérence des actions en santé au bénéfice de la population.




***Focus sur…***

### La place du Conseil territorial de santé :

Le Conseil territorial de santé (CTS) est une instance de démocratie en santé. Pour la région Centre-Val de Loire, un CTS est institué dans chaque département. Constitué par arrêté du Directeur général de l'ARS, ses missions sont de :

- Participer à la réalisation d'un diagnostic territorial partagé,
- Contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du Projet Régional de Santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé,
- Etre informé des créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé,
- Donner un avis officiel sur les projets territoriaux de santé mentale,
- Contribuer, d'une part, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

### L'articulation entre les Contrats locaux de santé et les Conseils locaux en santé mentale :

Présidé par un élu local, co-animé par la psychiatrie publique, le CLSM est un espace de concertation, de coordination et de co-décision rassemblant tous les acteurs concernés par la santé mentale sur un territoire de proximité : ville, secteur psychiatrique, professionnels de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux, usagers, aidants, et autres acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police...).

Le CLSM permet une approche locale et participative de la prévention, de la promotion de la santé mentale, du parcours de soins et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, à un niveau géographique jugé pertinent pour les acteurs locaux.

Il identifie, sur la base d'un diagnostic, les besoins et priorités sur le territoire préalablement défini et met en place des actions concrètes. Les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville font l'objet d'une attention particulière.
Le CLSM participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale et à l'élaboration du projet territorial de santé mentale (échelon départemental) favorisant ainsi une certaine synergie et garantissant la bonne articulation entre les deux niveaux d'action.

La mise en place d'un CLSM n'est pas conditionnée à l'existence d'un CLS. En revanche, les CLSM constituent le dispositif privilégié de la mise en œuvre du volet « santé mentale » des CLS.
La mutualisation de la fonction de coordination sera recherchée entre le CLSM et le CLS ou entre plusieurs CLSM. Il est par ailleurs important que le coordinateur puisse être intégré dans l'équipe de pilotage du(es) CLS signé(s) sur son territoire.

## Partie 3 : La place et le périmètre d'actions du Contrat local de santé

### L'articulation entre les Contrats locaux de santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé :

La région Centre-Val de Loire a été pionnière pour le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) à l'initiative de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) en région Centre-Val de Loire avant même que leur intérêt ne soit réaffirmé dans le cadre de la stratégie « **Ma santé 2022** ». L'enjeu est de couvrir le territoire régional de CPTS, avec un objectif national de 1000 CPTS. La notion d'articulation tant sur le périmètre géographique que de missions se pose entre les CPTS et les CLS. En effet, les CPTS ont pour objectifs de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent et plus particulièrement du 1er recours. Or, l'accès aux soins de premiers recours dans les territoires étant une préoccupation majeure des élus, cet axe avait largement été retenu dans les programmes d'actions des CLS qui ont été signés avant la mise en place des CPTS. La période de transition actuelle doit permettre d'identifier l'articulation efficace entre le CLS et la CPTS sur un même territoire.

**Il est proposé de partager une vision commune de la complémentarité d'action de ces deux dispositifs** autour de l'amélioration de la santé de la population du territoire :

| | |
|---|---|
| **CPTS**<br>***portées par les professionnels de santé*** | **Définir l'organisation des soins de 1er et 2nd recours (exercice libéral, ambulatoire)**<br>**Améliorer les parcours de soins des patients**<br>• Coordination et organisation des soins et des acteurs<br>• Structuration des parcours de santé<br>• Renforcement des liens ville-hôpital-ville<br>• Développement de la prévention personnalisée et systématisée |
| **CLS**<br>***portés par les élus*** | **Créer des environnements favorables à la santé**<br>**Construire une société inclusive**<br>• Inclure la préoccupation de la santé dans toutes les politiques publiques<br>• Agir sur l'environnement quotidien<br>• Favoriser l'approche globale et inclusive : cohésion sociale, intégration et soutien social (personnes précaires, âgées, en situation de handicap) |

Plusieurs propositions organisationnelles peuvent favoriser la coopération entre CLS et CPTS :

- Organiser des réunions régionales d'échanges entre les coordinateurs des CLS et des CPTS,
- Harmoniser les modalités de financement des actions et des coordinateurs des deux dispositifs,
- Favoriser la présence réciproque des coordinateurs au sein des instances de ces dispositifs en lien et avec l'aval de leur employeur (collectivité d'un côté et professionnels de santé pour l'autre).

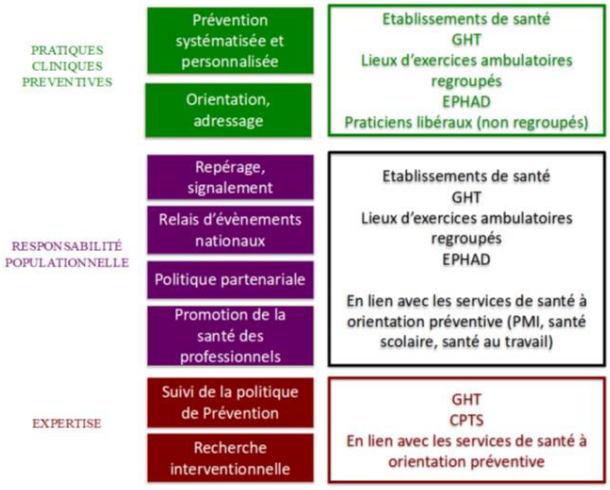
### L'articulation possible entre les Contrats locaux de santé et les Groupements Hospitaliers de Territoire :

Le Projet Médical Partagé (PMP) définit la stratégie médicale du GHT et comprend notamment des objectifs médicaux, des objectifs en matière de qualité et sécurité des soins et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Dans son courrier d'approbation de la convention constitutive des GHT, l'ARS a souhaité que *« les travaux complémentaires d'élaboration du PMP prennent en compte avec une attention particulière les orientations du Projet Régional de Santé en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique en articulant les actions avec celles de l'ensemble des acteurs concernés du territoire* ».

Dans son avis du 31 juillet 2018, le Haut Conseil de la santé publique recommande de créer au sein des hôpitaux et/ou des GHT, une structure (service, pôle, etc.) de prévention en charge de l'application des 8 missions de prévention dans le cadre du projet d'établissement, animé par un praticien de santé publique. Les directions d'établissements sont incitées à la création de telles structures lors de l'élaboration des projets d'établissements ou des projets médicaux partagés pour les GHT.

Le déploiement de la prévention médicalisée pourrait être favorisé en proposant une mise en synergie des professionnels et des savoir-faire autour d'un plateau technique de santé publique, respectant les valeurs suivantes :

- Objectif de couverture du territoire,
- Principe de l'universalisme proportionné,
- Développement de l'aller-vers,
- Au sein d'une dynamique de territoire.




**Source : HCSP – 31 juillet 2018 – Place des offreurs de soins dans la prévention**

**Les actions du CLS sur l'environnement favorable à la santé s'inscrivent en continuum avec la mise en œuvre de stratégies de prévention tant par les CPTS que les établissements de santé, notamment au sein de GHT.**

# Une responsabilité populationnelle partagée de santé publique

**La responsabilité populationnelle territoriale** est la nécessité de partage des objectifs **d'amélioration de la santé de la population** d'un territoire avec d'autres acteurs de ce territoire.

***Proposition de schéma d'articulation des acteurs autour de l'amélioration de la santé d'une population sur un territoire :***

**MILIEU DE VIE**

- Conditions de travail
- Modes de transport
- Cadre de vie, quartier : rénovation urbaine
- Mode de garde petite enfance, établissements scolaires
- Activités périscolaires
- Culture, loisirs
- Accès au sport, activités physiques
- Alimentation collective : circuits courts, Bio
- Eau : qualité / sécurité

**COORDINATION ET ORGANISATION DES SOINS ET DES ACTEURS AMBULATOIRES**

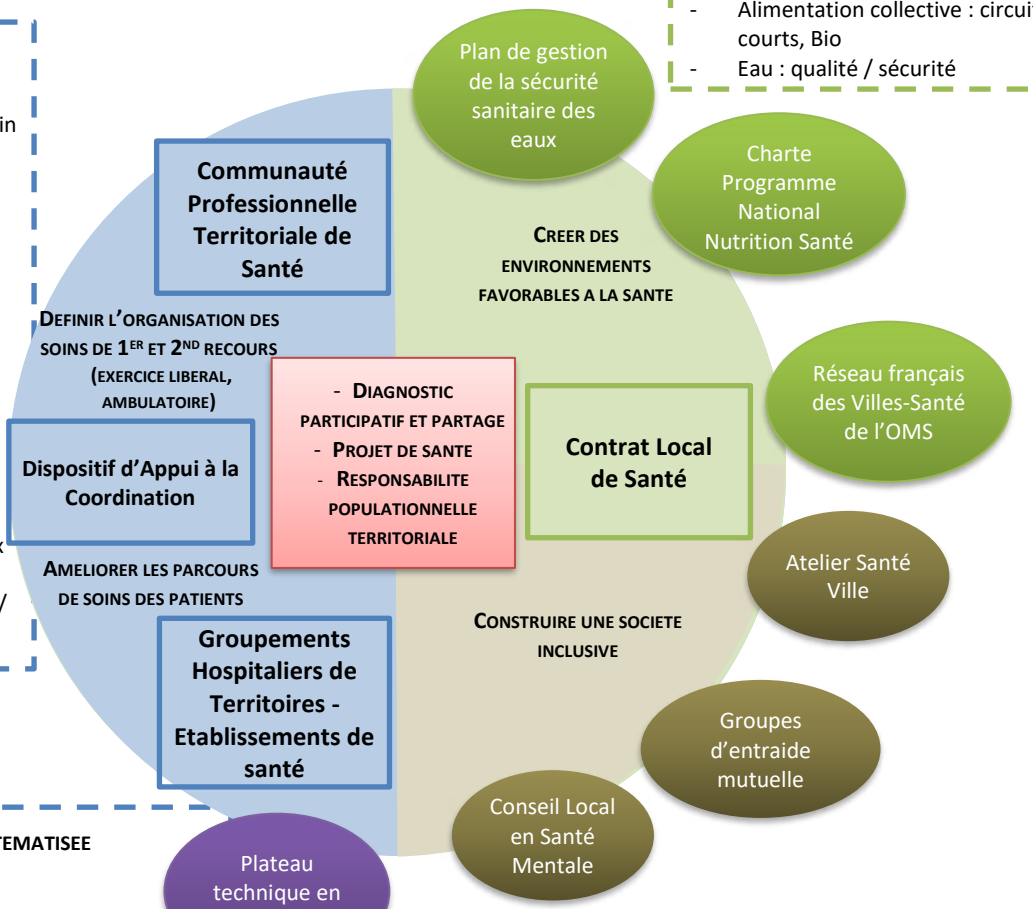
- Réponse aux soins non programmés
- Organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés

**STRUCTURATION DES PARCOURS DE SANTE**

- Garantie d'accès à un médecin traitant
- Sécurisation des passages entre soins de ville et hôpital
- Maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques

**DEVELOPPER LE LIEN VILLE-HOPITAL-VILLE**

- La sortie du patient
- L'articulation avec le service social
- L'articulation avec les professionnels paramédicaux du secteur ambulatoire et associatif / médecin traitant / pharmacien d'officine




**PREVENTION PERSONNALISEE ET SYSTEMATISEE**

**PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES**

- Dépistage
- Vaccination
- Contraception

**REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE**

- Adaptation aux compétences psychosociales des patients et à leur littératie
- Soutien aux aidants familiaux

**INTEGRER LA DEMARCHE EDUCATIVE ET LA PROMOTION DE LA SANTE**

- Place et intégration des aidants et associations de patients
- Promotion des démarches éducatives, démarches thérapeutiques

**APPROCHE GLOBALE ET INCLUSIVE : COHESION SOCIALE, INTEGRATION ET SOUTIEN SOCIAL (PERSONNES PRECAIRES, AGEES, EN SITUATION DE HANDICAP)**

- Soutien à la mise en place de structures communautaires et groupes d'entraides
- Accès aux droits et suivi social des personnes vulnérables
- Inclusion scolaire, culturelle et sportive « Réponse accompagnée pour tous »
- Pair-aidance
- Aménagements des locaux
- Aménagements urbains

## Le CLS : à la croisée des priorités locales et des enjeux départementaux, régionaux ou nationaux

Le Contrat local de santé est à la croisée de plusieurs enjeux forts :

- **Amélioration de la santé de la population**
- **Aménagement du territoire**
- **Cohésion sociale et égalité des territoires**

Par conséquent, il doit s'articuler et s'appuyer sur les démarches contractuelles qui peuvent exister sur le territoire :

- **Contrat de ville – Contrat de ruralité** (Agence Nationale de la Cohésion des Territoires)
- **Contrat territorial global** (Caisse d'allocations familiales)
- **Contrat régional de solidarité territoriale** (Conseil régional)
- **Contrat territorial** de l'Agence de l'eau Loire-Bretagne
- Autres…

Le CLS est un outil privilégié pour lutter contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. Il est identifié comme un levier de déclinaison de nombreux programmes et politiques régionaux. Sur la base du diagnostic partagé, les acteurs identifient quelques axes d'intervention prioritaires qui viendront s'articuler avec les enjeux locaux, départementaux, régionaux voire nationaux.

### Présentation des principales politiques publiques régionales autour de la santé

**Exemples de politiques ou de démarches portées par l'Etat en région, les Collectivités territoriales ou d'autres partenaires (liste non-exhaustive) contribuant à l'amélioration de l'état de santé :**

| Pilote | Axe ou Programme |
|---|---|
| Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse | **L'Ecole Promotrice de santé** |
| Préfecture | **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives** |
| Ministère de la Santé et de la Prévention | **Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté** |
| Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité | **Plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes** |
| Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports | **Stratégie nationale sport-santé** |
| Direction Régionale des Affaires Culturelles et ARS | **Protocole Culture et Santé** |
| Ministère de la justice | **Protection Judiciaire de la Jeunesse Promotrice de santé** |
| Collégium santé | **Service Sanitaire des futurs professionnels de santé** |
| Conseils départementaux | **Schémas départementaux**<br>- **Enfance et Famille**<br>- **Personnes âgées** |
| Conseils départementaux | **Programme coordonné de la Conférence départementale des financeurs** |
| Caisse d'Allocations Familiales | **Schémas départementaux des services aux familles** |
| Caisse Primaire d'Assurance Maladie / ARS | **Dépistage gratuit des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal**<br>**Examen de prévention en santé**<br>**Contraception** |
| Collectivité | **Atelier Santé Villes (ASV)** |
| Collectivité | **Conseil local en santé mentale** |
| Collectivité | **Charte collectivité-active Programme National Nutrition Santé (PNNS)** |
| Collectivité | **Réseau des villes-santé de l'OMS** |

## Partie 3 : La place et le périmètre d'actions du Contrat local de santé

***Focus sur…***

### Le Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS :

| Axe ou programme | Priorités | Exemples d'actions |
|---|---|---|
| **Inégalités environnementales – Plan Régional Santé Environnement 3** | - Ambroisie<br>- Eau<br>- Qualité de l'air<br>- Saturnisme<br>- Urbanisme Favorable à la Santé :<br>- Déplacements<br>- Habitat<br>- Equipements loisirs et culturels | - Sensibiliser des personnes relais et les habitants à la qualité de l'air intérieur<br>- Créer un parcours de santé/parcours sportif<br>- Lutter contre l'habitat indigne des populations vulnérables<br>- Favoriser les « déplacements doux » : aménager les trottoirs, sécuriser l'accès aux écoles, développer les pistes cyclables, pédibus<br>- Lutter contre la prolifération de l'ambroisie |
| **Education pour la santé** | - Développement des compétences psycho-sociales<br>- Empowerment / Littératie<br>- Universalisme proportionné<br>- Aller-vers / Faire avec<br>- Données probantes / Evaluation | - Favoriser le développement des compétences psychosociales des enfants du premier degré par la mise en place de programmes spécifiques<br>- Développer des actions de prévention et promotion de la santé auprès des assistantes maternelles<br>- Proposer un lieu d'échanges et d'accompagnement à la parentalité<br>- Développer la prise en compte de la santé dans l'accompagnement des jeunes sortis du système scolaire<br>- Accompagner à la préparation à la retraite en bonne santé<br>- Favoriser la réflexion sur le bien-être au travail<br>- Coordonner les actions de prévention, maternité et petite enfance |
| **Prévention et dépistage** | - Addictions<br>- Nutrition (alimentation et activité physique adaptée)<br>- Cancers<br>- Vie affective et sexuelle<br>- Santé mentale | - Relayer les dépistages de cancer auprès des populations en situation de précarité<br>- Favoriser le dépistage hors les murs du VIH et des infections sexuellement transmises<br>- Mettre en place une équipe de prévention itinérante<br>- Développer une consultation de proximité du Centre d'Information et de Consultation en Alcoologie et Toxicomanie et une consultation jeunes consommateurs<br>- Développer la pratique du Sport Santé Bien-être<br>- Elaborer le projet Sport sur ordonnance en respectant les spécificités du territoire (pilote : CPTS) |
| **Programme Régional de Réduction du Tabagisme** | - Protéger les enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme<br>- Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage<br>- Surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac | - Mettre en œuvre une démarche « Collectivité territoriale sans tabac », à l'instar des « Lieux de santé sans tabac »<br>- Relayer l'opération « Moi(s) sans tabac », notamment auprès des femmes et femmes enceintes |
| **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis** | - Parcours de santé des migrants<br>- Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles<br>- Prévenir les situations de rupture | - Soutenir la mise en place de structures communautaires et de groupes d'entraides<br>- Faciliter l'accès aux droits et au suivi social des personnes vulnérables<br>- Proposer le transport des personnes présentant des difficultés de mobilité vers les structures de prévention et dépistage<br>- Favoriser l'accès à la santé des parents en situation d'isolement : halte-garderie itinérante |

| Axe ou programme | Priorités | Exemples d'actions |
|---|---|---|
| **Evolution de l'offre médico-sociale - Personnes handicapées et personnes âgées : approche globale et inclusive** | - Promouvoir le développement d'une offre adaptée aux personnes en situations de handicap<br>- Soutien et accompagnement des aidants<br>- Repérage précoce des personnes âgées fragiles<br>- Inclusion des jeunes en situation de handicap | - Aménager les locaux, mobilier et les infrastructures urbaines<br>- Aménagements urbains<br>- Développer l'inclusion scolaire, culturelle et sportive<br>- Adapter les transports<br>- Organiser un parcours ateliers santé seniors<br>- Développer les cafés des aidants<br>- Mettre en place un service itinérant d'accueil et d'animation pour personnes âgées fragilisées, isolées et/ou en perte d'autonomie<br>- Favoriser l'accès aux équipements et manifestions pour tous<br>- Lutter contre les stéréotypes et la stigmatisation auprès des jeunes via les parcours éducatifs citoyens<br>- Sensibiliser les habitants à la différence et au handicap<br>- Favoriser l'inclusion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap dans la société et le monde « ordinaire du travail » |
| **Santé mentale** | - Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques<br>- Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques | - Mettre en place un Conseil Local en Santé Mentale<br>- Lutter contre la stigmatisation relative aux troubles psychiques<br>- Constituer et animer un groupe d'appui en santé mentale des adolescents |

### Le Plan santé du Conseil régional

| Axe | Priorités | Exemples d'actions |
|---|---|---|
| **Attractivité du territoire** | Développer l'accueil de professionnels et de leur famille | - Sessions d'accueil<br>- Vidéos promotionnelles<br>- Pack d'accompagnement |
| **Accès aux soins** | Soutien aux structures d'exercice regroupé<br>Expérimentation du salariat<br><br><br>E-santé | - Sensibilisation / accompagnement des collectivités porteuses de projets<br>- Mobilisation de la Fédération des Maisons et Pôles de Santé<br>- Articulation avec les CPTS<br>- Relais d'information, expérimentations |
| **Maintien à domicile** | Formations sanitaires et sociales | - Sensibilisation aux métiers d'aide-soignant |
| **Prévention et promotion de la santé** | Plan santé environnement<br>Sport santé<br><br>Stratégie régionale de l'alimentation<br><br>Santé des jeunes (lycéens et apprentis) | - Actions de sensibilisation<br>- Organisation d'évènements sport santé<br>- Coopération à la mise en place de projets alimentaires territoriaux, sensibilisation dans les écoles ; établissements…<br>- Accompagnement – mise en relation de personnes ressources du territoire avec les lycées ou CFA pour association à la réponse aux appels à projets de la Région |

# Partie 4 : Contacts et ressources méthodologiques

## Appui méthodologique

### La Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

Créée en 2005, la FRAPS est une association loi 1901 qui a pour objectif général de développer la promotion de la santé en région Centre-Val de Loire. Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, de la prévention et de l'éducation pour la santé.

**Contact FRAPS Région CVL :**
Mme Héloïse VERCIER, chargée de mission :
heloise.vercier37@frapscentre.org ;
02 47 25 52 88

### L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

L'IREPS est porté par la Fédération Régionales des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS). Ses missions sont déterminées dans une convention-cadre avec l'ARS qui a pour objectifs :

- D'améliorer le service rendu à la population de la région dans le champ de l'éducation pour la santé généraliste et de la promotion de la santé ;
- D'accroître l'efficacité et l'efficience des actions d'éducation pour la santé généraliste et de promotion de la santé dans le cadre du Projet Régional de Santé.

L'IREPS est présente dans chaque département par ses antennes territoriales. Chaque antenne a pour mission d'accompagner les acteurs du territoire et de proposer des ressources notamment par les actions suivantes :

- Conseil et accompagnement méthodologique
- Activité documentaire
- Soutien à l'innovation
- Formations
- Appui aux diagnostics (connaissance des acteurs et des actions en promotion de la santé sur le territoire)
- Appui aux démarches territoriales
- Coordinations départementales des acteurs et des actions en éducation et promotion de la santé.

L'IREPS est donc un interlocuteur incontournable dans la mise en œuvre d'un CLS. Il est attentif aux demandes et besoins d'appuis méthodologiques des coordinateurs des CLS directement, des porteurs d'actions du CLS.

Elle est en charge de l'animation régionale du réseau des coordinateurs de CLS.
Ses missions s'inscrivent dans un rôle d'expertise de la promotion de la santé et de coordination régionale.

**FRAPS Région CVL (siège et formations) :**
9 place Anne de Bretagne
37000 Tours
02 47 37 69 85
contact@frapscentre.org

**Coordonnées des antennes FRAPS IREPS :**

**Antenne du CHER :**
17 allée René Ménard, 18000 BOURGES
Tel : 02 48 24 38 96, antenne18@frapscentre.org,

**Antenne d'EURE-ET-LOIR :**
55 rue du Grand Faubourg
Tel : 02 37 30 32 66, antenne28@frapscentre.org,

**Antenne de l'INDRE :**
79-81 rue de la Poste, 36000 CHATEAUROUX
Tel : 02 54 60 98 75, antenne36@frapscentre.org,

**Antenne d'INDRE ET LOIRE :**
54 rue Walvein, 37000 TOURS
Tel : 02 47 25 52 83, antenne37@frapscentre.org,

**Antenne du LOIR-ET-CHER :**
34 avenue Maunoury, 41000 BLOIS
Tel : 02 54 74 31 53, antenne41@frapscentre.org,

**Antenne du LOIRET :**
27 avenue de la Libération, 45000 ORLEANS
Tel : 02 38 54 50 96, antenne45@frapscentre.org,

### L'espace de travail collaboratif (Resana) :

Un espace de travail partagé dédié aux CLS a été mis à disposition par l'ARS. Cet espace est accessible aux seuls membres dont la liste est définie par l'ARS. Y ont accès :

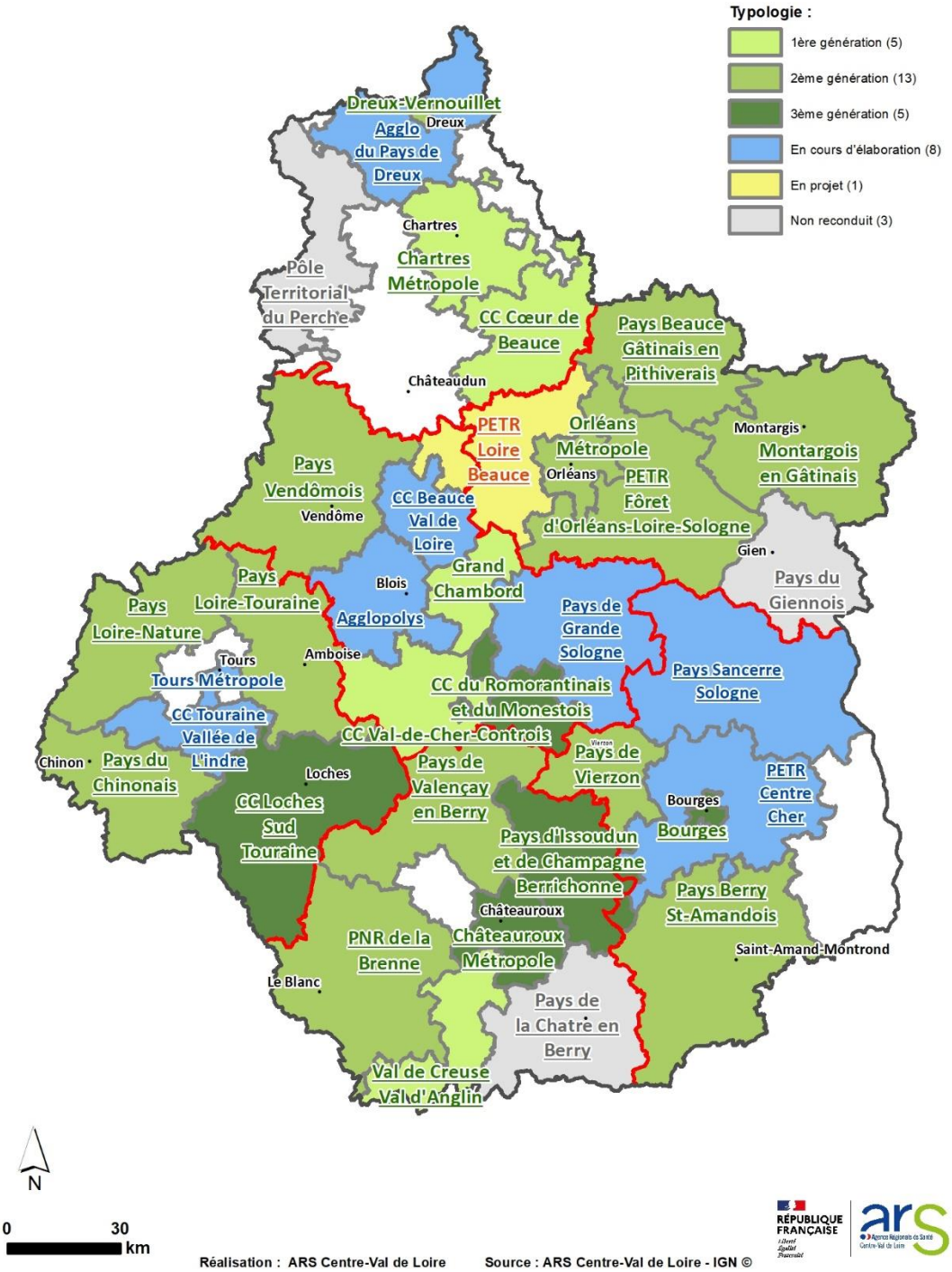
- Les coordinateurs de CLS ;
- Les référents CLS des délégations départementales et du siège de l'ARS ;
- Les responsables des antennes départementales et régional de la FRAPS.

L'espace partagé propose plusieurs rubriques alimentées par l'ensemble des membres :

- Actualités
- Agenda
- Documents du réseau
- Documents thématiques
- Outils méthodologiques
- Annuaire
- Forum

La demande d'accès à Resana est à effectuer auprès du Département Prévention et Promotion de la Santé et Education Thérapeutique de l'ARS :
**ars-cvl-pps@ars.sante.fr**

## Les contrats locaux de santé (CLS) - Novembre 2022



# Pour prendre contact avec l'ARS Centre-Val de Loire :

**Direction Départementale du Cher**
Tél. : 02.38.77.33.00
Contact : ars-cvl-dd18@ars.sante.fr

**Direction Départementale d'Eure-et-Loir**
Tél. : 02.38.77.33.33
Contact : ars-cvl-dd28@ars.sante.fr

**Direction Départementale de l'Indre**
Tél. : 02.38.77.34.00
Contact : ars-cvl-dd36@ars.sante.fr

**Direction Départementale d'Indre-et-Loire**
Tél. : 02.38.77.34.34
Contact : ars-cvl-dd37@ars.sante.fr

**Direction Départementale du Loir-et-Cher**
Tél. : 02.38.77.34.56
Contact : ars-cvl-dd41@ars.sante.fr

**Direction Départementale du Loiret**
Tél. : 02.38.77.32.32
Contact : ars-cvl-dd45@ars.sante.fr

**Siège de l'ARS**
Tél : 02.38.77.32.32
Contact : ars-cvl-pps@ars.sante.fr

***« Plus qu'une politique de santé, il s'agit d'inscrire la santé dans toutes les politiques publiques »***
***Projet régional de santé***
***Centre-Val de Loire***

Document réalisé par l'ARS en collaboration avec l'ensemble des partenaires.
**Mise à jour : novembre 2022**





ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire