Les contrats locaux de santé en quête de sens

Françoise Jabot, Anne Laurent

Dans Santé Publique 2018/2 (Vol. 30), pages 155 à 156
Éditions S.F.S.P.

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.182.0155

Article disponible en ligne à l'adresse
https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-155.htm

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 18/10/2023 sur www.cairn.info via Promotion Santé HDF (IP: 185.181.155.27)

Les contrats locaux de santé en quête de sens

Instaurés par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de juillet 2009 [1] et destinés à faire converger politique régionale des Agences Régionales de Santé (ARS) et initiatives locales, les contrats locaux de santé ont-ils effectivement permis de faire « un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé » [2] ? Si la loi a fourni la formule (un contrat), le mode d'emploi (le kit de montage), elle n'a pas pour autant livré toutes les clés, accordant aux acteurs une certaine marge de manœuvre pour dessiner leur modèle. Ainsi, une première génération de CLS a vu le jour, avec des éclosions plus ou moins rapides – voire forcées – selon les régions, et des produits aux contours et contenus variés.

Dans l'esprit de la Loi, le contrat local de santé, construit à partir d'une démarche collective et participative, vise conjointement la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la construction d'une offre de santé de proximité en coordonnant l'action des ARS et des collectivités territoriales dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social. Cependant, malgré ce cadre commun, les représentations du CLS sont loin d'être homogènes. Si pour les uns, il constitue un outil de partenariat voué à fédérer un ensemble d'acteurs sur les enjeux de santé d'un territoire, pour d'autres, c'est un instrument de programmation dont les finalités mériteraient d'être davantage clarifiées. Le contenu du CLS est-il le dénominateur commun des actions partagées entre ses signataires, un choix négocié sur des priorités communes, tantôt thématiques tantôt populationnelles, ou le réceptacle d'un ensemble d'orientations à mettre en œuvre ? Sa traduction écrite témoigne de cette hybridation, une forme administrative formalisant les engagements des signataires, complétée d'un document plus conséquent détaillant un catalogue d'une ou plusieurs dizaines d'actions classées selon une architecture plus ou moins complexe, entremêlant axes thématiques, priorités, objectifs stratégiques et autres cadres classificatoires. À l'instar de leurs ancêtres, les projets régionaux de santé de la fin des années 90 ou les plans régionaux de santé publique des années post 2004, ces « programmes » de première génération, fruit d'une négociation entre des institutions d'échelles différentes, couvrent un champ vaste, incluent une multitude d'actions au risque, à force de compromis, de perdre lisibilité et cohérence. Tant l'emboîtement de multiples dispositifs sur les territoires de proximité (ateliers santé ville, volet santé des contrats de ville, groupements hospitaliers de territoire…) que la diversité des découpages selon les domaines et les politiques (éducation, environnement...) contribuent à brouiller le paysage et rendent particulièrement complexes la réflexion et l'action intersectorielle. À l'heure de leur évaluation – et de la question cruciale de leur renouvellement –, les acteurs, quels que soient les territoires, partagent les mêmes questionnements, sur la nature, le périmètre, le sens et l'ingénierie du CLS.

À l'épreuve du terrain, nous pouvons dresser le constat, certes empirique, d'un dispositif souvent fragilisé par un certain nombre d'éléments, eux-mêmes liés à une interprétation particulière du cadre du contrat et de ses modalités de mise en œuvre.

La place des coordinateurs tout d'abord, souvent très impliqués dans leur territoire auprès des acteurs de terrain, mais aussi parfois en difficulté dans la recherche d'une nécessaire articulation entre les élus de ce même territoire et les ARS. Faute d'une implication politique forte dans certains territoires, ou faute d'une réelle place faite par les ARS aux élus dans d'autres, les coordinateurs deviennent des animateurs jouant eux-mêmes la partition là où ils devraient être chefs d'orchestre. Ils ne sont plus alors que des opérateurs de la politique régionale de santé en charge de sa déclinaison au niveau local, et non des professionnels d'interface, en charge de construire une politique locale singulière mais néanmoins cohérente avec les priorités régionales.

La place des usagers ensuite, pour laquelle il reste encore un long chemin à parcourir avant que leur participation se généralise au-delà des diagnostics territoriaux pour lesquels ils sont consultés, mais rarement associés à la décision. La mesure de leur « participation » reste encore trop souvent confondue avec le nombre de personnes rejointes par les actions du CLS.

La question de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, enfin, pour laquelle, compte tenu des territoires engagés, il va de soi pour certains opérateurs que le CLS est de fait, un outil contribuant à la réduction de ces inégalités, et que cela ne nécessite pas ou peu de réflexion complémentaire sur les stratégies mises en œuvre pour agir, notamment sur les déterminants de santé.

Pourtant, en dépit de ces faiblesses, le dispositif des CLS est peu contesté voire plébiscité. Cette plateforme de travail collectif, encore à investir pleinement, devrait permettre de fonder une action publique en santé en travaillant sur les déterminants de santé et de réinterroger les racines des inégalités sociales et territoriales de santé – même si l'approche conceptuelle mérite encore d'être clarifiée –. Elle constitue une opportunité dont il faut se saisir pour créer des passerelles entre des institutions, des milieux, des secteurs de politiques souvent cloisonnés et des cultures parfois éloignées, articuler un ensemble de dispositifs et progresser dans la mise en œuvre de la démocratie en associant les habitants à la réflexion.

Instruits d'une première expérience, les CLS de seconde génération – voire de troisième – s'annoncent mieux structurés et plus recentrés. Cependant, il apparaît nécessaire de poursuivre un travail de plaidoyer auprès des élus afin que les contrats locaux prennent tout leur sens et jouent leur rôle d'interface. Cela passe sans doute par une explicitation des enjeux reliés à la question des inégalités sociales de santé, et particulièrement du rôle essentiel des collectivités territoriales dans ce domaine au-delà de la « simple » organisation d'une offre de soins de qualité. Il est aussi indispensable d'interroger les moyens mis en œuvre dans les territoires pour que les coordinateurs disposent du temps et de la légitimité nécessaires à l'exercice de leurs missions ; il est peut-être temps aussi de donner des outils et de proposer des stratégies opérationnelles aux acteurs pour que l'implication des habitants se poursuive au-delà des diagnostics. Mais cela implique en amont, de redéfinir « ce que projet participatif veut dire ».

Après la formule et le kit, le temps est venu de construire et de donner quelques repères pour accompagner la dimension opérationnelle des CLS. Ce cadre a le grand mérite d'exister et ne pas le renouveler reviendrait à laisser les acteurs sans repères pour organiser une réflexion et une action communes. Parce qu'il est issu d'une concertation large et respectueuse des spécificités des territoires et d'un travail collégial, il crée les conditions favorables à l'élaboration d'une politique locale de santé. La première vague a permis de valoriser ce dispositif et de permettre l'adhésion et le ralliement des acteurs. Le défi de la seconde sera d'adapter les outils et les moyens aux ambitions, de maintenir dans la durée et renforcer les dynamiques enclenchées et de définir non plus seulement des actions mais une politique commune.

Françoise Jabot,
Rédactrice en chef adjointe
EHESP – Avenue Léon Bernard – 35043 Rennes cedex

Anne Laurent,
Rédactrice associée
Chef de projets SFSP

Références

1. Lettre-circulaire interministérielle n° DGS/DIV/DP1/2009/68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. Paris : Ministère de la santé et des ports, Secrétariat d'État chargé de la politique de la ville, 2009. 2 p. [Visité le 25/03/2018]. En ligne : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_2781.pdf.
2. Fleuret S. Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Sci Soc Santé. 2016;34(2):107-15.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 18/10/2023 sur www.cairn.info via Promotion Santé HDF (IP: 185.181.155.27)