Rapport final sur le 1er mandat CLS DIREES

Impact du dispositif Contrat Local de Santé sur la capacité locale d'action dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé-environnement dans les Régions Bretagne et Pays de la Loire

Septembre 2022
Rennes, EHESP, département SHS

Dieinaba Diallo, ingénieure d'étude et coordinatrice du projet
Yann Le Bodo, ingénieur de recherche
Eric Breton, enseignant-chercheur et responsable du projet

EHESP

direes
Comprendre pour agir en santé

Remerciements

Nos plus sincères remerciements aux équipes des ARS Bretagne et Pays de la Loire pour leur confiance dans l'octroi de ce mandat et pour leur soutien dans sa mise en œuvre. La réalisation de cette expertise n'aurait pas été possible sans le temps que nous ont accordé les équipes de coordination, les élus et partenaires des contrats locaux de santé. Nous sommes également redevables au soutien et aux éclairages apportés par les membres du comité de pilotage du Dispositif inter-régional de recherche, d'évaluation et d'expertise en santé (Direes). Les résultats d'analyse présentés dans ce rapport ont également bénéficié des travaux du projet CLoterreS (BRETON-AAP16-PREV-16) financé par les partenaires concernés de l'IReSP dans le cadre de l'appel à projets Général 2016 - Volet Prévention.

Table des matières

Remerciements 1
Synthèse du rapport 4
1. Introduction 7
1.1 Le Dispositif inter-régional de recherche, d'évaluation et d'expertise en santé (Direes) 8
1.2 Le mandat CLS du Direes et objectifs de l'étude 8
2. Méthodologie 9
3. Résultats 11
3.1 Le champ d'action des CLS des régions Bretagne et Pays de la Loire 11
3.1.1 Portrait des CLS actifs sur le territoire inter-régional 11
3.1.2 Les thématiques de promotion de la santé dans les CLS étudiés 15
3.1.3 Les thématiques de santé-environnement dans les CLS étudiés 17
3.2 Les retombées des CLS sur leur territoire : Etude de cas de 12 CLS 18
3.2.1 Profil des CLS sélectionnés par région 18
3.2.2 Les bénéfices associés au développement d'un CLS 21
3.2.3 La contribution et l'influence du pilotage de l'ARS dans la conduite du CLS 23
4. Discussion 23
5. Références 31
6. Annexes 34
6.1 Méthodologie de collecte et d'analyse des résultats 34
6.1.1 Chantier 1 : Analyse documentaire des CLS 34
6.1.2 Chantier 2 : Analyse approfondie sur n = 12 CLS 36
6.2 Les Contrats locaux de santé répertoriés dans les deux régions 44
6.3 Synthèse des caractéristiques des CLS – analyse du contenu des contrats (chantier 1) 46

6.4 Guide d'entretiens - structure porteuse du CLS 50
6.5 Guide d'entretien – porteur / partenaire d'action 52
6.6 Guide d'entretien – Référents en Délégation Territoriale d'ARS 54

Table des illustrations et tableaux

Figure 1 Liens entre les objectifs, les chantiers et les étapes de l'étude 9
Figure 2 : Année de signature des CLS (n=16 en Bretagne et n=15 en Pays de la Loire) 12
Figure 3 : Type de collectivité porteuse du CLS 12
Figure 4 : Signataires du CLS sur le territoire inter-régional (n=16 en Bretagne, n= 15 en Pays de la Loire) 13
Figure 5 : Génération du CLS sur le territoire inter-régional 14
Figure 6 : Participation d'un prestataire et / ou des habitants lors de l'élaboration du diagnostic 14
Figure 7 : Préexistence de dispositifs locaux de santé sur le territoire inter-régional 15
Figure 8 : Nombre de CLS abordant au moins une fois les thématiques de la promotion de la santé dans une ou plusieurs fiches (n=16 en Bretagne et n=15 en Pays de la Loire) 16
Figure 9 : Nombre de CLS abordant diverses sous-thématiques en santé-environnement (n=16 en Bretagne et n=15 en Pays de la Loire) 17
Figure 10 : Facteurs susceptibles d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre d'un CLS 37

Tableau 1 Décompte par région et type d'acteurs des répondants rencontrés 10
Tableau 2: Inventaire des CLS sur le territoire inter-régional 11
Tableau 3 : Profil des CLS sélectionnés en Bretagne 18
Tableau 4 : Profil des CLS sélectionnés en Pays de la Loire 19
Tableau 5 : Liste de CLS sélectionnés pour les entretiens semi-directifs en Bretagne 39
Tableau 6 : Liste de CLS sélectionnés pour les entretiens semi-directifs en Pays de la Loire 40
Tableau 7: Canevas investigatif 43
Tableau 8 CLS de la région Bretagne 44
Tableau 9 CLS de la région Pays de la Loire 45

Citation suggérée

Diallo, D., Le Bodo, Y., & Breton, E. (2022). *Impact du dispositif Contrat Local de Santé sur la capacité d'action dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé environnement dans les Régions Bretagne et Pays de la Loire. Rapport final sur le 1er mandat CLS du Direes*. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, ARS Bretagne et ARS Pays de la Loire. Rennes.

Glossaire

AMF : Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité

ASV : Atelier santé ville

CLS : Contrats locaux de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

DSS : déterminants sociaux de la santé

EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale

PAT : Projet alimentaire territorial

PCAET : Plan climat-air-énergie territorial

PNNS : Programme national nutrition santé

PS : promotion de la santé

SE : santé-environnement

Synthèse du rapport

Présenté comme un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, on aurait tort de résumer le potentiel des contrats locaux de santé (CLS) à leur seul travail de coordination des actions menées à l'échelon local. Si l'on peut effectivement attendre de la mobilisation des acteurs d'un territoire un gain d'efficience par un travail de concertation évitant le déploiement d'initiatives redondantes, il faut aussi voir le CLS comme un dispositif de « santé dans toutes les politiques » susceptible d'impliquer des acteurs hors du champ socio-sanitaire. L'hétérogénéité des acteurs impliqués suggère qu'un CLS pourrait ainsi apporter des éléments de réponse à des problèmes complexes insolubles par un travail en silo.

Ce rapport, produit dans le cadre du premier volet du mandat CLS confié par les ARS de Bretagne et Pays de la Loire découlant du Dispositif inter-régional de recherche, d'évaluation et d'expertise en santé (Direes), avait pour visée générale d'offrir une meilleure appréhension de l'impact et de la plus-value en matière de promotion de la santé et de santé-environnement des CLS déployés sur leur territoire.

Ce travail s'appuie sur une méthodologie rigoureuse. En premier lieu, nous avons identifié les CLS actifs sur chaque territoire et avons dressé un portrait de leurs conditions d'élaboration et de leur plan d'action en matière de promotion de la santé et de santé environnement. Par la suite nous avons réalisé 24 entretiens auprès de coordinateurs, élus, agents d'ARS et porteurs d'actions impliqués dans une sélection de 12 CLS (6 par région) présentant des profils contrastés.

Ce rapport apporte des éléments de réponse à trois questions négociées avec les deux ARS.

Dans quelle mesure la mise en œuvre d'un CLS est un bon levier pour produire des actions recommandées en matière de promotion de la santé et de santé environnement ?

Au 30 avril 2020, nous avons recensés 17 CLS actifs en Bretagne et 16 en Pays de la Loire. Les CLS étaient majoritairement portés à l'échelle intercommunale. La plupart d'entre eux étaient des contrats de 1ère génération, signés ces dernières années, ce qui illustre une démarche en développement. Tout comme on l'observe à l'échelle nationale, les contrats bretons et ligériens sont significativement orientés vers la prévention et la promotion de la santé, avec des thématiques incontournables (action sociale, addictions, nutrition…) et d'autres plus occasionnelles (accès au logement, santé au travail, prévention des violences…). La santé-environnement est une thématique fréquente dans les CLS que nous avons étudiés. Dans les deux régions, le sujet apparait dans plus de 80% des CLS, sous la forme d'actions visant notamment la qualité de l'air, la lutte contre l'habitat indigne, la qualité des eaux et des sols.

L'analyse des actions fait ressortir que les CLS s'inscrivent dans un travail de prévention et de promotion de la santé qui investit non seulement les facteurs individuels que sont les connaissances, compétences, attitudes et le niveau de motivation mais aussi les environnements (milieux de vie) dans lesquels les publics visés évoluent. Ceci va dans le sens des recommandations internationales. Mais avec la part relative des actions incluant une composante agissant sur les ressources et barrières environnementales indique qu'il est encore possible de faire mieux.

On constate aussi un écart entre la planification et la mise en œuvre effective de certaines actions, ce qui appelle une réflexion particulière sur leur conception et leur suivi. Les entretiens font d'ailleurs ressortir un besoin d'accompagnement sur certaines thématiques ainsi que de soutien financier conséquent, que ce soit pour la réalisation du diagnostic, la coordination du contrat, son évaluation ou la mise en œuvre d'actions. Cela peut-être d'autant plus important que les ressources et contraintes des collectivités sont inégales.

Les CLS permettent-ils de faire émerger des dynamiques locales reposant sur l'implication d'acteurs dont la santé n'est pas le cœur d'activité ?

Nos résultats confirment non seulement le caractère hétérogène des acteurs mobilisés par les CLS mais aussi le rôle que peut jouer la coordinatrice du CLS dans le développement et l'animation de réseaux de collaboration entre ces acteurs.

Dans la mise en œuvre, les entretiens ont aussi montré que le CLS était apprécié en ce qu'il permet de de définir de nouvelles actions, des actions mieux adaptées à la réalité du territoire et, dans certains cas, de gommer les frontières administratives permettant ainsi de doter les actions d'un caractère intersectoriel et innovant.

Le CLS apparait être un moyen de favoriser le déploiement sur l'ensemble du territoire d'actions innovantes à plus petite échelle. La signature d'un CLS de 2ème génération peut favoriser ce mouvement, et s'accompagner d'un renforcement des activités de prévention et de promotion de la santé au fil du temps, ainsi que d'une meilleure implication de la population.

Plusieurs témoignages et articles scientifiques relèvent des cas de CLS qui ont permis d'élargir la vision des élus sur les déterminants de la santé, notamment au moment du diagnostic, et quand bien même celle-ci se concentrait plutôt initialement sur les enjeux de démographie médicale. Par ailleurs, lorsque le CLS favorise l'interconnaissance des acteurs et l'élargissement des réseaux professionnels, il est susceptible de faire évoluer les pratiques.

Le rôle du coordinateur, notamment sa capacité à impliquer une diversité d'acteurs publics, privés, associatifs dans une dynamique d'animation territoriale apparait déterminant mais empreint de difficultés : une réflexion sur le profil, la valorisation et la reconnaissance de ses compétences apparait donc essentielle.

Quels leviers et moyens, lors de la négociation puis lors de la mise en œuvre des CLS, permettent éventuellement d'y parvenir ?

Les coordonnatrices des CLS bretons et ligériens constituent de véritables têtes de réseaux qui favorisent l'interconnaissance entre les acteurs du territoire, et les collaborations intersectorielles. Elles favorisent le développement chez les élus d'une perspective large des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Le diagnostic apparait déterminant dans la définition des axes et thèmes qui feront l'objet de fiches action. Sa construction, les sources d'information consultées et les indicateurs utilisés, mettent en exergue certaines problématiques et peuvent donc amener à tenir plus ou moins compte des conditions de vie de la population.

Au-delà du portrait de santé auquel il permet d'aboutir, le diagnostic apparait également être un moment charnière pour insuffler une dynamique de travail collectif et d'appropriation du CLS lorsqu'il implique directement les acteurs du territoire. C'est aussi un moment important de mobilisation des expertises et de ressources.

En somme, loin d'être définitif, ce travail ouvre des pistes de réflexion qui sont creusées dans le deuxième volet du mandat du Direes qui a pour objet les porteurs d'action mobilisés dans le cadre des CLS.

1. Introduction

Le contrat local de santé (CLS) est une innovation importante du système de santé français. Issu de la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, ce dispositif s'appuie sur la collaboration entre une agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour renforcer l'action locale dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé, de l'accompagnement médico-social et de l'offre de soins.

Présenté comme un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, on aurait tort de résumer le potentiel des CLS à leur seul travail de coordination des actions menées à l'échelon local. Si l'on peut effectivement attendre de la mobilisation des acteurs d'un territoire un gain d'efficience par un travail de concertation évitant le déploiement d'initiatives redondantes, il faut aussi voir le CLS comme une stratégie potentielle dite de « santé dans toutes les politiques » impliquant des acteurs en dehors du secteur socio-sanitaire pouvant contribuer à l'amélioration des conditions de vie sur un territoire.

Contrairement à d'autres dispositifs locaux tels que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) mobilisant des professionnels de santé, le CLS implique une mobilisation d'acteurs beaucoup plus hétérogène. Cette hétérogénéité est susceptible de conférer aux CLS une capacité d'action sur des problèmes complexes se situant à l'interstice de différents domaines de compétences. Ainsi la mobilisation des ressources d'acteurs divers peut permettre d'apporter des solutions innovantes qui échappent au travail réalisé en silo. Par exemple, un travail de réflexion incluant les secteurs de l'éducation et des loisirs peut apporter des solutions contribuant à prévenir le décrochage scolaire et accroitre le niveau d'activité physique des jeunes. L'étude CLoterreS[1], qui a porté sur un échantillon national de CLS, a permis d'identifier plusieurs cas d'action dont la construction reposait sur un travail intersectoriel.

Dans ce rapport, nous présentons les résultats du premier volet des deux mandats d'étude des CLS confiés par les ARS Bretagne et Pays de la Loire dans le cadre du Dispositif inter-régional de recherche, d'évaluation et d'expertise en santé (Direes) animé par l'EHESP.

[1] L'étude CLoterreS (2017-2020) visait à analyser la déclinaison d'actions de prévention et de promotion de la santé à l'échelle locale à travers les CLS. CLoterreS se déclinait en 4 chantiers développés sur diverses bases conceptuelles, notamment l'approche écologique de la promotion de la santé.
Les résultats de l'étude ont permis dans un premier temps d'inventorier 165 CLS signés entre janvier 2015 et mars 2018 à l'échelle nationale. Dans un second temps, une étude descriptive sur un échantillon de 53 CLS a permis de faire ressortir la contribution potentielle des CLS en matière d'actions en prévention et promotion de la santé (y compris la santé-environnement).

1.1 Le Dispositif inter-régional de recherche, d'évaluation et d'expertise en santé (Direes)

En 2019, l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et les Agences régionales de santé des régions Bretagne et Pays de la Loire se sont associées pour mettre en place un dispositif inter-régional de recherche, d'évaluation et d'expertise en santé (Direes). C'est un outil qui a pour objectif de faciliter la collaboration entre chercheurs et décideurs sur les questions de santé publique.

Il vise trois objectifs généraux dont l'évaluation des dispositifs et des interventions déployées sur le territoire inter-régional et trois axes de travail : la promotion de la santé, la santé-environnement et l'offre sanitaire et médico-sociale. En 2020, lors de l'attribution de ce mandat, le dispositif soutenait 4 projets, incluant cette étude sur les contrats locaux de santé (CLS) qui capitalise sur l'expertise développée à l'EHESP dans le cadre de l'étude CLoterreS.

1.2 Le mandat CLS du Direes et objectifs de l'étude

Ce premier volet du mandat d'étude des CLS octroyé par les ARS Bretagne et Pays de la Loire dans le cadre du Direes visait une meilleure appréhension de l'impact et de la plus-value en matière de promotion de la santé et de santé-environnement des CLS déployés sur leur territoire. Outre l'importance d'une telle analyse pour guider les stratégies des ARS et l'allocation des ressources, soulignons qu'il y a aussi un intérêt scientifique national, alors que l'on en sait peu sur la contribution des CLS à l'amélioration de la santé des populations. Cette méconnaissance de cet aspect du dispositif a conduit les membres du Comité de Pilotage (COPIL) du Direes et auteurs de ce rapport à formuler les questions de départ suivantes dans le contexte de ces deux régions:

1. Dans quelle mesure la mise en œuvre des CLS est un bon levier pour produire des actions recommandées en promotion de la santé (actions sur les conditions de vie, y compris l'environnement) dont l'efficacité a été montrée par ailleurs ?
2. Les CLS ont-ils permis de faire émerger des dynamiques locales favorables à la promotion de la santé reposant sur l'implication d'acteurs dont la santé n'est pas le cœur d'activité (prise en compte des enjeux de santé dans les autres politiques telles que l'urbanisme, l'éducation, le logement, etc.) ?
3. Quels leviers et moyens, lors de la négociation puis lors de la mise en œuvre des CLS, ont permis d'atteindre ces éventuels résultats positifs ?

Pour répondre à ces questions, nous avons adopté les objectifs opérationnels suivants :

Objectif 1 : Produire un portrait descriptif du contenu des CLS de Bretagne et des Pays de la Loire avec un focus sur les actions visant la promotion de la santé et la santé-environnement

Objectif 2 : Identifier et évaluer, à travers un échantillon de CLS de Bretagne et des Pays de la Loire, les conditions d'opérationnalisation du CLS au regard des actions de promotion de la santé et de santé-environnement sur le territoire inter-régional

Objectif 3 : Evaluer la plus-value générée par le déploiement des CLS dans le paysage local en matière d'actions de promotion de la santé et de santé-environnement sur le territoire inter-régional

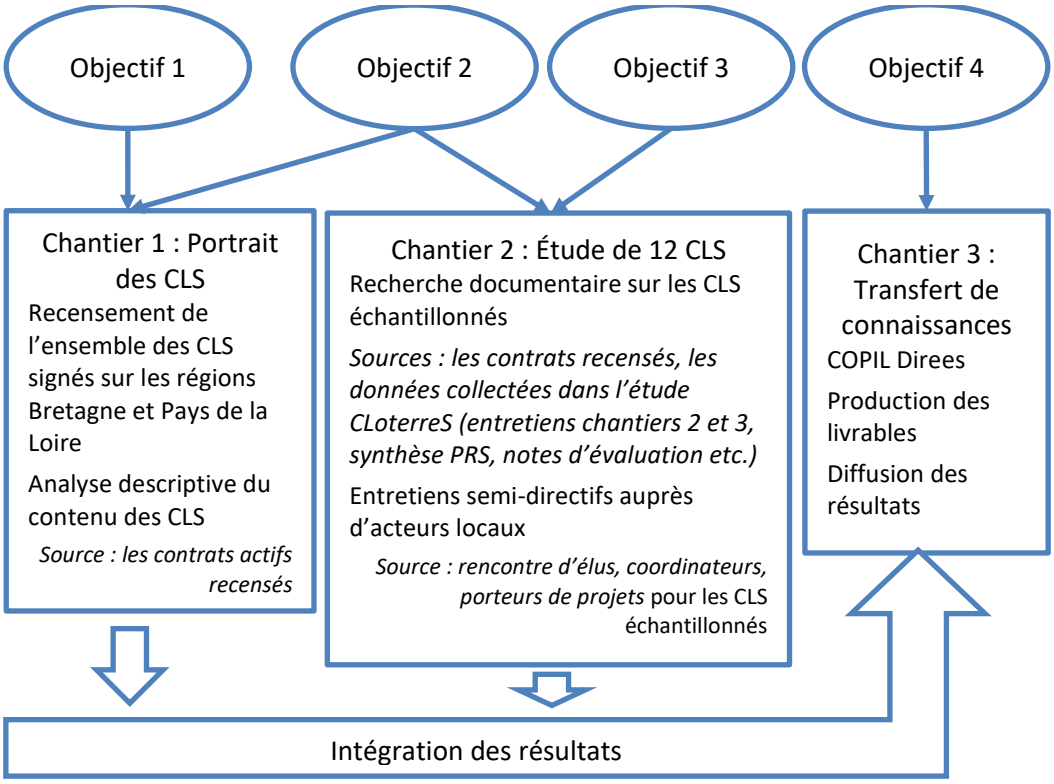
Objectif 4 : Assurer un transfert des connaissances produites vers la pratique en s'appuyant sur le COPIL du Direes.

Précisons qu'avec l'octroi du deuxième volet du mandat du Direes, l'équipe de recherche abordera davantage les aspects en lien avec l'objectif 3 dans un second rapport.

2. Méthodologie

Ces 4 objectifs ont constitué la base de notre plan de travail et se sont traduits en plusieurs chantiers subdivisés en différentes étapes (voir Figure 1). Une description détaillée de la méthodologie est présentée en annexe 6.1.

Figure 1 Liens entre les objectifs, les chantiers et les étapes de l'étude



De manière générale, ces chantiers visaient à apporter des éléments de réponse au souhait des ARS d'améliorer leur soutien aux collectivités territoriales que ce soit pour le développement ou la mise en

œuvre des CLS. Une visée secondaire propre à l'équipe de recherche était d'enrichir la littérature existante sur l'évaluation des CLS en matière d'actions de promotion de la santé et de santé-environnement.

Le premier chantier a consisté à répertorier, avec l'aide des ARS, l'ensemble des CLS signés entre 2012 et 2020 dans chacune des régions. Par ailleurs, pour les contrats repérés comme actifs, il s'agissait de caractériser le contenu de leur plan d'action en matière de promotion de la santé et de santé-environnement en s'appuyant sur l'instrument développé dans le cadre de l'étude CLoterreS.

Sur cette base, le second chantier a consisté à effectuer une sélection raisonnée de cas de CLS contrastés sur le plan contextuel et en matière d'actions planifiées afin de réaliser une étude de cas multiples à partir de documents et d'entretiens semi-directifs. Entre juillet et septembre 2020, nous avons ainsi réalisé 24 entretiens (en personne ou par téléphone, durée d'environ 60-90 minutes) dont 2 entretiens réunissant plusieurs répondants. Ces entretiens auprès d'acteurs locaux (entre 2 et 5 par CLS, incluant des coordinateurs, élus, référents en Délégation Territoriale (DT) d'ARS et porteurs / partenaires d'action) nous ont permis de recueillir les témoignages de 28 répondantes et répondants. Soulignons qu'en raison des contraintes qu'a posées la crise sanitaire sur notre campagne d'entretiens, nous n'avons pas été en mesure de réaliser les entretiens prévus auprès des porteurs d'action des CLS sélectionnés pour la région Pays de la Loire. Le Tableau 1 ci-dessous présente le décompte des entretiens réalisés par région et par type d'acteurs. Pour chaque CLS échantillonné, nous avons aussi sollicité l'accès à des documents (ex. rapports d'évaluation / bilans des CLS, diagnostics, etc.) permettant d'apporter des éléments de réponse en complément des entretiens semi-directifs.

Tableau 1 Décompte par région et type d'acteurs des répondants rencontrés

Répondants	Bretagne	Pays de la Loire	Total
Coordonnateurs	5	4	9
Elus	4	1	5
Porteurs de projets	7		7
Référents en DT ARS		6	6
Animateur territorial en DT ARS		1	1
TOTAL	16	12	28

Le troisième chantier visait à présenter les résultats intermédiaires et finaux de ce travail aux acteurs impliqués dans le DIREES, afin de bénéficier de regards extérieurs et professionnels sur le travail en cours et valoriser les enseignements que nous en avons retirés.

3. Résultats

3.1 Le champ d'action des CLS des régions Bretagne et Pays de la Loire

3.1.1 Portrait des CLS actifs sur le territoire inter-régional

Notre recension des CLS dans les deux régions nous a permis d'identifier 54 contrats signés de 2012 à 2020 (1ère, 2ème, 3ème génération confondues). Dans le Tableau 2, nous pouvons voir que de ce nombre, 33 étaient actifs au 30 avril 2020 dont 31 satisfaisant à nos critères d'inclusion. La liste complète des 54 CLS est présentée en annexe 6.2.

Tableau 2: Inventaire des CLS sur le territoire inter-régional

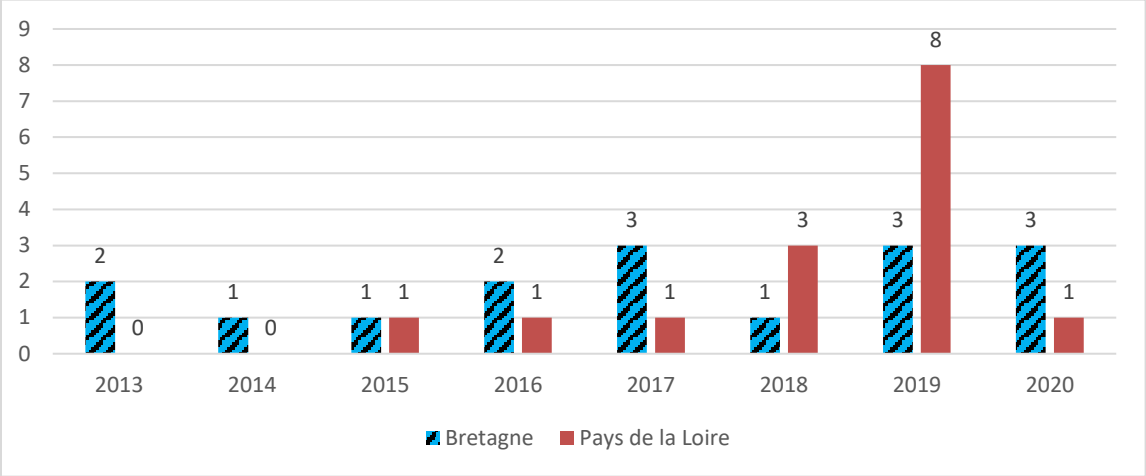
Région **Département (n°)**	Nombre des CLS signés de 2012 à 2020	Nombre des CLS actifs au 30 Avril 2020**
Bretagne	**25**	**17**
Côtes d'Armor (22)	9	6
Finistère (29)	5	3
Ille et Vilaine (35)	6	5
Morbihan (56)	4	2
Plusieurs départements	1	1
Pays de la Loire	**29**	**16**
Maine et Loire (49)	9	4
Vendée (85)	7	4
Mayenne (53)	4	4
Loire Atlantique (44)	6	2
Sarthe (72)	3	2

*** Des 20 CLS actifs recensés en Pays de la Loire, 4 se sont avérés non éligibles pour l'étude pour l'une ou l'autre des raisons suivantes : contrat en cours de correction, pas de fiches actions dans le document ou CLS en cours de renouvellement.*

La Figure 2 montre que la signature des CLS actifs étudiés est plutôt étalée dans le temps en Bretagne, avec un léger sucroit ces dernières années, tandis qu'en Pays de la Loire l'année 2019 se démarque (8 signatures). Parmi les CLS signés en 2015 en Bretagne et entre 2012 et 2014 en Pays de la Loire, on

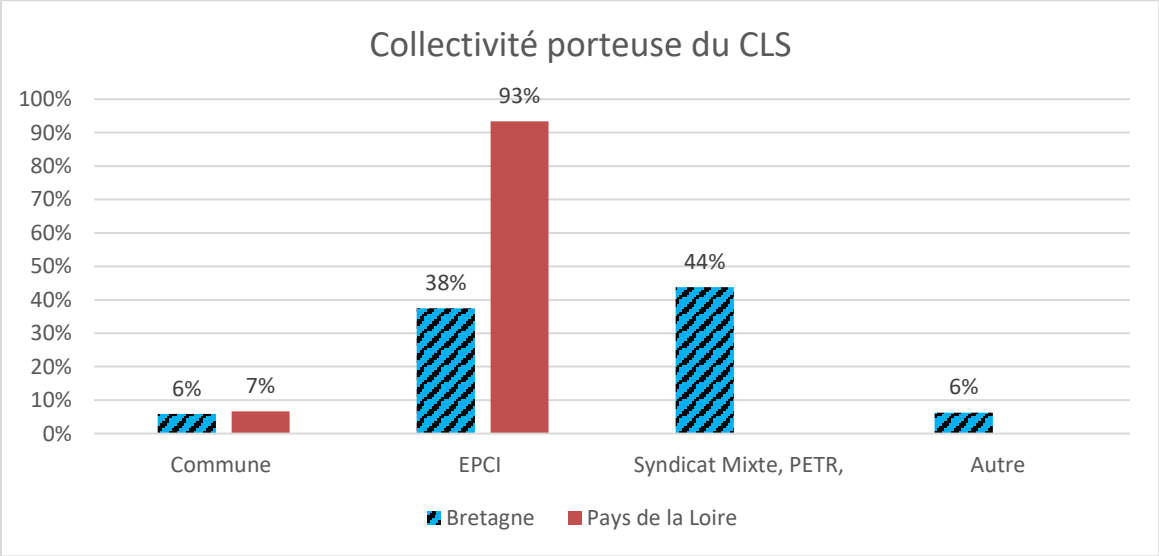
constate également que certains ne sont plus actifs. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas été prolongés ou renouvelés par la suite (voir annexe 6.1 et 6.2).

Figure 2 : Année de signature des CLS (n=16 en Bretagne et n=15 en Pays de la Loire)



Sur la Figure 3, on constate que le CLS est majoritairement porté à l'échelle intercommunale, souvent par un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) en Pays de la loire et par un pôle d'équilibre terriorial (PETR) ou un EPCI en Bretagne. Dans les deux régions, la commune est très rarement porteuse du CLS alors qu'au niveau national, 45% des CLS sont portés par une commune et 38% par un EPCI (travaux chantier 1, Projet CLoterreS).

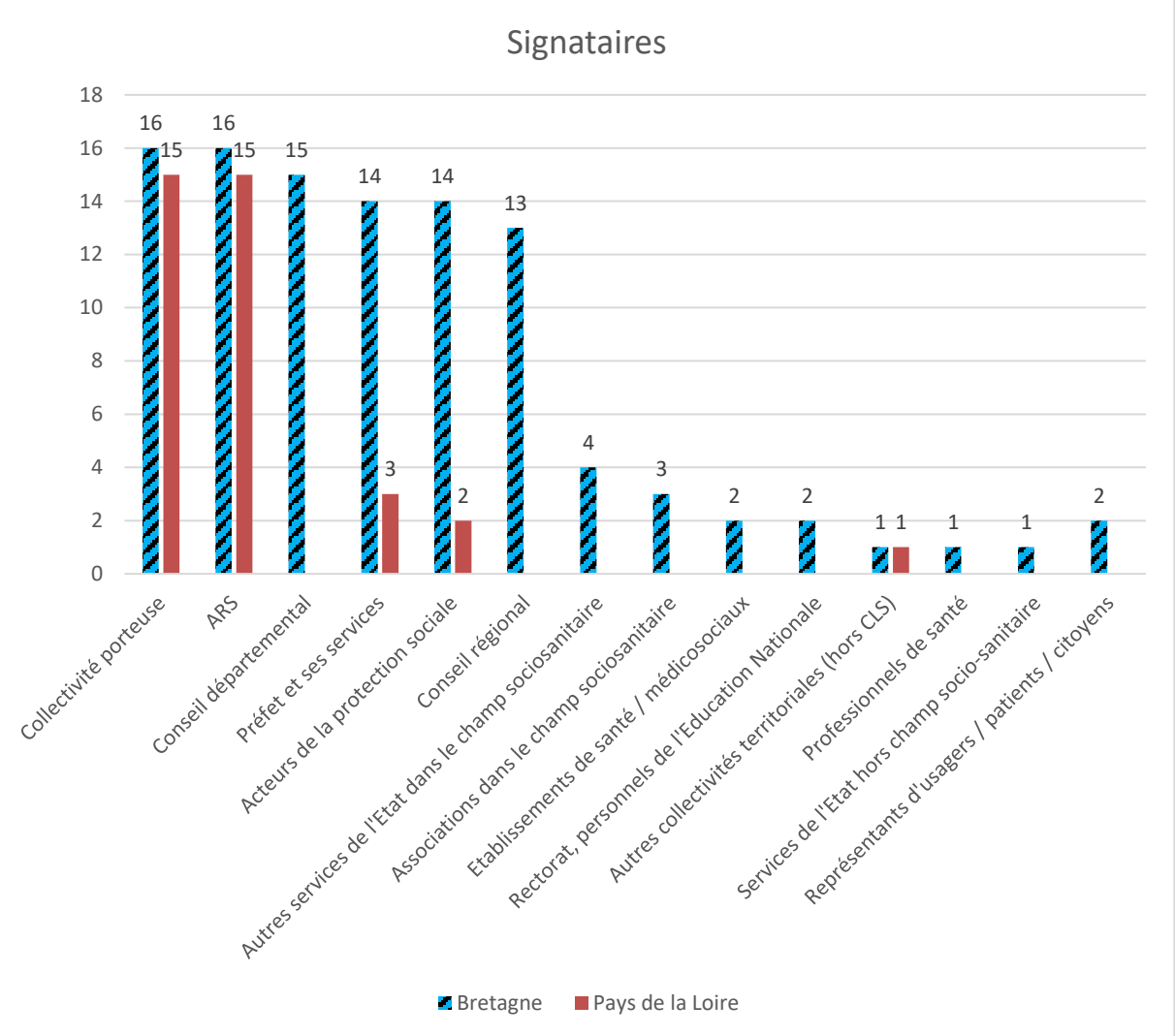
Figure 3 : Type de collectivité porteuse du CLS



La Figure 4 montre qu'en plus de l'ARS et de la collectivité porteuse, les acteurs qui sont fréquemment signataires du CLS en Bretagne incluent le Conseil départemental, les services de l'Etat (préfecture), les organismes de protection sociale (CPAM, CARSAT, MSA) ou encore le Conseil Régional. D'autres

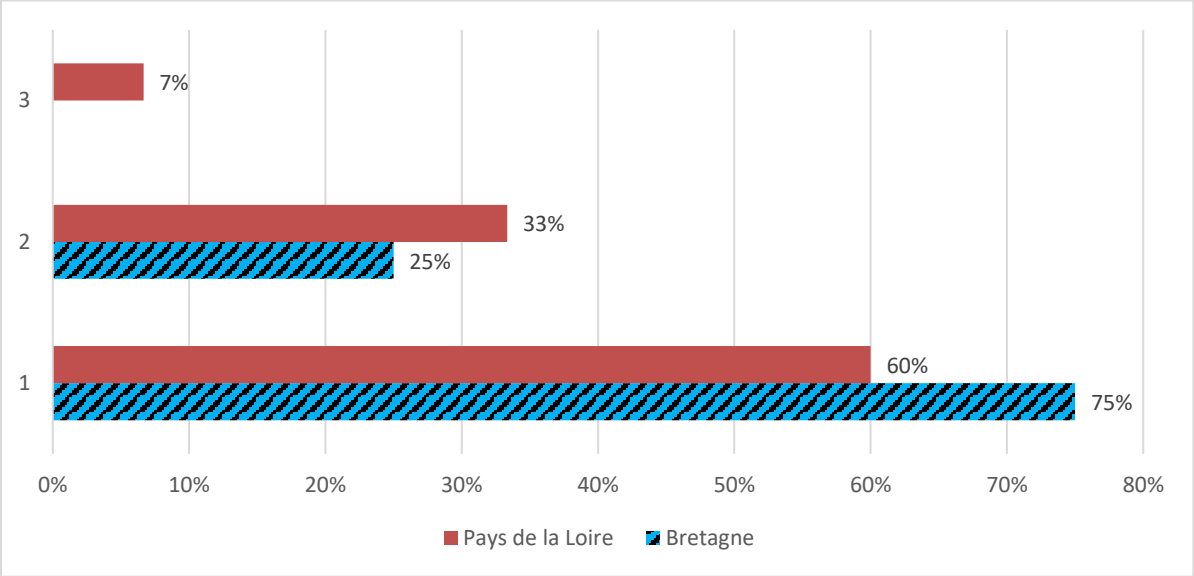
partenaires tels que les établissements / professionnels de santé ou de l'éducation nationale sont rarement signataires. En Pays de la Loire, les résultats suggèrent une différence de pratique, puisque la plupart des CLS ne sont signés que par l'ARS et la collectivité (15 cas). Dans de rares cas, le préfet (3 cas) et les acteurs de la protection sociale (2 cas) sont signataires.

Figure 4 : Signataires du CLS sur le territoire inter-régional (n=16 en Bretagne, n= 15 en Pays de la Loire)



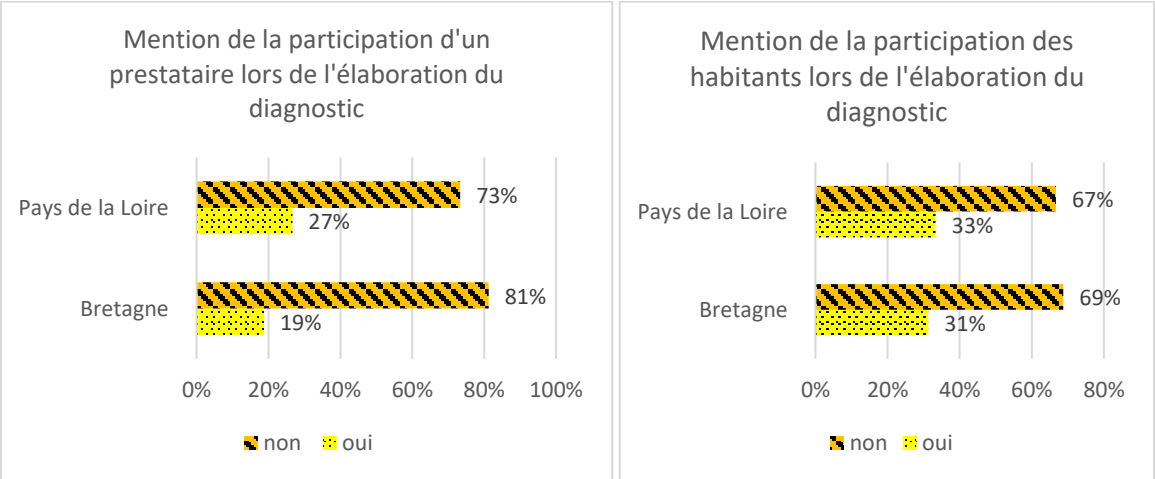
Un coup d'œil à la Figure 5 permet de voir que, sur le territoire inter-régional, la plupart des collectivités en sont à leur première expérience d'un CLS. En comparant les deux régions, on constate que le phénomène est un peu plus accentué en Bretagne avec 75% de CLS de première génération contre 60% en Pays de la Loire. Par ailleurs, on constate qu'il y a déjà un CLS de 3ème génération signé en Pays de la Loire (7%).

Figure 5 : Génération du CLS sur le territoire inter-régional



Sur le plan du diagnostic, on voit à travers la Figure 6 que la participation d'un prestataire est mentionnée dans 1/6 des cas en Bretagne et qu'elle l'est dans plus de ¼ des cas en Pays de la Loire. Rappelons qu'elle est observée dans 2/3 des cas au niveau national (travaux chantier 1, projet CLoterreS). Bien que l'implication de la population dans le diagnostic soit recommandée (Campagné et al., 2020), elle n'est mentionnée que dans environ un 1/3 de cas en Bretagne et en Pays de la Loire. Au niveau national, l'implication de la population est mentionnée dans 45% des CLS analysés (travaux chantier 1, Projet CLoterreS).

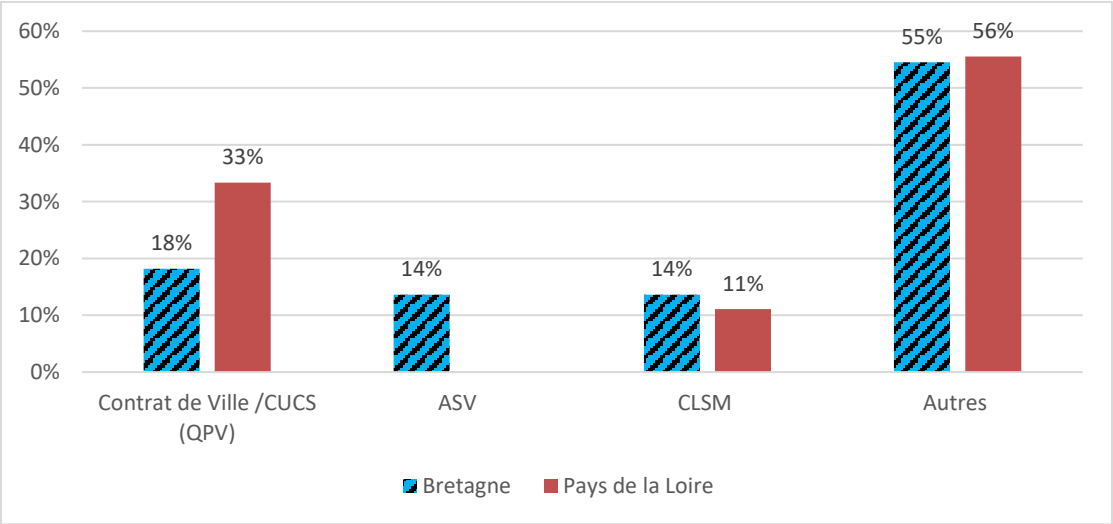
Figure 6 : Participation d'un prestataire et / ou des habitants lors de l'élaboration du diagnostic



La Figure 7 montre que sur le territoire inter-régional, le CLS est souvent articulé avec d'autres dispositifs et politiques publiques (politique de la ville, plan régional santé-environnement, projet alimentaire territorial, etc..). Ainsi, environ un tiers des CLS bretons et ligériens font référence à la

préexistence d'un contrat de ville ou d'un Atelier Santé Ville (ASV). Notons qu'au niveau national cette co-existence CLS / ASV est forte et correspond à près de la moitié des CLS, ce qui indique que d'autres régions, comme l'Ile de France par exemple, présentent une proportion plus élevée de CLS signés sur des territoires incluant des quartiers prioritaires en politique de la ville (travaux chantier 1, projet CLoterreS).

Figure 7 : Préexistence de dispositifs locaux de santé sur le territoire inter-régional



Légende : CUCS : contrats urbains de cohésion sociales ; QPV : quartiers prioritaires de la ville, ASV : atelier santé ville ; CLSM : contrat local de santé mentale, autres : projet territorial de santé, animation territoriale de santé, plan d'alimentation territorial

3.1.2 Les thématiques de promotion de la santé dans les CLS étudiés

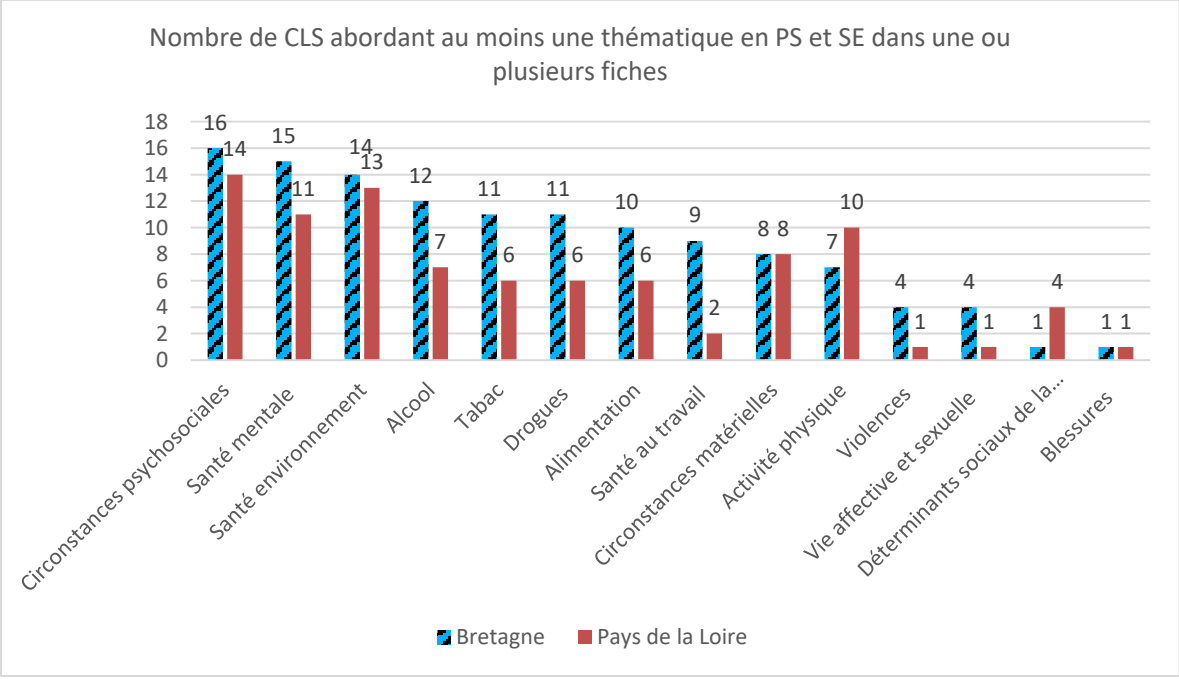
La Figure 8 présente les thématiques de promotion de la santé (y compris en santé-environnement) faisant l'objet principal d'au moins une fiche action par CLS. Avant de se pencher plus particulièrement sur la thématique santé-environnement, relevons que :

- Les actions ciblant les circonstances de vie psychosociales et socio-environnementales sont omniprésentes dans les CLS des deux régions. Par exemple, on retrouve des actions planifiées en matière de développement des compétences psychosociales chez les jeunes, le soutien à la parentalité, le soutien aux aidants etc. Les actions visant les circonstances de vie matérielles, par exemple pour favoriser la mobilité ou l'accès au logement sont un peu moins ciblées. Les déterminants sociaux de la santé dits « structurels » (par ex. l'éducation, le genre, l'emploi) font peu l'objet de fiches action dans les deux régions.
- En parallèle, la santé mentale est fréquemment ciblée dans les plans d'actions (15 CLS en Bretagne et 11 en Pays de la Loire). Les actions visent généralement la création d'un conseil

local en santé mentale, ou encore la prise en charge du suicide ou de la souffrance psychique.

- Les actions visant à prévenir le tabagisme, l'abus d'alcool et la consommation de drogues sont souvent planifiées conjointement sous le thème « prévention des addictions » ou encore « prévention des comportements à risques ». De même, les actions visant l'activité physique et l'alimentation sont fréquemment abordées dans la même fiche action.
- De manière générale, pour les 4 facteurs de risque majeurs que sont le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique, on retrouve surtout dans les fiches codées des actions qui visent directement l'individu à travers des ateliers, des conférences, des débats, etc. ou des actions ciblées requérant l'intervention des services de santé. D'autres actions visent à générer des changements au niveau des environnements, notamment l'environnement interpersonnel (ex. famille), médical (réseaux de professionnels de santé), social et éducatif (ex. équipes éducatives en milieu scolaire ou périscolaire) pour impulser un changement de comportement ou de pratique dans l'entourage des individus.
- La thématique de santé au travail fait plutôt fréquemment l'objet de fiches action en Bretagne (9 CLS) alors que c'est peu le cas en Pays de la Loire. Dans les deux régions, la prévention des violences, la vie affective et sexuelle, la prévention des blessures et des chutes font rarement l'objet de fiches actions en tant que telles.

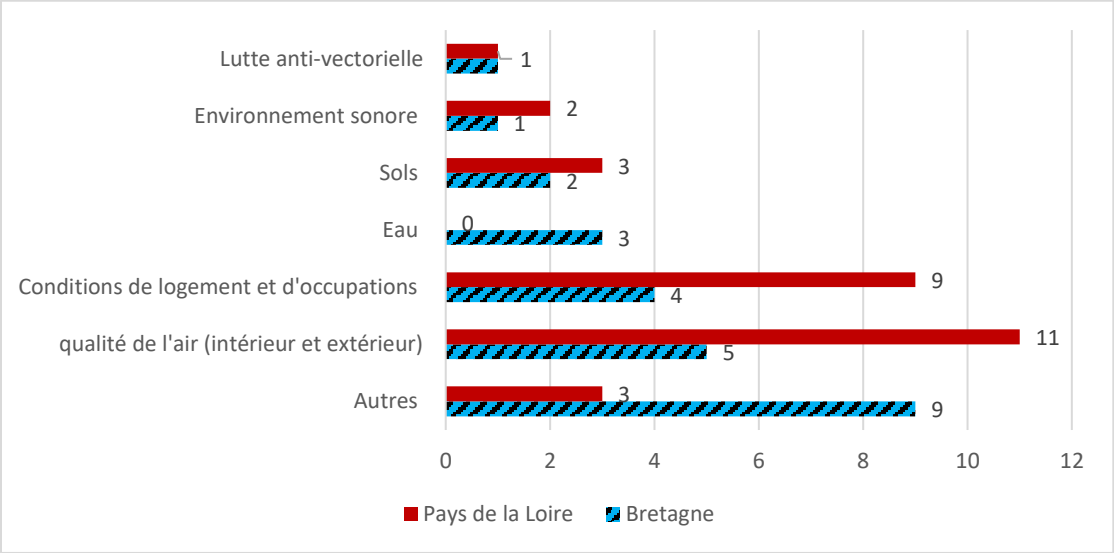
Figure 8 : Nombre de CLS abordant au moins une fois les thématiques de la promotion de la santé dans une ou plusieurs fiches (n=16 en Bretagne et n=15 en Pays de la Loire)



3.1.3 Les thématiques de santé-environnement dans les CLS étudiés

La Figure 8 montre que la santé-environnement est une thématique fréquemment ciblée dans les CLS sur le territoire inter-régional. Dans la plupart des cas, les intitulés d'actions renvoient à plusieurs sous-thématiques, qui ont toutes été codées (voir Figure 9). Les actions ciblent surtout la qualité de l'air (notamment la lutte contre le radon) et la lutte contre l'habitat indigne, thématiques particulièrement fréquentes dans les CLS ligériens. D'autres thèmes comme la qualité de l'eau et des sols sont aussi parfois visés. Parmi les « autres » objets, on identifie notamment des actions transversales consistant à élaborer un diagnostic en santé-environnement ou portant plus rarement sur la biodiversité.

Figure 9 : Nombre de CLS abordant diverses sous-thématiques en santé-environnement (n=16 en Bretagne et n=15 en Pays de la Loire)



Légende : Eau : eau potable, eaux usées, eau douce, eaux côtières ; Autres : le rayonnement des UV, les épisodes de températures extrêmes, des champs électromagnétiques, des accidents en milieux naturels, des risques naturels majeurs, la biodiversité, le réchauffement climatique et le développement des énergies renouvelables, l'éducation, de la sensibilisation et du renforcement des capacités abordant diverses problématiques de santé-environnement et d'autres problématiques de santé.

En somme, en Bretagne et en Pays de la Loire respectivement, les thématiques telles que les circonstances psychosociales et socio-environnementales (16 et 14 CLS), la santé mentale (14 et 11 CLS) et la santé-environnement (13 et 13 CLS) sont fréquemment abordées dans le CLS. Les actions visant les circonstances de vie matérielles font l'objet d'au moins une fiche action dans environ 1 CLS sur 2, en Bretagne comme en Pays de la Loire. Quant aux facteurs alcool, tabac, drogues, alimentation, santé au travail, vie affective et sexuelle, ils ont tendance à être plus souvent abordés dans les CLS en Bretagne qu'en Pays de la loire. C'est l'inverse pour l'activité physique et les déterminants sociaux de la santé.

3.2 Les retombées des CLS sur leur territoire : Etude de cas de 12 CLS

3.2.1 Profil des CLS sélectionnés par région

A titre introductif, le Tableau 3 et le Tableau 4 présentent le contexte et les thématiques d'actions visées dans chacun des 12 CLS retenus en Bretagne et en Pays de la Loire pour notre étude de cas.

Tableau 3 : Profil des CLS sélectionnés en Bretagne

CLS	A	B	C	D	E	F
Variables conceptuelles						
Stade d'avancement du CLS au 25/09/2020	début de déploiement des actions	début de déploiement des actions	début de déploiement des actions	début de déploiement des actions	Préparation d'un renouvellement	CLS prolongé au-delà de son terme
Année de signature	2020	2020	2019	2019	2016	2013
Durée du contrat	5 ans	5 ans	5 ans	5 ans	3 ans	3 ans
Type de collectivité porteuse	EPCI	PETR	Pôle métropolitain	EPCI	EPCI	EPCI
Nombre d'habitants	[50 000 ; 100 000[	100 000 et plus	100 000 et plus	100 000 et plus	< 50 000	< 50 000
Génération du CLS	2ème	1ère	1ère	1ère	1ère	1ère
Diagnostic - Mention de la participation d'un prestataire	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Diagnostic - Mention de la participation des habitants	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Signataires	ARS, CP, Préf, CR, CD,CPAM, Direccte, MSA, CARSAT, EN	ARS , CP, CR, CD, Pref	ARS, CP, Ville, Préf, CR, CD, CPAM, MSA, CARSAT, CHRU	ARS,CP, Préf , EN, CD, CR, CPAM, CARSAT, MSA	ARS, CP, Préf, CR, CD, CPAM, MSA, Direccte	ARS,CP, Préf , CG, CARSAT,
Démarches locales préexistantes sur le territoire (ASV ou autre)	PRSE	ATS, contrat de ville, ASV, CLSM	PRSE	PRSE	PTS	
Thématique de promotion de la santé priorisés dans les CLS[2]						
DSS						
CM						
CPS						
Tabac						
Alcool						

[2] Une case pleine signifie que la variable est abordée dans le CLS.

CLS	A	B	C	D	E	F
Activité physique						
Alimentation						
Santé au travail						
Vie affective et sexuelle						
Drogues						
Santé mentale						
Violences						
Blessures						
Thématiques de santé-environnement priorisées dans les CLS						
Principaux objets de la (des) fiche(s) action	Elaboration d'un diagnostic santé-environnement	La qualité de l'air intérieur (temps de sensibilisation sur le territoire)	Elaboration d'un diagnostic santé-environnement	Elaboration d'un diagnostic santé-environnement	Aucune fiche action dédiée	Aucune fiche action dédiée

Légende : ARS : Agence Régionale de la Santé ; CP : collectivité porteuse ; CR : conseil régional ; CD : Conseil Départemental ; Pref : Préfecture ; EN : éducation nationale ; CHRU : Centre hospitalier Régional et université; CG : conseil général ; PRSE : Plan Régional Santé Environnement ; PCAET : Plan climat-air-énergie territorial ; PAT : Projet alimentaire territorial.

Tableau 4 : Profil des CLS sélectionnés en Pays de la Loire

CLS	G	H	I	J	K	L
Variables conceptuelles						
Stade d'avancement du CLS (lors de la collecte de données)	Début déploiement des actions	Début de déploiement des actions	début de déploiement de actions	début de déploiement des actions	début de déploiement des actions	début de déploiement des actions
Année de signature	2020	2020	2018	2019	2017	2019
Durée du contrat	2 ans	5 ans	3 ans	5 ans	3 ans	3 ans
Type de collectivité porteuse	EPCI	EPCI	EPCI	EPCI	EPCI	EPCI
Nombre d'habitants	< 50 000	100 000 et plus	[50 000 ; 100 000[	100 000 et plus	< 50 000	100 000 et plus
Génération du CLS	3ème	2ème	1ère	2ème	1ère	1ère
Diagnostic – mention Participation d'un prestataire	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Diagnostic-mention participation des habitants	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Signataires	ARS , CP	ARS , CP	ARS, CP, Préf	ARS , CP	ARS, CP	ARS , CP

Démarches locales préexistantes sur le territoire (ASV ou autre)	CPTS, PAT, PCAET	CPTS, PAT, PCAET, PLH, CISPD	Contrat de ruralité	Contrat de ville, ASV	CTS, CRSA	PTS, PCAET, PAT
Thématique de promotion de la santé priorisés dans les CLS						
DSS	■		■			
CM	■		■		■	
CPS	■	■	■	■	■	■
Tabac	■	■	■			
Alcool	■	■	■			
Activité physique	■	■	■	■		
Alimentation	■	■	■	■		
Santé au travail	■					
Vie affective et sexuelle				■		
Drogues	■	■	■			
Santé mentale	■	■		■	■	
Violences						
Blessures						
Thématiques de santé-environnement priorisées dans les CLS						
Principaux objets de la (des) fiche(s) action	Lutte contre l'habitat indigne, amélioration de la qualité de l'air intérieur, prévention des risques auditifs	Amélioration des habitats indignes, la promotion de la qualité de l'air intérieur, sensibilisation sur l'usage des pesticides et les risques sur la santé	Lutte contre l'habitat indigne, sensibilisation sur la qualité de l'air intérieur	Aucune fiche action dédiée	Aucune fiche action dédiée	Information de la population sur les risques écologiques sur le territoire (air, eaux, sols, alimentation)

Légende : ARS : Agence Régionale de la Santé ; CP : collectivité porteuse ; CR : conseil régional ; CD : conseil départemental ; Pref : Préfecture ; EN : éducation nationale ; CHRU : Centre hospitalier Régional et université, Rég : région ; Dépar : département ; CG : conseil général ; PRSE : Plan Régional Santé Environnement ; PCAET : Plan climat-air-énergie territorial ; PAT : Projet alimentaire territorial.

Etablis à partir des documents contractuels, ces profils ne font pas nettement apparaitre une combinaison de conditions qui seraient susceptibles de favoriser la planification d'actions en promotion de la santé et en santé-environnement. A titre hypothétique et exploratoire, on notera toutefois que les CLS signés plus récemment et/ou renvoyant à des contrats de 2ème ou 3ème génération et/ou engageant des collectivités plutôt grandes (> 50000 habitants) et/ou faisant mention d'autres démarches visant les environnements de vie concomitantes (ex. Plan Régional Santé Environnement [PRSE], Plan climat-air-énergie territorial [PCAET], Projet alimentaire territorial [PAT]) pourraient y être

favorables. Ces profils ont éclairé la collecte de données par entretiens (adaptation des guides d'entretien, repérage des acteurs-clés à interviewer, etc.).

3.2.2 Les bénéfices associés au développement d'un CLS

Les coordinatrices et porteurs d'action des CLS ont témoigné de multiples bénéfices associés à ce dispositif. On mentionne d'abord que le développement du contrat a permis de définir de nouvelles actions sur le territoire (CLS B, C, D, E, I), des actions mieux adaptées à la réalité du territoire (CLS G) et dans certains cas de gommer les frontières administratives (CLS C) permettant ainsi de doter les actions d'un caractère intersectoriel et innovant (CLS I) comme on le précise par exemple pour une action dans le champ de la parentalité. Alors que l'actualité du territoire était surtout centrée sur la problématique de la démographie médicale, on attribue à un CLS le bénéfice d'avoir impulsé des actions de prévention et de promotion de la santé (CLS C).

On attribue également au CLS la capacité de favoriser le déploiement sur l'ensemble du territoire d'actions existantes à plus petite échelle (CLS B-E, G, I, L). Le CLS contribue ainsi à « sortir du local » (CLS I). Par exemple, un programme de vaccination mené par une CPAM a ainsi pu être déployé sur l'ensemble du territoire du CLS. Dans un même ordre d'idée, les sous-territoires d'un CLS peuvent devenir des laboratoires d'expérimentation d'une nouvelle action avant de la déployer à plus grande échelle (CLS C).

Mais les actions d'un CLS ne se limitent pas à celles énoncées dans le contrat. Plusieurs personnes interviewées ont ainsi mentionné des actions qui ont émergé en cours de route (CLS C, E). On parle notamment d'actions dans le cadre du Moi(s) sans tabac. Le caractère dynamique du CLS s'exprime également dans les modifications et ajustements qui sont apportés au fil du temps. On peut citer l'exemple du CLS G pour lequel une action de distribution alimentaire a évolué vers la création d'ateliers cuisine. La constitution de groupes de travail inscrits dans la programmation du contrat donne progressivement lieu à de nouvelles actions (CLS B, C). L'intérêt d'inscrire au contrat la constitution de groupes de travail est d'éviter de longues négociations qui retarderaient la signature du CLS en permettant des discussions au fil de l'eau (CLS C). On mentionne également l'abandon d'action en cours de contrat ce qui peut survenir en raison du retrait d'un porteur d'action (CLS I).

Le travail de diagnostic mis en œuvre en amont de la signature du contrat est également identifié comme une source d'information riche permettant d'identifier de nouveaux enjeux ou de nouvelles problématiques pour le territoire (CLS K). On souligne que le portrait permet de mieux voir les différences entre les sous-territoires (CLS B, E). L'implication des acteurs locaux et de la population est aussi considérée comme un moyen d'insuffler une dynamique dans le CLS (CLS B, D, E). Un répondant

pour le CLS I, souligne toutefois le recours trop important à un portrait statistique au dépend d'informations plus fines.

Un effet important du CLS est de faire évoluer la vision des élus sur les déterminants de la santé des populations (CLS B-E, I) avec des répondants constatant une réelle appropriation des enjeux de santé de façon plus globale, incluant les conditions de vie au-delà du seul accès aux soins. On rapporte également que le travail de diagnostic a suscité une prise de conscience chez certains élus des difficultés vécus par certains de leurs habitants. Une coordinatrice donne l'exemple d'un élu issu du monde agricole et qui, avant le diagnostic, n'avait pas conscience de l'importance des problèmes de santé mentale chez les jeunes de son territoire. Pour les professionnels, le CLS peut faciliter leur mise en lien avec les élus locaux (CLS C).

Au-delà des nouveaux liens qui se créent entre élus et représentants de structures impliquées dans la santé, une autre retombée centrale de la mise en place d'un CLS rapportée par les personnes interviewées est l'amélioration de l'interconnaissance chez les acteurs du territoire (CLS B, C, E, G, I). Des liens sont ainsi renforcés (CLS G), et des professionnels y voient un véhicule pour élargir leurs réseaux (CLS B). On attribue aussi à un CLS la qualité d'être un espace d'échange qui permet de faire évoluer les pratiques (CLS B, C, E).

On souligne également que les CLS entretiennent des relations avec les autres dispositifs du territoire (CLS B, E, G, L) et services de l'Etat telle la CAF (CLS I). Ceci est d'autant plus le cas lorsqu'une coordinatrice occupait une fonction d'animation sur le territoire (exemple comme Animatrice Territoriale de Santé (CLS A)) avant de travailler dans le cadre du CLS. Fait plus intéressant encore est qu'un CLS peut contribuer à la construction d'autres dispositifs tel que ASV, MAIA et CPTS, et aussi inciter les communes couvertes par le CLS à se doter d'un chargé de prévention (CLS L) permettant à la coordinatrice d'avoir des interlocuteurs sur tout le territoire. Nous avons également documenté de nombreux cas de collaboration entre la coordinatrice du CLS et ses collègues des autres services de la collectivité (CLS A, CLS C, CLS D, CLS E, CLS G, CLS I, CLS L). Ces multiples liens offrent un accès à un large champ d'expertise pour le développement des actions (CLS A, C, I et L).

Les personnes interrogées pointent également l'effet de l'expérience et du temps sur la nature des actions déployées. On rapporte ainsi que la signature d'un CLS de 2ème génération peut être marquée par un accroissement des activités de prévention et de promotion de la santé (CLS G), par un travail de pérennisation des actions entreprises (CLS E) et par une meilleure implication de la population (CLS E, G). Sur ce dernier point, un CLS a repensé sa gouvernance afin d'intégrer une instance pour les usagers (CLS G).

3.2.3 La contribution et l'influence du pilotage de l'ARS dans la conduite du CLS

Sur la contribution et l'influence de l'ARS dans le développement et la conduite des CLS, soulignons d'abord que l'initiative de développer un CLS, découle, selon les cas, de la collectivité (CLS E) ou de l'ARS (CLS D). Nous avons documenté un cas de CLS où, pour inciter la collectivité à s'inscrire dans une démarche CLS, l'ARS a eu recours à un contrat de préfiguration (CLS C).

La première contribution de l'ARS aux CLS qu'évoquent spontanément les personnes interviewées est le financement des postes de coordination (CLS B, CLS C, CLS E, CLS G, CLS K, CLS L). On évoque aussi l'appui financier pour certaines actions (CLS B, Compétences Psychosociales ; CLS C, via des appels à projets ; CLS G, CLS I pour la communication et SE), le diagnostic (CLS C, D, E), le diagnostic SE (CLS C et D) et l'évaluation (CLS E).

La contribution de l'ARS apparait également sous forme d'expertise et d'accompagnement. L'ARS accompagne par exemple le développement du contrat (CLS B, G, I, K, L) et la réponse à appels à projets (CLS E). Cet accompagnement puise dans l'expertise des agents de l'ARS pour travailler sur des problématiques telles que la démographie médicale (CLS K) et la santé-environnement (CLS A, B, G, I). Sur ce dernier point, les coordinatrices de CLS semblent tout particulièrement nécessiteuses de l'expertise de l'ARS sur la santé-environnement.

Le pilotage des ARS influence de façon importante le développement du contrat et le déploiement des actions. Par exemple, les ARS co-animent le processus de développement du CLS (CLS C, D), rappellent les priorités du PRS (CLS A, K), formulent des exigences sur la conduite des évaluations (CLS B) et co-rédigent avec la collectivité le cahier des charges pour la conduite du diagnostic (CLS B). L'influence des ARS s'exerce tout au long du contrat par leur rôle de co-animation dans les COPIL et Comités Techniques (COTECH) (CLS G, I, L).

Les ARS ont aussi une influence sur le travail des coordinatrices. On relève par exemple, des initiatives de forum de coordination à l'échelle départementale (CLS G, L), une rencontre organisée par l'IREPS avec les animatrices (CLS E) et un travail de redéfinition des missions de la coordinatrice (CLS G).

En sommes, les contributions des ARS sont multiples tout comme les leviers d'influence sur la définition et le déploiement des CLS.

4. Discussion

Les résultats obtenus nous permettent d'apporter des éléments de réponse aux trois questions guidant le mandat. Nous les reprenons une à une dans ce qui suit et nous appuyons sur la littérature pour nuancer et prolonger la réflexion.

<u>Question 1</u> : Dans quelle mesure la mise en œuvre des CLS est un bon levier pour produire des actions recommandées en promotion de la santé (actions sur les conditions de vie, y compris l'environnement) dont l'efficacité a été montrée par ailleurs ?

Nos résultats illustrent qu'en Bretagne et en Pays de la Loire, au même titre que sur l'ensemble du territoire français (Le Bodo et al., soumis pour publication), le contrat local de santé est un dispositif qui poursuit son déploiement de façon active, souvent sur de nouveaux territoires mais aussi par le renouvellement de contrats de 2ème ou de 3ème génération[3]. Comme à l'échelle nationale, les contrats bretons et ligériens reflètent une conception large des déterminants de la santé et sont significativement orientés vers la prévention et la promotion de la santé, avec des thématiques incontournables (action sociale, addictions, nutrition…) et d'autres plus occasionnelles (accès au logement, santé au travail, prévention des violences…). Ces constats renvoient au caractère large des domaines d'action couverts par les CLS, de l'accès aux soins jusqu'à la promotion de la santé, tel que cela est rendu possible par la loi HPST et le code de la santé publique (article L. 1434-10). Les profils que nous avons établis et les entretiens que nous avons réalisés confirment cette « flexibilité interprétative » conduisant à une priorisation à géométrie variable (Haschar-Noé & Salamero, 2016 p.14).

L'évolution de l'arrière-plan réglementaire peut influencer cette priorisation. Par exemple, il n'est pas surprenant que l'action sociale soit au cœur de nombreux CLS que nous avons étudiés, compte-tenu des compétences acquises par les collectivités depuis les lois de décentralisation de 1983. Cela apparait moins évident pour des thématiques émergentes sur lesquelles les collectivités ont été incitées à intervenir plus récemment. Par exemple, suite à la Loi de modernisation de notre système de santé en 2016, le code de la santé publique (article L. 1311-7) invite explicitement les collectivités à aborder la santé environnementale dans les CLS, en lien avec les PRSE (Bacq, 2017). D'ailleurs, tandis que le 3ème Plan National Santé Environnement (PNSE3, 2015-2019) soulignait peu la contribution possible des CLS en la matière, le PNSE 4 (2021-2025) l'évoque plus explicitement, par exemple comme un support possible de diagnostic ou de déclinaison locale d'action du PRSE, ou comme un « socle partenarial » pour favoriser « l'amélioration du cadre de vie » en matière d'aménagement du territoire, de transports, d'habitat, d'alimentation, d'action sociale… Sans préjuger du degré d'influence qu'ont pu avoir ces politiques nationales et régionales, notons toutefois que la santé-environnement est une thématique fréquente dans les CLS que nous avons étudiés. En Bretagne comme en Pays de la Loire, le sujet apparait dans plus de 80% des CLS, sous la forme d'actions visant notamment la qualité de l'air,

[3] Nous avons toutefois repéré des territoires où des CLS de 1ère génération n'ont pas été reconduits et ne sont plus actifs (voir annexe 6.2). Bien que cela ne fasse pas l'objet de la présente étude, il nous apparaitrait intéressant de se pencher sur les raisons pour lesquelles ces contrats n'ont pas été reconduits.

la lutte contre l'habitat indigne, la qualité des eaux et des sols. Une autre étude portant sur un échantillon de 75 CLS dans 5 régions (2011-2017) a fait le constat d'une proportion importante de contrats (62%) abordant la santé environnement, en particulier la qualité de l'air intérieur et l'habitat (Harpet et al., 2019). Mais cela n'a pas toujours été le cas, comme en témoigne une étude des premiers CLS bretons en 2013 indiquant que la thématique n'était alors abordée en lien avec le PRSE que dans 2 des 14 CLS recensés (Le Borgne, 2013).

A l'avenir, d'autres orientations nationales ou le déploiement d'autres dispositifs d'action locale en santé pourraient influencer l'engagement des CLS en promotion de la santé. Par exemple, le PNNS 4 (2019-2023) mentionne à plusieurs reprises les CLS, par exemple comme une voie possible de soutien au développement d'une offre d'activité physique adaptée (APA) sur le territoire (notamment dans les QPV), comme dispositif de soutien à la charte « villes actives du PNNS » et, inversement, pour que cette charte favorise la mise en œuvre d'actions favorables à l'alimentation-santé dans le CLS. Par ailleurs, même si la santé mentale est d'ores et déjà abordée dans la plupart des CLS bretons et ligériens, notons que l'articulation entre CLSM et CLS qui était déjà encouragée depuis 2016 devient « systématique » depuis la loi dite 3DS[4] de février 2022 qui rend « incontournable » le volet « santé mentale » du CLS (République Française, 2022).

Quant à savoir si les actions planifiées en promotion de la santé et en santé –environnement dans les CLS s'appuient sur des données probantes, cela demanderait une appréciation plus fine des pratiques de planification des actions que ne le permettait la présente étude. Il s'agirait aussi de bien clarifier *ex ante* le fait qu'on ne peut définir une donnée probante en santé publique de la même manière qu'elle est définie dans le domaine biomédical (Cambon et al., 2020). A cet égard, cette appréciation gagnerait à être réalisée en regard d'outils récemment développés pour guider les professionnels tels que le registre d'interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé (Santé publique France, 2022) ou le portail des savoirs expérientiels en promotion de la santé (www.capitalisationsante.fr).

Au-delà des données probantes, dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, on peut s'interroger sur les pratiques dites probantes. L'une de ces pratiques qui aujourd'hui fait l'objet d'un large consensus international est que les changements de comportements, pratiques professionnels, organisationnelles ou familiales peuvent difficilement avoir lieu si les actions de changement se limitent à agir sur les facteurs individuels de ces comportements et pratiques. Autrement dit, les interventions d'amélioration des connaissances, des compétences, du niveau de motivation et de changement des attitudes qui constituent l'arsenal de base de la santé publique, ne

[4] Pour « Différenciation, Décentralisation, Déconcentration et Simplification de l'action publique locale »

suffisent pas à faire avancer la santé des populations si les barrières environnementales (ex. accès à alimentation saine et infrastructures pédestres et cyclables) ne sont pas également visées.

A cet égard, si l'on s'intéresse aux 4 facteurs-clés que sont le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique, les fiches actions des CLS bretons et ligériens que nous avons étudiés font davantage référence à des interventions visant les individus (sensibilisation, éducation) ou leur environnement proche (famille, soignants ou éducateurs) que des environnements bâtis (ex. nouvelles infrastructures) ou politiques (ex. régulation de la commercialisation de certains produits), sur lesquels il est jugé important d'intervenir (WCRF, 2018). Comme à l'échelle nationale (Le Bodo et al., soumis pour publication), cette emphase sur les changements de comportements individuels et l'accès aux soins plutôt que sur les environnements de vie dans le cadre des CLS a déjà été soulignée par ailleurs et semble donc constituer un axe d'amélioration (Schapman-Ségalié, 2014).

Question 2 : Les CLS ont-ils permis de faire émerger des dynamiques locales favorables à la promotion de la santé reposant sur l'implication d'acteurs dont la santé n'est pas le cœur d'activité (prise en compte des enjeux de santé dans les autres politiques telles que l'urbanisme, l'éducation, le logement, etc.) ?

Comme mentionné précédemment, nos résultats confirment non seulement le caractère hétérogène des acteurs mobilisés par les CLS mais aussi le rôle que peut jouer la coordinatrice du CLS dans le développement et l'animation de réseaux de collaboration entre ces acteurs. Véritables têtes de réseaux, elles favorisent l'interconnaissance entre les acteurs du territoire, identifient à travers leurs multiples contacts des problématiques émergentes et des opportunités d'intervenir. Leurs rapports parfois étroits avec les élus permettent à ces derniers d'acquérir une vision large des déterminants de la santé. Elles contribuent également à mieux ancrer les délégations territoriales de l'ARS dans l'actualité des territoires.

Cette mobilisation d'acteurs hors du champ socio-sanitaire suppose néanmoins pour les coordinatrices de développer chez les acteurs une vision holistique de la santé appelant des logiques de travail intersectorielle ce qui n'est pas aisé à faire émerger et à maintenir dans la durée (Jacques-Brisson et al., 2018).

Selon la littérature, la culture locale de santé publique peut avoir une influence (Fleuret, 2016). En effet, si le cadre juridique de la santé publique positionne plutôt cette compétence au niveau de l'Etat (ARS en particulier) que des collectivités, certaines sont néanmoins impliquées de longue date en promotion de la santé ou en santé environnementale, que ce soit en raison du portage historique d'un Service communal d'hygiène et de santé (SCHS), d'une adhésion au Réseau français des villes santé de

l'OMS, d'un engagement dans des démarches de type « ville active PNNS », « municipalité amie des aînés », « Agenda 21 » ou de la mise en place d'un Atelier Santé ville (ASV) (Berviller, 2016; Bourgueil, 2017; Le Goff, 2011; Templon, 2017). A cet égard, la préexistence sur le territoire d'un ASV, dispositif très encadré et historiquement centré sur la prévention et la promotion de la santé dans les quartiers prioritaires, peut constituer un atout pour la programmation d'actions et la mobilisation de divers acteurs dans ce domaine (Fabrique Territoires Santé, 2018). Il s'agit de constats importants, dans la mesure où plusieurs des CLS étudiés présentant un profil d'action plutôt favorable à la promotion de la santé et à la santé-environnement mentionnent effectivement une articulation du CLS avec le PRSE, un PCAET ou encore un PAT. Par ailleurs environ un tiers des CLS étudiés de part et d'autre de la Loire font référence à la préexistence d'un contrat de ville ou d'un ASV[5] sur leur territoire.

Certains auteurs évoquent aussi l'influence du territoire et des compétences de la collectivité signataire dans les orientations et la mise en œuvre d'une démarche d'action locale en santé. Ainsi, Le Goff (2011, p.174) évoque le cas des « grandes villes » potentiellement « plus innovantes que les villes moyennes et les petites villes grâce à des moyens humains et financiers plus conséquents ». De plus, dans les zones rurales où la démographie médicale est critique, les enjeux de promotion de la santé pourraient devenir secondaires (Haschar-Noé et al., 2015; Le Goff, 2011). Cette réalité nous a ponctuellement été rapportée, sans que cela ne soit une fatalité : un CLS découlant d'une préoccupation initiale pour la démographique médicale a pu ensuite être élargi à la promotion de la santé, ce qui suggère une possible acculturation aux enjeux de promotion de la santé au cours du processus d'élaboration. Par ailleurs, le fait que la « compétence santé » dont se saisissent certaines « villes centres » soit « rarement étendue à l'échelle de l'agglomération » (Le Goff, 2011 p.174) pourrait jouer un rôle. D'un autre côté, contractualiser avec un EPCI permettrait de mobiliser des compétences utiles au développement d'un urbanisme favorable à la santé (UFS) sur un plus large périmètre (Templon, 2017). C'est une avenue prometteuse en Bretagne et Pays de la Loire, où la plupart des CLS sont portés à l'échelle intercommunale.

<u>Question 3</u> : Quels leviers et moyens, lors de la négociation puis lors de la mise en œuvre des CLS, ont permis d'atteindre ces éventuels résultats positifs ?

[5] Notons que dans une autre région, dans le contexte de la Commission sur l'avenir des contrats de ville, le CRES PACA (2022) a insisté sur le rôle des ASV pour contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé et associer la population aux actions développées, mais a néanmoins regretté, sur certains territoires, le « désengagement » des institutions et des élus « du pilotage et de la gouvernance des ASV » et un possible « isolement » du coordinateur dans ses missions. Selon le CRES, la potentialisation de l'ASV passerait notamment par une meilleure sensibilisation des élus et un rapprochement du coordinateur de « l'équipe opérationnelle Politique de la ville ».

D'une part, plusieurs répondants ont indiqué que le CLS avait permis d'améliorer la perception que leurs élus avaient des déterminants sociaux de la santé. C'est un résultat d'autant plus intéressant que l'importance de la sensibilité et de la conviction des élus pour faire du CLS un instrument de réduction des inégalités sociales de santé a été soulignée par ailleurs (Schapman-Ségalié, 2014) et que cette prise de conscience semble progresser. L'AMF (2022) soulignait récemment que « *les élus locaux [étaient] de plus en plus convaincus que les déterminants de la santé publique ne dépendent pas exclusivement de l'accès à une offre de soins (même si ce point est bien entendu essentiel) mais d'un ensemble de facteurs relevant du cadre de vie* » notamment en matière de logement, d'habitat, d'accès aux espaces verts, à l'activité physique, etc. Cette conscientisation doit toutefois être accompagnée, comme l'illustre certains travaux confirmant l'intérêt des élus pour les questions de santé-environnement mais aussi leur manque de connaissances en la matière, faisant des techniciens des référents-clés pour les inciter à intervenir dans ce domaine (Templon, 2017). D'autres travaux menés en 2015 en Rhône-Alpes confirment que la santé environnement est un champ d'intérêt qui reste « difficile à appréhender » pour les élus locaux, ouverts à être davantage formés de façon synthétique et pragmatique (ex. qualité des eaux, gestion des déchets, pesticides…) (Carretier et al., 2016).

D'autre part, le diagnostic apparait déterminant dans la définition des axes et thèmes qui feront l'objet de fiches action. Sa construction, les sources d'information consultées et les indicateurs utilisés, mettent en exergue certaines problématiques et peuvent donc amener à tenir plus ou moins compte des conditions de vie de la population. En matière de santé environnement, par exemple, la manque de données disponibles ou interprétables ainsi qu'un manque de moyens pour réaliser des études préalables peuvent constituer des limites (Templon, 2017 ; Harpet et al., 2018). On peut également constater que de part et d'autre de la Loire, le développement des CLS pourrait davantage s'appuyer sur la participation des populations. Sans que celle-ci ne garantisse en soi une ouverture du CLS à la promotion de la santé et à la santé environnement[6], une telle démarche, au-delà de sa valeur démocratique, pourrait amener à mieux prendre en compte les conditions de vie matérielles, économiques, socio-culturelles de la population dans une conception globale de la santé. Dans le cadre de la Politique de la ville, les « conseils citoyens » visant à associer la population des quartiers prioritaires pourraient en principe être mobilisés dans le processus d'élaboration du CLS, mais ces instances ne s'avèrent pas toujours mises en place ou fonctionnelles (Bacq, 2017).

Par ailleurs, nous avons constaté que les pratiques de signature des CLS différaient entre la Bretagne et les Pays de la Loire. Sans pouvoir ici en tirer d'enseignements précis, évoquons plus largement le fait que le CLS a vocation – notamment par sa gouvernance et son animation – à favoriser

[6] Cela dépend en effet des objectifs poursuivis et des méthodes employées

l'interconnaissance sur le territoire dans une approche globale et intersectorielle de la santé : il s'agit d'un atout à exploiter pour impliquer une diversité d'acteurs, tel que rapporté par plusieurs de nos répondants. Si certains travaux mettent en évidence un rapprochement plus évident du CLS avec les acteurs du social, de l'éducation ou du logement, d'autres secteurs affectant les conditions de vie semblent communément plus difficiles à rejoindre (Schapman-Segalie & Lombrail, 2018). La réalisation du diagnostic, l'élaboration du plan d'action, la dynamique de coordination du CLS (interne à l'ARS et à la collectivité mais aussi au-delà) peuvent y concourir, mais cela ne va pas de soi : des travaux ont montré que la flexibilité du dispositif de contractualisation peut conduire à une diversité de processus plus ou moins participatifs, conflictuels ou négociés. De cela dépend en partie l'implication d'acteurs locaux compétents en matière de logement, d'éducation, de transport, de développement économique, etc. (Honta et al., 2018). Le cadrage des priorités et de la méthodologie d'élaboration du CLS, notamment de la part des ARS, pourrait avoir une influence en la matière (Templon, 2017). Le rôle du coordinateur, notamment sa capacité à impliquer une diversité d'acteurs publics, privés, associatifs dans une dynamique d'animation territoriale apparait également déterminante mais difficile, compte-tenu de la diversité d'intérêts poursuivis par ces acteurs, sur des périmètres parfois différents (Fleuret, 2016). Une réflexion sur le profil, la valorisation et la reconnaissance des compétences des coordinateurs de CLS apparait donc essentielle.

Il ressort également de plusieurs entretiens le caractère contingent de la mise en œuvre du plan d'action du CLS : certaines actions évoluent en cours de route ; de nouvelles actions sont mises en œuvre ; d'autres sont abandonnées. D'un côté, cela révèle la qualité adaptative du CLS à son environnement, mais d'un autre côté, cela est susceptible de fragiliser sa mise en œuvre du fait des nombreux aléas auxquels il est potentiellement exposé (absence de coordinateur, défaut d'engagement d'un porteur d'action, manque de moyens, etc.). Le risque d'un « fossé » entre la planification et la mise en œuvre effective de certaines actions (Hudson et al., 2019) semble donc fréquent, et mériterait une réflexion particulière, aux moments de la conception et du suivi des actions. Un besoin d'accompagnement en expertise nous a également été rapporté, compte-tenu de la technicité de certains sujets, par exemple en matière de santé-environnement. Cette complexité, associée à l'application de normes, à l'acquisition et à la maitrise de certains équipements, au fait que les collectivités n'ont pas toujours de compétence pour agir sur certaines nuisances etc. a été rapportée par ailleurs (Harpet et al., 2018). De plus, les capacités et les compétences des collectivités signataires peuvent être inégales en la matière, certaines métropoles ayant parfois les moyens d'investir cette thématique par le biais d'un service dédié (Fabrique Territoire Santé, 2018). Ainsi la programmation d'une fiche action en santé environnement ne conduirait pas toujours à sa mise en œuvre, faute de pouvoir compter sur un « pilote » ou sur des « solutions préconçues » (Bacq, 2017).

Toutefois, parmi les retours d'expérience que nous avons collectés, il est intéressant de noter que le CLS peut jouer un rôle d'amplificateur d'actions innovantes initialement mises en place à petite échelle.

Enfin, il ressort des entretiens la nécessité d'un soutien financier conséquent au dispositif CLS, que ce soit pour la réalisation de son diagnostic, sa coordination, son évaluation ou la mise en œuvre d'actions. Au niveau local, le budget des collectivités de petite taille, rurales ou des territoires non concernés par la politique de ville (quand bien même un ASV reste faiblement cofinancé à ce titre) peut être un inconvénient et l'accès à des ressources de droit commun, notamment par l'intermédiaire des ARS, devient alors essentiel pour financer de l'ingénierie et des actions (Fabrique Territoire Santé, 2018). A cet égard, rappelons que le budget des ARS en santé publique reste très marginal en regard de celui alloué aux secteurs sanitaire et médico-social (Duchesne, 2018). Ce déséquilibre de moyens dédiés aux soins en regard de ceux alloués à la « prévention collective » et à la « promotion de la santé dans toutes les politiques » a d'ailleurs récemment été souligné dans le cadre de la Mission de refondation de la santé publique comme un enjeu important si l'on souhaite augmenter l'espérance de vie en bonne santé et réduire les inégalités (Chauvin, 2021). Il sera intéressant de suivre dans quelle mesure le renforcement des directions territoriales des ARS pour soutenir les collectivités et accompagner les porteurs de projet, recommandé à l'issue du Ségur de la Santé (Notat, 2020) et de la Mission de refondation de la santé publique, apportera des solutions, d'autant que les associations d'intercommunalités formulent le souhait d'une « généralisation des CLS » tout en soulignant la nécessité que cela s'accompagne de moyens « d'ingénierie conséquents (coordination, animation…) » (AdCF & France urbaine, 2020).

Forces et limites de l'étude

Ce travail, concentré sur les CLS actifs dans les régions Bretagne et Pays de la Loire, s'appuie sur des outils de caractérisation des CLS préalablement développés dans le contexte de l'étude CLoterreS. Ce faisant, il permet de porter une appréciation spécifique aux réalités de deux territoires voisins, en regard des constats plus généraux dressés à l'échelle nationale. Par ailleurs, le portrait descriptif des paramètres d'élaboration des CLS et des thématiques visées dans leurs plans d'actions respectifs permet d'objectiver, à l'échelle inter-régionale, les conditions dans lesquelles ce dispositif facultatif prend racine et les objets qui ont été priorisés. Enfin, les entretiens réalisés permettent d'entrevoir les coulisses de l'élaboration et de la mise en œuvre des CLS dont nous savons, à la lumière de la littérature, qu'elles reposent sur de nombreux facteurs réglementaires, politiques, organisationnels, financiers, géographiques et professionnels rendant particulièrement complexes le décryptage de ce qui peut favoriser ou entraver, *in fine*, la contribution d'un CLS en matière de promotion de la santé.

Pour ces mêmes raisons, la série d'entretiens réalisés à un moment « t », auprès d'un petit nombre d'acteurs en regard du territoire à l'étude, ne saurait suffire à mettre en évidence l'ensemble des facteurs en jeu et leurs influences respectives, notamment compte-tenu de la diversité de configurations territoriales rencontrées. A cela s'ajoute la difficulté d'établir une photographie d'un dispositif par essence très évolutif, qui plus est dans le contexte récent de crise sanitaire dans lequel s'est déroulée la collecte de données, sujette à la disponibilité des acteurs sollicités. Loin d'être définitif, ce travail ouvre donc plutôt des pistes de réflexion, qui seront approfondies dans le second volet du mandat CLS du DIREES qui s'intéresse aux porteurs d'action mobilisés par les CLS.

5. Références

AdCF, & France urbaine. (2020). *Pour une gouvernance sanitaire de proximité : Contribution de l'AdCF et de France urbaine au Ségur de la Santé*. www.adcf.org/files/CP/CONTRIBUTION-SEGUR-DE-LA-SANTE2.pdf

AMF. (2022, mars 17). *Présidentielle 2022 : Les propositions de l'AMF en matière de santé*. www.amf.asso.fr/documents-presidentielle-2022-br-les-propositions-amf-en-matiere-sante/41146

Bacq, R. (2017). *Le Contrat Local de Santé : Évolution d'un outil dans un paysage en mutation. Exemple de la situation en Nouvelle-Aquitaine* [Mémoire de Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP)]. EHESP.

Berviller, T. (2016). *Évaluation du contrat local de santé 2013-2015 de la ville de Rennes : Quels sont les apports pour les signataires et les bénéficiaires de ce contrat ?* [Mémoire de Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP)]. EHESP.

Bourgueil, Y. (2017). L'action locale en santé : Rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? *Sciences sociales et santé*, *35*(1), 97- 108. https://doi.org/10.1684/sss.20170106

Cambon, L., Alla, F., & Souffez, K. (2020). Démarche probante et transfert de connaissances en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Éds.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (2nde éd., p. 535- 554). Presses de l'EHESP. www.presses.ehesp.fr

Campagné, G., Houéto, D., & Douiller, A. (2020). Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Éds.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (2e éd., p. 369- 400). Presses de l'EHESP. www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/

Carretier, J., Ducos-Mieral, C., Bousson, F., Baret Rouanet, V., Falette, N., & Fervers, B. (2016). Former les élu(e)s territoriaux à la santé-environnement : Une action pilote en région Rhône-Alpes. *Environnement, Risques & Santé*, *15*(2), 135- 152. https://doi.org/10.1684/ers.2016.0841

Chauvin, F. (2021). *Dessiner la santé publique de demain*. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/dessiner-la-sante-publique-de-demain

Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *36*(4), 159- 180. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/jgem.184.0159

Fabrique Territoires Santé. (2018). *La territorialisation des politiques de santé* (p. 94). www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris_acte_2018_-_internet.pdf

Fleuret, S. (2016). Les contrats locaux de santé : Un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé? *Sciences Sociales et Santé*, *34*(2), 107- 115. http://dx.doi.org/10.1684/sss.20160206

Flyvbjerg, B. (2011). *Case Study* (SSRN Scholarly Paper ID 2278194). Social Science Research Network. https://papers.ssrn.com/abstract=2278194

Harpet, C., Templon, J., Fonteneau, R., Sherlaw, W., Breton, E., & les membres de l'équipe CLoterreS. (2019). Contrats locaux de santé : Quelle place pour la santé environnement ? *Revue ERS, environnement risque et santé*, *18*(2), 135- 147. https://www.jle.com/10.1684/ers.2019.1289

Haschar-Noé, N., & Salamero, E. (2016). La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». Négociations et compromis sous tensions. *Sciences Sociales et Santé*, *34*(2), 81- 105. http://dx.doi.org/10.1684/sss.20160205

Haschar-Noé, N., Salamero, E., & Honta, M. (2015). La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *33*(6), 375. https://doi.org/10.3917/jgem.156.0375

Honta, M., Haschar-Noé, N., & Salaméro, É. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*, *29*(1), 143. https://doi.org/10.3917/neg.029.0143

Hudson, B., Hunter, D., & Peckham, S. (2019). Policy failure and the policy-implementation gap : Can policy support programs help? *Policy Design and Practice*, *2*(1), 1-14. https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378

Jacques-Brisson, A., St-Pierre, L., & REFIPS. (2018). *Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local.* Réseau francophone international pour la promotion de la santé - section des Amériques (REFIPS). www.refips.org/files/international/GuideSdTP_web.pdf

Le Bodo, Y., Fonteneau, R., Harpet, C., Hudebine, H., Jabot, F., Sherlaw, W., Kendir, C., Bourgueil, Y., & Breton, E. (Soumis pour publication). Analysing disease prevention and health promotion action plans at the local level : Development of the CLoterreS instrument. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.

Le Borgne, C. (2013). *La politique de santé-environnement en Bretagne. Exemple de l'évaluation à mi-parcours du Programme régional santé-environnement 2011-2015* [Mémoire de master PPASP]. EHESP.

Le Goff, E. (2011). Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010). *Revue française des affaires sociales*, *4*, 158-177.

Notat, N. (2020). *Ségur de la santé—Recommandations*. Ministère des Solidarités et de la Santé. www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/275362.pdf

République Française. (2022). *LOI n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale*. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045197395

Santé publique France. (2022, juillet 20). *Interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé*. https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante

Schapman-Ségalié, S. (2014). *Etude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités Sociales et territoriales de santé en Ile de France* (p. 116). Paris 13, Sorbonne Paris Cité. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contrats-locaux-de-sante-eva.153760.0.html

Schapman-Segalie, S., & Lombrail, P. (2018). Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé: *Santé Publique*, *S1*(HS1), 47-61. https://doi.org/10.3917/spub.184.0047

Templon, J. (2017). *Place et orientations des actions en santé environnement dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (CLS) : Une étude exploratoire* [Mastère Spécialisé Ingénierie et Management des Risques en Santé Environnement Travail]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

WCRF. (2018). *Driving action to prevent cancer and other non-communicable diseases : A new policy framework for promoting healthy diets, physical activity, breastfeeding and reducing alcohol consumption*. World Cancer Research Fund. www.wcrf.org/drivingaction

6. Annexes

6.1 Méthodologie de collecte et d'analyse des résultats

6.1.1 Chantier 1 : Analyse documentaire des CLS

Ce volet, réalisé en mai – juin 2020, visait à identifier la contribution potentielle des CLS en matière de promotion de la santé et de santé-environnement en Bretagne et Pays de la Loire à travers l'analyse des intentions formulées dans le texte des contrats. Pour cela, dans un premier temps, nous avons dressé un portrait de l'ensemble des CLS signés en Bretagne et Pays de la Loire. Ensuite, nous avons analysé le contenu des contrats et de leurs plans d'action afin de comprendre l'apport potentiel des CLS dans le champ de la promotion de la santé, notamment en santé-environnement.

Ce chantier s'est appuyé sur les outils et résultats produits dans le cadre de l'étude CLoterreS, notamment le recensement des CLS signés dans ces deux régions ainsi que la grille permettant de caractériser le contenu des CLS. Ces outils ont été adaptés dans le cadre de la présente étude.

6.1.1.1 Collecte des données

6.1.1.1.1 Recensement des CLS

Dans le cadre de l'étude CLoterreS, un tableau de recensement de tous les CLS signés jusqu'en mars 2018 avait déjà été élaboré pour les régions Bretagne et Pays de la Loire. Avec l'appui des ARS[7], nous avons complété ce tableau pour établir un inventaire des CLS signés au 30/04/2020 (voir la liste des CLS répertoriés en annexe 6.2). Cela a permis d'obtenir un panorama sur la base duquel ont été déterminés les critères de sélection des CLS à inclure dans notre échantillon pour l'analyse. Ceci a permis d'identifier 19 nouveaux CLS dont 12 en Pays de la Loire et 7 en Bretagne.

6.1.1.1.2 Critères d'échantillonnage des CLS

Considérant le nombre de CLS signés jusqu'au 30/04/2020, nous avons limité la population de CLS étudiés dans ce 1er chantier en appliquant les critères suivants :

- Le CLS devait être actif[8] afin de documenter la situation courante dans les deux régions et faciliter, pour les phases subséquentes du projet, l'accès aux acteurs des CLS ;
- Les textes du contrat et des fiches action (ou plans d'action) devaient être disponibles, ceux-ci étant la source des informations nécessaires à l'analyse descriptive des CLS.

[7] Remerciements à Madame F. Busnel de l'ARS Pays de la Loire et Madame F. Mille de l'ARS Bretagne pour leur aide dans la mise à jour de notre recension des contrats.

[8] Un CLS est ici considéré comme actif si la période officielle de sa mise en œuvre est encore en cours, ou a été prolongée par avenant ou s'il demeure implicitement actif dans l'attente d'une nouvelle signature (avenant ou renouvellement).

6.1.1.2 Adaptation de la grille de codage CLoterreS

Nous avons appliqué une version simplifiée de la grille CLoterreS pour analyser le contenu des CLS au regard de la promotion de la santé et de la santé-environnement. Il s'agit d'un instrument fondé sur des typologies reconnues dans la littérature internationale, qui a fait l'objet d'une validation inter-juge et dont les résultats ont donné lieu à la soumission d'un article scientifique [9].

Notre version adaptée de cette grille a permis d'analyser le profil de chaque CLS avec un focus sur les actions de promotion de la santé, incluant la santé-environnement, telles que définies par l'OMS (2015). Cette grille est composée de deux blocs :

- **un bloc de « variables contextuelles »[10]** renseignant quelques caractéristiques générales du contrat et de la collectivité locale qui le porte[11] : structure porteuse du CLS (3.1), génération du CLS (3.2), temporalité (3.3) ; territoire d'action (3.4), signataires du CLS (3.9), et expérience d'animation territoriale par la collectivité (3.10).
- **un bloc « variables thématiques »[12]** permettant de se prononcer, sur la base de la lecture de l'intitulé des fiches actions, sur la présence (oui/non) des thèmes suivants : déterminants sociaux de la santé (4.2.2), circonstances psychosociales et socio-environnementales (4.3.2), circonstances matérielles (4.3.1), tabac (4.4), alcool (4.5), alimentation (4.7), activité physique (4.6), santé-environnement (4.8), santé au travail (4.8.20), sécurité routière (4.8.21), santé sexuelle et reproductive(4.9.1), consommation de drogues (4.9.2), santé mentale (4.9.3), violences (4.9.4), accidents (4.9.5). Ces variables ont permis de caractériser les préoccupations dominantes et les actions planifiées dans chacun des CLS en matière de promotion de la santé et en santé-environnement. Cette approche contraste avec celle appliquée pour l'étude CLoterreS, où l'intégralité de la fiche avait été analysée. Pour notre étude, le facteur temps nous a incité à alléger la procédure de sorte que seules les thématiques apparaissant clairement dans l'intitulé des fiches actions ont été codées. Dans certains cas, plusieurs thématiques apparaissant simultanément dans l'intitulé d'une même fiche action ont été retenues. Ce double codage concerne les duos de thématiques suivantes : « activité physique et alimentation », « circonstances de vie matérielles et santé-environnement », « santé au travail et santé-environnement », « tabac, alcool, drogues », « santé au travail et déterminants sociaux de la santé », « blessures et activité physique », « circonstances de vie matérielles et

[9] Le Bodo, Y., Fonteneau, R., Diallo, D., Harpet, C., Hudebine, H., Jabot, F., Sherlaw, W., Kendir, C., Bourgueil, Y., & Breton, E.. Measuring local strategies to address the determinants of population health: development and application of the CLoterreS instrument (soumis à la *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*).

[10] Les variables temporalité et territoire d'action ont été ajustées pour les besoins de notre étude

[11] Les codes entre parenthèses correspondent aux variables détaillées dans la grille CLoterreS (Le Bodo et al., soumis)

[12] Les thématiques déterminants sociaux de la santé, tabac, alcool, alimentation, santé-environnement ont été ajustées pour les besoins de notre étude

psychosociales ». Pour compléter cette approche, notons que certains mots-clés ne figurant pas dans les intitulés des fiches actions ont été recherchés (ex. parentalité, santé mentale, etc.). Lorsqu'il était difficile d'attribuer un code à travers l'intitulé de la fiche action, la fiche complète a été consultée pour identifier la thématique-clé correspondante. Les fiches actions visant le renforcement des capacités transversales d'action à l'échelle du CLS, l'offre de soins et les services de santé, l'accompagnement médico-social ou encore la prévention des maladies n'ont pas été codées, à moins que l'intitulé de la fiche ne recoupe l'une des thématiques relevant de la promotion de la santé ou la santé-environnement (ex. une fiche action dans un axe thématique « médico-social » incluant le renforcement des compétences psychosocial des aidants familiaux).

6.1.1.3 Analyse des données

Une fois le codage réalisé, nous avons élaboré une synthèse des résultats. L'analyse nous a permis de présenter un portrait descriptif des CLS actifs par région (profil, thématiques priorisées en promotion de la santé et en santé-environnement), incluant d'éventuelles particularités départementales. Nous avons également comparé les résultats entre les 2 régions afin de souligner des points communs, différences et originalités en matière de CLS. L'analyse a aussi permis de soulever un certain nombre d'hypothèses sur les conditions de mise en œuvre du CLS, particulièrement sur les actions déployées en promotion de la santé et en santé-environnement. Celles-ci feront l'objet d'une étude approfondie dans la seconde partie de notre étude (chantier 2).

6.1.2 Chantier 2 : Analyse approfondie sur n = 12 CLS

Ce volet a été réalisé de Juillet à septembre 2020 et visait l'atteinte des objectifs 2 et 3 de l'étude. Il repose sur une **étude de cas multiple**, méthode permettant aux chercheurs d'exploiter ou de décrire un phénomène dans son contexte en utilisant diverses sources de données (Flyvbjerg, 2011).

Cette méthode permet de répondre à des questionnements sur le pourquoi et le comment d'une situation observée. Elle donne lieu à une collecte et à l'analyse de documents écrits, d'entretiens ou encore d'observations participatives qui servent à la déconstruction et à l'inhérente reconstruction du ou des phénomènes étudiés.

Pour ce chantier, nous avons analysé de manière approfondie, à travers des documents et des entretiens, un échantillon de CLS présentant une diversité de contextes et de situations en matière d'actions déployées en promotion de la santé et en santé-environnement. Notre unité d'analyse était le CLS.

Nous évoquerons ici dans un premier temps la littérature sur les conditions susceptibles d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et en santé-environnement dans le cadre d'un CLS. Nous décrirons ensuite notre stratégie d'échantillonnage raisonnée des CLS en vue de l'étude de cas. Enfin, nous évoquerons les méthodes de collecte et d'analyse de données mises en œuvre pour ce chantier.

6.1.2.1 Facteurs susceptibles d'influencer l'action en promotion de la santé et en santé-environnement durant l'élaboration et la mise en œuvre d'un CLS

Dans le cadre de l'étude CLoterreS, une recension des écrits scientifiques sur les CLS nous a permis d'identifier une série de facteurs pouvant potentiellement impacter l'élaboration et la mise en œuvre d'un CLS. On en trouve une synthèse dans la figure ci-dessous[13].

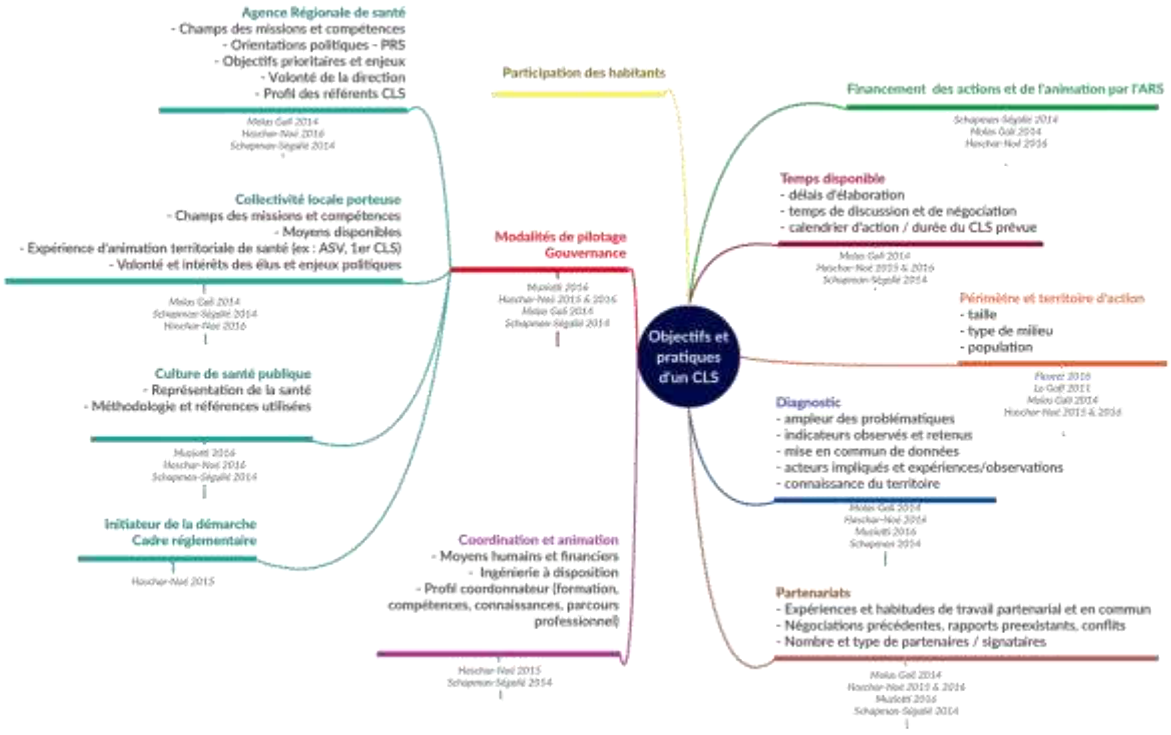


Figure 10 : Facteurs susceptibles d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre d'un CLS

Parmi ces facteurs, et sans prétendre à l'exhaustivité, certains semblent particulièrement susceptibles d'influencer la présence et le type d'actions en promotion de la santé et en santé-environnement affichés dans la programmation des CLS :

- La politique de l'Agence régionale de santé et sa doctrine en matière de CLS
- La culture et l'historique de la collectivité en matière de santé publique

[13] Figure extraite du protocole de recherche de l'étude CLoterreS

- Les conditions du diagnostic (ex. ouverture à des acteurs en promotion de la santé / santé-environnement, consultation de la population) et les priorités qui s'en dégagent
- Le contexte de coordination (ex. les missions du coordinateur, son profil, ses expériences)
- L'implication d'acteurs locaux en promotion de la santé et santé-environnement lors de la mise en œuvre du CLS (ex. négociation avec les élus, mobilisation des signataires et des partenaires associés)

6.1.2.2 Stratégie d'échantillonnage

Compte-tenu du temps et des ressources disponibles pour réaliser l'étude de cas, nous avons limité notre collecte de données à 12 CLS soit 6 CLS par région sur la base d'un échantillonnage raisonné.

Afin de mettre en lumière le contexte et les mécanismes qui favorisent ou entravent un investissement initial et une plus-value effective des CLS en matière de promotion de la santé et de santé-environnement, l'échantillon a été volontairement composé de cas de CLS dits « contrastés ». En d'autres termes, il visait à inclure à la fois, pour chaque région :

- Des CLS qui prévoyaient, au moment de la signature, de travailler sur une **forte, moyenne, ou faible diversité** de **thématiques en promotion de santé** et/ou de travailler (ou non) sur la **santé-environnement** (selon les résultats du chantier 1 et sur avis des ARS) ;
- Des CLS présentant **une hétérogénéité de contextes susceptibles d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre des CLS** en matière de promotion de la santé et de santé-environnement (selon les résultats du chantier 1 et sur avis des ARS) :
    - **Type de collectivité et de territoire** : inclusion d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) / communes / syndicats mixtes, et de territoires classés ou non comme « Pays » (à prédominance rurale) ;
    - **Date de signature et génération** : inclusion de CLS de différentes générations (1ère ou 2ème génération) et signés à différentes périodes ;
    - **Expérience de la collectivité** : inclusion de collectivités d'expérience variable en matière d'animation territoriale de santé (préexistence ou non d'un Atelier santé ville [ASV], d'un label Villes-santé, etc.) au moment de la signature du CLS ;
    - **Modalités de réalisation du diagnostic** : inclusion de CLS impliquant ou non des habitants et /ou des acteurs locaux de la promotion de la santé et/ ou de la santé-environnement dans l'élaboration du diagnostic ;
    - **Dynamique de mise en œuvre du CLS** : inclusion de CLS restés très actifs et de CLS dont la dynamique a ralenti ou s'est interrompue au fil du temps (ce critère repose uniquement sur l'appréciation des deux ARS) ;

Sur un plan plus pratique, il a aussi été convenu de retenir des CLS permettant un accès suffisant et dans un délai raisonnable à des informateurs-clés.

Les résultats du chantier 1 ont permis de réaliser une matrice synthétisant pour chaque CLS l'ensemble des informations renvoyant aux critères susmentionnés (cf. annexe 6.4). Sur la base de ces critères et à la suite d'une discussion avec les deux ARS, nous avons constitué l'échantillon de 12 CLS décrits dans les Tableau 5 et 6. Chacun d'eux inclut un score de diversité de thématiques de promotion de la santé abordées (sur 13) dans chaque CLS, renseigne la présence (ou non) d'au moins une action abordant la santé-environnement, ainsi que divers éléments de contexte.

Tableau 5 : Liste de CLS sélectionnés pour les entretiens semi-directifs en Bretagne

Code du CLS (département)	**Diversité d'actions en Promotion de la santé planifiées**[14]	**Action planifiée en santé-environnement**	**Eléments de contexte apparent**
A	10	Oui	- EPCI - Signature en 2020, 2ème génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (PRSE : plan régional santé-environnement) - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic
B	9	Oui	- Syndicat mixte - Signature en 2020, 1ère génération - Expérience préalable en politique de la ville mais pas de mention d'autres démarches - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic
C	7	Oui	- Syndicat mixte - Signature en 2019, 1ère génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (PRSE) - Pas d'intervention d'un prestataire mais consultation des habitants lors du diagnostic

[14] Dans le tableau, les CLS dont la diversité de thématiques en promotion de santé santé-environnement est forte, moyenne ou faible apparaissent respectivement en vert, jaune et rose. Le score va de 1 à 13 selon que chacune des 13 thématiques suivantes était ou non abordée dans au moins une fiche action du contrat : déterminants sociaux de la santé, circonstances psychosociales et socio-environnementales, circonstances de vie matérielles, tabac, alcool, alimentation, activité physique, santé au travail, santé sexuelle et reproductive, drogues, santé mentale, violences, accidents et blessures.

Code du CLS (département)	**Diversité d'actions en Promotion de la santé planifiées**[14]	**Action planifiée en santé-environnement**	**Eléments de contexte apparent**
D	2	Oui	- EPCI - Signature en 2019, 1ère génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (PRSE) - Pas d'intervention d'un prestataire mais consultation des habitants lors du diagnostic
E	4	Non	- EPCI - Signature en 2016, 1ère génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (Projet territorial de santé) - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic
F	4	Non	- EPCI - Signature en 2013, 1ère génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville sans mention d'autres démarches - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic

PS : promotion de la santé
SE : Santé-environnement

Tableau 6 : Liste de CLS sélectionnés pour les entretiens semi-directifs en Pays de la Loire

Code du CLS (département)	**Diversité d'actions en Promotion de la Santé planifiées**[15]	**Action planifiée en santé-environnement**	**Eléments de contexte apparent**
G	10	Oui	- Signature en 2020, 3ème génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (projet territorial de santé, CPTS, PAT) - Pas d'intervention d'un prestataire mais consultation des habitants lors du diagnostic

[15] Dans le tableau, les CLS dont la diversité de thématiques en promotion de santé santé-environnementest forte, moyenne ou faible apparaissent respectivement en vert, jaune et rose. Le score va de 1 à 13 selon que chacune

Code du CLS (département)	**Diversité d'actions en Promotion de la Santé planifiées[15]**	**Action planifiée en santé-environnement**	**Eléments de contexte apparent**
H	7	Oui	- EPCI - Signature en 2020, 2ème génération - Expérience préalable en politique de la ville et mention d'autres démarches (CPTS, PAT…) - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic
I	7	Oui	- EPCI - Signature en 2018, 1ère génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (contrat de ruralité) - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic
J	5	Non	- EPCI - Signature en 2019, 2ème génération - Expérience préalable en politique de la ville sans mention d'autres démarches - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic
K	3	non	- EPCI - Signature en 2017, 1ère génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (CTS, CRSA) - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic

des 13 thématiques suivantes était ou non abordée dans au moins une fiche action du contrat : déterminants sociaux de la santé, circonstances psychosociales et socio-environnementales, circonstances de vie matérielles, tabac, alcool, alimentation, activité physique, santé au travail, santé sexuelle et reproductive, drogues, santé mentale, violences, accidents et blessures.

Code du CLS (département)	**Diversité d'actions en Promotion de la Santé planifiées[15]**	**Action planifiée en santé-environnement**	**Eléments de contexte apparent**
L	1	Oui	- EPCI - Signature en 2019, 1ère génération - Pas d'expérience préalable en politique de la ville mais mention d'autres démarches (PTS, PCAET) - Pas d'intervention d'un prestataire ou des habitants lors du diagnostic

PS : promotion de la santé
SE : Santé-environnement

6.1.2.3 Approche par questionnement analytique

Développée par Paillée et Mucchielli (2016), l'approche par questionnement analytique permet d'obtenir une réponse à un certain nombre de questions implicites ou explicites en utilisant un canevas d'analyse sans recourir initialement à des techniques de transformations ou de réduction de données (Paillée et Mucchielli, 2016).

Le choix de cette méthode nous est apparu judicieux car elle est indiquée pour les évaluations de projets, les études de besoin et les recherches évaluatives (Paillée et Mucchielli, 2016). Notre étude a pour but d'apporter des réponses aux ARS et aux acteurs locaux pour améliorer la prise de décisions et les pratiques en matière de CLS. Pour cela, les auteurs (2016, p.214) proposent la stratégie suivante :

- Formuler, sélectionner ou adapter des questions opérationnalisant le mieux possible les objectifs recherchés. Dans notre cas, nous avons formulé des questions de départ (cf. page 8) : elles ont été opérationnalisées à travers des grilles d'entretien et pourront également être utilisées en vue de recherches documentaires complémentaires (cf. section 3.2.4) ;
- Soumettre le corpus (transcriptions d'entretiens, documents, notes d'observation…) à ces questions de départ, de manière à générer de nouvelles questions, plus précises et en lien avec le corpus analysé ce qui permet de constituer un « canevas investigatif ». Les questions de ce « canevas » deviennent ainsi des guides pour l'analyse du corpus (cf. tableau 7).
- Utiliser le corpus pour répondre progressivement aux questions du canevas en générant non pas des catégories conceptualisantes ou des thèmes, mais des réponses directes sous la forme d'énoncés, de constats, de remarques, de propositions et de nouvelles questions le cas échéant. La structure du canevas apporte des balises pour la rédaction du rapport.

Tableau 7: Canevas investigatif

Thèmes	Questions
Culture et historique de la collectivité en santé publique	- La collectivité est-elle dynamique sur les questions de santé ? Depuis quand ? - Si oui, quelles sont les démarches locales de santé existantes sur le territoire? Certaines démarches locales visent-elles le champ de la promotion de la santé et de la santé-environnement ? - Point sur les conditions de la genèse du CLS (côté ARS, côté collectivité, circonstances locales, etc.) - Quelle est la place du CLS dans la politique et la doctrine de l'ARS ? perception de la collectivité porteuse du CLS ? - Dans quelle mesure l'expérience de la collectivité influence-t-elle la volonté d'agir en PS et SE dans les CLS ?
Les conditions du diagnostic	- Est-ce qu'un diagnostic a été élaboré pour le CLS ? Comment ? - Quels sont les acteurs (prestataires et / habitants) qui ont participé à l'élaboration du diagnostic ? - Quels sont les enjeux de santé identifiés sur le territoire ? - Dans quelle mesure la politique de l'ARS et la doctrine de l'ARS influencent-elles les actions en PS-SE dans les CLS ? - Est-ce que des enjeux en PS-SE ont été identifiés ? - Dans quelle mesure le diagnostic a influencé la planification des actions notamment ceux en PS-SE dans le CLS ? - En quoi d'autres facteurs ont pu influencer cette planification ?
Le contexte de coordination	- Est-ce qu'un coordinateur du CLS a été recruté ? A quel moment a-t-il été recruté ? quel est le profil et l'expérience de ce dernier ? - Quelles sont ces missions et son rôle concernant le CLS ? - Comment ce poste est-il financé ? Est-ce qu'il travaille à temps plein sur le CLS ? - Dans quelle mesure, les missions, le profil et les expériences du coordinateur du CLS peuvent impacter la planification des actions en promotion de la santé et en santé-environnement dans les CLS ?
L'implication des acteurs locaux en promotion de la santé et en santé-environnement	- Quels sont les acteurs locaux qui ont été associés à l'élaboration du CLS et à sa mise en œuvre ? - Parmi ceux-ci est ce qu'il y a des acteurs particulièrement actifs en promotion de la santé et en santé-environnement ? - Comment ces derniers ont impacté la planification et la mise en œuvre des actions en promotion de la santé et de la santé-environnement (participation au comité de pilotage, au Comité technique, portage ou partenaire d'action) ? - Est-ce que les actions portées par ces acteurs ont été déployées ? Si oui quelles sont les thématiques les plus traitées et elles visent quels types d'actions ? - Si oui comment elles ont été déployées ? ces partenaires ont-ils bénéficié d'accompagnement, financier / technique / autre ? d'un apport méthodologique de l'ARS ? Quels sont les facteurs facilitant ou bloquant le déploiement de ces actions ? - Est-ce que l'implication de l'ARS par le biais des CLS a permis une meilleure prise en compte des actions en promotion de la santé et en santé-environnement
Retombées du CLS en matière de PS et SE	- Dans quelle mesure la dynamique de la collectivité a permis de faire évoluer la volonté d'agir en PS et en SE et sur les facteurs associés? - L'élaboration du diagnostic dans le cadre du CLS a-t-elle permis d'améliorer la prise en compte de la PS-SE dans les actions menées sur le territoire (comparaison avant et après le CLS)? Pourquoi ?

	- Est-ce que les missions du coordinateur dans le cadre du CLS ont permis d'améliorer la prise en compte de la promotion de la santé et de la santé-environnement dans les actions menées sur le territoire ? Pourquoi ? - Dans quelle mesure, l'implication des acteurs à l'échelle du CLS a permis d'améliorer la prise en charge de la promotion de la santé et de la santé-environnement dans le territoire ?

6.1.2.4 Analyse

En s'inspirant de Mucchielli et Paillé (2016, p.217), « des éléments de réponse sous forme de constats, remarques, propositions, dégagés à partir de l'examen empirique des données ont été progressivement associés aux questions et aux thèmes du canevas investigatif.

6.2 Les Contrats locaux de santé répertoriés dans les deux régions

Voici la liste des CLS répertoriés dans les deux régions étudiant reflétant la situation au 30 avril 2020.

Tableau 8 CLS de la région Bretagne

Département	CLS	Durée du contrat	CLS actif (oui / non)
22	CLS du Pays du Centre de Bretagne	2015 – 2018	Non
22	CLS Loudéac Communauté Bretagne Centre	2020 - 2025	Oui
22	CLS du Pays de Trégor Goëlo	2015 – 2018	Non
22	CLS Lannion Trégor Communauté	2019 - 2024	Oui
22	CLS du Pays de Guingamp	2017 – 2019	Oui
22	CLS du Pays du Centre Ouest de Bretagne V1	2012 – 2014	Non
	CLS du Pays du Centre Ouest de Bretagne V2	2017 – 2020	Oui
22	CLS St-Brieuc-Armor agglomération	2019 - 2024	Oui
22	CLS de Dinan Agglo	2020 - 2025	Oui
29	CLS de Morlaix Communauté	2013 – 2016	Non
29	CLS de Quimperlé communauté	2016 – 2019	Oui
29	CLS de la Communauté de commune de Concarneau Cornouaille agglomération	2017 – 2020	Non
29	CLS du Pays de Morlaix	2020 - 2025	Oui
29	CLS du Pays de Brest	2019 - 2024	Oui
35	CLS du Pays de Fougères	2014 – 2017	Oui
35	CLS de Rennes	2013 – 2016	Oui
35	CLS du Pays de Redon Bretagne sud	2015 – 2018	Oui
35	CLS du Pays de Vitré	2011 – 2014	Non
35	CLS du Pays de Brocéliande	2017 – 2020	Oui
35	CLS du Pays de St-Malo	2020 - 2025	Oui

Département	CLS	Durée du contrat	CLS actif (oui / non)
56	CLS de la Communauté de communes de Belle-Ile en Mer	2013 – 2015	Non
56	CLS de Pays de Ploërmel-Coeur de Bretagne	2013 – 2016	Non
56	CLS de Pontivy Communauté	2013 – 2015	Oui
56	Pays de Ploërmel	2018 – 2022	Oui
Plusieurs départements	CLS des Iles Bretonnes du Ponant = 11 conventions différentes (2017 – 2020)	2016 – 2020	Oui

Tableau 9 CLS de la région Pays de la Loire

Département	CLS	Durée du contrat	CLS actif (oui / non)
44	CLS Nantes 2 (2 CLS)	2019 - 2024	Oui
44	CLS Saint Nazaire	2015 – 2018	CLS 2 en préparation
44	CLS de la communauté de communes Erdre & Gesvres	2018 – 2021	Oui
49	CLS Trélazé	2012 – 2016	Non
49	CLS Angers Loire Métropole 2	2019 - 2022	Oui
49	CLS de l'Agglomération du Choletais	2015 – 2018	Non
49	CLS agglo du choletais 2	2019 - 2023	Oui
49	CLS de la Communauté de Communes du Canton de Baugé	2015 - 2018	CLS2 en préparation
49	CLS du Grand Saumurois	2020 - 2024	Oui
49	CLS Mauges Communauté	2016 - 2021	Oui
53	CLS Coevrons	2018 - 2021	Oui
53	CLS Mayenne Communauté	2018 - 2021	Oui
53	CLS Laval	2019 - 2021	Oui
53	CLS du Pays de Craon 3	2020 - 2022	Oui
72	Communauté de Communes des Vallées de la Braye et de l'Anille	2017 - 2020	Oui
72	CLS Allonnes - Coulaines - Le Mans	2013 - 2018	Non-disponible
72	CLS de Sablé sur Sarthe	2015 - 2020	Oui
85	CLS La Roche sur Yon	2013 - 2018	Non
85	CLS de L'Ile D'Yeu	2013 – 2019	Non
85	CLS de la Communauté de Communes du Pays de La Châtaigneraie	2019 - 2023	Oui
85	CLS Terres de Montaigu	2017 - 2020	Non-disponible
85	CLS Pays des Achards et de la Vendée grand littoral	2019 - 2021	Oui
85	CLS pays de Fontenay- Vendée et de Vendée-Sèvre Autise	2019 - 2021	Oui
85	CLS Sud Vendée littoral	2019 - 2021	Oui

6.3 Synthèse des caractéristiques des CLS – analyse du contenu des contrats (chantier 1)

Région	**Score de diversité PPS dans le plan d'action**	**Présence du thème de la SE dans le plan d'action**	Année de signature	Type de collectivité	Collectivité est un "Pays"	génération CLS	Expérience préalable collectivité en politique de la ville	Expérience préalable collectivité autres démarches	Diagnostic par prestataire	Diagnostic avec habitants
B	10	oui	2020	EPCI	Non	2	Non	Oui	Non	Non
B	5	oui	2019	EPCI	Non	2	Oui	Oui	Non	Non
B	7	oui	2016	Syndicat mixte	Oui	1	Non	Oui	Oui	Non
B	6	oui	2017	Syndicat mixte	Oui	2	Non	Oui	Non	Non
B	2	oui	2019	EPCI	Non	1	Non	Oui	Non	Oui
B	4	non	2016	EPCI	Non	1	Non	Oui	Non	Non

Région	**Score de diversité PPS dans le plan d'action**	**Présence du thème de la SE dans le plan d'action**	Année de signature	Type de collectivité	Collectivité est un "Pays"	génération CLS	Expérience préalable collectivité en politique de la ville	Expérience préalable collectivité autres démarches	Diagnostic par prestataire	Diagnostic avec habitants
B	7	oui	2020	Syndicat mixte	Oui	1	Oui	Oui	Non	Oui
B	7	oui	2019	Syndicat mixte	Oui	1	Non	Oui	Non	Oui
B	8	oui	2014	EPCI	Oui	1	Non	Oui	Non	Non
B	6	oui	2013	commune	Non	1	Oui	Oui	Oui	Non
B	5	non	2015	Syndicat mixte	Oui	1	Non	Oui	Oui	Oui
B	10	oui	2017	Syndicat mixte	Oui	1	Non	Non	Non	Non
B	9	oui	2020	Syndicat mixte	Oui	1	Oui	Non	Non	Non
B	4	non	2013	EPCI	Non	1	Non	Non	Non	Non
B	5	oui	2018	Syndicat mixte	Oui	2	Non	Oui	Non	Non

Région	**Score de diversité PPS dans le plan d'action**	**Présence du thème de la SE dans le plan d'action**	Année de signature	Type de collectivité	Collectivité est un "Pays"	génération CLS	Expérience préalable collectivité en politique de la ville	Expérience préalable collectivité autres démarches	Diagnostic par prestataire	Diagnostic avec habitants
B	7	oui	2016	Autres	Non	1	Non	Non	Non	Oui
A	7	oui	2018	EPCI	Non	1	Non	Oui	Non	Non
A	4	oui	2019	EPCI	Non	1	Oui	Oui	Non	Oui
A	5	non	2019	EPCI	Non	2	Oui	Non	Non	Non
A	7	oui	2020	EPCI	Non	2	Oui	Oui	Non	Non
A	2	oui	2016	EPCI	Non	1	Non	Non	Oui	Non
A	3	oui	2018	EPCI	Non	1	Non	Oui	Non	Oui
A	3	oui	2018	EPCI	Non	2	Non	Oui	Non	Non
A	8	oui	2019	commune	Non	2	Oui	Oui	Non	Non
A	10	oui	2020	EPCI	Oui	3	Non	Oui	Non	Oui
A	3	non	2017	EPCI	Non	1	Non	Oui	Non	Non

Région	**Score de diversité PPS dans le plan d'action**	**Présence du thème de la SE dans le plan d'action**	Année de signature	Type de collectivité	Collectivité est un "Pays"	génération CLS	Expérience préalable collectivité en politique de la ville	Expérience préalable collectivité autres démarches	Diagnostic par prestataire	Diagnostic avec habitants
A	6	oui	2015	EPCI	Non	1	Oui	Non	Non	Non
A	5	oui	2019	EPCI	Oui	2	Non	Non	Oui	Non
A	1	oui	2019	EPCI	Oui	1	Non	Oui	Non	Non
A	4	oui	2019	EPCI	Oui	1	Oui	Non	Oui	Oui
A	4	oui	2019	EPCI	Non	1	Non	Oui	Oui	Oui

6.4 Guide d'entretiens - structure porteuse du CLS

Information générales
Date Collectivité porteuse du CLS (département) Circonstances particulières
Répondant
Nom et prénom Formation Parcours professionnel : notamment en promotion de la santé et en santé-environnement Fonction actuelle (direction / service) Activités en lien avec le CLS (passées et actuelles) • Profil/ expérience du coordinateur ? • Quand et comment il a été recruté ? comment son poste est financé ? • Quelles sont les missions et le rôle du coordinateur concernant le CLS ? Est-ce qu'il travaille à temps plein sur le CLS ?
Thématiques
Culture et historique de la collectivité en matière de santé publique : • Préexistence d'une démarche locale en santé / héritage dans la collectivité (ex. ville santé, ASV, CLS1, CLSM etc..) ? depuis quand ? • Certaines de ces démarches locales visent-elles le champ de la promotion de la santé et de la santé-environnement • Point sur les conditions de la genèse du CLS (côté ARS, côté de la collectivité, circonstances locales etc.) • Dans quelle mesure l'expérience de la collectivité influence-t-elle la volonté d'agir en PS et SE dans les CLS ? • Influence de la dynamique de la collectivité en matière de santé sur la volonté d'agir en promotion de la santé et de la santé-environnement sur le territoire (comparé situation avant et après CLS) ?
Les conditions du diagnostic : • Est-ce qu'un diagnostic a été élaboré pour le CLS ? comment ? • Quels sont les acteurs qui ont été mobilisés dans ce diagnostic (prestataire externes/ habitants / autres) ? • Enjeux socio-sanitaire identifiés comme prioritaires sur le territoire ? notamment en PS et en SE ? • Influence de la politique régionale de santé et de la doctrine CLS de l'ARS ? notamment en promotion de la santé et en santé-environnement ? • Influence du diagnostic sur les programmes d'action ? notamment en promotion de la santé et en santé-environnement ? • En quoi d'autres facteurs ont pu influencer cette planification
Le contexte de coordination : • Articulation CLS avec d'autres dispositifs sur le territoire. • Dans quelle mesure, les missions, le profil et les expériences du coordination peuvent impacter la planification des actions en promotion de la santé et en santé-environnement ?
Implication des acteurs locaux en promotion de la santé et en santé-environnement : • Quels sont les acteurs locaux qui ont été associés à l'élaboration du CLS et à sa mise en œuvre? • Quels sont les acteurs actifs en PS et SE qui ont influencé la planification et la mise en œuvre des actions en PS et SE (participation au COPIL, au cotech, portage ou partenaire d'action)?

- Quels sont les porteurs de projets en PS et SE ? quels types d'actions / thématiques ont été déployées (actions existantes ou nouvelles ?). Pouvez-vous nous donner quelques exemples d'actions déployées ?
- Comment ces actions ont été déployées ? ces partenaires ont bénéficié d'accompagnement, financier/technique/ autre ? d'un apport méthodologique de l'ARS ? Quels sont les facteurs facilitant ou bloquant le déploiement de ces actions ?

Retombées du CLS en matière de PS et SE :

- Evolution des pratiques au sein de la collectivité et auprès des porteurs / partenaires d'action en lien avec le CLS en matière de santé ? notamment en PS et SE ?
  - Organisation et gouvernance
  - Pilotage et mobilisation des acteurs/ service au sein de la collectivité
  - Mobilisation des ressources financières

Demander au répondant s'il y a une autre question que l'on aurait dû lui poser

6.5 Guide d'entretien – porteur / partenaire d'action

Information générales
Date Collectivité porteuse du CLS (département) Circonstances particulières
Répondant
Nom et prénom Formation Parcours professionnel : notamment en promotion de la santé et en santé-environnement Fonction actuelle (direction / service) Activités en lien avec le CLS (passées et actuelles)
Thématiques
Gouvernance, leadership, contexte politique et institutionnel • Mandat et compétence de l'organisation de l'interviewé ? Lien avec la promotion de la santé et santé-environnement ? Depuis quand ? • Organisation de l'interviewé à l'origine du CLS ? Sinon implication depuis quand ? Perception d'une volonté politique locale ? des Services de la collectivité ? d'autres acteurs locaux ? de l'ARS ? • Participation de l'organisation de l'interviewé aux instances de décision du CLS (ex. comité stratégique)? Collaboration dans ce cadre avec d'autres acteurs / secteurs de divers paliers ? Fonctionnement de ces instances ? Multi-partenarial et intersectoriel (composition, fonctionnement, etc.) ? Rôle dans l'élaboration du CLS ? Perception du rôle des élus ? des Services de la collectivité ? de l'ARS ? • Quelle influence sur la programmation d'action ? en promotion de la santé et santé-environnement ?
Culture et historique de la collectivité en matière de santé publique : connaissance d'une expérience de la collectivité en la matière (ex. ville santé, ville PNNS, ASV, CLS1, CLSM etc.) ? Influence sur l'émergence et l'élaboration du CLS ? Influence sur les acteurs impliqués et les dynamiques de travail ? sur le programme d'action ? sur la place de la promotion de la santé et santé-environnement dans ce programme ?
Les conditions du diagnostic : • Participation à l'élaboration du diagnostic ? de quelle manière ? • Enjeux socio-sanitaire identifiés comme prioritaires sur le territoire ? notamment en promotion de la santé et en santé-environnement ? • Territoire du CLS plus particulièrement ciblé par l'action de l'organisation de l'interviewé ? • Influence du diagnostic sur les programmes d'action ? notamment en promotion de la santé et en santé-environnement ? • Influence du diagnostic sur les pratiques existantes en promotion de la santé et en santé-environnement ?

Le contexte de coordination :
• Fiches action du CLS auxquelles participe plus particulièrement l'organisation de l'interviewé ?
• Quel processus d'élaboration et de mise en œuvre de ces fiches ?
  ○ Pourquoi, quand, avec qui, comment ?
• Facteurs pouvant plus globalement contribuer à expliquer la place de la promotion de la santé et santé-environnement dans le programme d'action:
  ○ Implication de la structure porteuse / de l'ARS dans l'élaboration / la mise en œuvre du CLS ?

○ Conditions de l'élaboration du plan d'action du CLS : méthodes, groupes de travail, consultations, comités, etc. ○ Mode/degré d'articulation entre les CLS et d'autres dispositifs socio sanitaires (ex. ASV, CLSM, CPTS) ○ Ressources allouées / promises en lien avec l'existence / l'élaboration du CLS et conditions associées (ex. nature des ressources et ciblage [ex. sur certains types / thèmes d'action]) ○ Existence d'une instance technique (comité) ? Intersectoriel ? ○ Conditions de pérennisation du CLS (ou de certaines actions) ?
Implication d'acteurs locaux en promotion de la santé et en santé-environnement : • Selon l'acteur interviewé, facteurs pouvant contribuer à expliquer la place de la promotion de la santé et santé-environnement dans le programme d'action : ○ Intervention, mode / degré d'implication et profil de certains acteurs dans élaboration / mise en œuvre du CLS ○ Politique de formation / accompagnement en PPS ○ Existence de réseaux / associations engagés dans la PPS, ayant par exemple suscité ou été recrutés dans des initiatives préalables (ASV, santé mentale, 1er CLS et autres).
Retombées du CLS en matière de promotion de la santé et en santé-environnement : • Dans quelle mesure l'existence d'un CLS a-t-elle stimulé les dynamiques et les réseaux locaux autour des questions de promotion de la santé et santé-environnement? • Dans quelle mesure le CLS a-t-il contribué à la création d'espaces de rencontres favorisant la sensibilisation aux principes de la promotion de la santé et santé-environnement ? • Dans quelle mesure, les missions, les compétences des porteurs ou partenaires d'action influence la prise en charge de la promotion de la santé et santé-environnement ?
Demander au répondant s'il y a une autre question que l'on aurait dû lui poser

6.6 Guide d'entretien – Référents en Délégation Territoriale d'ARS

Informations générales
Date : Collectivité porteuse du CLS : Circonstances particulières :
Répondant
Nom et prénom Fonction actuelle et depuis quand (direction / service)
Thématiques
Contexte d'émergence du CLS : Comment le CLS a émergé sur le territoire ? (CLS de 3ème génération) • Proactivité de l'ARS (démarches auprès des élus ? plaidoyer au niveau de la DT ou du siège de l'ARS ?) • Manifestation d'intérêt de la collectivité ? Comment se sont déroulées les négociations avec les élus ? (L'élu signataire est-il toujours en poste ?) Avez-vous une suggestion pour un élu qu'il serait intéressant que l'on rencontre pour notre étude. • Circonstances locales • Quelles sont les facteurs facilitateurs ou bloquants qui ont été rencontrés ? Quelques exemples ?
Contexte du diagnostic : • Les enjeux en santé sur le territoire ? notamment en promotion de la santé et santé-environnement ? • Quels acteurs (prestataire ou contributeurs) mobilisés dans l'élaboration du diagnostic (ex. du type IREPS) ? • Influence de la politique régionale de santé et de la doctrine CLS de l'ARS à ce niveau ? notamment en promotion de la santé et en santé-environnement ? • Quelles thématiques priorisées dans le CLS ? Pourquoi ? • Quelles sont les facteurs facilitateurs ou bloquants que vous avez rencontré dans la réalisation du diagnostic ? Pouvez-vous nous quelques exemples
Contexte de la coordination : • Profil/ expérience du coordinateur ? • Quand et comment il a été recruté ? Comment son poste est financé ? Problème de turnover des coordinateurs ? A priori joignable en ce moment pour cette étude ? • Quelles sont les missions et le rôle du coordinateur concernant le CLS ? Est-ce qu'il travaille à temps plein sur le CLS ? • Quelles sont les facteurs facilitateurs ou bloquants que vous avez rencontré pour le recrutement du coordinateur (ex. le financement du poste) ? Pouvez-vous nous quelques exemples ?
Implication des acteurs locaux en promotion de la santé et en santé-environnement : • Quels sont les acteurs locaux qui ont été associés à l'élaboration du CLS et à sa mise en œuvre? Notamment en matière de PS et SE ? avez-vous des recommandations éventuelles d'acteurs à rencontrer en la matière dans le cadre de cette étude ? • Quel a été le rôle de l'ARS dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions (COPIL, COTECH) ? notamment en PS et SE ? • Quelles sont les dispositifs d'accompagnement (financier/ technique / méthodologique / autre) que l'ARS a mis en place pour les porteurs d'action ? • Quels sont les facteurs facilitant ou bloquant le déploiement de ces actions ? notamment en PS et SE ? • Quel est la plus-value du CLS sur votre territoire notamment en matière de promotion de la santé et santé-environnement.

Demander au répondant s'il y a des éléments qu'ils nous serait utile de connaître pour cette étude avant de contacter le coordinateur