

Le contrat local de santé à l'assaut des inégalités d'accès aux soins



MONTAGE E. CLÉMENT / PHOTOS ADDBESTOCK

Dans un contexte qui a révélé tout particulièrement les inégalités territoriales persistantes dans les domaines de la prévention et de l'accès aux soins, le contrat local de santé (CLS) apparaît comme un moyen d'action des collectivités. Introduit par la loi «HPST» de 2009 et réaffirmé par la loi de modernisation du système de santé de 2016, le CLS constitue, en effet, l'instrument privilégié pour développer de façon concertée des parcours de santé cohérents et adaptés à l'échelon local.

Figurant initialement à l'article L. 1434-17 du code de la santé publique, c'est aujourd'hui, au IV. de l'article L. 1434-10 du code que le contrat local de santé est défini : «La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, garantissant la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte du projet territorial de santé mentale. Ils sont conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins [...].

Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent.» Aucune autre disposition législative ou réglementaire ne s'impose à ces contrats. De sorte qu'il peut d'emblée être retenu que le cadre juridique applicable demeure extrêmement souple. Largement négociables, il n'en demeure pas moins que plusieurs lignes directrices ont été dégagées s'agissant de la formalisation de ces contrats, lesquels ont encore donné lieu à l'établissement d'un guide méthodologique par les agences régionales de santé (ARS) (1).

Les conditions préalables à la formation d'un CLS

L'élaboration d'un CLS est tout d'abord immanquablement conditionnée à l'expression de la volonté d'engager cette démarche. Une telle initiative peut procéder soit de l'ARS, soit d'une collectivité territoriale, soit

encore d'une ambition partagée par ces deux acteurs. En tout état de cause, un volontarisme fort des élus locaux est absolument déterminant dans la réussite d'un CLS.

L'élaboration d'un diagnostic territorial de santé

L'élaboration d'un diagnostic territorial de santé constitue, ensuite, un préalable indispensable à la formation d'un CLS. L'article L. 1434-17 du code de la santé publique précité prévoit, en effet, que la conclusion de ce type de contrat garantit «la participation des usagers». Ainsi, ce diagnostic territorial de santé constitue une démarche d'analyse de situation donnant obligatoirement lieu à concertation. Il se distingue donc d'un simple état des lieux reposant sur de la collecte et de l'analyse d'informations disponibles en ce qu'il associe les acteurs et la population à l'identification des enjeux de santé et d'action pour le territoire.

Déterminer périmètre, signataires et support du contrat

Au-delà de conforter le bien-fondé de la démarche, ce diagnostic doit encore permettre de fixer le périmètre géographique, les parties prenantes et le support pertinent du CLS. S'agissant du périmètre, il correspond généralement à celui du territoire de la collectivité impliquée. A noter toutefois qu'en milieu rural, il pourra correspondre à des territoires tels que les pays. S'agissant du support, il peut s'agir soit de l'établissement d'un contrat entièrement dédié, soit de l'intégration d'un volet au sein d'un contrat de ville si les territoires d'actions coïncident (2). S'agissant des signataires, doivent en faire partie impérativement le directeur de l'ARS ainsi qu'un ou plusieurs élus de la collectivité. Le préfet peut également parapher ce contrat si certaines des actions projetées relèvent des services déconcentrés de l'Etat. L'intervention de la

caisse primaire d'assurance maladie est encore très fréquente.

Le contenu d'un contrat local de santé

Comme évoqué, le contenu d'un CLS demeure, pour beaucoup, laissé à l'appréciation de ses signataires. Il n'est tout d'abord fixé aucune condition restrictive de délais s'agissant de ces contrats, lesquels s'inscrivent néanmoins généralement sur plusieurs années (3 à 5 ans dans la majorité des cas).

Le contenu des contrats se trouve néanmoins contraint pour partie par les textes, ainsi que par une articulation nécessaire avec les autres dispositifs existants et qu'il est largement orienté par les modèles de contrat diffusés par les ARS.

Composantes obligatoires du CLS

Rappelons tout d'abord que le contenu d'un contrat local de santé se doit impérativement d'être en adéquation avec le projet régional de santé de son territoire d'intervention.

Au demeurant, la loi prévoit explicitement que ce type de contrat porte sur « la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social ».

Il est encore requis qu'un volet consacré à la santé mentale, tenant lui-même compte du projet territorial de santé mentale, soit intégré audit contrat (art. L. 1434-17 du code de la santé publique). Ainsi, le contrat local de santé doit immanquablement s'inscrire en lien et en cohérence avec l'existant.



■ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

■ Loi « HPST » n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Une articulation nécessaire avec les dispositifs existants

Le contrat local de santé a vocation, en effet, à favoriser une action concertée et cohérente en faveur de la réduction des inégalités dans le secteur de la santé et de l'amélioration de la prévention et de l'accès aux soins. En aucun cas, ce contrat ne doit se substituer aux autres dispositifs locaux existants. Néanmoins, l'un de ses objectifs est précisément de recenser ces dispositifs et de garantir leur parfaite articulation. Ainsi, s'il n'en est pas une composante, le CLS doit impérativement être en adéquation avec le contrat de ville.

De même, le CLS doit tenir compte des ateliers santé ville (ASV) susceptibles d'être mis en œuvre sur le territoire et, au-delà, se positionner vis-à-vis d'eux dans une approche complémentaire favorisant leur parfaite exécution réciproque.

C'est d'ailleurs parce qu'il est empreint, au final, de plusieurs lignes directrices fondamentales, qu'il est bien souvent rédigé à partir des modèles diffusés par les ARS.

Un contenu souvent issu des modèles de l'ARS

Les CLS intègrent ainsi généralement les articles suivants : parties signataires, périmètre géographique du contrat, prise en

compte des démarches locales de santé existantes, partenaires éventuels, axes stratégiques, objectifs et actions du contrat, durée, suivi et évaluation.

En annexe, sont ensuite déclinées par fiche opérationnelle les actions projetées, les moyens y étant associés et les conditions de leur suivi et évaluation.

Leurs moyens d'exécution

Il est constant que la réussite d'un CLS résulte très largement des garanties susceptibles d'être apportées à sa réalisation. A cet effet, les conditions de son suivi et de son financement sont déterminantes.

L'importance du suivi du CLS

S'agissant du suivi, il est préconisé la mise en œuvre d'un comité de pilotage présidé par le représentant de la collectivité portant le contrat. Celui-ci est composé des représentants de toutes les institutions et organismes intervenant sur le territoire concerné dans le champ de la santé : collectivités territoriales, Education nationale, groupements hospitaliers du territoire, etc. Ce comité de pilotage constitue le lieu privilégié de concertation et d'échanges ainsi que l'instance de décision. Se réunissant a minima deux fois, par an, il lui appartient de valider le plan d'action et de suivre la mise en œuvre et l'évaluation du CLS.

Parallèlement, il est en général institué un comité technique composé des techniciens représentant les membres du comité de pilotage et les représentants des partenaires locaux (associations, professionnels et habitants). Ce comité assure un rôle préparatoire et de propositions entre les séances du comité de pilotage.

Enfin, l'animation de la démarche procède le plus souvent d'un coordinateur à qui elle est confiée. Si cette organisation est la plus courante, elle peut bien sûr différer, a fortiori lorsque le CLS s'appuie sur un autre contrat territorial. Reste, en tout état de cause, qu'un soin particulier devra être apporté à la détermination d'un portage efficient de la démarche.

L'obtention des financements nécessaires

Le dernier point à aborder et non le moindre tient aux conditions de financement d'un CLS. Avant toute chose, il n'existe pas, par essence, de financements directement dédiés à l'exécution d'un CLS. De sorte que, là encore, la détermination du financement des actions définies est laissée à l'appréciation des signataires, via le recours aux dispositions et outils de droit commun (appels à projet, contractualisation, etc.).

A noter toutefois qu'en général, l'ARS finance largement le diagnostic territorial et cofinance une majorité d'actions.

Reste qu'il est fondamental de gagner en lisibilité sur les moyens – financiers, humains, matériels – alloués au CLS par les différents partenaires, d'où la recommandation de les renseigner au sein des fiches opérationnelles lui étant annexées.

(1) www.labo-cites.org/Datas/DT_sant/CLS_TYPE.pdf

(2) Circulaire SG/CGET n° 2014-376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville, NOR: AFSZ1500546C.

Par Elise Humbert, avocate, cabinet Seban et associés