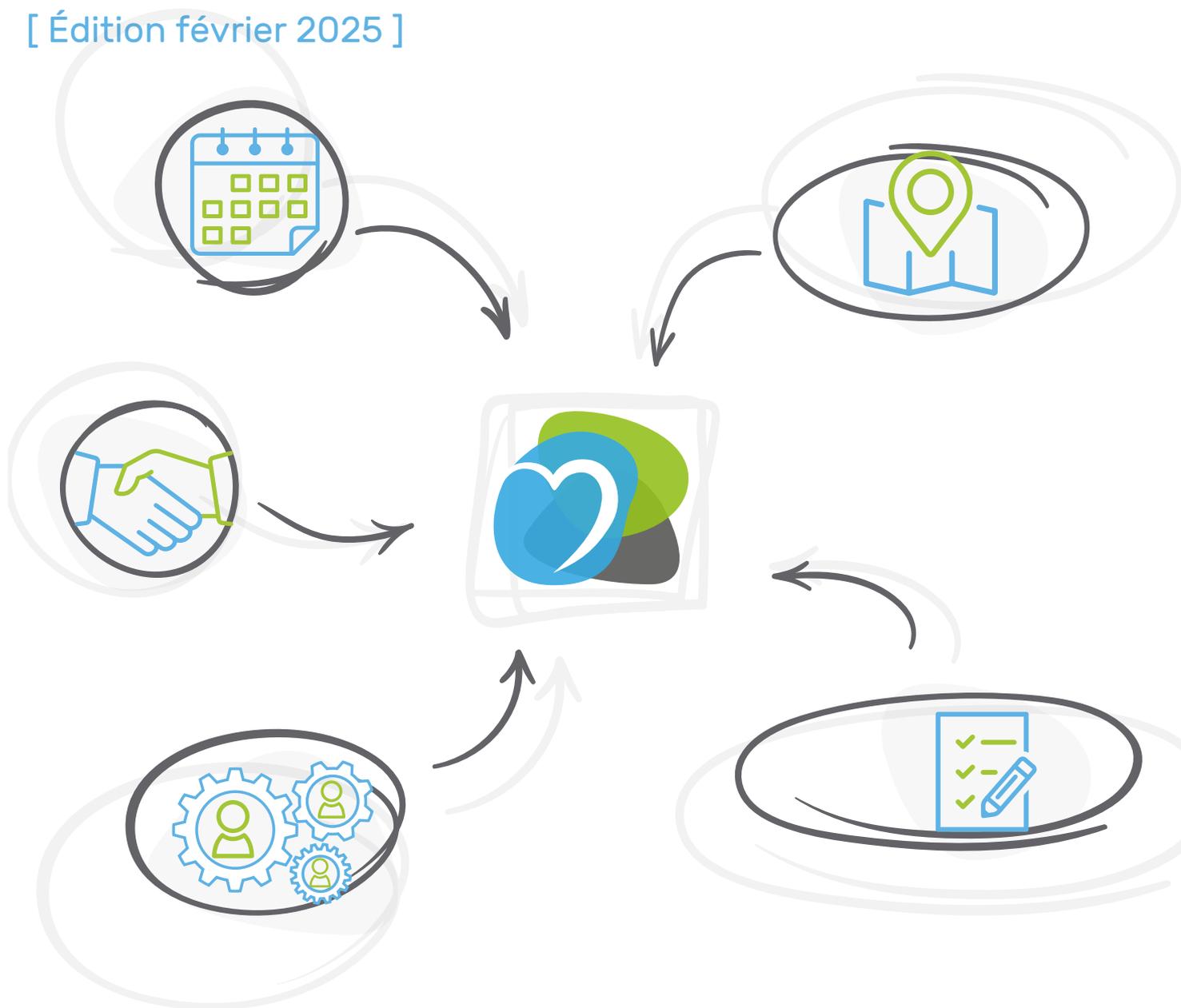


GUIDE RÉGIONAL DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ (CLS)

À DESTINATION DES ÉQUIPES CHARGÉES DE LA
COORDINATION D'UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

[Édition février 2025]



SOMMAIRE

1. Introduction	p. 2
Préambule	p. 2
Guide de lecture	p. 3
Éléments généraux	p. 4
2. Fiches pratiques	p. 8
Fiches : préparer le projet.....	p. 9
Fiches : gouverner et coordonner.....	p. 13
Fiches : conduire le projet.....	p. 18
3. Annexes	p. 37

1. Introduction

Préambule

Etat de santé, bien-être et qualité de vie des habitants contribuent au **dynamisme** et à l'**attractivité du territoire**.

Les collectivités territoriales, par leurs compétences et leur proximité avec la population (habitants et acteurs du territoire) agissent au quotidien sur des situations ayant un impact sur la santé. Logement, urbanisme, environnement, qualité de l'air et de l'eau, transport et la mobilité active, alimentation scolaire, ..., l'action des collectivités impacte les différents milieux de vie.

Les collectivités territoriales peuvent être par ailleurs directement impliquées dans **les sujets de prévention et de promotion de la santé, dans l'offre médico-sociale** (gestion par le CCAS ou CIA d'établissements et/ou services médico-sociaux, présidence d'instances de gouvernance, ...) ou **dans l'offre sanitaire du territoire** (membre du conseil de surveillance des établissements de santé, gestion de centres de santé ...).

Elles peuvent également prendre part aux différents dispositifs agissant au plus près pour la santé de leurs habitants, tels que (liste non exhaustive) :

- les Maisons sports santé (MSS) ;
- les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les Communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- les Ateliers santé ville (ASV), les Programmes de réussite éducative (PRE) ou encore les cités éducatives, pour mettre en place et faire perdurer des actions en lien avec la santé (politique de la ville) ;
- les Contrats locaux de santé (CLS).

Les collectivités locales, au regard du large éventail de compétences dont elles disposent et de la proximité avec les habitants, ont ainsi le **pouvoir d'agir sur de nombreux déterminants de santé** (*cf. Annexe n° 1 « Définitions des principaux concepts en santé »*) et **de réduire** par conséquent **les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé**. L'organisation du système de santé ne peut donc répondre seule à cet enjeu.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs du territoire est donc nécessaire pour **agir sur l'état de santé de sa population** (bailleurs sociaux, services de proximité, professionnels de santé installés sur le territoire, associations, les différents services de la collectivité, les écoles...). Les compétences propres des collectivités territoriales contribuent à apporter une réponse stratégique ou opérationnelle aux besoins de santé identifiés et cela dans toutes les dimensions relevant des domaines de la santé publique (prévention et promotion de la santé, accès aux soins, accompagnement médico-social et social, santé mentale, santé environnementale...).

Outil au bénéfice de la **territorialisation de la politique de santé**, le Contrat local de santé est un dispositif issu de la Loi HPST de 2009 récemment conforté par la loi du 27 décembre 2023 dite « Loi Valletoux ». Aussi, l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie s'engage résolument dans la mise en œuvre des Contrats locaux de santé (CLS), sur le territoire régional. A cette fin, l'ensemble de ses directions est mobilisé pour travailler

avec les collectivités territoriales dans la structuration et la mise en œuvre d'une politique de santé sur les territoires. En coordonnant l'action des différents intervenants locaux, les Contrats locaux de santé (CLS) visent à renforcer l'efficacité des initiatives prises au regard du Projet régional de santé (PRS) mais aussi l'efficacité des projets locaux portés par les collectivités, particulièrement au bénéfice des publics les plus vulnérables.

Le PRS 2023-2028 ambitionne de couvrir 100 % de la population par un CLS, avec pour objectif d'améliorer les conditions environnementales et sociales qui déterminent in fine l'état de santé des populations et réduisent les inégalités sociales et territoriales de santé.



21 CLS sont signés et actifs

soit 50 % de la population normande couverte par un CLS signé (chiffres au 31/12/2024).

Il est donc essentiel de consolider la stratégie régionale autour de cet objectif de couverture de la population par un Contrat local de santé et de maintenir à cette fin un appui effectif et de qualité auprès des collectivités territoriales. Dans cette optique, les **Directions départementales**, en collaboration avec la Direction de la stratégie de l'ARS Normandie, ont **élaboré des outils et formalisé les attentes dans un guide qui se veut pédagogique**, conçu pour **être modulable et adaptable en fonction des enjeux et besoins spécifiques à chaque territoire**. Il est en particulier destiné aux équipes chargées de la coordination du Contrat local de santé.

Guide de lecture

Elaboré par les représentants de l'ensemble des Directions départementales (DD) de l'ARS Normandie et la Direction de la stratégie, ce guide constitue le socle normand commun d'éléments pour la construction et la mise en œuvre des Contrats locaux de santé (CLS). Outil souple et modulable par nature, chaque Direction départementale est à l'écoute de la collectivité territoriale pour échanger et adapter cette base, en fonction des besoins et spécificités identifiés.

Ce format **« guide régional du Contrat local de santé (CLS) »** a été retenu pour soutenir les Coordinateurs de CLS dans la mise en œuvre de leurs missions. A cette fin, le guide CLS Normandie est **constitué de différentes fiches souhaitées concrètes et opérationnelles**.

Cette structuration en fiches pratiques permettra au guide de revêtir un format évolutif. Celles-ci auront en effet vocation à être complétées, au fur et à mesure des besoins, par des outils pratiques par exemple.

L'intégralité des fiches pratiques est accessible sur la page internet dédiée aux CLS de l'ARS Normandie : [cliquez-ici](#).



Trois grands ensembles de fiches pratiques :

1. **« Préparer le projet de CLS »** (fiches pratiques 1 et 2).
2. **« Gouverner et coordonner »** (fiches pratiques 3 et 4).
3. **« Conduire le projet »** détaille, de la réflexion à l'évaluation du CLS, les différentes étapes à suivre, les modalités pratiques de structuration, incluant le diagnostic, la formulation des objectifs, l'élaboration du plan d'action ainsi que la démarche évaluative attendue (fiches pratiques 5 à 8).

Pour un suivi et un accompagnement intégral, des annexes complètent ce document :

- Annexe 1 : **Définitions des principaux concepts en santé** ;
- Annexe 2 : **Kit communication** ;
- Annexe 3 : **Ressources** ;
- Annexe 4 : **Glossaire**.

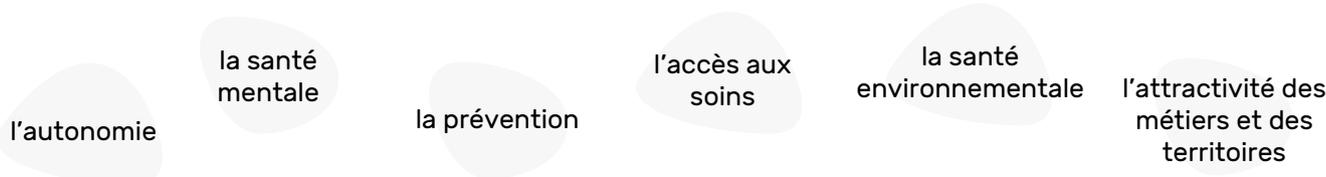
Eléments généraux

Définition du Contrat local de santé (CLS)

Le Contrat local de santé (CLS) est un **outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale** pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Il garantit la participation des usagers. Expression des dynamiques territoriales partagées, il favorise l'articulation entre le **Projet régional de santé (PRS)** et les démarches locales en faveur de la santé des populations.

En mutualisant les moyens et en renforçant les partenariats, le CLS **coordonne les initiatives ayant un impact sur la santé sur les territoires** tout en favorisant une approche globale.

Il couvre les **différents domaines** des politiques publiques de la santé comme :



Dispositif territorial et partenarial, le Contrat local de santé (CLS), constitue un **outil adaptable au contexte et aux besoins des territoires**. Par le repérage et la définition des enjeux de santé du territoire, en travaillant sur les déterminants de la santé et en actionnant les leviers identifiés, le Contrat local de santé permet de construire puis de mener les actions concourant à **améliorer la santé et à faciliter le parcours de santé des populations**.

UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ (CLS) EST :

- un outil partenarial de lutte contre les inégalités qu'elles soient sociales, territoriales ou environnementales ;
- un dispositif flexible qui fait le lien entre les Projets de santé régionaux et ceux des collectivités locales ;
- un projet collectif et participatif ;
- une réponse adaptée aux besoins locaux de santé.

OBJECTIFS :

- déployer des actions santé mieux intégrées aux politiques publiques locales ;
- coordonner et mutualiser les actions des différents acteurs ;
 - coconstruire des actions et partager des expériences ;
 - agir sur les déterminants de santé, facteurs influant indirectement la santé des habitants ;
 - évaluer ensemble les actions et les adapter.

AVANTAGES :

- mieux comprendre les points forts et les faiblesses du territoire en matière de santé ;
- renforcer les initiatives locales existantes en les intégrant dans une stratégie globale ;
- inscrire les actions dans un cadre institutionnel reconnu ;
- identifier des priorités communes à mettre en œuvre collectivement ;
- mobiliser les acteurs locaux autour d'objectifs de santé partagés ;
- favoriser les partenariats pour des actions ayant un impact sur la santé plus pertinentes et efficaces ;
- promouvoir la santé avec et pour les habitants du territoire ;
- contribuer à améliorer le cadre de vie et l'attractivité du territoire ;
- optimiser l'utilisation des fonds publics en coordonnant les politiques locales et régionales.

Le CLS implique une large diversité d'acteurs : services de l'État, conseils départementaux, caisses d'assurance maladie, professionnels de santé, associations et usagers... Il permet d'adapter les actions, définies par le Projet régional de santé (PRS), aux priorités d'action de la population locale.

Objectifs du Contrat local de santé (CLS)

Introduits par la loi HPST, le Contrat local de santé (CLS) a constitué une mesure innovante visant à **mettre en cohérence la politique régionale de santé et les initiatives locales en permettant une meilleure articulation du Projet régional de santé (PRS)** et des démarches locales en faveur de la santé existantes.

Les récentes évolutions législatives, dont la loi du 27 décembre 2023 connue sous le nom de « Loi Valletoux », confirment l'importance d'adapter les politiques nationales de santé aux besoins des territoires. Elles renforcent pour cela, l'utilisation de plusieurs outils déjà existants. Dans cette logique, le Projet régional de santé (PRS), décliné à l'échelle départementale et territoriale avec l'appui des Conseils territoriaux de santé (CTS), **accorde une place prépondérante aux Contrats locaux de santé.**

Ainsi, depuis une quinzaine d'années, le cadre évolue dans l'objectif notamment de renforcer l'adaptation des politiques de santé aux territoires en encourageant la participation accrue des citoyens (acteurs à part entière de la démocratie en santé). La politique régionale de santé, à travers le PRS 2023-2028, s'engage à relever ce double défi en faisant du Contrat local de santé un outil clé pour agir au plus près des habitants. **Participer à la construction des dynamiques territoriales de santé et réduire les inégalités sociales de santé, sont deux grandes ambitions portées par les CLS.**

Il se doit d'être pensé en cohérence avec les différentes instances de démocratie en santé ou instances de coordination des politiques publiques auxquelles les collectivités peuvent prendre part : les Conseils territoriaux de santé (CTS), les Commissions spécialisées en santé mentale (CSSM), les Comités techniques de promotion de la santé (CTPS)...

Au sein du PRS Normand, le CLS incarne donc le levier territorial de mise en œuvre des principes qui guident l'action de l'ARS et de ses partenaires :

- **réduire les inégalités sociales de santé** en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé, en assumant la différenciation au bénéfice des populations et des territoires les plus défavorisés ;
- **adapter l'action aux spécificités des territoires**, en vue de réduire les inégalités territoriales et en mobilisant l'ensemble des acteurs locaux que sont les élus, les professionnels, les usagers, les citoyens ;
- **mesurer le service rendu concrètement à l'utilisateur.**

La politique régionale de santé, à travers le PRS 2023-2028, s'engage à relever ce double défi en faisant du CLS un outil clé pour **agir au plus près des habitants**. Dans ce cadre, une place prépondérante est accordée à la territorialisation des politiques de santé à travers la définition des 7 feuilles de routes départementales et territoriales concertées avec chaque CTS. Pour les consulter,  [cliquez-ici](#).



En articulation avec les autres dispositifs territoriaux

La Stratégie nationale de santé (SNS) 2023 rappelle le besoin d'articulation entre le CLS et les autres dispositifs et démarches territoriales, notamment :

➔ avec les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) :

La loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite « Loi 3DS », impose dans le CLS « un **volet consacré à la santé mentale** qui tient compte du projet territorial de santé mentale ». L'objectif de ce volet peut être celui de la mise en place d'un CLSM.

Zoom sur les CLSM



Issu de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui lui donne une base juridique, le CLSM est un espace de concertation et de coordination en santé mentale entre les élus, les acteurs de la psychiatrie publique, les usagers et leurs aidants et l'ensemble des professionnels du territoire concernés par la santé mentale.

Il a pour objectif de **promouvoir une vision globale de la santé mentale et de lutter contre la stigmatisation.**

➔ avec les Contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) :

Définis pour une durée de 5 ans (2021-2025), ces contrats ont pour objectif de décliner des actions structurantes visant notamment à déstigmatiser la santé mentale et à faciliter les parcours en santé mentale et psychiatrie. Etablis sur la base d'un diagnostic territorial partagé entre les différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social cette première génération de contrat rend lisible l'engagement opérationnel conjoint des différents partenaires du territoire, fruit d'une réflexion territoriale partagée.



Zoom sur les CTSM

Plus d'infos,  [cliquez ici.](#)

➔ avec les Ateliers santé-ville (ASV) :

Porté par une collectivité locale (commune ou intercommunalité) et animé par un Coordinateur, l'Atelier santé-ville est une démarche de promotion de la santé au bénéfice de la population des quartiers prioritaires de la politique de la ville.



Zoom sur les ASV

Plus d'infos,  [cliquez ici.](#)

➔ avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :

Elles sont le fruit de l'initiative de professionnels de santé organisés, le cas échéant, en équipes de soins primaires, auxquels viendront s'adjoindre, selon les projets des fondateurs de la communauté, des acteurs du premier et/ou du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux.



Zoom sur les CPTS

Ces communautés ont pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent. Plus d'infos,  [cliquez ici.](#)

➔ avec les contrats de ville (volet santé) :

La politique de la ville s'appuie sur la mobilisation d'un ensemble de partenaires institutionnels, économiques et associatifs en direction des « quartiers les plus pauvres » (au regard du revenu par habitant). Cette mobilisation est formalisée localement au moyen du contrat de ville.

Zoom sur les contrats de ville



Institué par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014, le contrat de ville amène des acteurs à se concerter et à concentrer et/ou adapter leurs interventions sur les quartiers prioritaires. Le volet « santé » du contrat de ville, grâce à l'action coordonnée des acteurs, a pour objectif de créer et renforcer un contexte favorable à la santé et au bien-être de la population des Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

➔ avec les Réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS) :

Impulsés par l'ARS Normandie et la Région Normandie dans les territoires identifiés comme prioritaires (à l'échelle d'une agglomération ou de plusieurs intercommunalités), les Réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS) ont pour objectifs de développer les liens entre les acteurs du territoire, d'améliorer l'efficacité et la qualité des actions en promotion de la santé, de permettre la cohérence et l'articulation des différents programmes de santé.



Zoom sur les RTPS

Plus d'infos,  [cliquez ici.](#)

➔ avec les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes :

Dispositif soutenu par l'ARS, le DAC a pour mission de fluidifier les parcours de santé complexes et d'organiser les prises en charge dans les territoires avec les professionnels habituels. Le DAC vient donc en appui des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux qui font face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes.



Zoom sur les DAC

Plus d'infos,  [cliquez ici.](#)

Ces démarches et dispositifs (non exhaustifs) concourent tous à l'objectif d'améliorer la santé de la population du territoire qu'ils couvrent. Leurs projets et leurs objectifs ont vocation à s'articuler entre eux, en particulier avec le Contrat local de santé.

2. Fiches pratiques



FICHES : PRÉPARER LE PROJET

- 1. Le rôle d'appui de l'ARS Normandie..... p. 9
- 2. Périmètre du CLS..... p. 11

FICHES : GOUVERNER ET COORDONNER

- 3. Gouvernance et coordination..... p. 13
- 4. Missions de coordination..... p. 15

FICHES : CONDUIRE LE PROJET

- 5. Conduite de projet..... p. 18
- 6. Mener un diagnostic local..... p. 24
- 7. Structurer le plan d'action..... p. 26
- 8. Indicateurs d'évaluation et démarche évaluative d'un CLS..... p. 33

1.

LE RÔLE D'APPUI DE L'ARS NORMANDIE

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS). L'ARS appuie et accompagne, en fonction des besoins identifiés de la collectivité territoriale, cette dernière, dans le déploiement de la démarche.

La Direction départementale est garante de :

- la cohérence des actions du CLS vis à vis des autres dispositifs / missions déployés par l'ARS sur ce même territoire ;
- l'adéquation des priorités du Projet régional de santé 2023-2028 avec les besoins du territoire ;
- la légitimité du coordinateur à exercer ses fonctions vis-à-vis des partenaires (*cf. Fiche pratique n°4 « Missions de coordination »*).

A cette fin :

- elle aide les collectivités à identifier les apports d'un CLS sur leurs territoires ;
- elle participe aux différentes étapes de la démarche CLS (*cf. Fiche pratique n°5 « Conduite de projet »*) ;
- elle appuie la collectivité dans la mobilisation de l'ensemble des acteurs.



La Direction départementale
est votre interlocuteur privilégié

Délégation départementale du Calvados

✉ ars-normandie-dd14@ars.sante.fr

Délégation départementale de la Manche

✉ ars-normandie-dd50@ars.sante.fr

Délégation départementale de Seine-Maritime

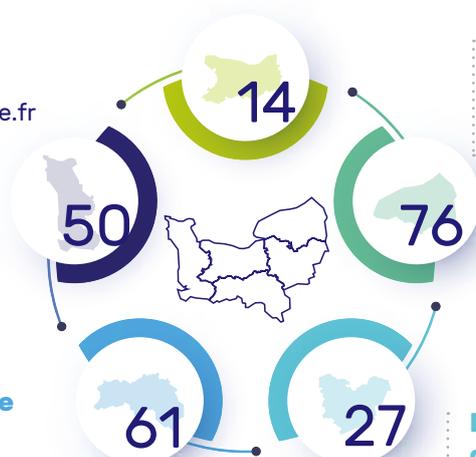
✉ ars-normandie-dd76@ars.sante.fr

Délégation départementale de l'Orne

✉ ars-normandie-dd61@ars.sante.fr

Délégation départementale de l'Eure

✉ ars-normandie-dd27@ars.sante.fr



Pour tout contact, n'hésitez pas à solliciter les secrétariats.





A NOTER

Un référent nominatif sera désigné comme l'interlocuteur privilégié de la collectivité territoriale sur l'ensemble de la démarche CLS. Compte tenu du caractère contractuel de cette relation, les modalités de préparation, d'élaboration et de suivi du CLS seront définies en commun.



Modalités financières

Pour la mise en place de la coordination, et à la demande de la collectivité territoriale - sur la base de son projet travaillé avec la Direction départementale de l'ARS - cette dernière peut **apporter un soutien financier annuel à hauteur maximale de 25 000 €** (montant calculé sur la base d'un équivalent temps plein au coût de 50 000 € avec financement à 50 % par l'ARS).

Cet accompagnement est conditionné au cofinancement à part égale de la mission de coordination par la collectivité territoriale et le cas échéant par tout autre partenaire institutionnel souhaitant s'engager. Il conviendra dans ce cas d'associer l'ARS au recrutement du coordinateur. Un dialogue de gestion sera organisé annuellement entre la collectivité et la Direction départementale (**cf. Fiche pratique n°5 « Conduite de projet »**).

2.

PÉRIMÈTRE DU CLS

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS), qui l'appuie dans le déploiement de la démarche. Pour définir les contours d'un CLS, plusieurs éléments essentiels sont à considérer.

Quatre questions à se poser :

- Quel périmètre territorial a vocation à recouvrir le CLS ?
- Sur quel périmètre thématique le plan d'action sera-t-il défini ?
- Quelles parties prenantes, quels signataires seront engagés ?
- Sur quelle durée le CLS est-il conclu ?

Le CLS est généralement conclu à l'échelle d'un EPCI. Les thématiques qu'il aborde relèvent des priorités du PRS déclinées au regard des enjeux du territoire. Les signataires sont à minima la collectivité territoriale et l'ARS, auxquels tout autre acteur mobilisé dans la démarche pourra se joindre. Il est conclu pour une durée de 3 à 5 ans.



Définir le périmètre territorial d'un CLS

Selon le contexte, il peut être conclu à l'échelle d'une commune, de plusieurs Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) (regroupés ou non en Pôle d'équilibre territorial et rural (PETR)) ou de plusieurs communes non regroupées au sein d'un même EPCI.

Toutefois, le CLS est généralement conclu au niveau de l'Etablissement public de coopération intercommunale (EPCI), considéré le plus souvent comme l'échelon le plus pertinent. Le découpage en territoires de vie-santé* peut également être approprié puisqu'il est le reflet de l'organisation des déplacements courants sur ce territoire.

Ainsi, l'échelle de contractualisation sera déterminée par le contexte local :

- taille de la commune et densité de population ;
- démographie et périmètre d'intervention des professionnels de santé ;
- étendue du tissu associatif...

*Le « territoire de vie-santé » est un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants. Chaque commune appartient à un et à un seul territoire de vie-santé.





Définir le périmètre thématique du CLS

Les thématiques retenues sont priorisées **au vu des résultats du diagnostic local de santé qui est préalable** à l'élaboration du CLS (**cf. Fiches pratiques n° 5 « Conduite de projet » et n° 6 « Mener un diagnostic local »**).

Ce diagnostic, **compte tenu des priorités identifiées dans le Projet régional de santé et les  Feuilles de route départementales et territoriales**, devra notamment couvrir les thématiques suivantes :

- la prévention et la promotion de la santé : dont la période des 1 000 premiers jours, l'enfance et la jeunesse, le bien-vieillir ;
- l'accès aux soins, dont l'attractivité des métiers ;
- l'accompagnement social et médico-social, dont l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap, l'appui aux aidants ;
- la santé mentale (en référence aux projets territoriaux de santé mentale – PTSM), dont la santé mentale des jeunes ;
- la santé environnementale (en référence au Plan régional santé environnement – PRSE), dont la qualité de l'eau et de l'air ;
- les populations en situation de grande précarité (en référence au Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis – PRAPS).

Une attention particulière devra être accordée à l'articulation des dispositifs (Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé (CPTS), Projet territorial de santé mentale (PTSM), Atelier santé ville (ASV), ...) afin d'éviter à la fois la multiplication des instances de travail, qui pourrait épuiser les partenaires mobilisés sur ces différentes démarches, et de garantir la cohérence globale des projets sur le territoire visant à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.



Définir les parties prenantes et les signataires

Le CLS est une **démarche volontariste** de la collectivité territoriale traduite par une volonté politique. La conviction de la collectivité dans l'intérêt de cette démarche préfigure l'inscription du CLS dans la durée et son **impact sur la population**.

Ainsi, **les élus** comme les **services de la collectivité** sont organisés pour travailler et contribuer aux effets attendus des actions identifiées dans le CLS sur la santé des habitants.

Conclu a minima entre l'ARS et la collectivité territoriale, le CLS peut être contractualisé avec tout autre partenaire. En effet, la **démarche mobilise notamment** :

- **les acteurs institutionnels** : Etat, Caisse d'allocations familiales (CAF), Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Conseil départemental, Education Nationale,...
- **les professionnels de santé** : organisés en Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), structures d'exercice coordonné, réseaux, ... et les professionnels libéraux ;
- **les représentants des établissements** (de santé, sociaux et médico-sociaux) ;
- **les associations, usagers et représentants des usagers**, notamment des personnes en situation de pauvreté, précarité ou de handicap ;
- **les habitants**.



Définir la durée du CLS

Le CLS est conclu pour une **durée de 3 à 5 ans**. Il peut être préférable de privilégier une durée de 3 ans pour un premier contrat, permettant ainsi d'évaluer plus rapidement les actions. Le renouvellement pourra ensuite être formalisé sur un contrat de 5 ans.

3.

GOVERNANCE ET COORDINATION

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS), qui l'appuie dans le déploiement de la démarche.

Pour structurer cette démarche, le CLS nécessite un engagement fort des élus et des services de la collectivité. Afin d'assurer un pilotage efficace de l'ensemble des étapes, de la conception à l'évaluation, l'installation d'instances de gouvernance et l'identification d'une coordination portée par un Coordinateur ou une équipe de coordination sont essentielles.



Zoom sur la gouvernance

La gouvernance à mettre en place doit refléter la dimension multi partenariale du CLS. Ces instances et espaces de gouvernance accompagnent le Coordinateur dans la mise en œuvre et le suivi du programme d'actions. Le Coordinateur organise les instances et formalise les comptes-rendus, en concertation avec le référent de la Direction départementale de l'ARS.

La gouvernance est souvent représentée par :

- Un **Comité de pilotage** (COPIL) :
l'instance stratégique, de décision, piloté par la collectivité (élu référent du CLS)

Sa composition pourra être adaptée en fonction des services et compétences internes à la collectivité et en fonction de l'implication des acteurs de territoire dans le portage des actions.

Il pourra être **composé à minima des partenaires signataires du CLS**, dont les élus de la collectivité en charge de la thématique santé (élu référent du CLS). Peuvent être associés, les Directeurs ou Responsables de services et élus de la collectivité, les représentants des institutions parties prenantes au CLS comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), la Caisse d'allocations familiales (CAF), le Conseil départemental...

Il se réunit durant toute la durée du CLS (de la phase diagnostic à la phase d'évaluation) **à minima une fois par an**.

Il a pour missions l'arbitrage et la validation politique des propositions préalablement identifiées avec le comité technique :

- il engage les leviers et les mécanismes (financiers, moyens humains, partage de données) de mise en œuvre dont il est le dépositaire dans le cadre de ses compétences ;
- il examine et résout les difficultés et problèmes rapportés par le comité technique dans le cadre de la mise en œuvre.
- il valide et fait émerger les solutions adaptées au besoin du territoire.

Il est conseillé d'utiliser des outils de suivi pour rendre compte de l'activité (**cf. Fiche pratique n°8 « Indicateurs d'évaluation et démarche évaluative d'un CLS »**).



- Un **Comité technique** (COTECH) : l'instance technique

Il pourra être composé de Techniciens représentant les membres du COPIL, de représentants d'institutions (CAF, CPAM, Délégué du préfet en charge de la politique de la ville, DDETS, Education Nationale ...), représentants des différents services de la collectivité (Chef de service ou Coordinateur), représentants des parties prenantes (associations, professionnels du territoire, représentants des usagers, etc.), des pilotes et co-pilotes d'actions, ...

Il est animé par le Coordinateur et se réunit **à minima 1 fois par an** (et idéalement 2 à 3 fois par an) pour :

- appuyer le Coordinateur dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du CLS (préparer, élaborer ou identifier des axes de travail, proposer des engagements, suivre leur mise en œuvre) ;
- identifier les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions et identifier des leviers qui seront soumis à validation lors du COPIL ;
- contribuer à l'état d'avancement.

 Cas particulier pour les territoires inscrits en politique de la ville : possibilité de mutualiser les instances techniques et de pilotage à partir du moment où la programmation de l'Atelier santé ville est complètement intégrée à celle du CLS.

Des outils de suivi tels qu'un tableau d'avancement des actions, peuvent être utilisés **cf. Fiche pratique n°8 « Indicateurs d'évaluation et démarche évaluative d'un CLS »**.

Des **groupes de travail** : mis en place au moment de l'élaboration du CLS pour construire les fiches actions et aussi pour réaliser le suivi ou le bilan de l'action. Les groupes de travail peuvent être pilotés par le Coordinateur CLS ou lorsque les fiches actions sont rédigées, par le pilote désigné en charge de la mise en œuvre de l'action.

La composition des instances n'est pas figée, elle pourra évoluer sur la durée du contrat.



Zoom sur la coordination

La mise en place d'une coordination du CLS, qu'elle soit incarnée par un poste de Coordinateur ou par une équipe de fonctions et compétences diversifiées est un facteur clé de réussite du CLS, de la phase d'élaboration à la phase d'évaluation **cf. Fiche pratique n°4 « Missions de coordination »**.

Intégrée à l'organigramme de la collectivité, il est attendu que cette coordination soit appuyée à minima :

- par un élu désigné comme référent du CLS (ex : élu en charge des solidarités, de la santé, du handicap...);
- mais aussi par les différents services de la collectivité qui pourront lui apporter leur expertise ;
- et par leurs élus de rattachement (handicap, social, logement, jeunesse, sports...).

Par ailleurs, même si le Coordinateur est placé juridiquement et hiérarchiquement sous la responsabilité de la collectivité territoriale, il existe un **lien fonctionnel** avec la Direction départementale de l'ARS.

Le Coordinateur doit par ailleurs disposer des moyens nécessaires à sa mission et bénéficier de toute la légitimité pour assurer sa fonction de coordination multi partenariale.

4.

MISSIONS DE COORDINATION

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS), qui l'appuie dans le déploiement de la démarche. L'identification des modalités de coordination est nécessaire au pilotage de la démarche et en représente une étape à part entière **cf. Fiche pratique n°3 « Gouvernance et coordination »**.

Le plus souvent, la mission de coordination du CLS est portée par une personne identifiée à ce titre, le Coordinateur. Ce dernier est le pivot entre la collectivité, les acteurs du territoire et les différentes institutions. Il est garant de la mise en œuvre du plan d'action du CLS et de sa cohérence.



Construire la fiche de poste

Le / la Coordinateur(ice) du CLS est chargé d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre le déploiement du CLS via son plan d'action tel que validé par les instances de pilotage. Il/elle rend compte de l'état d'avancement des actions et des objectifs programmés.

Profil recherché

Les missions afférentes à la fonction de coordination relèvent d'un niveau équivalent au corps des fonctionnaires de catégorie A de la fonction publique : la catégorie A correspond à des fonctions de conception, de direction et d'encadrement dont l'accès est réservé à des candidats de niveau bac + 3 et plus. Le plus souvent, il s'agit du corps des Attachés territoriaux.

Idéalement, il est attendu du / de la Coordinateur(ice) du CLS :

- la capacité d'initier, structurer et conduire un projet (méthodologie de projet) ;
- des compétences d'animation (animation d'un réseau d'acteurs, animation de réunion) ;
- une aisance relationnelle pour travailler avec des élus, des institutions et des acteurs du territoire ;
- une expérience dans le domaine de la santé en général et d'un minimum de connaissances sur le fonctionnement et l'organisation générale d'une collectivité territoriale.

Missions menées

Le / la Coordinateur(ice) du CLS est au confluent des différentes politiques publiques de santé, projets et actions menés à ce titre au sein du territoire. Cela lui confère, outre la coordination du CLS, un rôle de participation à des temps de réunions organisés par les acteurs du territoire en dehors des instances et groupes de travail du CLS.

Il / elle dispose à ce titre également d'un rôle d'animation et d'accompagnement des acteurs parties prenantes au CLS et porteurs de ces différentes politiques publiques, projets et actions.

Ses missions relèvent de la coordination, de l'animation et de l'accompagnement.



1. La coordination

a. Identifier les enjeux et les ressources

Piloter la réalisation du diagnostic de santé du territoire :

- favoriser l'identification au niveau local des besoins de santé de la population en intégrant une analyse des déterminants de la santé **cf. Annexe n°1 « Définition et principaux concepts de « santé » »** ;
- dégager les priorités en identifiant et caractérisant les problématiques de santé du territoire en cohérence avec le **👉 *Projet régional de santé et la feuille de route territoriale/départementale*** ;
- proposer des expertises et des outils contribuant à l'évaluation des besoins de santé, à la définition des priorités et à la construction du CLS ;
- contribuer à la capitalisation des connaissances, des expériences et savoir-faire : en repérant les ressources existantes sur le territoire.

b. Conduire l'élaboration et la mise en œuvre du CLS

- Elaborer et organiser la mise en œuvre et le suivi du plan d'action (construire les outils de reporting) : prioriser les actions, formuler les objectifs et élaborer le plan d'action ;
- mettre en œuvre et suivre le déploiement du plan d'action : assurer le suivi de l'ensemble des fiches actions en rencontrant régulièrement les pilotes, créer et compléter des outils de reporting, assurer une veille des besoins de santé sur le territoire ;
- valoriser et capitaliser : rendre compte de l'état d'avancement à chaque étape de la conduite de projet (bilans d'activités, synthèses des instances de travail...) ;
- préparer, organiser et animer les instances de gouvernance (COPIL / COTECH / groupe de travail / dialogue de gestion) du CLS en concertation avec la DD ;
- préparer, organiser et/ou participer aux réunions de travail et instances de pilotage des acteurs – instances du territoire : travailler en lien étroit avec les institutions et partenaires engagés dans le contrat local de santé ;
- assurer un travail de veille et de réponse aux appels à projets / recherche de financement pour décliner le plan d'action du CLS ;
- rendre compte de l'avancée du CLS, auprès de la collectivité territoriale, de l'ARS, de la gouvernance du CLS ;
- effectuer un travail de veille, notamment appels à projet, appels à candidatures, appels à manifestation d'intérêt ;
- évaluer le CLS : organiser la démarche, guider l'analyse, restituer les résultats, identifier de nouvelles priorités en fonctions des besoins de santé du territoire.

2. L'animation

a. Animer les ressources et compétences nécessaires pour structurer des dynamiques locales

- Promouvoir la démarche CLS auprès des élus et des partenaires ;
- soutenir et développer les partenariats au niveau local, en participant aux groupes, comités de pilotage ou réseaux mis en place par les partenaires ;
- coordonner et fédérer les acteurs de santé et les décideurs du territoire : acteurs de santé (prévention, sanitaire, médico-social), acteurs issus d'autres secteurs d'intervention, habitants, usagers et élus ; en associant les citoyens et usagers : l'inter connaissance ;
- veiller à l'articulation avec les démarches contrat de ville (dont Atelier santé ville (ASV)), Conseil local de santé mentale (CLSM), Projet territorial de santé mentale (PTSM), Réseau territorial en promotion de la santé (RTPS), Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), Convention territoriale globale (CTG)...



b. Communiquer, informer et sensibiliser

- Favoriser la communication autour de la démarche et des actions du CLS ;
- susciter et appuyer la participation des habitants ;
- sensibiliser les acteurs du territoire, dont les citoyens, aux enjeux de santé, contribuer au partage d'une culture commune sur les déterminants de la santé ;
- diffuser une culture de promotion de la santé, en lien étroit avec les acteurs de santé du territoire et les acteurs institutionnels, la CPTS et les partenaires du CLS.

3. L'accompagnement

- Accompagner les structures et acteurs du territoire à l'émergence des problématiques de santé, fédérer les acteurs, en prenant appui sur les acteurs experts (cf. CMT, ASV-RTPS, PTSM, CPTS...);
- assister et conseiller les élus et porteurs de projets dans la structuration et la réalisation de leurs projets, dans la recherche de financements ;
- accompagner la montée en compétences des acteurs locaux.

5.

CONDUITE
DE PROJET

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS), qui l'appuie dans le déploiement de la démarche.

Le CLS est un projet à conduire en **3 phases** : une **phase préalable**, une **phase de diagnostic et d'élaboration du plan d'action**, une **phase de mise en œuvre et d'évaluation**.

A noter : autre fiche support méthodologique pour vous accompagner dans l'élaboration du plan d'action : **cf. Fiche pratique n°7 « Structurer le plan d'action »**.



Méthodologie d'élaboration
et de suivi d'un CLS

Selon le contexte et les réflexions propres à chaque CLS, les étapes décrites ci-après peuvent être pour partie, menées de façon simultanée. Ceci est à discuter, ajuster, lors des différents temps d'échange entre la collectivité et la Direction départementale de l'ARS.

Proposition d'outil à disposition du Coordinateur du CLS



Phase et étape



Objectif



Descriptif



Acteurs concernés

Avant la signature : 6 mois à 1 an (en fonction de la dynamique sur le territoire)
écriture du plan d'action

PHASE PRÉALABLE



L'engagement
dans le CLS

Partager une culture
commune

Rencontre des élus
de la collectivité
territoriale avec
la Direction
départementale de
l'ARS

Elus / ARS / Service
porteur du futur CLS

In fine : transmission
à l'ARS d'une lettre
d'intention des élus
exprimant la volonté
de s'engager dans
un CLS





Phase et étape



Objectif



Descriptif



Acteurs concernés

PHASE DIAGNOSTIC ET ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION

+ d'infos

Préparation
du diagnostic

Ajuster et modéliser la méthodologie de diagnostic au territoire (dont l'identification des outils pour sa réalisation) et établir le rétroplanning

Facultatif : en fonction des territoires et des modalités convenues entre l'ARS et la collectivité

Elus / ARS / Service porteur du futur CLS / Coordinateur

Réalisation
du diagnostic

Identifier les besoins, forces et faiblesses du territoire et fédérer les acteurs autour de cette démarche locale et structurer une gouvernance

> Identification des acteurs du territoire et mise en réseau : élus, professionnels de santé, médico-sociaux, de l'accompagnement et différents services de la collectivité : service jeunesse, petite enfance, culture, CCAS...
> réalisation du portrait de territoire : forces / faiblesses
> mise en place d'instances de gouvernance : COTECH / COFIL

Coordinateur, acteurs du territoire, représentants des différents services de la collectivité, représentants des institutions, prestataire externe...

Construction
du plan d'action

Construire le plan d'action en structurant les axes et les objectifs, identifier les pilotes des actions

> Rédaction du plan d'action décliné en fiches
> création et animation des groupes de travail (avec les différents services de la collectivité territoriale et les acteurs du territoire)

Coordinateur, CPAM / ARS CPTS, DAC... Et/ou ORS-CREAI ou prestataire externe

Validation du plan d'action,
Signature du CLS (suite ci-après)





Phase et étape



Objectif



Descriptif



Acteurs concernés

Après la signature - vie du CLS : mise en œuvre et évaluation du plan d'action
(entre 3 et 5 ans)

PHASE DE MISE EN ŒUVRE ET D'ÉVALUATION

+ d'infos

Mise en œuvre du CLS

Coordonner et s'assurer de la mise en œuvre des fiches actions dans le rétroplanning identifié

Valorisation, capitalisation, communication
Coordination de la mise en œuvre des fiches actions
Animation de groupes de travail

Coordinateur CLS et /ou pilote-co pilote des actions

Évaluation continue du plan d'action

Évaluer, rendre compte et créer les supports d'évaluation avec les pilotes ou co-pilotes des fiches actions
Actualisation au regard des besoins

Suivi opérationnel et stratégique de la mise en œuvre des actions avec les membres du COTECH et du COPIL – Bilan annuel

Coordinateur DD ARS
COTECH (Equipe projet)
COPIL
Pilotes d'action et acteurs du territoire

Évaluation finale

Identifier la méthodologie d'évaluation finale du CLS

Révision du plan d'action et réécriture des fiches actions

COPIL
COTECH, Groupes de travail, Coordinateur, Collectivité



Zoom sur la période avant la signature :
écriture du plan d'action du CLS



1^{ère} phase

Phase « préalable »

L'engagement dans le CLS

1. Initiation du contact : un dialogue s'établit entre la Direction départementale (DD) de l'ARS Normandie et la collectivité territoriale pour ajuster et valider la méthodologie de structuration du CLS sur le territoire identifié. La démarche peut aussi bien être initiée par la collectivité territoriale que par l'ARS *cf. Fiche pratique n° 1 « Le rôle d'appui de l'ARS Normandie »*.

> Cette phase peut varier en durée et faire l'objet de plusieurs échanges entre la collectivité territoriale* et l'ARS Normandie pour affiner les modalités.

2. A la fin de cette phase, l'ARS Normandie et la collectivité territoriale auront :

- échangé sur les spécificités connues du territoire (déterminants de santé, organisation de l'offre, ...) et les problématiques rencontrées ;
- identifié les dispositifs existants sur le territoire (exercice coordonné, coopérations, contrat de ville, etc.) ;
- identifié les avantages et les opportunités à mettre en place un CLS.

3. Accompagnement : la collectivité territoriale si elle le souhaite, peut solliciter l'ARS Normandie pour présenter la démarche aux élus et aux directions lors d'un conseil communal ou communautaire.

> Cette phase est considérée comme close lorsque la collectivité confirme son engagement à initier un CLS sur son territoire.

*A noter que cette phase préalable est déterminante dans le déploiement des travaux qui seront engagés ensuite. Sa réussite repose en particulier sur l'implication des élus et représentants des services de la collectivité dès les premiers échanges.





2^e phase

Phase de diagnostic et d'élaboration du plan d'action

Étape de préparation du diagnostic

- 1. Préparatifs :** avant le lancement du diagnostic, un échange entre la collectivité territoriale et l'ARS permet de :
 - poser les premières hypothèses et perspectives concernant le périmètre géographique, la gouvernance et la coordination ;
 - identifier les actions de santé publique d'ores et déjà portées et/ou soutenues par la collectivité territoriale ;
 - pré-identifier les acteurs et les institutions susceptibles de participer au CLS ;
 - établir le rétroplanning d'élaboration ;
 - adapter les outils du diagnostic *cf. Fiche pratique n°6 « Mener un diagnostic local ».*
- 2. Invitation :** il sera possible de convier des partenaires à ces échanges préliminaires.

Étape de réalisation du diagnostic

- 1. Réalisation du portrait des forces et faiblesses du territoire :** un diagnostic local partagé est une démarche d'analyse de situation donnant lieu à une concertation. C'est une phase clé pour impulser une dynamique participative et partenariale au bénéfice de l'ensemble du processus CLS.

Éléments clés :

1. recueillir les données quantitatives et qualitatives : caractéristiques et situation sociale de la population, caractéristiques du territoire et analyse de l'offre afférente aux systèmes de prévention, de soins et médico-social, les parcours de santé (accessibilité, lisibilité, continuité, qualité...);
 2. croiser avec les politiques déjà existantes sur le territoire (issues du Projet régional de santé, du Plan régional santé environnement, du Projet territorial de santé mentale, etc.);
 3. identifier les ressources locales (acteurs, structures ressources ...);
 4. recueillir les avis et les attentes des acteurs du territoire, des élus, des professionnels de santé, des habitants et des associations.
- 2. Identification et fédération des acteurs autour de cette démarche projet :** les partenaires s'engagent à faciliter la mise en œuvre de la stratégie d'intervention en mobilisant des outils et des moyens de droit commun, en finançant les actions et en fournissant l'ingénierie nécessaire à la réalisation du programme.

Acteurs concernés	Rôle potentiel	Apports au projet	Intérêt pour le projet	Risque pour le projet
Acteur / Partenaire	Comment ce partenaire va-t-il intervenir dans le projet ?	Quels sont ses points forts et capacités d'intervention dans le domaine ?	Qu'est-ce que le projet apporte au partenaire ?	En quoi la participation de l'acteur pourrait freiner l'avancée du projet ?

3. Mise en place d'une gouvernance :

Afin de pouvoir en assurer la mise en œuvre, il est essentiel de mettre en place une coordination du CLS identifiée par tous ainsi qu'une gouvernance pour en assurer le pilotage et le suivi *cf. Fiche pratique n°3 « Gouvernance et coordination ».*

Étape de construction

A partir du diagnostic, le plan d'action :

- définira une stratégie et des priorités (axes) ;
- formalisera des fiches actions qui répondent aux problématiques de santé identifiées :
 - certaines actions préexistantes peuvent intégrer le plan d'action du CLS,
 - d'autres actions seront conçues via l'animation de groupes de travail dont les thématiques sont identifiées au regard des priorités dégagées.



1. **Déterminer les axes/ thématiques, les grands objectifs** : les besoins identifiés permettent de définir les grands axes/thématiques à retenir (l'approche peut être thématique, populationnelle, ou les deux).

Exemples :

- **approche thématique** : « Prévention et promotion de la santé », « Environnement et cadre de vie »
ou plus ciblée « Faciliter l'accès à une alimentation équilibrée et à la pratique d'une activité physique régulière », « Prévention des pratiques addictives » ...
 - **approche populationnelle** : « Parcours de vie et de santé des personnes âgées », « Intégration des personnes en situation de handicap », ...
 - **mix des deux** : « Santé mentale des jeunes », ...
 - un axe peut également être **transversal** : « Faire vivre le CLS » [cf. Fiche pratique n°7 « Structurer le plan d'action »](#).
2. **Définir les actions et rédiger les fiches** : il n'y a pas de nombre minimal ou maximal de fiches actions. Cependant, les actions doivent être sélectionnées au regard de leur caractère réalisable et évaluable. Cela constitue en effet un critère de réussite, facilitant par ailleurs la gestion et le suivi par le Coordinateur.

Le CLS étant un outil souple et modulable, son contenu peut être ajusté ou enrichi tout au long de sa mise en œuvre. Ainsi, une montée en charge progressive des actions identifiées est possible. Un avenant au CLS intégrant ces modifications est alors rédigé et paraphé par l'ensemble des signataires du CLS.

Chaque fiche action du CLS aura un pilote d'action identifié. Celui-ci n'est, en priorité, pas le Coordinateur, le pilote d'action étant de préférence expert de la thématique afférente à l'action [cliquez-ici pour télécharger le modèle de fiche action](#).
 3. **Signature du CLS** : une fois l'ensemble des fiches validées, la collectivité organise la signature du CLS [cf. Fiches pratiques n°2 « Périmètre du CLS » et n° 3 « Gouvernance & coordination »](#).

A noter : toute collectivité territoriale de Normandie signataire d'un CLS est invitée à mentionner son partenariat avec l'ARS Normandie par le respect de la charte graphique définie ([cf. Annexe n°2 « Kit communication »](#)). Pour une meilleure visibilité des CLS, un kit de communication a été réalisé comprenant divers supports (charte graphique, PPT, logo, etc.) [cf. Annexe n°2 « Kit communication »](#).



3^e phase

Phase zoom sur la période après signature

Étape de mise en œuvre

Cette phase correspond à la mise en œuvre des actions identifiées dans le CLS. De façon non exhaustive, durant cette période, le Coordinateur est notamment responsable de :

- valoriser, communiquer et capitaliser les actions mises en œuvre ;
- assurer et coordonner la mise en œuvre des fiches actions dans le rétroplanning identifié en vue de l'évaluation annuelle ;
- rechercher des financeurs pour mettre en œuvre son plan d'action si besoin ;
- maintenir la dynamique entre les acteurs et continuer de faire connaître le CLS ;
- être à l'écoute des nouveaux besoins sur le territoire, participer aux différentes instances des acteurs phares de son territoire [cf. Fiche pratique n°4 « Missions de coordination »](#).

Étape d'évaluation

Le Coordinateur pilote et coordonne l'ensemble du processus d'évaluation du CLS, en s'appuyant sur les instances de pilotage ainsi que sur les pilotes et co-pilotes des fiches actions.

1. **Évaluation continue** : Il est attendu un suivi régulier, au minimum annuel, de la mise en œuvre des actions, en se basant sur les indicateurs définis dans chaque fiche action. Cela inclut :
 - la rédaction d'un rapport d'activité annuel ;
 - la présentation d'un bilan financier annuel, notamment en cas de cofinancement du poste de coordination.



- 2. Évaluation finale :** au cours de la dernière année du CLS, une évaluation finale est réalisée sous la supervision du comité de pilotage. Cette évaluation vise à mesurer l'impact de la stratégie et de la dynamique du CLS sur le déploiement d'une politique de santé globale sur le territoire. En cela, l'évaluation vise à proposer, en l'adaptant, un programme d'actions, de qualité et efficace pour la population. Le renouvellement du CLS s'appuiera donc en particulier sur les résultats de l'évaluation. Les indicateurs, suivis annuellement et définis pour chacune des actions du CLS font l'objet d'un bilan en fin de contrat.
- Le principe et les modalités de l'évaluation sont prévus dans chaque Contrat local de santé **cf. Fiche pratique n°8 « Indicateurs d'évaluation et démarche évaluative d'un CLS ».**

Bon à savoir

Le contenu du CLS peut être ajusté ou enrichi au fil de sa mise en œuvre. Le plan d'action peut ainsi évoluer et le CLS fera, à cet effet, l'objet d'avenants de modification.

6.

MENER UN DIAGNOSTIC LOCAL

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS), qui l'appuie dans le déploiement de la démarche.

La réalisation d'un **diagnostic local partagé** est une démarche d'analyse du territoire au regard de son contexte socio-démographique (évolution démographique, pyramide des âges, espérance de vie...), de l'état de santé de sa population (maladies chroniques, santé mentale, principales causes de décès...), des comportements individuels (conduites addictives...), mais aussi d'autres déterminants de la santé comme le contexte socio-économique, le contexte environnemental, l'état de l'offre de soins,... Ce diagnostic doit revêtir un caractère à la fois **quantitatif** et **qualitatif**.

Il s'appuie sur **une démarche participative et intersectorielle**, par la consultation des usagers et habitants et par la concertation avec les différents services de la collectivité, les associations, les acteurs et les professionnels du territoire. L'objectif est ainsi d'identifier et de prioriser les besoins, en amont des travaux visant à l'élaboration du Contrat local de santé et en particulier en amont des réflexions en vue de la détermination du plan d'action.



Objectifs du diagnostic local partagé

Ce diagnostic ne doit pas se limiter à la description de l'état sanitaire de la population ni à un recensement de l'offre de soins.

Il doit permettre de :

- décrire les caractéristiques et la situation sociale de la population : démographie, revenu, précarité, emploi, éducation... avec, lorsque la collectivité est concernée, des focus spécifiques aux Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ;
- décrire les caractéristiques du territoire en matière de logement, mobilité, environnement, aménagement, services, ressources locales, etc ;
- analyser l'offre du système de prévention, d'accompagnement et de soins, les freins et les leviers pour un parcours de santé correspondant aux besoins : démographie des professionnels de santé, accès aux soins, accessibilité, continuité, lisibilité, offre de dépistage et d'éducation à la santé, etc ;
- recueillir les avis et attentes des populations, des professionnels (de santé, de l'éducation, sociaux, etc.) du territoire ;
- identifier les besoins et les demandes de santé sur un territoire, repérer les réponses existantes (programmes d'actions de prévention, réseaux d'acteurs, dispositifs, offre de santé) ;
- recenser les ressources et les dynamiques territoriales existantes ;
- croiser les regards et les logiques des acteurs ;
- engager des démarches participatives intégrant les professionnels et les habitants du territoire.





Des ressources utiles

Ce diagnostic peut prendre appui sur d'autres évaluations ou diagnostics existants :

- l'analyse des besoins sociaux réalisée par la collectivité ;
- les Évaluations d'impact en santé (EIS) ;
- les diagnostics réalisés préalablement pour d'autres dispositifs du territoire comme les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou les structures d'exercice coordonnés (CPTS/MSP) lorsqu'ils existent.

La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'ARS Normandie peuvent également fournir des données préalables à la réalisation du diagnostic et appuyer la collectivité dans leur analyse.

Par ailleurs, sur la phase préalable au lancement des travaux, la collectivité territoriale peut, après en avoir échangé avec la Délégation départementale de l'ARS Normandie, solliciter l'appui de l'ORS-CREAI ou tout autre prestataire, pour la réalisation d'un diagnostic local de santé, son analyse et l'animation de temps locaux de concertation.

Pour l'appui financier, l'ORS-CREAI confirme à la Collectivité l'émargement ou non de sa demande sur son offre de service à l'ARS. Le niveau d'intervention de l'ORS-CREAI sera calibré en fonction des capacités d'ingénierie et de co-financements de la collectivité territoriale.

Pour vous aider

- [Vidéo « Réaliser un diagnostic local de santé » par l'ORS CREAI Normandie](#) 
- [Site de l'association ORS-CREAI](#) 
- [Site Promotion santé Normandie](#) 



STRUCTURER LE PLAN D'ACTION

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS) qui l'appuie dans le déploiement de la démarche.

Du résultat du diagnostic à la fiche action, cette fiche a pour objet l'accompagnement de la collectivité dans la construction et la structuration du plan d'action du CLS.



Identifier les priorités à partir du diagnostic

Le diagnostic du territoire doit vous permettre d'identifier les forces et faiblesses. Ce résultat est issu de l'analyse des données disponibles mais aussi des besoins et constats exprimés par les acteurs locaux.

Exemple d'un résultat de diagnostic local sur un territoire X (extrait) :

Données statistiques (quantitatif)	l'indice de vieillissement est plus important que la moyenne nationale, le taux de personnes vivant seules également
Conclusions des groupes de travail (qualitatif)	les services à domicile précisent que les personnes vieillissantes sont isolées à domicile (renoncent à se déplacer pour pratiquer une activité)
Analyse des questionnaires (qualitatif)	les habitants ou représentants d'utilisateurs expriment le souhait de pouvoir se déplacer plus facilement

➡ **Dans cet exemple**, il ressort une problématique liée aux personnes les plus âgées, croisée avec une problématique liée aux déplacements. Il peut ainsi être priorisé de travailler sur ces thématiques. Elles peuvent être retenues sous l'angle « populationnel » (les séniors, les 60 ans et plus) ou sous l'angle thématique (la mobilité, la lutte contre l'isolement) **cf. Fiche pratique n°6 « Mener un diagnostic local ».**





Élaborer un plan d'action

1. Formulation des objectifs

Les objectifs découlent des grandes thématiques qui ont été priorisées. Ils doivent être organisés dans le but d'initier la structuration du futur plan d'action.

Ci-dessous, une proposition « d'arbre des objectifs ». La structuration comme la dénomination des objectifs peuvent être adaptés selon vos besoins.

Définir l'axe / thématique

Exemple : d'ici 2025, favoriser l'autonomie et le bien vieillir dans les territoires les plus ruraux de la collectivité.

➡ **Préciser :** la durée, le public et / ou le territoire



2. Rédaction des objectifs et réflexion sur les indicateurs d'évaluation

Pour **rédiger un objectif clair et évaluable** dès la phase de conception d'un projet, il est essentiel de suivre ces étapes :

1. **utiliser un verbe** qui exprime clairement ce que vous voulez accomplir tel que « renforcer, maintenir, diminuer, sensibiliser, organiser ... » ;
2. **identifier le facteur à modifier**, celui sur lequel vous souhaitez agir. Cela peut concerner la qualité de vie, l'accès à des services, les compétences d'une population ou de professionnels, la coordination entre acteurs, etc ;
3. **définir la population ciblée** par l'objectif (exemple, les habitants d'un territoire ou les professionnels travaillant dans un domaine spécifique...) ;
4. **fixer une date** à laquelle vous souhaitez atteindre cet objectif (exemple "d'ici 2025").

Lorsque vous rédigez un objectif, assurez-vous que chaque élément n'apparaît qu'une seule fois. Si un objectif comporte plusieurs éléments distincts, divisez-le en objectifs séparés. Il sera ainsi plus facile à évaluer.

Pour **déterminer les actions**, il convient d'interroger :

- les activités à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés ;
- les indicateurs d'évaluation pour mesurer la mise en œuvre de l'action et l'atteinte de l'objectif auquel elle concourt (ex. : nombre de bénéficiaires, taux de satisfaction) ;
- les outils et méthodes utilisés pour la mise en œuvre et l'évaluation des actions.



3. Proposition de méthodologie et d'outils

a. Construire son plan d'action : **passer de l'objectif à l'action**



➡ Pour atteindre mon objectif, je passe par plusieurs étapes et différentes actions pour réussir à atteindre mon objectif

Exemples :

- Organisation d'un temps de concertation entre les professionnels de ville et le milieu hospitalier ou de forum santé / journée de dépistage ;
- ouverture de créneaux dédiés via une convention spécifique avec des spécialistes ;
- création d'outil de communication.

b. Constituer des groupes de travail : **passer de l'action à la mise en œuvre**

La constitution de groupes de travail sur les priorités validées par le Comité de pilotage (COFIL) se fait par approche thématique ou populationnelle. Les participants aux groupes de travail échangent et proposent des solutions concrètes aux besoins identifiés. Un ensemble d'actions identifiées peut être proposé aux acteurs qui sont sollicités pour les prioriser **cf. Fiche pratique n°3 « Gouvernance et coordination »**.

En termes de technique d'animation : il peut être utile de partir du diagnostic et de son analyse (rappeler les constats) et d'utiliser le **modèle régional de fiche action** pour vous guider (à retrouver ci-après).





Utiliser le modèle de fiche action

La fiche action a pour principal objectif de guider le pilote dans la mise en œuvre de l'action. Des définitions et des exemples sont proposés pour illustrations (ces propositions sont modifiables, ajustables selon les besoins).

Une fiche action CLS doit comporter les éléments suivants :

- **l'axe et l'objectif** auxquels se réfère la fiche action ;
- les **éléments de contexte** issus du diagnostic ;
- la **description** de l'action ;
- le **pilote** de l'action ;
- l'articulation avec les autres dispositifs et notamment ceux en lien avec la politique de la ville ;
- les indicateurs et outils qui permettront de recueillir les données évaluatives.

Cf. Fiche pratique n°8 « Indicateurs d'évaluation et démarche évaluative d'un CLS ».



→ **Axe / Thématique**
Intitulé **Incontournable**

Objectif principal / enjeu n°	Objectif général à atteindre
Objectif spécifique n°	Quels moyens pour atteindre l'objectif général

→ **Objectif opérationnel / Fiche Action n°**
Intitulé

Action nouvelle / Action préexistante (au CLS) reconduite (si renouvellement CLS) *Facultatif*

A quels besoins l'action répond-t-elle ? / Contexte	Incontournable
Avec quels autres politiques ou dispositifs l'action s'articule-t-elle ?	Le cas échéant
Objectif général de l'action	Incontournable Que cherche-t-on à faire et à obtenir par cette action ?
Descriptif des actions	Incontournable Décrire les actions à mener
Calendrier / Début et durée de l'action (+ reconductible ou pas)	Incontournable <u>Exemples :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : mettre en place un groupe de travail avec les acteurs du territoire pour affiner le diagnostic et identifier les modalités de mises en œuvre d'une action • Année 2 : former les acteurs sur le 1^{er} semestre et organiser les ateliers sur le second • Année 3 : organiser les ateliers et évaluer afin de reconduire et/ou ajuster l'action
Pilotage de l'action	Incontournable Qui pilote cette action : un service de la collectivité / une association / un professionnel = il est important pour la mise en œuvre et le suivi de l'action que le pilote soit très clairement identifié et qu'il ait également officialisé son engagement à piloter cette action. Attention : le coordinateur du CLS ne pilote une action que s'il est clairement identifié sur ce thème dans sa fiche de poste. Le coordinateur CLS peut cependant être identifié en co-pilote au titre de sa fonction d'appui au porteur du projet.
Equipe projet / partenariats	Le cas échéant
Territoire de l'action	Le cas échéant
Public visé	Le cas échéant
Indicateurs de suivi et de résultats	Incontournable Les résultats et moyens attendus via la fixation d'un ou plusieurs indicateurs de moyens et si possible, d'indicateurs de résultats.
Budget prévisionnel de l'action et sources de financement	Le cas échéant



Axe stratégique n° 4 / Thématique Lien social / Lutte contre l'isolement

Objectif principal / enjeu n° 12	Favoriser l'inclusion de publics fragiles.
Objectif spécifique n° 12.1	Favoriser l'inclusion des personnes âgées de 60 ans et plus isolées et/ou en perte d'autonomie.

Objectif opérationnel / Action n° 12.1.1

Accompagner les clubs des aînés dans le dépôt de leurs demandes de subvention à effectuer en ligne auprès des départements

Action nouvelle / Action reconduite

A quels besoins l'action répond-t-elle ? / Contexte	<p>Les liens sociaux sont des déterminants influant sur la santé des personnes.</p> <p>Afin de soutenir les actions des clubs des aînés, clubs du 3^{ème} âge et associations de personnes âgées, le conseil départemental apporte une aide financière pour la mise en place d'activités sociales ou de loisirs, dont le montant varie en fonction du nombre d'adhérents et sous réserve de l'intérêt des actions projetées (notamment celles contribuant à la lutte contre l'isolement des personnes âgées ou favorisant les liens intergénérationnels).</p> <p>Les demandes pour bénéficier de cette aide sont à effectuer en ligne, ce qui peut représenter une difficulté pour y accéder lorsque que l'on ne dispose pas du matériel informatique nécessaire ou que l'on ne maîtrise pas l'outil.</p>
Objectif général de l'action	Appuyer les clubs des aînés dans leur rôle du maintien des liens sociaux et valoriser ainsi leur action.
Descriptif des actions	<p>Contact de la Direction de l'autonomie du Département pour bien cerner le dispositif, les pièces à joindre au dossier de demande et les modalités de saisine et favoriser un accompagnement de qualité.</p> <p>Contact des communes pour obtenir la liste des clubs des aînés, clubs du 3^{ème} âge et associations de personnes âgées présents sur le territoire, ainsi qu'un contact pour pouvoir leur proposer l'accompagnement.</p> <p>Accompagnement dans le dépôt des dossiers de demande de subvention à effectuer en lignes auprès du Département.</p>
Calendrier / Début et durée de l'action (+ reconductible ou pas)	Janvier à mai 2024, puis appui en routine.
Pilotage de l'action	CCAS – Service « aide aux personnes âgées » de la Communauté de Communes.
Equipe projet / partenariats	<p>Direction de l'autonomie du Département, Communes membres de collectivité territoriale.</p> <p>Clubs des aînés, clubs du 3^{ème} âge et associations de personnes âgées.</p>
Territoire de l'action	Communauté de Communes.
Public visé	Personnes âgées de plus de 60 ans.



Indicateurs de suivi et de résultats

Nombre de clubs des aînés, clubs du 3^{ème} âge et associations de personnes âgées recensés sur le territoire ;

Nombre de clubs des aînés, clubs du 3^{ème} âge et associations de personnes âgées auxquels l'accompagnement a été proposé ;

Nombre de clubs des aînés, clubs du 3^{ème} âge et associations de personnes âgées ayant eu recours à cet accompagnement ;

Nombre de dossiers de demande d'aide déposés en ligne ;

Nombre et montant des aides allouées au territoire...

Remarque : le nombre d'indicateurs pourra varier selon les fiches action.

Budget prévisionnel de l'action et sources de financement

A définir.

8.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE D'UN CLS

Le Contrat local de santé (CLS) est porté conjointement par la collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé (ARS), qui l'appuie dans le déploiement de la démarche. Une évaluation du CLS doit être réalisée, d'abord sur la durée du CLS (en continu) puis en fin de contractualisation (évaluation finale) dans le cadre d'une démarche rétrospective et prospective.

L'évaluation concerne à la fois l'ensemble du programme et les actions spécifiques menées. Elle vise à **déterminer dans quelle mesure la stratégie et la dynamique du CLS ont favorisé une meilleure prise en compte des inégalités** sociales et territoriales de santé et ont contribué à leur réduction.

Pour cela, le Coordinateur devra :

- s'appuyer sur le Comité de pilotage (COFIL) pour entreprendre l'évaluation ;
- mobiliser les pilotes des fiches actions ;
- identifier le cadre de l'évaluation : « Que voulons-nous évaluer ? » ;
- recueillir et analyser les données.



L'évaluation continue

Elle se fait sur la durée de vie du CLS et **mesure la mise en œuvre et l'état de réalisation** de chacune des fiches actions.

Pour cela, il faut s'appuyer sur des **indicateurs quantitatifs** et **qualitatifs**. Ceux-ci sont déterminés au regard de leur **caractère atteignable et réalisable**.

- **Indicateur quantitatif** : mesure le résultat en volume (données objectives, que l'on peut compter), numériques (nombre ou taux) ;
- **indicateur qualitatif** : mesure la qualité (nature, caractéristique) du résultat (opinions, perception, étapes de mise en place ...). Il permet de suivre les effets de l'action. Ils peuvent être exprimés en valeur numérique (échelle d'appréciation de l'effet par exemple).

Plus les indicateurs sont pensés au moment de l'élaboration du plan d'action, plus l'évaluation sera simple. A cette étape de l'élaboration, il est donc essentiel d'identifier les outils de recueil (construits ou à construire ultérieurement) et l'acteur en mesure de suivre l'action (pilote ou co-pilote de la fiche action, etc.).



Qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, il existe **2 types d'indicateurs** qui mesurent :

- soit le **résultat de l'action** dit « indicateur de résultats » ;
- soit **l'état du processus** (les moyens) mis en place dit « indicateur de processus ».

Tableau ci-dessous pour exemple :

Typologie	Evaluation	Exemples d'indicateurs (qualitatifs ou quantitatifs)
<p>Indicateurs de résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Portent sur les effets attendus des objectifs : modification d'état de santé, de comportement, d'environnement, de connaissances, de représentations... • Permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs : Qu'est-ce qui a changé ? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y a-t-il un impact ? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives. <p>Les critères d'efficacité sont prévus en fonction de l'objectif à évaluer et doivent tenir compte du temps nécessaire à une modification de comportement.</p> <p>L'évaluation nécessite l'utilisation d'outils indispensables à sa mise en œuvre : questionnaires, tableaux de bord, grilles de suivi ou d'observation, recueils, bilans et documents de synthèse...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de la population touchée par l'action • Taux d'utilisation par la population • Délais d'accès au service • Qualité de l'action exprimée par les bénéficiaires (échelle d'appréciation 1 à 5) • Taux de satisfaction du public cible <p>Ex : nombre de personnes qui refusent un rapport non protégé, nombre de personnes qui se sentent plus en sécurité dans leur quartier, typologie des améliorations créées dans le quartier.</p>
<p>Indicateurs de processus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Portent sur le déroulement du projet, tout ce qui peut permettre d'atteindre des objectifs. • Décrivent les éléments du projet et de son déroulement (activités, acteurs, structures, moyens et ressources utilisés, méthodes employées, etc.). Ils permettent de s'interroger : les activités prévues ont-elles été toutes réalisées ? Les moyens ont-ils été tous utilisés ? ... 	<p>Nombre de réunions, nombre de séances, nombre de personnes satisfaites, nombre de personnes présentes aux séances, étapes de mise en place de l'action, ...</p>

**Proposition d'outils de suivi
et d'évaluation continue**

Exemple d'une grille de protocole d'évaluation : [cliquez-ici pour télécharger le modèle](#)

	Résultats attendus	Indicateurs	Outils d'évaluation	Qui évalue	Quand évaluer
<i>Objectifs opérationnels</i> <u>Cf. Fiche pratique n°7 « Structurer le plan d'action »</u>	Accompagner les clubs des aînés dans le dépôt de leurs demandes de subvention à effectuer en ligne auprès des départements	Nombre de clubs des aînés, clubs du 3 ^{ème} âge et associations de personnes âgées recensés sur le territoire ; Nombre de clubs des aînés, clubs du 3 ^{ème} âge et associations de personnes âgées auxquels l'accompagnement a été proposé ; Etc.	Tableau de suivi	Le pilote de l'action : CCAS – Service « aide aux personnes âgées »	Une fois par an avant le dialogue de gestion : préciser quand (mois/année)

Exemple d'un tableau de suivi du programme d'actions : [cliquez-ici pour le télécharger](#)

Exemple d'un support de suivi par action : [cliquez-ici pour le télécharger](#)

Outil à disposition du coordinateur et des pilotes d'action. La formalisation du suivi des actions permet notamment de rendre compte de l'avancée des travaux mais aussi des éventuelles difficultés rencontrées, de valoriser son activité, d'assurer le cas échéant la continuité du suivi en cas d'absence ...

Suivi de l'action XX (Fiche Action XX)

Dates des rencontres et / ou échanges	Participants	Prise de notes - informations (Objectif de l'échange)	Perspectives / Suite (Qui / quoi ?)



Elle permet :

- de rendre compte de la mobilisation des acteurs et institutions dans le CLS ;
- de mesurer l'efficacité et la pertinence du CLS ;
- d'identifier des pistes d'amélioration dans le cadre d'un potentiel renouvellement du CLS.

Une évaluation exhaustive devra balayer l'ensemble des champs suivants :

Le périmètre :

- périmètre thématique (étendue du champ du CLS) ;
- périmètre géographique et politique (échelle, signataires, engagement des acteurs institutionnels) ;
- périmètre temporel (durée du CLS).

L'animation et le suivi :

- coordination ;
- rôle et implication de la collectivité territoriale dans l'animation du CLS ;
- gouvernance et mise en place.

La mise en œuvre et les effets du CLS évalué :

- indicateurs de résultat : pertinence du programme d'action (effets, efficacité), des objectifs et axes stratégiques et du diagnostic posé initialement ;
- indicateurs de processus : efficience des modalités de mise en œuvre du programme d'action.

La dynamique partenariale et mobilisation des acteurs et partenaires du territoire :

- articulations et complémentarités avec les autres dispositifs actifs sur le territoire et les autres coordinations comme les Ateliers santé-ville (ASV), le Conseil local de santé mentale (CLSM), le Contrat de relance et de transition écologique (CRTE), les contrats de ville, le Réseau territorial de promotion de la santé (RTPS), les structures d'exercice coordonné dont la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), le Projet territorial de santé mentale (PTSM) ;
- participation des usagers et des habitants, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap.

Le portage politique et structurel :

- qualité de la mobilisation des acteurs à chaque étape (diagnostic initial, élaboration, déploiement des actions, suivi ...).

Les financements mobilisés :

- démarrage et mise en œuvre du CLS (complémentarité des financements) ;
- réalisation des actions.

3. Annexes

1. Définitions des principaux concepts en « santé ».....	p. 38
2. Kit communication.....	p. 44
3. Ressources.....	p. 46
4. Glossaire.....	p. 47



DÉFINITIONS DES PRINCIPAUX CONCEPTS EN « SANTÉ »

Parce qu'elle est influencée par une multitude de déterminants, la santé se trouve au croisement de plusieurs politiques publiques. Pour lutter efficacement contre les inégalités de santé générées, une action globale est nécessaire notamment à l'échelle des territoires. De la santé définie par l'OMS au concept plus récent « d'une seule santé », découvrez comment elle est impactée par un certain nombre de déterminants sur lesquels il est possible d'agir.



La santé, un concept universel

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit **la santé** en 1946 dans le préambule de sa constitution, comme étant « **un état complet de bien-être physique, mental et social** et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Selon la Constitution de l'OMS (extraits), la santé est un droit pour tous : « **la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain**, quelles que soient son origine, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

40 ans plus tard, à l'occasion de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa en définit **le concept et les principes d'action qui y sont attachés**.



La promotion de la santé

Les interventions en promotion de la santé sont caractérisées comme « des systèmes d'action complexes et multiniveaux, impliquant une diversité d'acteurs coordonnant leurs actions en fonction des conditions et du milieu dans lesquels elles sont mises en œuvre, favorisant la participation et le développement du pouvoir d'agir des populations, et promouvant l'équité en matière de santé. » (Trickett et al. 2011).

Charte Ottawa - 1986 : « **La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci**. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. Ainsi donc **la promotion de la santé ne relève pas que du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être** ».





Déterminants et inégalités de santé

L'état de santé de la population est conditionné par **des déterminants qui représentent l'ensemble des facteurs individuels, collectifs, socio-économiques et environnementaux**. Parmi les déterminants de la santé, les déterminants sociaux de la santé désignent « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (OMS).

Ils agissent à différents moments du développement d'une personne, soit en affectant la santé immédiatement, soit en mettant en place les fondements pour la santé ou la maladie plus tard dans la vie.

Les déterminants sociaux, liés aux conditions de vie, sont constitués de l'isolement social, des conditions de logement et de travail, de l'environnement physique, des difficultés d'accès aux services de proximité, du milieu scolaire et des barrières culturelles et linguistiques.

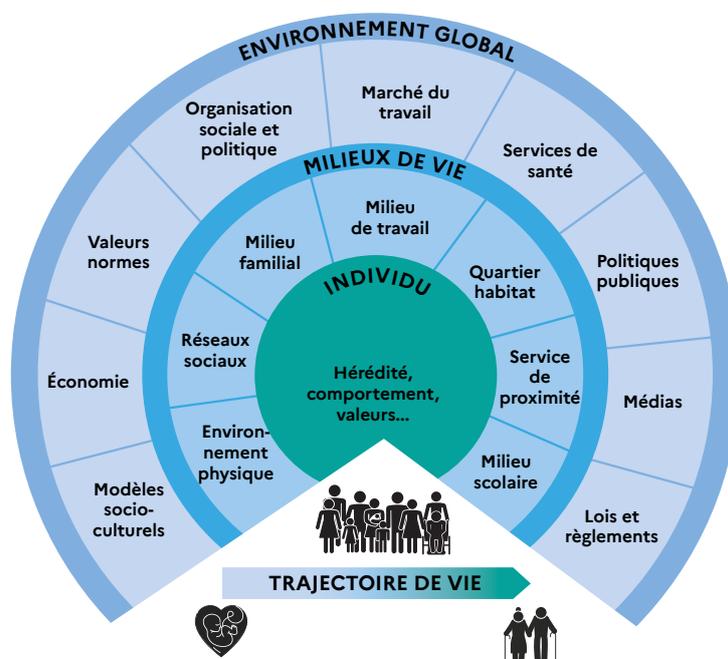


Illustration réalisée sur la base d'une représentation graphique développée par Dahlgren et Whitehead (1991), adapté par Luc Berghmans de l'Observatoire de la santé du Hainaut (2009)

Agir sur les comportements individuels et collectifs des usagers du système de santé, c'est agir sur les déterminants de santé. Une population actrice de sa santé est une population qui développe des comportements bénéfiques à sa santé. Elle améliore alors de façon directe sa qualité de vie et son bien-être et contribue de plus à rendre soutenable son système de santé.

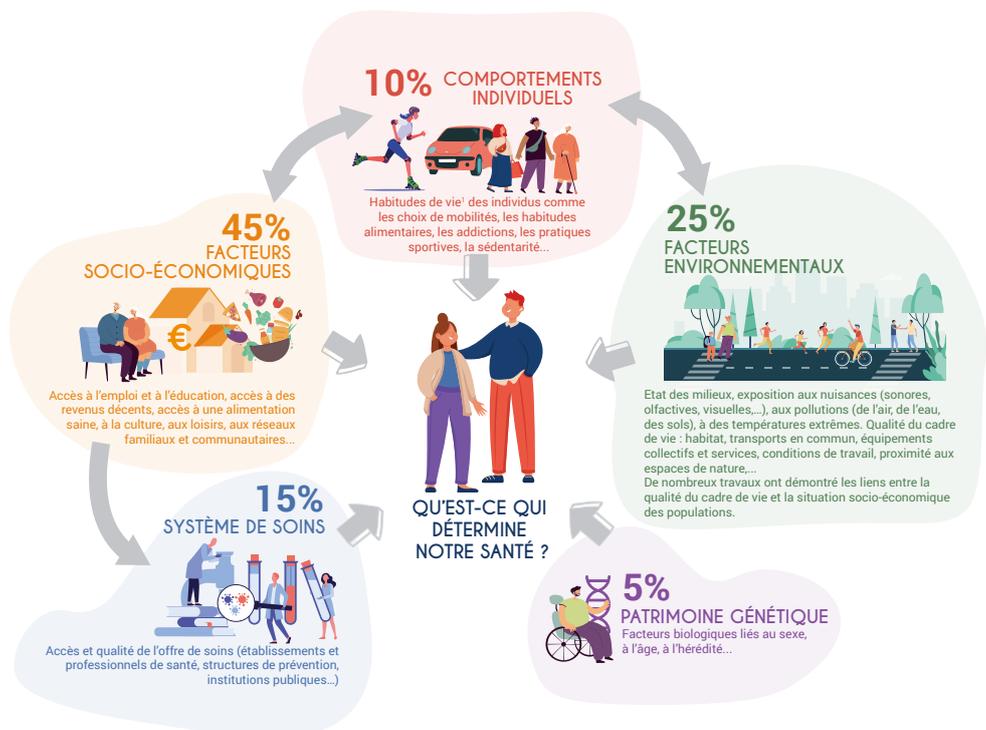


Littératie en santé : capacité d'une personne à comprendre, évaluer et utiliser les informations liées à la santé pour agir favorablement sur sa santé et celle de sa communauté. Elle joue un rôle fondamental dans l'autonomisation de la population et par l'adoption de comportements favorables à la santé. **En savoir plus ici.**

La représentation ci-après illustre le poids des déterminants sur la santé des individus.

Il existe d'autres représentations de la répartition des déterminants de la santé dans la littérature, mais le principe reste le même, il existe une interdépendance entre les comportements individuels et les facteurs socio-économiques et les comportements individuels et les facteurs environnementaux.





¹ Les habitudes de vie peuvent être choisies mais aussi subies selon les facteurs environnementaux et socio-économiques qui interviennent dans la vie d'un individu.

Sources : Représentation de Lalonde / Synthèse des travaux Barton et al., 2015 ; OMS, 2010 ; Cantoreggi N, et al. 2010 - Pondération des déterminants de la santé en Suisse, université de Genève ; Los Angeles County Department of Public Health, 2013 : How Social and Economic Factors Affect Health.

² EQIS ARA 2021, Santé Publique France

³ Rojas-Rueda et al., 2019

⁴ Dadvand et al., 2015

⁵ La Santé en action n°459, 2022, SpF

⁶ 2012 The Lancet - Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy, 2011 Television Viewing Time is Associated with Overweight/Obesity Among Older Adults, Independent of Meeting Physical Activity and Health Guidelines ;

⁷ 2015 Am Med Association - Leisure Time Physical Activity and Mortality - A Detailed Pooled Analysis of the Dose-Response Relationship, 2012 PLOS Medecine- Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis

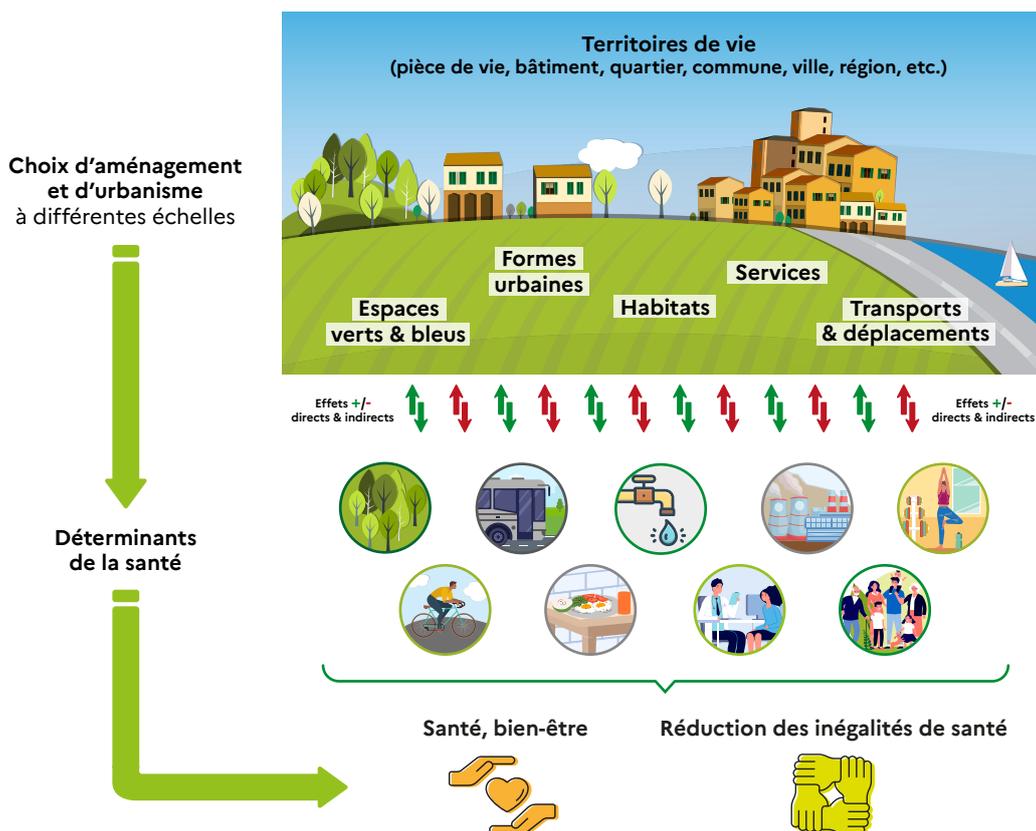
⁸ La Santé en action n°457, 2021, SpF

Source : « Urbanisme et santé : alliés pour la vi(II)e » Mars 2023

> FOCUS Urbanisme favorable à la santé

Le plus souvent sous-évalués, les déterminants liés à l'environnement et au cadre de vie sont des facteurs sur lesquels les collectivités territoriales disposent particulièrement de leviers pour agir.

REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DE L'URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ



Les facteurs influençant l'état de santé de la population sont donc multiples. Les actions sur le système de santé (accès aux soins, qualité et pertinence des soins) ne peuvent ainsi contribuer à elles seules à améliorer l'état de santé de la population. **Généralisant des inégalités sociales et territoriales de santé**, cette amélioration passe par des actions plus massives et combinées sur l'ensemble des déterminants de santé.

Les inégalités de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que décrits précédemment.

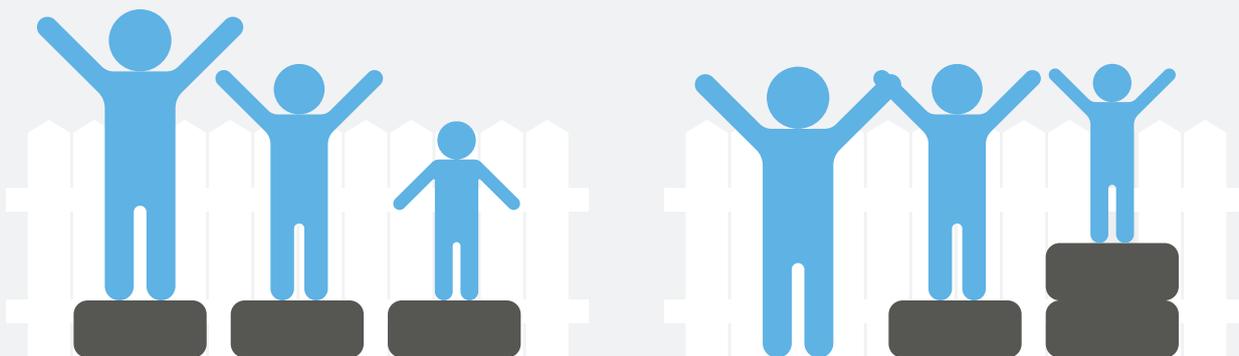
Ces inégalités s'accompagnent d'inégalités territoriales d'accès à des services ou à l'emploi selon les territoires. Elles s'accompagnent aussi de disparités de qualité de vie, d'environnement et de travail.

Les inégalités sociales et territoriales de santé se répartissent dans la population générale selon un **gradient social**. **Une catégorie sociale a une espérance de vie et une espérance de vie en bonne santé moins bonne que la catégorie sociale qui lui est immédiatement supérieure** (plus on est dans une situation socio-économique défavorable moins on est en bonne santé).

Ces différences de santé ne concernent pas seulement les personnes en situation de précarité, elles n'opposent pas non plus les personnes pauvres aux personnes riches, **les inégalités sociales et territoriales de santé se retrouvent à tous les niveaux de la hiérarchie sociale**.



Universalisme proportionné : vise à garantir un accès équitable au système de santé pour tous en adaptant les actions aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables afin de réduire les inégalités sociales de santé.



Les inégalités sociales et territoriales de santé se développent, et dans la plupart des cas s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus. Elles résultent de l'interaction entre les différents aspects de la vie, qui sont autant de déterminants sociaux de la santé :

- pauvreté et insécurité économique, particulièrement durant l'enfance ;
- déficit d'éducation ;
- trajectoires d'emplois précaires ;
- exposition à un environnement physique néfaste pour la santé.





Le concept « One Health » ou « Une seule santé »

Le concept de « One Health » (ou « Une seule santé ») a été développé pour répondre à la propagation de maladies infectieuses graves et de zoonoses. **Il repose sur l'idée que les organismes vivants et les écosystèmes sont interconnectés.**

Les santés humaine, animale, végétale et la santé de l'environnement dépendent les unes des autres ; la protection de l'une passe nécessairement par la protection de l'autre (Source PRS 2023-2028).

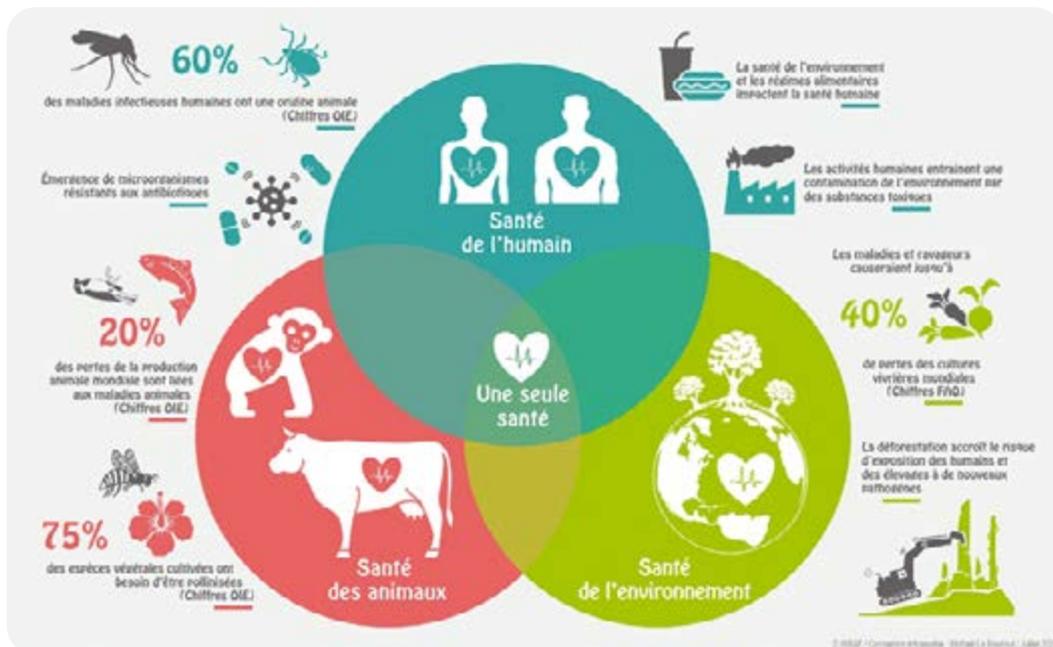
Il s'agit ainsi de faire évoluer le concept de santé unique en l'élargissant et d'organiser nos actions dans une logique multisectorielle et interdisciplinaire (renforcer les partenariats entre professionnels de la santé humaine, épidémiologistes, vétérinaires...).

Plus récemment, cette approche du « One Health » voit sa pertinence renforcée par la pandémie de COVID-19, démontrant cette nécessité de mettre en œuvre une approche intégrée de la santé en agissant collectivement sur tous les secteurs.

Cette approche globale des enjeux de santé est intégrée dans l'enjeu régional 6 « Le défi de la transition énergétique » du Cadre d'orientation stratégique (COS) du Projet régional de santé (PRS) 2023-2028, elle doit être appréhendée à toutes les échelles : locale, nationale et mondiale.

Aujourd'hui, l'enjeu de l'approche « One Health » est plus que jamais d'actualité pour faire face aux crises épidémiques et environnementales actuelles et anticiper celles à venir. Collaborer avec l'ensemble des acteurs de santé publique est devenu indispensable.

👉 En savoir plus via le site de l'institut One health.



Source : INRAE – Juillet 2020





La santé et les Compétences psychosociales (CPS)

Les Compétences psychosociales ont été définies en 1993 par l'OMS comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. **C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement** ».

Compétences psychosociales : ensemble de compétences sociales, émotionnelles et cognitives favorisant les relations à soi et aux autres.

Leur développement permet d'améliorer l'autonomisation et le pouvoir d'agir des populations, de développer des interactions constructives envers les autres et soi et de contribuer à un bien-être physique et psychique.

👉 **En savoir plus via le site de l'ARS Normandie.**

LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

AUPRÈS DES ENFANTS ET DES JEUNES

AVOIR CONSCIENCE DE SOI

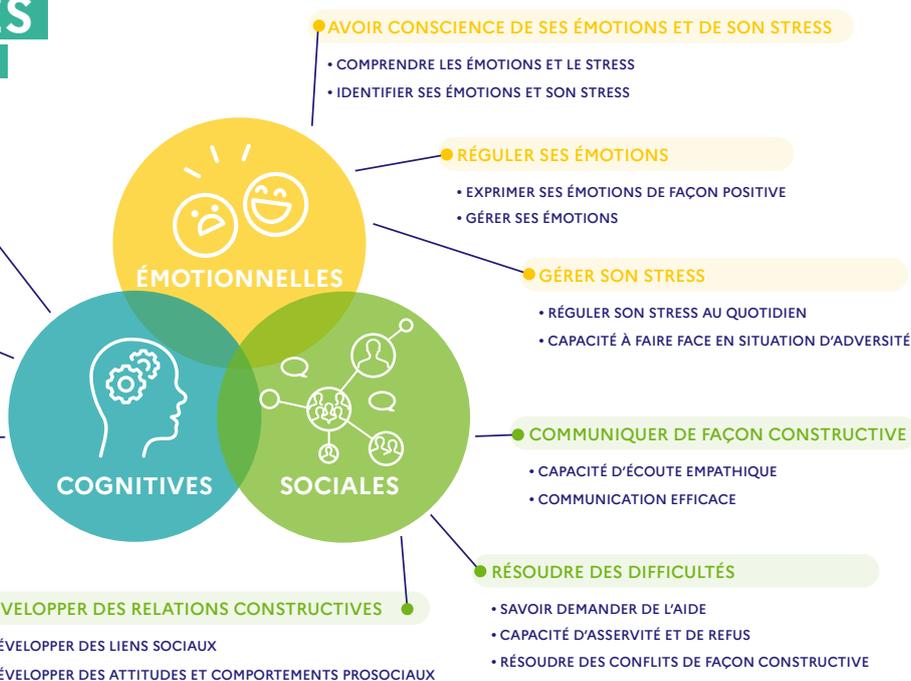
- CONNAISSANCE DE SOI
- SAVOIR PENSER DE FAÇON CRITIQUE
- CAPACITÉ D'AUTO-ÉVALUATION POSITIVE
- CAPACITÉ D'ATTENTION À SOI (OU PLEINE CONSCIENCE)

CAPACITÉ DE MAÎTRISE DE SOI

- CAPACITÉ À GÉRER SES IMPULSIONS
- CAPACITÉ À ATTEINDRE SES BUTS

PRENDRE DES DÉCISIONS CONSTRUCTIVES

- CAPACITÉ À FAIRE DES CHOIX RESPONSABLES
- CAPACITÉ À RÉSOUDRE DES PROBLÈMES DE FAÇON CRÉATIVE



réalisation : service communication ARS Normandie, source : Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques (santepubliquefrance.fr) - 06.2023



KIT COMMUNICATION

Toute collectivité territoriale signataire d'un CLS est **invitée à mentionner son partenariat avec l'ARS Normandie** par le respect de la charte graphique définie. A ce titre, l'ARS Normandie met à disposition un kit de communication clé en main.

N°2



Respecter
la charte graphique

Le logo « Contrat local de santé » ne peut être utilisé seul. Les logos de l'ARS Normandie et de la collectivité signataire doivent y être associés **sur tous les supports de communication**.

Pour cela, l'ARS Normandie met à disposition une charte d'utilisation du logo CLS précisant les couleurs, la typographie, les formats à utiliser...

Respecter cette charte graphique garantit à elle seule :

- un point de **repère visuel** et la reconnaissance de votre engagement ;
- l'uniformité et la **cohérence graphique** sur vos différents supports de communication ;
- une traduction de la **rigueur** et de la **crédibilité** de la démarche engagée.

 ***Cliquez ici pour télécharger la charte graphique***





Utiliser le kit de communication

Des supports de communication, **adaptés à la charte** sont également mis à disposition en téléchargement, notamment :

- modèle d'en-tête ;
- modèle d'en-tête de compte-rendu ;
- modèle d'en-tête de décision
- modèle de présentation PowerPoint ;
- modèles de vignettes réseaux sociaux ;
- trame de base de communiqué de presse.



 **Télécharger ici**
le kit de communication complet



RESSOURCES



Sites internet
régionaux



Retrouvez toute l'information sur
le CLS et l'intégralité de ce guide
régional (avec toutes les fiches en
téléchargement) sur le [site web
de l'ARS Normandie](#)

Promotion santé Normandie : www.promotion-sante-normandie.org

- bibliothèque de documents sur des données de Prévention promotion de la santé (PPS) – programmes probants – bibliothèque pédagogique, base de données en éducation et promotion de la santé (BIP-BOP) ;
- offres de formation en PPS ;
- conseil technique et appui méthodologique pour les démarches projet en PPS ;
- animation territorialisée de la promotion de la santé en Normandie : promotion-sante-territoire-normandie.org.

ORS-CREAI : orscreainormandie.org

- centre de ressources et de données, études et diagnostics (dont données socio-démographiques par EPCI et par département) ;
- conseil technique et appui méthodologique pour les projets associatifs, établissements... ;
- offre de formation Etablissements, publics vulnérables...

L'articulation des politiques locales : [présentation par thématique](#)

OR2S : observatoire régional de la santé et du social : or2s.fr



Sites internet
nationaux

OSCARS : observation et suivi cartographique des actions régionales de santé (accès national et régional) : oscarsante.org

Fabrique territoire santé : ressources dans les champs de la santé publique et de la promotion de la santé, de la cohésion sociale et de la politique de la ville : fabrique-territoires-sante.org



GLOSSAIRE

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

CAF : Caisse d'allocations familiales

CCAS : Centre communal d'action sociale

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

CMT : Conseiller méthodologique territorial

COPIL : Comité de pilotage

COTECH : Comité technique

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRTE : Contrat de relance et de transition écologique

CSSM : Commission spécialisée en santé mentale

CTG : Convention territoriale globale

CTS : Conseil territorial de santé

CTSM : Contrat territorial de santé mentale

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DD : Direction départementale

DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

EIS : Évaluations d'impact en santé

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSS : Maison sport santé

OR2S : Observatoire régional de la santé et du social

ORS-CREAI : Observatoire régional de la santé - Centre régional d'études, d'actions et d'informations

PETR : Pôle d'équilibre territorial et rural

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRE : Programme de réussite éducative

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé environnement

PTSM : Projet territorial de santé mentale

QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville

RTPS : Réseau territorial en promotion de la santé



ARS Normandie
Direction de la stratégie

 ars-normandie-strategie@ars.sante.fr



www.normandie.ars.sante.fr