



# Les Contrats Locaux de Santé

Conférence de Territoire du 25 juin 2015

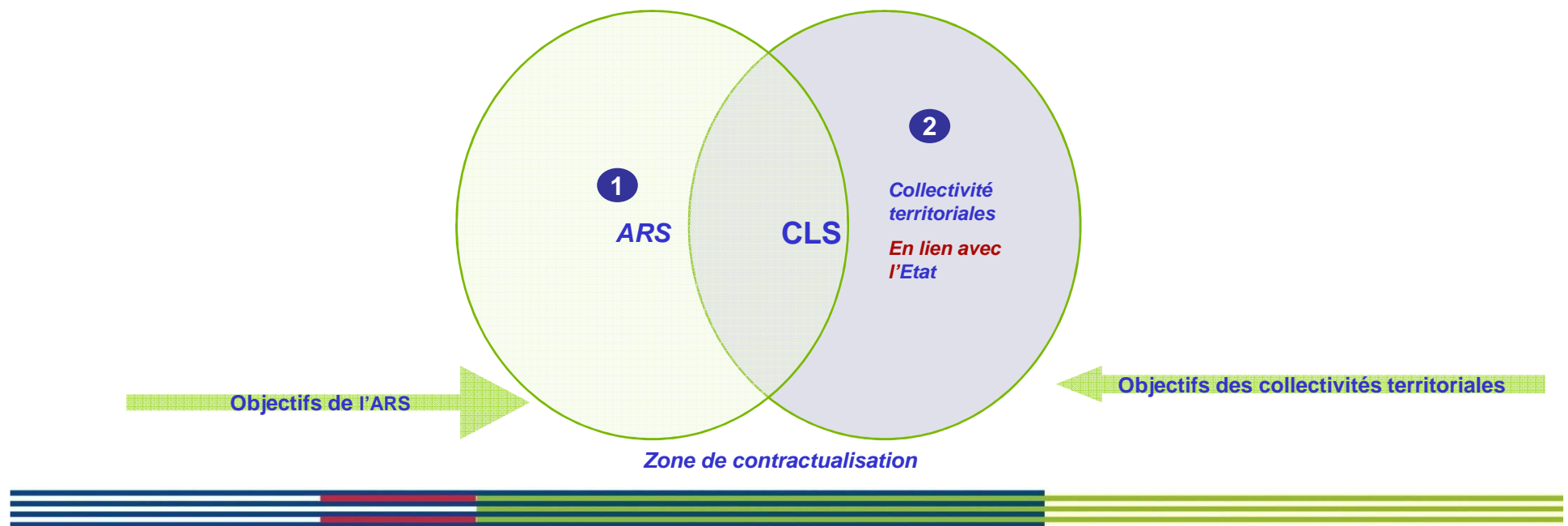
# Principes Généraux du Contrat Local de Santé

- ❑ Prévu par l'article L 1434-17 du Code de la Santé Publique, il peut être un outil de déclinaison du Programme Régional de Santé.
- ❑ Démarche lancée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France en 2011.

# Principes Généraux du Contrat Local de Santé

- C'est un outil de déclinaison du Programme Régional de Santé englobant tous les domaines d'intervention de l'ARS : Promotion de la santé, Prévention, Politiques de soins, Accompagnement médicosocial, Santé environnementale .
- Une mise en cohérence en permettant une meilleure articulation du PRS et des politiques locales de santé.

# Le Contrat Local de Santé : un outil d'articulation



# **Le Contrat Local de Santé en Ile de France**

## **CLS dit de première génération**

**Les CLS signés depuis le 2 décembre 2011**

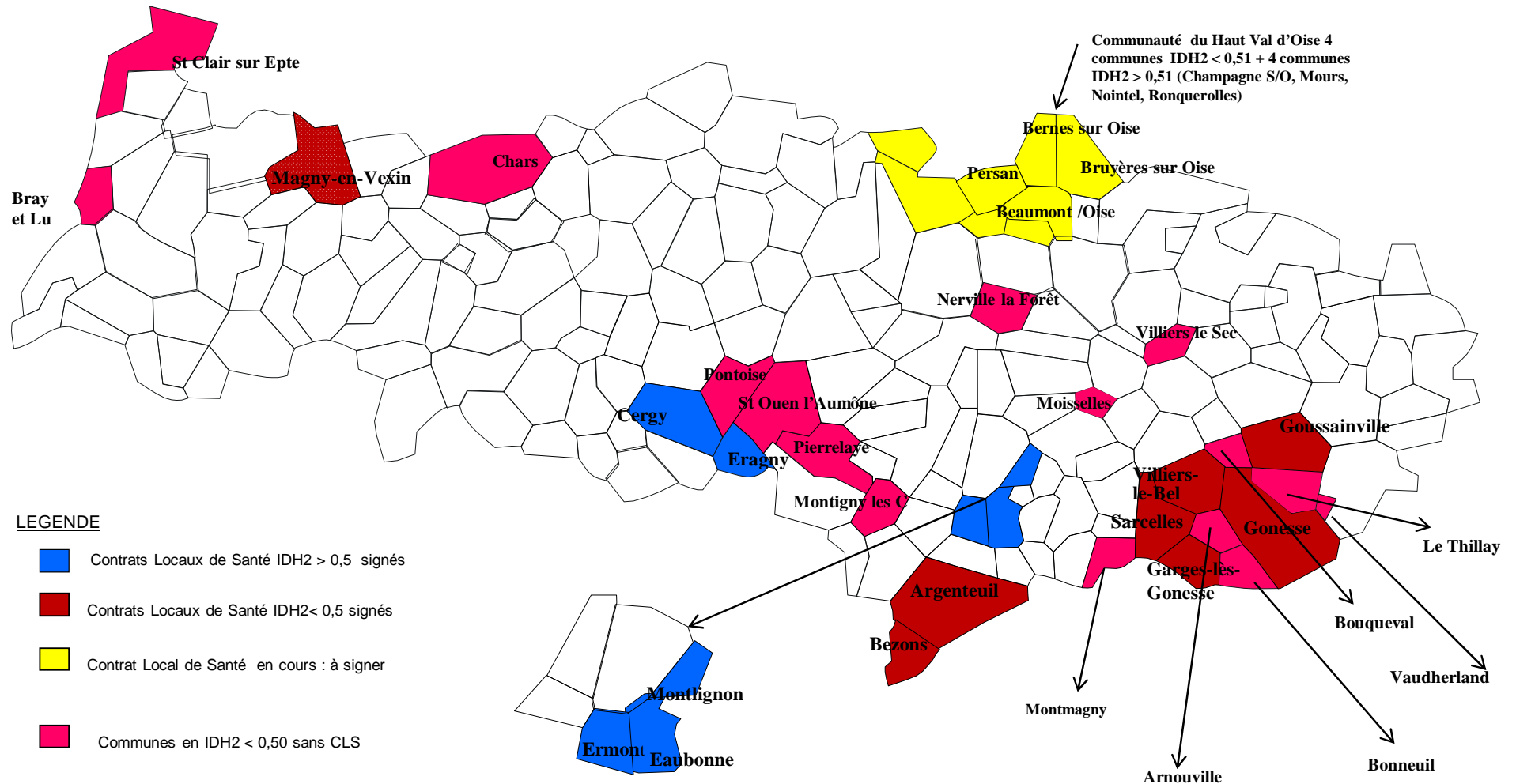
- ✓ **Conclus avec les communes et territoires présentant une vulnérabilité particulière et volontaires**
- ✓ **Mais prioritairement auprès des communes présentant un Indice de Développement Humain (IDH2) inférieur ou égal à 0,51 (Moyenne nationale – pour mémoire Val d'Oise 0,53 – IDF 0,57)**
- ✓ **Signés par le maire ou le représentant de l'intercommunalité (quand Communauté d'agglomération ou de communes), le DGARS et le Préfet,**
- ✓ **Association avec d'autres partenaires (Conseil Départemental, CPAM, EN, hôpitaux etc....)**
- ✓ **Recoupent l'ensemble du champ des compétences de l'ARS**  
Prévention, Offre de soins et médicosociale, environnement permettant d'inclure les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale).

# Les orientations CLS dits de 2<sup>ème</sup> génération

**Les premiers critères retenus en 2011 sont confortés notamment la réduction des inégalités sociales de santé :**

- ❑ La priorité sur les IDH2 < 0,51 et liaison essentielle avec la politique de la ville
- ❑ L'intégration de la notion de parcours de santé en application du Programme Régional de Santé
- ❑ La prise en compte des déterminants de santé et notamment l'habitat indigne (ce qui avait déjà été fait dans le Val d'Oise)

# Contrats Locaux de Santé dans le Val d'Oise et IDH2



## Les CLS signés et les avenants en cours

- ❑ 11 Contrats locaux de Santé signés et 1 à signer, soit **12 CLS** et **21 collectivités concernées**.
- ❑ Sur ces 21 territoires, **12 des 28 communes répertoriées en IDH< 0,51** dont **toutes** les villes avec un IDH2<0,41 (43% des villes en situation de précarité)
- ❑ Sur les 28 communes avec un IDH2 < 0,51, **10 communes de moins de 5000 habitants** pour lesquelles il est difficile de prévoir un CLS
- ❑ **6 communes plus importantes n'ont pas contractualisé** : Saint-Ouen l'Aumône, Pontoise, Arnouville, Montmagny. Pierrelaye et Montigny les Cormeilles (intéressée) peuvent être intégrée dans un CLS intercommunal avec la CA du Parisis en incluant les villes avec des QPV : projet 2015/2016



# Méthode d'élaboration du CLS et Gouvernance

- ❑ Elaboration d'un diagnostic de santé quantitatif et qualitatif partagé localement.
- ❑ Définition des axes prioritaires avec les différents acteurs participant au diagnostic (habitants de la commune, services communaux, partenaires institutionnels, acteurs et promoteurs de terrain, établissements de santé et/ou médicosociaux)
- ❑ Définition des actions à mettre en œuvre dans les champs de compétence de l'ARS.
- ❑ La gouvernance :
  - 1 coordination assurée actuellement très souvent par l'ASV
  - 1 COPIL réunissant les signataires, les principaux partenaires institutionnels (CG, CPAM, établissements de santé) les services de la municipalité, les acteurs principaux de la commune
  - Des comités techniques ou groupes de travail réunissant les principaux acteurs, services ou institutions intéressées par la problématique étudiée.

# Les principaux axes prioritaires retenus

- ❑ Connaître l'état de santé de la population – diagnostic
- ❑ Renforcer la Prévention et de la Promotion de la Santé
- ❑ Mortalité infantile pour certaines communes présentant des taux très supérieurs à la moyenne départementale (à relativiser et à expliciter)
- ❑ Santé des femmes et des jeunes enfants
- ❑ Santé mentale et ou/souffrance psychique (tous)
- ❑ Démographie médicale et permanence des soins
- ❑ Habitat indigne (mise en œuvre de protocoles DT/Communes – accompagnement santé-social de certaines familles) (tous)
- ❑ Santé et sur occupation des logements (Sarcelles)
- ❑ Accès aux droits et accès aux soins
- ❑ Création d'un Atelier Santé Ville
- ❑ Maladies chroniques et parcours de santé (Magny, Garges-lès-Gonesse)
- ❑ Personnes âgées (Val et Forêt, Magny, Eragny)
- ❑ Addictions et comportements à risques (notamment auprès des jeunes)
- ❑ Information/sensibilisation et connaissance des acteurs (répertoire, annuaires...)
- ❑ Coordination et travail en réseau avec les différents acteurs locaux.

# Les moyens des CLS

**Pas d 'enveloppe budgétaire spécifique** mais la mobilisation commune des crédits existants (Politique de la ville, commune, ARS, autres partenaires)

- Aide financière de l'ARS pour la réalisation de diagnostic santé et mobilisation d'outils diagnostiques (monographies) pour tous complétée par la CPAM.
- Cofinancement d'actions de prévention promotion de la santé menées par les communes sur la durée du CLS
- Mobilisation des moyens :
  - de la CPAM sur certains objectifs
  - de la politique de la ville sur les quartiers prioritaires des communes en CLS
  - poursuite des cofinancement des ASV existants, création de nouveaux ASV.
  - Conseil Départemental (PMI.....)

# Les moyens dégagés pour les CLS et/ou avenants en cours

- Aide financière de l'ARS pour la réalisation de diagnostics santé (Garges-lès-Gonesse, Sarcelles, Argenteuil, Goussainville, Magny, Haut Val d'Oise) et mobilisation d'outils diagnostiques (monographie et données infra-territoires) pour tous complétée par la CPAM.
- Cofinancement d'actions de prévention promotion de la santé menées par les communes (Argenteuil, Cergy, Eragny, Ermont, Bezons, Gonesse, Persan, Villiers-le-Bel, Garges-lès-Gonesse, Sarcelles, Goussainville).
- Aide financière et accompagnement pour les communes en déficit de professionnels de santé (Maisons de santé pluridisciplinaires, permanences, etc.....)
- Mobilisation des moyens de la CPAM sur certains objectifs (accès aux droits, actions sur le buccodentaire, accompagnement SOPHIA, Périnatalité) : fiches actions en cours de réorientation.
- Mobilisation des moyens de la politique de la ville sur les quartiers prioritaires des communes en CLS
- Poursuite des cofinancement des ASV existants (Cergy, Argenteuil, Gonesse, Eragny, Villiers le Bel), et création de nouveaux ASV (Sarcelles, Goussainville, Garges, Persan.
- Aide au financement de coordonnateur du CLS (CCHVO 0,5 ETP couplé avec 0,5 ETP ASV et Magny en Vexin 0,6 ETP).
- Mobilisation des partenaires de l'ARS (Structures médico-sociales, hôpitaux, etc...)

# Points forts des CLS

- ❑ **Coordination des acteurs et mise en cohérence des actions qui permettent :**
  - Amélioration des modes d'organisation
  - Mutualisation, approches décloisonnées
  - Identification des leviers d'action possible, des blocages éventuels.
- ❑ **Mobilisation des institutions locales, des acteurs de terrain, des services municipaux et amélioration du partenariat entre eux.**
- ❑ **Investissement des élus essentiel à la réussite du contrat.**



# Contrats locaux de Santé et Contrats Ville

- La Loi du 21 février 2014 relative à la programmation pour la ville et la cohésion urbaine et les dispositions ministérielles qui ont suivi ont insisté sur l'intégration des enjeux de santé au sein des Contrats Ville, ce qui n'était pas obligatoire auparavant dans les Contrats Urbains de Cohésion Sociale.
- Les CLS ou certains de leurs axes prioritaires ont donc été intégrés dans les Contrats Ville signés ou en voie de l'être par les 8 EPCI concernés par des Quartiers Politique de la Ville, en vue d'engager des actions spécifiques auprès des populations de ces quartiers
- Une particularité cependant : seul le critère de revenu est retenu pour les quartiers prioritaires alors que l'IDH2 sur la commune est à priori le critère prépondérant pour un CLS

