



Co-funded by
the European Union



JA PreventNCD



Réseau
français
Villes-Santé

Le Contrat Local de Santé comme outil de mise en œuvre de l'approche de Santé dans Toutes les Politiques



Le Réseau français Villes-Santé remercie les techniciens et les élus des Villes de Poitiers, de Villeurbanne et de Thionville Fensch Agglomération pour leur contribution à l'étude et leur disponibilité à participer aux entretiens, et tout particulièrement à Julien Barthod-Malat (Ville de Villeurbanne), Juliette Tanty (Ville de Poitiers) et Pauline PATOUT (Thionville Fensch Agglomération) pour leur participation active à la réalisation de ce rapport.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE	6
ANALYSE DES RÉSULTATS	7
Planification et développement du CLS	7
Un outil politique et transversal	7
Le processus de développement du CLS et le Diagnostic Local de Santé	9
Les parties prenantes et modalités de participation	11
Ressources	15
Les financements	15
Les données en santé	17
Le temps	18
Gouvernance et mise en œuvre	18
Les structures et processus de gouvernance	18
Le Comité de Pilotage (COPIL)	18
Le Comité Technique (COTECH)	19
Les groupes de travail et COPIL projet	20
Le coordinateur	21
L'intégration de l'équité en santé	23
Les interactions entre le CLS et d'autres plans ou dispositifs	24
Suivi et évaluation	25
Les processus et méthodes de suivi et d'évaluation	25
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	28
RÉFÉRENCES	31

INTRODUCTION



La **Santé dans Toutes les Politiques** (SdTP) est définie comme « *une approche intersectorielle qui prend systématiquement en compte l'impact sur la santé et sur le système de santé, des décisions prises dans d'autres secteurs de la politique publique, et qui recherche des synergies et des co-bénéfices avec eux, afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé* » (OMS 2014).

Cette définition apparaît pour la première fois dans la **déclaration d'Helsinki** et a été adoptée par les États Membres de l'OMS lors de la **8ème conférence mondiale sur la promotion de la santé**. Ses fondements peuvent être retracés dès la **Déclaration d'Alma-Ata**, qui pose le principe de « Santé pour tous » et identifie la santé comme un objectif nécessitant l'implication de multiples secteurs (OMS 1978), puis à travers la **Charte d'Ottawa**, qui réaffirme la santé comme une priorité et une responsabilité partagée de l'ensemble des décideurs politiques, quels que soient leurs secteurs d'action (OMS 1986).

LE CONTEXTE LÉGAL

La SdTP à l'échelle nationale

En France, cette approche est bien connue dans le secteur de la santé publique, mais du point de vue juridique aucune norme n'impose à l'État de prendre en compte la santé dans toutes ses politiques. À l'échelle nationale, des efforts ont été déployés pour intégrer, même de façon implicite, l'approche de SdTP dans l'ensemble des politiques publiques. À titre d'exemple, dès les années 2000, le premier Plan National Nutrition Santé (PNNS) a permis d'articuler des enjeux de santé et de sécurité alimentaire. En 2004, le lancement du premier Plan National Santé Environnement (PNSE) a, quant à lui, rapproché les politiques de santé et celles de l'environnement (Warin 2024). Récemment, la Stratégie Interministérielle sur le Développement des Compétences Psychosociales des enfants et des jeunes (2022-2037) associe neuf ministères et est pilotée par les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale (Santé publique France 2025).

La SdTP à l'échelle locale

Bien que la santé publique soit une compétence de l'État (Article L1411-1 2019), les villes et les Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) disposent d'une longue tradition d'intervention dans ce domaine, alors même que leurs compétences légales sont limitées. En effet, dans le cadre des compétences fixées par la loi, les collectivités territoriales et leurs groupements participent à la prévention, contribuent à la sécurité sanitaire et peuvent soutenir l'accès aux soins (Article L1110-1 2022). En dehors de ce périmètre, limité notamment au pouvoir de police du Maire et aux responsabilités en matière d'hygiène et de salubrité publique, la santé constitue une compétence non obligatoire, exercée par les collectivités selon leurs priorités et les ressources disponibles. Toutefois, celles-ci disposent de nombreuses compétences réglementaires qui, sans relever explicitement du champ sanitaire, agissent directement sur les déterminants de la santé, tels que l'aménagement du territoire et l'urbanisme, les politiques de logement, la gestion de l'eau et de l'assainissement, la mobilité et les transports, la petite enfance et l'éducation, ou encore la protection de l'environnement et la qualité du cadre de vie.

La loi HPST : les origines des ARS et des CLS

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) constitue un tournant, en introduisant notamment deux nouveautés majeures : la création des Agences régionales de santé (ARS) et les Contrats Locaux de Santé (CLS) (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires 2009).

Les ARS constituent des services déconcentrés de l'État, placées sous tutelle administrative et financière du ministère de la Santé, et chargées de la mise en œuvre de la politique nationale de santé à l'échelle infranationale. Pour ce faire, chaque ARS développe un Projet Régional de Santé (PRS) dont la mise en œuvre peut faire l'objet d'un Contrat Local de Santé (CLS).

ZOOM SUR LE CLS

Les CLS constituent des contrats signés conjointement par l'ARS et les communes ou groupement de communes qui s'accordent sur des enjeux prioritaires autour de la promotion de la santé, la prévention, l'accès aux soins et l'accompagnement médico-social et social, ainsi que sur les actions nécessaires pour y répondre (Article L1434-10 2024). De plus, le CLS se voit confier la responsabilité de réduire les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) et d'agir sur un large panel de déterminants de la santé, en essayant de garder l'équilibre entre les exigences descendantes portées par l'État et les enjeux locaux portés par les collectivités (HCSP 2025).

Le CLS s'avère donc être un moyen à leur disposition pour initier et mettre en œuvre une politique de santé la plus transversale et holistique possible et d'obtenir pour cela un support, notamment financier, de l'État. Il constitue en effet un exemple de collaboration potentiellement gagnant-gagnant entre collectivités territoriales et ARS. Signés pour une période variable (entre 3 et 5 ans), l'objectif général des CLS est de coordonner une stratégie locale de santé qui réponde à la fois aux besoins des collectivités territoriales et aux priorités définies au niveau national et régional. Pour les ARS, leur engagement dans ces contrats permet d'aligner leur projet stratégique régional avec les politiques de santé portées par les collectivités, de mutualiser les ressources afin de mieux répondre aux besoins locaux et de consolider les partenariats territoriaux dans une perspective de long terme. De leur côté, les communes et intercommunalités y trouvent un levier pour mobiliser l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé, valoriser les ressources, les besoins et les capacités d'action de leur territoire afin d'apporter des réponses concrètes aux habitants, et lutter plus efficacement contre les ISTS, que ce soit en matière de promotion de la santé, de prévention ou d'accès aux soins.

Lors de leur création en 2009, les premiers CLS étaient uniquement signés entre l'ARS et la commune ou le groupement de communes, avec l'association du Préfet. Un enjeu important est ensuite progressivement apparu : faire du CLS un véritable projet partenarial, qui associe un plus grand nombre d'acteurs, y compris en dehors du secteur de la santé et ouvert au partenariat public-privé. Il s'agit donc non seulement d'associer les collectivités, mais aussi les associations, les professionnels et les acteurs de terrain, pour mettre la santé au centre d'une approche plus holistique et coordonnée. Aujourd'hui, les CLS se caractérisent par une grande hétérogénéité de leurs contenus, de leurs modalités de mises en œuvre et de leurs ambitions, puisqu'ils s'adaptent aux priorités, aux ressources et aux partenaires de chaque territoire et de chaque ARS. Néanmoins, ils constituent aujourd'hui un outil central de la territorialisation des politiques de santé publique, en permettant d'articuler les orientations nationales et régionales avec les réalités locales (Isaac-Sibille 2026).

MÉTHODOLOGIE

Les CLS n'ont, à l'origine, pas été conçus comme des instruments explicites de mise en œuvre de la SdTP. Par leur ambition de déployer une approche holistique, partenariale et centrée sur la promotion de la santé et la réduction des ISTS dans les politiques locales, ils ont le potentiel de jouer ce rôle (Diallo, Le Bodo, et Breton 2022). Dans le cadre de cette étude, l'objectif est d'analyser dans quelles conditions les CLS peuvent effectivement devenir **des outils de mise en œuvre d'une approche de Santé dans Toutes les Politiques à l'échelle locale**.

Pour répondre à ce questionnement, deux villes et un EPCI, membres du Réseau français Villes-Santé (Poitiers, Villeurbanne et Thionville Fensch), ont été retenus comme terrains d'étude. Le choix des territoires s'est appuyé sur plusieurs critères : la présence d'un CLS en cours de mise en œuvre, la taille de la collectivité (collectivités de taille moyenne, entre 80 000 et 160 000 habitants), la diversité géographique à travers des régions différentes, ainsi que, dans la mesure du possible, une expérience préalable dans la conduite de ce type de dispositif. Cette étude de cas n'a pas l'ambition d'analyser un échantillon représentatif de l'ensemble des CLS existants, mais d'étudier des CLS différents afin de comparer des configurations variées.

L'analyse de ces trois études de cas s'est appuyée sur un cadre analytique développé par le Réseau français Villes-Santé au sein d'un groupe de travail international du projet JA PreventNCD consacré à la mise en œuvre de la Santé dans Toutes les Politiques à l'échelle infranationale. Ce cadre a été construit de manière itérative à partir de plusieurs sources complémentaires : un protocole d'analyse portant sur la mise en œuvre de la SdTP aux niveaux national et européen (Tervonen et al. 2024), la « Checklist of operational characteristics and outcomes of HiAP approaches » (OMS 2023), ainsi que le « Health in All Policies Four Pillars Model Checklist » (Fyfe, Coad, et Williams 2024). Ce cadre a ensuite été adapté au contexte des CLS afin de prendre en compte les spécificités du dispositif et des contextes locaux.

Le cadre analytique a d'abord été appliqué à l'analyse des documents disponibles pour chacun des CLS. Cette analyse a permis d'examiner notamment le contexte politique et juridique, les processus de planification et de mise en œuvre, l'implication des parties prenantes, les ressources, les données et indicateurs, les modalités de gouvernance et de coordination, la prise en compte des inégalités de santé, ainsi que le suivi et l'évaluation. Elle a permis de faire ressortir plusieurs éléments nécessitant d'être approfondis ou précisés par des entretiens semi-directifs.

Neuf entretiens ont été réalisés auprès de coordinateurs de CLS, d'élus à la santé et d'agents d'autres services des trois collectivités. Ils se sont déroulés via Teams, ont duré entre 1h et 2h30, et ont été enregistrés puis retranscrits. Les entretiens ont permis d'approfondir les modalités de mise en œuvre et de gouvernance des CLS, d'explorer les freins et facteurs facilitants et de recueillir les expériences et perceptions des différents acteurs impliqués.

Les données issues des documents et des entretiens ont ensuite été mise en regard afin d'identifier, à travers les trois études de cas, les principaux freins, leviers et conditions permettant aux CLS de contribuer à la mise en œuvre d'une approche de Santé dans Toutes les Politiques à l'échelle locale.



ANALYSE DES RÉSULTATS

PLANIFICATION ET DÉVELOPPEMENT DU CLS

» Un outil politique et transversal

Depuis sa création, le CLS constitue un outil structurant de l'action publique locale en santé, et pour cela **s'adapte aux besoins du territoire, à l'agenda politique du mandat et aux fonctionnements administratifs déjà en place**. Par conséquent, le CLS peut recouvrir des fonctions et des rôles différents selon les territoires, sans qu'un modèle apparaisse nécessairement meilleur qu'un autre. Les résultats montrent plutôt que chaque modalité d'organisation présente des atouts, mais aussi des limites et des points de vigilance, qui doivent être appréciés au regard du contexte local et des objectifs poursuivis.

Dans certains cas, **le CLS constitue une politique de santé ciblée**, centrée sur des enjeux spécifiques peu ou pas couverts par d'autres politiques publiques. Cette spécialisation lui confère une légitimité pour intervenir sur ces thématiques, tout en favorisant le développement de collaborations avec d'autres politiques et dispositifs concernés. En revanche, lorsque le CLS s'inscrit comme un dispositif parmi d'autres politiques et programmes de santé, il peut être moins visible et moins bien identifié par les autres services de la collectivité. Le risque est alors que le CLS soit perçu comme un dispositif supplémentaire plutôt que comme une politique de santé structurante et intersectorielle.

Dans d'autres cas, **le CLS constitue le chapeau de toute la politique de santé**. Il regroupe l'ensemble des dispositifs de santé publique de la collectivité et travaille les articulations avec de nombreux autres plans et politiques sectorielles. Cette configuration augmente la visibilité du CLS, lui attribue un rôle central et facilite les collaborations interservices, mais elle peut aussi diluer l'identification de dispositifs spécifiques et créer un risque de confusion entre actions et objectifs. Cela peut être le cas, par exemple, des Ateliers Santé-Ville (ASV), des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) ou d'autres programmes et dispositifs locaux de promotion de la santé et prévention qui peuvent exister au sein de la collectivité.

POITIERS :

le CLS comme cadre stratégique de toute la politique locale de santé

À Poitiers, le CLS a été conçu comme le cadre stratégique de l'ensemble de la politique de santé de la collectivité. Dès son élaboration, le choix a été fait d'y intégrer les différents dispositifs existants de la Ville (CLSM, ASV, etc.) plutôt que de développer des programmes de santé parallèles. Cette organisation permet de donner une vision cohérente de la politique locale de santé, de renforcer les articulations entre les différents dispositifs et de simplifier la lisibilité de l'action publique pour les partenaires.

Le CLS n'a toutefois pas vocation à devenir un catalogue exhaustif de toutes les actions menées sur le territoire. Il fixe les grandes orientations de la politique de santé de la Ville, tout en laissant la possibilité aux partenaires de faire émerger de nouveaux besoins et de développer de nouvelles actions au fil du temps. Cette approche permet de faire du CLS un outil vivant, capable de s'adapter aux évolutions du territoire.

Quelle que soit la place que le CLS occupe dans l'organisation de la politique locale de santé, il reste confronté au même enjeu : la nécessité du soutien politique pour légitimer la démarche. Dans un contexte où la santé n'est pas une compétence obligatoire des communes et des EPCI, **l'inscription de la santé au cœur de l'action publique d'une collectivité repose avant tout sur une volonté politique et l'engagement de personnes moteurs**. En effet, l'absence de base réglementaire en soutien au CLS en fait **un document non contraignant**, souvent perçu comme une responsabilité du seul service santé, plutôt que comme une véritable feuille de route de l'ensemble de la collectivité.

THIONVILLE FENSCH :

la Santé dans Toutes les Politiques comme un des grands axes de la compétence de l'Agglomération

À Thionville Fensch, le passage de la compétence santé de la Ville de Thionville à l'Agglomération, en 2016, a conduit à faire de la Santé dans Toutes les Politiques l'un des trois grands axes de la politique santé intercommunale, et à faire évoluer le CLS à l'échelle de l'EPCI.

Cette évolution répond à un double constat : les enjeux de santé dépassent les frontières communales, toutes les communes ne disposant pas des mêmes capacités pour agir, notamment les plus petites qui n'ont pas de ressources dédiées à la santé. En mutualisant cette compétence à l'échelle intercommunale, et en affirmant la volonté d'adopter une approche de SdTP, l'Agglomération peut s'appuyer sur ses politiques d'urbanisme, de mobilité, d'aménagement ou d'environnement pour agir sur les déterminants de la santé sur l'ensemble du territoire et contribuer à réduire les inégalités entre communes.

L'approbation du CLS par vote en assemblée délibérante et sa signature avec l'ARS lui confèrent **une légitimité institutionnelle** et traduisent la volonté de la collectivité de s'engager en faveur des politiques locales de santé. Cette reconnaissance est essentielle, car en plaçant la santé au cœur des priorités de la collectivité, elle contribue à en faire une responsabilité collective qui dépasse le seul service de santé. Elle pose ainsi les bases pour la mise en œuvre d'une approche fondée sur **les déterminants territoriaux de la santé**, impliquant l'ensemble des services.



« Certainement que ça donne un peu une légitimité à aborder la question de la santé auprès de nos collègues. C'est vrai que la santé, ce n'est pas une compétence municipale, on la voit souvent liée à l'ARS. Là, en tout cas, ça permet de montrer qu'il y a une politique municipale et une volonté municipale, même pluri-partenaire. Donc oui, ça a permis, je pense, d'asseoir un peu ce rôle de la santé auprès des autres. Ça a été aidant. »

Cette dynamique est davantage renforcée lorsque **la santé est inscrite dans le plan de mandat**, véritable feuille de route politique et administrative de la collectivité. En positionnant la santé comme une priorité de l'action publique au plus haut niveau, le plan de mandat crée un cadre favorable à l'implication des différents services dans des démarches intersectorielles telles que le CLS, et facilite l'intégration des enjeux de santé dans toutes les politiques sectorielles.



« En fait, ces priorités [du mandat] chapeautent logiquement l'ensemble. Elles sont au-dessus. Si on fait un organigramme, on a d'abord les priorités, qui doivent tout chapeauter, et ensuite les grands projets qui viennent structurer les politiques publiques, dont fait partie le CLS. Pour moi, le CLS est vraiment le document structurant. Il se situe donc en-dessous, ce qui rend l'articulation assez simple. En réalité, [...] c'est aussi beaucoup au libre arbitre de chaque élu et de chaque direction de s'en saisir ou non. Moi, j'ai fait le choix de m'en saisir ; ça a été moins le cas dans d'autres directions. »

VILLEURBANNE :

la santé au cœur des trois transitions du mandat

À Villeurbanne, la santé irrigue les trois grandes priorités du mandat municipal : la transition égalité, la transition écologique et la transition démocratique. Elle se traduit par la lutte contre les inégalités sociales et de santé et les inégalités entre hommes et femmes ; par la prise en compte des liens entre santé humaine et environnement ; ainsi que par une forte ambition en matière de participation citoyenne. La santé ne se rajoute pas comme une priorité supplémentaire, mais comme une dimension transversale qui traverse les trois transitions.

Son inscription au cœur du plan de mandat fait de la santé un principe structurant de l'action municipale et renforce sa légitimité à être intégrée dans l'ensemble des politiques publiques, dont le Contrat Local de Santé.

Si le CLS ne constitue pas une démarche réglementaire, sa portée peut être considérablement renforcée lorsqu'il **s'articule avec des politiques sectorielles** qui disposent, elles, d'un cadre réglementaire ou stratégique, comme le Plan Climat-Air-Énergie Territorial (PCAET), le Plan Local d'Urbanisme (PLU/PLUi) ou le contrat de ville. Les résultats montrent que cette articulation facilite l'intégration de la santé dans les autres politiques publiques, tout en renforçant réciproquement les objectifs de ces dernières. Les agents des autres services soulignent notamment que **les arguments sanitaires apportent un poids supplémentaire** à leurs projets, en venant compléter des enjeux déjà reconnus, tels que la transition écologique, l'aménagement ou la cohésion sociale. La santé devient ainsi un levier transversal qui renforce la légitimité et l'acceptabilité d'actions portées par d'autres secteurs, tout en offrant au CLS des points d'entrée concrets dans des politiques disposant d'un cadre institutionnel plus solide.

» Le processus de développement du CLS et le Diagnostic Local de Santé

Mettre en œuvre la Santé dans Toutes les Politiques suppose que cette ambition politique se traduise concrètement dans la façon de construire le CLS. Celui-ci ne peut être élaboré par le seul service santé, mais doit associer dès le départ les autres directions de la collectivité, ainsi que les partenaires du territoire à la définition des priorités et des actions. Ce processus de développement participatif permet d'aligner les priorités politiques avec les objectifs opérationnels, d'acculturer et de sensibiliser les élus et les agents aux enjeux de santé, de renforcer la coordination entre directions et avec les partenaires du territoire. Les résultats montrent que **la co-construction du CLS favorise l'innovation, l'ancrage territorial et le croisement avec d'autres politiques**, en mutualisant les ressources, les compétences et les partenaires, tout en encourageant le co-développement des actions et la responsabilisation des services impliqués.



« Cette approche qui a été de co-construction du contrat a été fondatrice, plus que le suivi en tant que tel. Ça a permis à beaucoup de collègues de prendre conscience que leur métier pouvait avoir un lien direct avec la santé. »

Concrètement, la phase de co-construction du CLS débute par le recrutement d'un coordinateur pour piloter et coordonner l'ensemble de la dynamique du CLS. Un Diagnostic Local de Santé (DLS) est réalisé pour identifier et prioriser les besoins et enjeux de santé du territoire. À partir des résultats du DLS, les axes prioritaires, les actions et les indicateurs du CLS sont élaborés et le coordinateur assure leur mise en œuvre et leur suivi en collaboration avec un réseau de partenaires internes et externes.

Une étape fondamentale du processus de développement du CLS est la réalisation du Diagnostic Local de Santé. Le DLS constitue une étude approfondie du territoire, caractérisée par **une approche large des déterminants de la santé**, qui couvre les milieux de vie, les principaux enjeux de santé publique et les différentes catégories de population, ainsi que par une méthode à la fois quantitative, qualitative et participative. Ces caractéristiques permettent au DLS de dresser un état des lieux des enjeux sanitaires, sociaux et environnementaux du territoire et de **faire émerger des priorités partagées** qui seront prises en compte dans la définition des axes stratégiques et des actions du CLS.

Selon les ressources et les capacités de chaque collectivité, il peut être réalisé par des organismes externes, comme les cabinets d'études ou les Observatoires Régionaux de Santé, ou en interne. Lorsqu'il est réalisé en interne, il peut être une occasion pour mobiliser les différentes directions de la collectivité, pour identifier collectivement les actions existantes qui ont déjà un impact sur la santé et pour créer des collaborations sur des projets communs.

VILLEURBANNE :

le Diagnostic Local de Santé comme levier de mobilisation des services

À Villeurbanne, le Diagnostic Local de Santé a été conçu comme un véritable outil de mobilisation autour du CLS. Réalisé par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes avec le soutien de l'ARS, il a associé près de 80 professionnels, une quarantaine d'habitants et plusieurs groupes de discussion. Une fois finalisé, le DLS a servi de support de présentation auprès de la direction générale puis d'une vingtaine de directions municipales. Ces rencontres ont permis de présenter les principaux constats du diagnostic, de montrer en quoi les politiques portées par chaque direction avaient déjà un impact sur la santé et d'identifier comment elles peuvent s'inscrire dans les quatre axes du futur CLS. L'objectif n'était pas de créer de nouvelles actions, mais de valoriser l'existant et de construire un cadre commun autour duquel les différents services pouvaient se reconnaître et s'engager.

Dans le cas des EPCI, le DLS peut aider à repérer les besoins propres à chaque commune et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, mais cela dépend des méthodes utilisées et surtout des données disponibles, qui pourraient permettre de construire et croiser des indicateurs de santé capables d'identifier où les inégalités se concentrent et les publics vulnérables.

THIONVILLE FENSCH :

un diagnostic partagé pour construire une stratégie adaptée au territoire

À Thionville Fensch, le Diagnostic Local de Santé a été construit avec l'ensemble des communes de l'Agglomération afin de définir des priorités répondant aux réalités de chaque territoire et de limiter les inégalités entre communes. Chaque Maire a été rencontré pour identifier les besoins locaux, les actions déjà en place et les attentes vis-à-vis du CLS.

La prise en compte de ces potentielles inégalités dès la réalisation du DLS a permis d'orienter les actions du CLS en privilégiant des projets structurants, pensés à l'échelle du bassin de vie, afin de réduire les inégalités entre communes tout en conservant une capacité d'adaptation aux besoins locaux. Par exemple, les actions de prévention du surpoids et de l'obésité ont été conçues en s'appuyant sur les écoles, un levier présent sur l'ensemble du territoire, afin de garantir que tous les enfants, quelle que soit leur commune de résidence, puissent bénéficier des mêmes actions de prévention.

Le DLS constitue par ailleurs une démarche fédératrice non seulement en interne, mais aussi vis-à-vis des partenaires externes, en encourageant la participation des acteurs locaux et des habitants par des enquêtes et concertations. Lorsqu'il est élaboré en adoptant une approche large des déterminants de la santé, le DLS peut constituer un véritable espace d'échange et de partage, tant entre services qu'avec les partenaires du territoire. Toutefois, il se heurte aux limites des organisations existantes au sein des collectivités, encore largement sectorielles. En effet, certains enjeux identifiés par les DLS peuvent entraîner des positions divergentes et potentiellement mettre en opposition les services et les partenaires. Les interviewés constatent que **l'organisation en silos des administrations** reste un frein majeur à la création d'espaces d'échange et de collaboration qui pourraient permettre de résoudre ces éventuelles contradictions et d'identifier des synergies.



« Déjà, tu es confronté au fonctionnement de l'administration qui... ne facilite pas la transversalité. Donc, amener des choses transversales sur la santé dans les différentes politiques, ça ne se décrète pas. Même si on a beau avoir un discours politique qui le soutient, si l'administration elle-même ne fonctionne pas comme ça, c'est très complexe. [...] je suis quand même assez réaliste sur ce que l'administration produit sans en avoir conscience : de l'isolement, et donc de l'essoufflement pour les personnes chargées de mission sur des politiques qui doivent être transversales. »

» Les parties prenantes et modalités de participation

Les porteurs de la démarche : Collectivité - ARS - Signataires

En règle générale, **tous les CLS sont co-pilotés par l'ARS et la ville ou EPCI**, et signés par un groupe plus ou moins étoffé de partenaires. Chaque porteur a un rôle principal : l'ARS apporte une partie du financement, l'appui méthodologique et la cohérence avec les politiques de santé régionales et nationales, tandis que la collectivité définit les enjeux prioritaires à partir d'un diagnostic, mobilise les acteurs du territoire et met en œuvre les actions. Avec des variations d'une ARS à l'autre, l'ARS peut occuper une place plus ou moins importante dans le co-pilotage avec la collectivité. Toutefois, sa disponibilité est très souvent limitée par le nombre croissant de CLS dont elle est signataire, d'autant que ses moyens humains n'ont pas augmenté et restent globalement constants. En conséquence, le pilotage est majoritairement assuré par le service santé de la collectivité ainsi que par le coordinateur du CLS.

De nombreux partenaires externes, souvent institutionnels, peuvent également être **signataires du CLS**. À ce titre, ils disposent de pouvoir décisionnel dans les instances de gouvernance et ils peuvent, dans certains cas, s'engager directement dans la mise en œuvre d'actions. Les acteurs interrogés soulignent d'ailleurs **une diversification et une augmentation progressive du nombre de signataires** depuis la mise en place des premiers contrats en 2010-2011. Si l'élargissement du nombre de signataires permet de formaliser les partenariats, d'instaurer un cadre d'échange autour des enjeux de santé et de renforcer l'interconnaissance entre acteurs, il soulève également plusieurs difficultés, notamment la forte institutionnalisation du CLS, une coordination moins flexible, des difficultés à s'adapter aux différentes cultures professionnelles et une participation parfois réduite des partenaires présents dans de nombreux autres CLS du territoire.



« Aujourd'hui, il y a quand même des réflexes : je peux solliciter certaines institutions ou recevoir un appel parce qu'on se connaît désormais. Mais ce n'est pas aussi fluide que le travail mené en interne à la Ville. Et parfois, c'était très rigide : certains partenaires disaient simplement « voilà ce qu'on fait », sans discussion possible. On espérait un peu plus, mais on doit aussi composer avec des cultures institutionnelles différentes. Certaines institutions signent tous les CLS du département, donc elles nous voient comme une couche de plus. C'est moins flexible. »

Les partenaires internes : les services de la collectivité

Les directions et services internes de la collectivité sont rarement reconnus comme des partenaires à part entière du CLS, alors même qu'ils constituent des acteurs clés. Leur participation au DLS et leur implication dans la mise en œuvre des actions permettent au CLS de dépasser le périmètre du seul service santé et d'agir sur des déterminants relevant d'autres directions et services. Afin de soutenir leur participation au CLS, les coordinateurs rencontrent d'abord les Directions Générales Adjointes et ensuite chaque direction et ses services, dans l'objectif de présenter la démarche du CLS, d'**identifier collectivement les dimensions « santé » déjà présentes dans les politiques publiques de chaque direction** et de les mettre en cohérence avec les enjeux de santé. Les interviewés soulignent la nécessité de **montrer de manière récurrente l'intérêt d'intégrer la santé** dans les politiques publiques de différents secteurs, en s'appuyant sur leurs objectifs et priorités.

Le développement de **réseaux de référents ou d'ambassadeurs santé**, ainsi que **la formation à la santé publique** des agents de toute la collectivité, peuvent favoriser le processus d'implication des agents dans le CLS.

VILLEURBANNE :

des agents « relais » pour intégrer la santé dans les projets municipaux

À Villeurbanne, le CLS repose sur une approche One Health, également portée par la Direction de la transition écologique. Cette direction, rattachée à la Direction Générale Adjointe « Dynamique urbaine et adaptation » a une organisation originale : ses chargés de mission sont intégrés au sein de plusieurs directions opérationnelles (espaces publics, bâtiments, restauration collective, mobilité, déchets, etc.), où ils accompagnent les projets tout en restant fonctionnellement liés à la Direction de la transition écologique. Cette organisation favorise une prise en compte transversale des enjeux de transition. En travaillant conjointement avec ces agents autour de l'approche One Health, le CLS trouve naturellement sa place dans les projets qu'ils accompagnent. Les réflexions sur la mobilité, l'aménagement, l'alimentation ou les espaces publics intègrent ainsi plus facilement une dimension santé, contribuant à diffuser cette culture bien au-delà du seul service santé, grâce à ces agents « relais ».



« L'enjeu était déjà de valoriser, mettre en cohérence ce qui existe et montrer qu'en fait, il y avait déjà des objectifs de santé à l'œuvre. Il y avait vraiment un aspect pédagogique. Quand on parle de « Santé dans Toutes les Politiques », il faut faire comprendre à des personnes qui ne sont pas dans le champ de la santé qu'elles participent déjà à la santé publique – qu'elles prennent déjà soin des habitants, du territoire. »

Pour impulser ces démarches transversales en interne, le coordinateur du CLS doit **connaître les thématiques, les enjeux, les besoins, les priorités, le vocabulaire et les modes de fonctionnement des autres services de la collectivité**, et ce, afin d'identifier des co-bénéfices entre les différentes politiques et les enjeux de santé. Ce travail d'interconnaissance commence souvent dans le cadre **d'échanges informels**, permettant aux agents de se rencontrer, de se connaître et de partager leur quotidien pour aboutir à la création de liens de confiance et à l'identification de points communs. Ces relations constituent le socle indispensable pour des collaborations intersectorielles solides et pour l'intégration durable de la Santé dans Toutes les Politiques publiques.

POITIERS :

construire une culture commune de la santé au sein de la collectivité

À Poitiers, le développement de la Santé dans Toutes les Politiques repose sur un travail de sensibilisation mené depuis plusieurs années par le pôle santé, qui rencontre régulièrement l'ensemble des directions municipales afin de faire connaître les enjeux de santé publique, échanger sur les respectifs projets en cours et identifier des enjeux communs.

Cette dynamique a conduit à la création d'une commission transversale santé, espace de dialogue réunissant toutes les directions, pour partager les projets en cours, identifier des synergies et développer des actions co-portées. Progressivement, une culture commune s'est installée : les services sollicitent désormais spontanément le pôle santé pour intégrer la dimension santé dans leurs projets. Cette dynamique nécessite toutefois d'être entretenue en continu afin de maintenir les liens entre les services malgré les évolutions des équipes et des organisations.

Il est constaté par les interviewés que la recherche de synergies et la construction de partenariats sont plus naturelles à mettre en place avec d'autres démarches disposant d'une forte dimension transversale, telles que le PCAET, la politique de la ville ou encore les CLSM. Ces démarches reposent en effet, comme le CLS, sur un pilotage transversal et sur la présence d'un coordinateur chargé d'animer le réseau d'acteurs, ce qui favorise les échanges, la compréhension mutuelle et l'articulation des actions.



« Pour être honnête, je pense qu'il y a aussi le côté relationnel [avec le coordinateur]. C'est quelqu'un avec qui on travaille bien, on échange beaucoup comme on a le même type de travail, etc. Je pense que ça a joué aussi parce qu'on a été ensemble au PRSE, on en parle beaucoup, donc ça a vite été un réflexe pour moi. Parce que dès qu'on échangeait, on se rendait compte qu'on avait des points communs. »

L'ouverture du CLS aux autres politiques publiques ne va toutefois pas de soi et soulève plusieurs points de vigilance. Si le CLS favorise le décloisonnement et la collaboration avec de nouveaux partenaires institutionnels et territoriaux, cette dynamique peut se heurter aux responsabilités et compétences propres des différents échelons administratifs (commune, EPCI, ARS) ainsi qu'aux cadres réglementaires qui les régissent. L'articulation entre ces niveaux peut devenir complexe, en particulier lorsque le CLS est perçu comme un outil susceptible de s'imposer à l'ensemble des politiques publiques, au risque de créer des tensions ou un sentiment de concurrence entre échelons et entre services.



« Ce qui est intéressant, c'est que le CLS permet de sortir de nos murs : travailler avec la métropole, l'ARS, l'hôpital, les associations du territoire. Le risque serait que cela devienne plus compliqué au niveau des compétences et de l'échelle administrative : chaque échelon, la ville et l'EPCI, a ses responsabilités et il pourrait y avoir des tensions si le CLS devenait un outil universel pour toutes les politiques publiques. J'ai peur d'une concurrence entre échelons administratifs et politiques. »

Au sein même des collectivités, la transversalité se heurte également à des obstacles plus opérationnels. Malgré les efforts engagés, le CLS peut rester peu visible auprès des autres services, tandis que les différences de culture professionnelle, de vocabulaire ou de priorités rendent parfois les collaborations difficiles. Le temps consacré au CLS par les agents des autres directions est rarement reconnu comme une mission à part entière et peut diminuer lorsque d'autres priorités émergent. Enfin, les projets co-portés nécessitent un important travail de coordination, qui repose encore largement sur les coordinateurs CLS lorsque les responsabilités entre services ne sont pas clairement définies.

Les résultats montrent toutefois que **plusieurs leviers permettent de limiter ces difficultés**, notamment la co-construction du CLS avec les directions, la valorisation des actions déjà existantes et l'utilisation d'un vocabulaire partagé, facilitant l'appropriation de la démarche par l'ensemble des acteurs.

Les partenaires externes

Le CLS encourage également la mobilisation de **partenaires non-signataires, qu'ils soient institutionnels ou de terrain**. Certains peuvent piloter et financer des actions de manière autonome tout en s'inscrivant dans la stratégie globale du CLS. Dans ces cas, la collectivité joue **un rôle d'intermédiaire** et assure que ces actions soient en cohérence avec la politique locale de santé. La collaboration avec les partenaires externes est souvent considérée comme plus complexe que celle en interne, en raison des différences de cultures institutionnelles, et puisque les bénéfices concrets du CLS pour le quotidien des habitants ou des professionnels sont moins immédiatement perceptibles. De ce fait, la gestion de ces réseaux de partenaires peut être chronophage et exiger une coordination lourde.

Néanmoins, le CLS permet de mobiliser plus facilement **un ensemble de partenaires difficiles à atteindre autrement**, de mettre en relation porteurs de projets et financeurs, et de valoriser les actions réalisées par ces partenaires du point de vue de la santé publique. L'inscription des actions dans le CLS permet au réseau de partenaires locaux de devenir des acteurs clés des politiques de santé de la collectivité, tout en respectant leur autonomie.



« Oui, parce qu'au final, on a beau l'écrire, l'inscrire, faire tout ce qu'on veut, s'il n'y a pas un travail de terrain derrière, ça ne suit pas. Je pense qu'il faudrait d'abord partir du terrain, du cas par cas, rencontrer les gens individuellement. Une fois que les liens sont créés, que les enjeux sont compris, là, on peut institutionnaliser et définir comment on va fonctionner derrière. Finalement, il ne faut peut-être pas toujours suivre la méthode qui semble la plus logique ; il faut aussi composer avec les personnes qu'on a en face de nous. »

La participation des habitants

La participation des habitants constitue un enjeu central mais complexe pour le CLS. Aujourd'hui, le DLS reste le principal outil de concertation permettant de recueillir leurs besoins et priorités. Pour toucher les populations en situation de précarité, les collectivités peuvent s'appuyer sur les services internes en contact avec ces habitants (politique de la ville, ASV) et sur des dynamiques externes (conseils et comités citoyens, CPTS, épiceries solidaires).

Même si les habitants ne sont pas considérés comme des partenaires externes formels, leur implication reste essentielle pour garantir que le CLS reflète réellement les besoins de la population.

THIONVILLE FENSCH : associer les habitants à la définition des priorités du CLS

À Thionville Fensch, les habitants ont été associés dès la phase d'élaboration du Contrat Local de Santé à travers le Diagnostic Local de Santé. Une enquête a été diffusée à l'ensemble de la population, puis complétée par des entretiens collectifs avec les jeunes et les personnes âgées, organisés avec l'appui des structures accueillant les seniors et les associations locales afin de mieux recueillir la parole de ces publics, peu représentés initialement dans l'enquête.

Cette démarche de concertation a permis de présenter en COPIL les potentielles priorités du CLS selon trois points de vue différents : les attentes des élus, les besoins exprimés par les habitants et les données objectives recueillies auprès des directions de l'Agglomération et des partenaires. Ce croisement des regards a mis en évidence des priorités parfois différentes selon les acteurs et a permis de construire un CLS davantage en phase avec les réalités et les besoins du territoire.

Malgré l'implication de plus en plus importante des habitants sur les sujets de santé, en questionnant les élus ou en participant aux enquêtes, les tentatives de participation directe aux groupes de travail du CLS échouent souvent et peuvent être marquées par des conflits avec d'autres professionnels. Les instances citoyennes risquent aussi de s'essouffler avec le temps, car les habitants peinent à comprendre concrètement leurs capacités et leur rôle dans ces instances, ce qui complique les initiatives de participation citoyenne visant à apporter une perspective locale à un CLS parfois perçu comme trop général.



« C'est une instance [comité citoyen] qui a pu s'essouffler avec le temps, parce que leurs capacités concrètes avaient du mal à être comprises par les habitants. »

RESSOURCES

La mise en œuvre du CLS dans une approche de SdTP repose non seulement sur la mobilisation de nombreuses politiques publiques, mais aussi de ressources multiples et complémentaires. Parmi ces ressources, trois apparaissent comme centrales : les ressources financières, les données de santé et le temps.

» Les financements

Les trois collectivités font le même constat d'une **perte progressive de lisibilité et de stabilité des ressources financières des CLS**. Alors que les premiers contrats, dans les années 2010, détaillaient clairement les contributions de chaque partie prenante, les CLS plus récents mentionnent de moins en moins explicitement les financements.



« Je me souviens du premier CLS de la Ville : pour chaque action, on indiquait précisément les contributions de l'État, de l'hôpital, de la Ville, que ce soit en moyens humains ou financiers. Dans le deuxième CLS, ce niveau de détail avait disparu. Dans le troisième, on ne parle même plus du tout d'argent. Je pense que c'est une évolution négative, on ne parle plus du tout de montant financier, alors que les premiers CLS étaient fléchés sur ça, à la virgule près. »

Dans les trois CLS, les principaux financements sont assurés de manière relativement stable par l'ARS et la collectivité, essentiellement pour le poste de coordinateur CLS et la réalisation du DLS. Dans la majorité des cas, les actions inscrites dans le CLS ne disposent **pas de financements fléchés** au moment de leur intégration, ce qui oblige les coordinateurs à rechercher des financements a posteriori via des appels à projets ou des subventions auprès des partenaires signataires ou d'acteurs externes. Actuellement, une part importante des actions est **financée par la collectivité, en particulier par le service santé**, mais un nombre croissant d'actions fait l'objet de **co-financements entre services**, traduisant un effort progressif vers une plus grande transversalité et la mutualisation des ressources. S'il est encore difficile de faire reconnaître la santé comme un critère d'accès aux financements d'autres secteurs, il est de plus en plus fréquent que le CLS intègre des actions déjà financées par d'autres services.

THIONVILLE FENSCH : croiser les financements pour répondre aux besoins du territoire

À Thionville Fensch, le poste de coordination du CLS et une partie des actions sont financés par l'ARS à travers une enveloppe que l'Agence réserve à chaque CLS. Selon les projets, d'autres financements peuvent ensuite être mobilisés afin de construire des actions communes avec les politiques sectorielles. Par exemple, lorsqu'une action de promotion de la santé concerne un quartier prioritaire de la politique de la ville, elle peut être co-financée par les crédits de l'ARS et ceux de la politique de la ville.

Cette logique permet de partir des besoins identifiés sur le terrain plutôt que des seuls périmètres thématiques de chaque financement. Elle aide les équipes de la politique de la ville à apporter des réponses aux problématiques de santé exprimées par les habitants des quartiers prioritaires, tout en permettant au CLS de s'appuyer sur les réseaux et les acteurs déjà implantés dans ces quartiers pour atteindre des publics qu'il aurait plus difficilement mobilisés seul.

Finalement, la réduction des moyens financiers du CLS semble avoir produit un effet inattendu, même si limité : elle a incité le CLS à sortir de son périmètre traditionnel en adoptant progressivement une démarche transversale avec les autres services et partenaires, afin de co-construire et co-financer des actions communes. Ce travail de convergence permet de favoriser les actions partenariales et innovantes, de valoriser les initiatives d'autres services et de mutualiser les ressources et les coûts, même si elle ne compense pas entièrement les contraintes liées aux moyens limités.



« Par exemple, quand on sait qu'on devra planter des arbres pour rafraîchir la ville, on se donne un objectif de plusieurs milliers d'arbres, le plus possible, parfois même sans les chiffrer. On sait que ça va coûter de l'argent, on prévoit le budget et on sait qu'il sera dépensé. Cela alimente la fiche action du CLS, mais ce n'est pas pour le CLS qu'on le fait. C'est pour répondre à la ligne politique de végétalisation de la ville. Le fait que ce soit repris dans le CLS comme action favorable à la santé est un effet de convergence. »

Plus ponctuellement, certaines initiatives sont **financées et portées par des partenaires externes**. Les collectivités disposant de ressources limitées pour soutenir financièrement des actions externes, elles apportent plutôt un appui méthodologique, d'ingénierie ou de coordination.

POITIERS : renforcer l'autonomie des partenaires locaux

À Poitiers, le CLS s'appuie sur un réseau de plus de 300 partenaires issus de secteurs variés (social, logement, sport, sanitaire, médico-social, associatif, etc.) pour favoriser le développement d'actions de santé sur le territoire. Le pôle santé encourage les partenaires à porter eux-mêmes des projets et à mobiliser des financements, en les accompagnant lorsque cela est nécessaire. Si au début la coopération se met en œuvre par la co-construction et le co-portage des actions, cela permet de développer une culture commune, renforcer les compétences des acteurs et créer des liens entre partenaires. À terme, l'objectif est que ces derniers se sentent pleinement légitimes et disposent des capacités nécessaires pour concevoir, financer et mettre en œuvre leurs projets de manière autonome, tout en restant intégrés à la dynamique du CLS.

Sans financement constant, les collectivités s'orientent vers la mise en œuvre d'actions peu coûteuses et à faible investissement de temps, souvent des actions existantes qu'elles tentent de pérenniser. La recherche de co-financements auprès de différents partenaires s'avère être un levier pour favoriser l'émergence d'initiatives expérimentales et innovantes, mais la démarche est chronophage et complexe, ce qui peut créer une tension entre la nécessité de pérenniser les actions existantes et le souhait d'innovation et d'expérimentation de nouvelles approches.



« Le seul risque du CLS c'est de continuer à financer des actions chaque année, de manière renouvelée, et de glisser vers un financement de fonctionnement, en perdant un peu le côté « innovation » qu'on doit chercher. »

» Les données de santé

Les données de santé à une échelle fine, notamment infra-communale (quartier), constituent une autre ressource essentielle mais insuffisamment disponible ou accessible. Indispensables à l'élaboration du DLS, à l'identification des principaux enjeux sanitaires et des ISTS, elles se heurtent à deux constats majeurs. D'une part, l'absence de données infra-communales et les contraintes liées à l'anonymisation des données à une échelle si fine limitent fortement la capacité des collectivités à objectiver les ISTS, à prioriser les actions et à évaluer les projets à l'échelle locale. D'autre part, lorsque ces données existent, elles sont souvent disséminées entre de multiples partenaires, ce qui en complique l'identification, l'accès et l'exploitation par les collectivités (Réseau français Villes-Santé 2023). En conséquence, les collectivités peuvent rencontrer des difficultés dans l'élaboration d'un DLS qui soit suffisamment fin pour rendre compte des réalités territoriales et pour orienter de manière pertinente l'élaboration et la mise en œuvre du CLS. Cet enjeu est davantage important puisque les financeurs publics privilégient de plus en plus des projets dits « probants », fondés sur des indicateurs robustes. Le décalage entre ces exigences et les ressources effectives des collectivités a d'importantes conséquences : les contraintes d'accès aux données de santé fines freinent le montage de projets et leur financement, ce qui réduit concrètement la capacité d'action des collectivités sur le terrain.

Les initiatives co-portées entre services de la collectivité peuvent bénéficier non seulement d'une mutualisation des financements, mais aussi du partage de données, y compris de santé, entre services, contribuant ainsi à l'identification des enjeux et à la définition d'indicateurs de suivi communs.



« J'ai fait un fichier Excel où je recense tous ces indicateurs-là, qui sont communs aux différents programmes d'action. Et je les joins comme ça : moi je les suis, et on peut se donner du coup les données. Par exemple, je dis : « Ben cet indicateur-là, c'est [le coordinateur] qui pourra me le donner, parce que c'est plus santé. » Un autre pourra lui servir pour le CLS, ben moi je l'ai... »

» Le temps

Le cadre contractuel du CLS fournit des orientations générales et une légitimité à l'action, mais la définition concrète de sa gouvernance, de ses priorités et de ses actions constitue un processus à la fois essentiel et chronophage, en particulier lorsqu'il repose sur une approche transversale et participative. Dans ce contexte, **le temps, y compris le temps de coordination**, apparaît ainsi comme une ressource déterminante. Le coordinateur de CLS joue un rôle clé dans l'animation du réseau, dans la coordination des partenaires et dans l'intégration de la santé dans les politiques publiques locales. Par ses missions transversales, **le poste de coordinateur de CLS constitue une véritable ressource pour mettre en œuvre la Santé dans Toutes les Politiques**. Malgré cela, le financement du poste n'est pas toujours pérenne, sauf lorsque la fonction est occupée par un agent titulaire de la fonction publique. Il n'est par ailleurs pas systématiquement à temps plein et peut être cumulé avec la coordination d'autres dispositifs ou plans, ce qui peut en limiter la disponibilité et la capacité d'animation.

Le temps est également une variable importante dans le cadre de l'évaluation du CLS. Bien que celle-ci doive être anticipée dès les phases initiales de développement du CLS, elle est souvent mise de côté par manque de temps et de ressources, pour finalement s'imposer en fin de démarche, avec une identification tardive d'indicateurs à adapter à des actions déjà en cours.

GOUVERNANCE

» Les structures et processus de gouvernance

Afin d'assurer le fonctionnement du CLS du point de vue politique, technique et opérationnel, les CLS sont traditionnellement structurés autour de trois niveaux de gouvernance : Comité de Pilotage (COPIL), Comité Technique (COTECH) et groupes de travail (GT) et COPIL Projet.

» Le Comité de Pilotage (COPIL)

Le Comité de Pilotage (COPIL) constitue une instance centrale dans la conception et le pilotage du CLS. Il traduit la vision politique de ses membres et définit les axes prioritaires et les actions du contrat. Il se réunit au moins une fois par an pour faire le bilan, suivre les avancées et ajuster les orientations. En tant qu'instance décisionnelle au plus haut niveau de gouvernance, sa composition est volontairement restreinte : elle réunit à minima les signataires et les représentants élus de la collectivité, peut être ponctuellement élargie aux directions générales ou à d'autres élus. Des membres peuvent être invités à titre consultatif, notamment des pilotes d'axes ou des acteurs d'autres dispositifs de santé du territoire, sans disposer de pouvoir décisionnel. Les habitants n'y sont pas représentés.



« Oui. Aujourd'hui, je trouve qu'on est très bien associés par le pôle santé. Dans la mise en œuvre du CLS, c'est très appréciable : on s'appelle assez facilement pour échanger sur les échéances à venir, les COPIL, pour savoir de quoi on parlera dans les prochaines instances. Je me sens associée à ces réflexions. Souvent, les collègues proposent de faire les présentations à deux voix : elles sur le volet santé, et nous pour montrer la pertinence pour notre public et comment nous avons mis en œuvre dans nos écoles. Je trouve que ça fonctionne bien. Ce serait dommage que ça s'arrête, parce que ces temps sont extrêmement utiles et cadrants. Ils valorisent les institutions représentées et impactent la mise en œuvre des actions sur le terrain. Si ça s'étiolait au niveau stratégique, ça se répercuterait vite sur le terrain. »

POITIERS : un COPIL à la fois stratégique et opérationnel

À Poitiers, le Comité de Pilotage assure à la fois les fonctions stratégiques et opérationnelles du CLS, sans comité technique intermédiaire. Composé des partenaires signataires, il réunit des acteurs impliqués à la fois dans la prise de décision et dans la mise en œuvre des actions. Les remontées des groupes de travail y sont discutées directement, permettant de partager les besoins du terrain, d'identifier des problématiques émergentes et de construire des réponses communes.

Cette organisation favorise un lien direct entre les niveaux stratégique et opérationnel et fait du COPIL, un véritable espace de coordination, d'interconnaissance et de mise en réseau.

La diversité des institutions qui composent le COPIL constitue à la fois un atout et une limite : elle favorise la connaissance mutuelle et la création de liens entre partenaires dans un cadre officiel, mais peut aussi réduire l'efficacité opérationnelle et rendre le rôle de chacun difficile à comprendre. Un COPIL trop large devient plus lourd à organiser et moins lisible pour ses membres, ce qui explique que certaines collectivités choisissent de restreindre la participation à un petit groupe. En ce sens, la composition du COPIL dans le cas des CLS portés par les EPCI soulève la problématique de concilier la nécessaire représentativité des communes, dans un souci de démocratie en santé, avec le maintien d'un format resserré indispensable à l'efficacité décisionnelle et opérationnelle.

» Le Comité Technique (COTECH)

Le Comité Technique (COTECH) constitue une instance technique plus souple et informelle que le Comité de Pilotage. Lorsqu'il est mis en place, son rôle principal est de préparer les réunions du COPIL, en assurant le suivi des actions en cours et en synthétisant les remontées du terrain issues des groupes de travail et autres instances opérationnelles. Il se situe ainsi entre le niveau opérationnel et le niveau décisionnel du CLS. Sa composition varie selon les territoires : il peut réunir uniquement des agents de la collectivité ou intégrer également des techniciens des partenaires signataires.

Dans certaines collectivités, le COTECH est **un espace de travail privilégié entre techniciens**, favorisant **des échanges ouverts et fondés sur la confiance**. Pour préserver ce caractère informel, les partenaires externes peuvent en être exclus, tout en étant associés à la mise en œuvre des actions via d'autres instances opérationnelles.

VILLEURBANNE :

le Comité Technique, véritable instance de pilotage opérationnel du CLS

À Villeurbanne, le Comité Technique (COTECH), composé exclusivement d'agents municipaux, est la véritable instance de pilotage opérationnel du CLS. Réuni avant chaque Comité de Pilotage, c'est à ce moment-là que sont réalisés les bilans d'avancement des actions, analysées les remontées des collègues thématiques, discutés en toute transparence les difficultés rencontrées ou les sujets sensibles avant qu'ils ne soient présentés aux partenaires signataires. Les relations de confiance développées entre les agents, qui collaborent régulièrement aussi sur d'autres projets municipaux, favorisent des échanges ouverts et la recherche de solutions communes. Le Comité de Pilotage s'appuie ainsi sur un travail collectif déjà consolidé, faisant du COTECH le véritable moteur de la dynamique du CLS.



« Exactement, il sert comme une prépa, un test. C'est un espace où l'on parle à bâtons rompus, entre techniciens municipaux. [...] C'est l'instance dans laquelle on se dit vraiment les choses parce qu'on est en confiance, on est vraiment entre techniciens internes à la Ville. »

À l'inverse, dans d'autres contextes, le COTECH est perçu comme **trop lourd ou peu pertinent**. La gouvernance repose alors sur **une organisation plus directe** : des pilotes d'axes, aux côtés du coordinateur, assurent le suivi et la mise en œuvre des actions et rendent compte directement au Comité de Pilotage. Dans ces configurations, l'instance intermédiaire du COTECH est supprimée, car les parties prenantes s'approprient peu ces multiples niveaux de gouvernance.

» Les groupes de travail et le COPIL projet

Le troisième niveau de gouvernance du CLS est le plus informel et opérationnel. Il varie selon l'organisation interne de la collectivité, les enjeux locaux et la structure du partenariat. Deux grandes modalités de fonctionnement existent.

La première repose sur **des groupes de travail ou collèges thématiques**. Ceux-ci rassemblent, autour d'un thème précis, des acteurs très divers (institutions, associations, professionnels, chercheurs, habitants, etc.). Ils favorisent la mixité des points de vue, l'interconnaissance et la participation active, tout en permettant de faire le bilan et le suivi des actions par thématique et d'être toujours en contact avec les actualités du terrain.

La seconde modalité correspond **aux Comités de Pilotage de projet**, organisés pour chaque action spécifique du CLS. Ils réunissent uniquement les acteurs directement impliqués dans sa mise en œuvre, ce qui permet un fonctionnement plus ciblé et opérationnel.

Selon les territoires, l'une ou l'autre de ces formes est privilégiée. Lorsque les groupes thématiques sont jugés trop larges ou peu adaptés, la gouvernance s'appuie davantage sur des petits groupes dédiés à chaque action, afin de maintenir l'implication des partenaires réellement concernés.

VILLEURBANNE :

les collèges thématiques pour renforcer la participation et faire évoluer le CLS

À Villeurbanne, les collèges thématiques constituent une expérimentation visant à renforcer la participation autour du CLS et à en faire une démarche évolutive. Expérimentés pour la première fois fin d'année 2024, ils ont réuni environ 120 participants répartis sur trois rencontres thématiques consacrées à l'environnement favorable à la santé, l'accès aux soins et la prévention. Ouverts aux habitants, professionnels, associations, chercheurs, étudiants, partenaires institutionnels et agents municipaux, ces temps ont permis de partager un bilan des actions menées, de favoriser l'interconnaissance entre acteurs du territoire et de recueillir des contributions à travers des formats participatifs de type « World Café ». Cette démarche répond à un double objectif : donner une traduction concrète à la démocratie en santé et permettre au CLS de rester une démarche adaptable aux évolutions du territoire. Les orientations remontées lors de ces échanges ont largement confirmé les axes déjà identifiés dans le CLS, renforçant ainsi la pertinence des choix opérés tout en créant un espace régulier de dialogue avec les acteurs du territoire.



« Sur ce CLS, il n'y a pas eu beaucoup de groupes de travail. Parce que les groupes, c'est bien et pas bien, parce que ça permet de réunir tout le monde mais ce qui est compliqué c'est que tout le monde n'est pas concerné par toutes les actions, donc on a souvent une perte de participants. »

La gouvernance du CLS repose classiquement sur trois niveaux mais cette architecture reste souple et s'adapte aux contextes locaux. Elle évolue en fonction des organisations locales, de l'expérience acquise avec les CLS précédents et des besoins spécifiques du territoire. Lorsque le COPIL est large ou directement en lien avec les porteurs d'actions, un niveau intermédiaire comme le COTECH peut devenir superflu. À l'inverse, lorsque le COPIL doit rester resserré ou que la collectivité cherche à renforcer sa transversalité interne, le COTECH devient un maillon essentiel pour préparer les décisions et structurer les échanges.

» Le coordinateur

Au-delà des multiples niveaux de gouvernance du CLS, le coordinateur est la pierre angulaire de toute la démarche. Il assure l'écriture, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du contrat, tout en organisant les instances de gouvernance du CLS et en animant les relations avec les services de la collectivité et avec les partenaires externes en jouant un rôle de « **tête du réseau de santé territoriale** ». Son travail transversal d'identification des enjeux et des ressources, d'intégration des acteurs de terrain dans le réseau, de création de liens de confiance, lui permet de créer des synergies entre secteurs et de dépasser la simple logique de gestion contractuelle du CLS pour aller vers une démarche de SdTP.

THIONVILLE FENSCH : une coordination ancrée dans les réseaux locaux

À Thionville Fensch, la coordinatrice du CLS participe régulièrement aux réunions des principaux réseaux locaux réunissant les acteurs sociaux, médico-sociaux et associatifs du territoire. En s'intégrant à ces espaces d'échange, qui se réunissent plusieurs fois par an, elle reste au plus près des réalités de terrain, des besoins émergents et des projets portés par les partenaires.

Cette présence facilite le partage d'informations, l'identification de problématiques communes et la mise en relation des acteurs. Elle permet également de créer des passerelles entre les différents dispositifs du territoire, de faire émerger des actions partenariales et de renforcer la coordination locale autour des enjeux de santé.



« Le coordinateur ou la coordinatrice CLS n'a pas directement un rôle de Santé dans Toutes les Politiques dans la collectivité, mais à travers le CLS cela permet tout de même de créer et maintenir une dynamique santé plus globale à l'échelle de la collectivité. »

Toutefois, cette dynamique intersectorielle repose sur un équilibre fragile : elle est freinée lorsque le coordinateur est accaparé par le portage opérationnel des actions ou par une gouvernance trop procédurale. Au contraire, elle est renforcée lorsque la fonction de mise en réseau du coordinateur est reconnue et pleinement affirmée, que les rôles et les objectifs sont clarifiés, que la participation d'autres agents et services est valorisée et que les instances du CLS favorisent et maintiennent des relations durables entre partenaires.

POITIERS : une coordination partagée pour renforcer le pilotage du CLS

À Poitiers, le passage du CLS2 au CLS3 a marqué une évolution vers une gouvernance plus transversale. Afin de mieux répartir les responsabilités et de permettre à la coordinatrice de consacrer davantage de temps à l'animation du dispositif, à la coordination des instances et au développement des partenariats, le pilotage de plusieurs axes du CLS a été confié à différents professionnels du pôle santé publique. Ainsi, sur l'axe 2 « promotion de la santé dans les politiques sociales et éducative », la coordinatrice est supportée dans le pilotage par la coordinatrice de l'Atelier Santé-Ville (ASV) ; alors que l'axe 4 « santé environnement » est piloté en direct par une chargée de mission santé environnement.

Cette organisation favorise une répartition des responsabilités tout en maintenant une forte cohérence grâce à la proximité des équipes au sein d'un même service. Les pilotes d'axes participent au Comité de Pilotage du CLS et contribuent collectivement à faire vivre le dispositif, tandis que la coordinatrice conserve le pilotage de certains axes et actions, et assure l'articulation d'ensemble, la mise en réseau des acteurs et la coordination stratégique du CLS.

» L'intégration de l'équité en santé

L'équité en santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) constituent l'ADN des Contrats Locaux de Santé. Toutes les collectivités reconnaissent cet enjeu comme prioritaire, mais les modalités de son intégration dans la gouvernance et mise en œuvre du CLS varient largement. Tout d'abord, il est difficile d'intégrer les ISTS et leurs impacts sur la santé des habitants dans le Diagnostic Local de Santé préalable, ce qui permettrait de mieux cibler les actions ayant le plus de chances de réduire les ISTS. Par ailleurs, il est aussi difficile pour les collectivités d'évaluer l'impact des actions du CLS sur les ISTS après leur mise en œuvre. La première cause est le manque de cadre méthodologique clair pour guider le travail et de modalités précises pour intégrer systématiquement ces enjeux dans le choix des axes et des actions du CLS. Ensuite, le manque de données et d'indicateurs adaptés pour objectiver et suivre les inégalités à une échelle fine représente un écueil pour les porteurs d'actions du CLS.



« C'est un écueil assez pénible : c'est le manque de données. Parce que réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, si on n'a pas un ou deux indicateurs qui permettent d'évaluer l'évolution de ces inégalités-là.... »

Aujourd'hui, la prise en compte des ISTS dans les CLS est très hétérogène : dans certains cas, les porteurs de projets intègrent dans leurs actions certains éléments de façon ponctuelle, à partir de cadres ou d'outils fournis par le coordinateur. Dans d'autres, le coordinateur a la charge du sujet sur la totalité des actions du CLS et veille à ce qu'elles contribuent à la réduction des inégalités et pas l'inverse. Très souvent, le CLS inclut une ou plusieurs actions ciblant des territoires prioritaires (QPV) ou des populations en situation de vulnérabilité, menées en lien avec la politique de la ville ou l'Atelier Santé-Ville lorsqu'il existe sur le territoire.

Un frein majeur tient à la faible appropriation de la notion d'inégalités sociales et territoriales de santé par les porteurs d'actions. Malgré les efforts des coordinateurs, la prise en compte des ISTS demeure souvent marginale dans la conception et la mise en œuvre des actions, ce qui limite la portée effective de l'objectif d'équité au cœur des CLS.

VILLEURBANNE :

un outil pour intégrer les inégalités sociales de santé dans chaque action

La réduction des inégalités sociales de santé constitue le fil conducteur de la politique municipale de santé. Lors de l'élaboration de chaque fiche action du CLS, les porteurs de projet complètent une grille d'analyse développée en interne par le service santé, afin d'estimer les impacts supposés de leur action sur les inégalités sociales de santé. Cet outil les invite à s'interroger sur les déterminants de santé concernés (comportements, milieux de vie ou systèmes), la participation des habitants, la prise en compte des publics en situation de vulnérabilité et la coopération entre secteurs. Chaque critère est renseigné et fait l'objet d'un score, permettant d'apprécier le potentiel de l'action à réduire les inégalités sociales de santé. Alors que cette démarche ne constitue pas une évaluation d'impact de chaque action sur les inégalités, elle encourage les porteurs de projet à intégrer systématiquement une réflexion sur l'équité dès la conception des actions. Ces indicateurs et les actions font néanmoins l'objet d'un suivi de leur évolution tout au long de la durée du CLS.

» Les interactions entre le CLS et d'autres plans ou dispositifs

Les CLS s'articulent fréquemment avec d'autres dispositifs territoriaux portés par la collectivité, ce qui suppose une connaissance approfondie des plans et politiques menés par les autres directions afin d'identifier les convergences possibles avec les enjeux de santé. Le décloisonnement entre le CLS et les autres politiques publiques s'opère idéalement dans une logique réciproque : le CLS intègre les priorités des autres services, tandis que le coordinateur CLS contribue à l'élaboration d'autres plans en y apportant l'expertise santé. L'inscription d'une même action dans plusieurs plans semblerait renforcer à la fois son poids politique et son efficacité opérationnelle.

L'identification d'objectifs et d'actions communs peut être facilitée si les coordinateurs des différents dispositifs ont l'habitude de travailler ensemble, si ces dispositifs partagent des logiques similaires de programmation ou s'ils ont en commun les mêmes partenaires et réseaux d'acteurs, ce qui leur donne une meilleure connaissance des travaux de chacun.



« Peut-être parce qu'il n'y a pas eu trop de turnover dans nos équipes respectives, donc on se connaît bien et c'est fluide. Peut-être aussi qu'on a un fonctionnement similaire : le projet [...] est très transversal, donc on est obligés tous les jours d'être en coordination et en transversalité avec nos collègues de la collectivité, pas seulement avec ceux de notre direction. »

Néanmoins, le décalage dans le calendrier d'élaboration des différents plans constitue un frein important, dans la mesure où il empêche d'identifier et de construire des actions communes en amont, avant la finalisation des documents de planification. En ce sens, les CLS plus souples, qui permettent d'intégrer des fiches-actions après la signature, favorisent l'inscription d'actions issues d'autres politiques en cours d'élaboration sans risque de manquer la fenêtre d'opportunité.

THIONVILLE FENSCH :

articuler le CLS avec les autres politiques territoriales, l'exemple du PCAET

À Thionville Fensch, le Contrat Local de Santé a fait preuve d'une grande souplesse pour s'articuler avec d'autres politiques territoriales, notamment le Plan Climat-Air-Énergie Territorial (PCAET). Bien que les calendriers d'élaboration des deux démarches n'aient pas coïncidé, la coordination du CLS a rejoint les instances du PCAET afin d'identifier les enjeux communs et les possibilités de collaboration.

Cette collaboration a débouché sur des évolutions concrètes des deux démarches : un volet santé a été intégré au PCAET, tandis que plusieurs actions de santé environnement ont été ajoutées au CLS après sa signature sous forme de nouvelles fiches-actions. Cet exemple montre qu'un CLS peut rester un document évolutif, capable de s'enrichir au fil du temps pour saisir les opportunités de collaboration avec d'autres politiques publiques.

Cette dynamique suppose toutefois une vigilance permanente : la logique de « Santé dans Toutes les Politiques » ne doit pas conduire à diluer la spécificité du CLS ni celle des autres plans. Si la santé peut irriguer de nombreuses politiques, chacune doit conserver sa cohérence et sa lisibilité, au risque sinon que « tout soit dans tout » et que les programmes perdent leur sens.



« Ensuite, il faut comprendre que le CLS ne repose pas uniquement sur un accord. Plusieurs personnes l'incarnent, ce qui permet justement de faire vivre cette articulation tout en veillant à ne pas tout diluer. Parce que si on met la santé partout, on risque de perdre en lisibilité. Quelle est la pertinence d'avoir deux programmes qui disent à peu près la même chose ? C'est la vigilance à avoir quand on fait de la santé dans toutes les politiques publiques. À un moment, il faut rester spécifiques sinon on se retrouve à dire que tout est dans tout et donc à ne plus donner de spécificité aux politiques publiques. C'est un équilibre à trouver. »

SUIVI ET ÉVALUATION

» Les processus et méthodes de suivi et d'évaluation

La question de l'évaluation du CLS est à la fois centrale et complexe. Le plus souvent confiée aux coordinateurs, elle se concentre généralement autour de deux axes : **l'évaluation des impacts des actions du CLS sur la santé et l'évaluation de la dynamique partenariale.**

L'évaluation des impacts vise, à l'aide d'outils spécifiques, à déterminer si la politique et les actions mises en œuvre sont pertinentes et si elles produisent des effets réels et mesurables sur la santé des populations. Toutefois, en raison de sa technicité, du manque de temps, de moyens dédiés et de méthodologies clairement définies, l'évaluation des impacts sanitaires du CLS demeure un défi majeur pour les coordinateurs et limite aujourd'hui la mise en œuvre d'une évaluation approfondie des impacts du CLS. Celle-ci prend alors plus souvent la forme d'un bilan, visant à vérifier le respect des engagements pris et la réalisation des actions prévues.

Or, les collectivités interviewées souhaitent aller au-delà du bilan afin de mesurer les effets réels du CLS, mais cela se heurte à plusieurs difficultés. La plus évidente est le décalage temporel. En effet, le CLS peut être considéré avant tout comme une politique de promotion de la santé et de prévention avec de nombreuses actions qui se mettent en œuvre à la fois sur du court et long terme. Si le processus de mise en place d'actions peut être évalué à court terme, l'évaluation des effets sur les comportements, les conditions de vie et, à terme, sur l'état de santé des populations s'inscrivent dans la durée, alors que la temporalité du CLS est généralement limitée à cinq ans. Il peut ainsi être difficile d'observer, dans le temps du contrat, les effets des actions qu'il a contribué à initier ou à structurer.

Une deuxième limite tient à la difficulté d'isoler et de mesurer séparément les impacts de chacune des actions du CLS. Celles-ci sont par définition des actions multifactorielles et sont souvent mises en œuvre à différentes échelles (nationale, régionale, locale) ou en articulation avec d'autres politiques et dispositifs, y compris en dehors du périmètre du CLS. Il est donc difficile, peu réaliste et peu pertinent d'attribuer à une seule action ou au seul CLS la responsabilité des évolutions observées sur la santé des populations.



« Oui, c'est compliqué avec un CLS. Déjà, quand on agit sur la prévention et la promotion de la santé, on est sur du long terme. Donc, évaluer l'impact en trois ans, c'est compliqué. Et surtout, on ne peut pas considérer que notre seule action a eu un impact. C'est de la prévention. Pour pouvoir le mesurer, il faudrait mener des études, avec des groupes témoins, etc. On n'a pas les ressources humaines ni financières pour ça. Et surtout, on ne peut pas dire que c'est uniquement notre action qui a eu un impact. Elle y contribue, mais il y a plein d'autres mesures et dispositifs qui interviennent aussi. »

Pour pallier ces limites, certains CLS expérimentent un changement de perspective : plutôt que d'évaluer uniquement les impacts des actions inscrites au contrat, ils élargissent l'évaluation à l'ensemble **des dynamiques territoriales et partenariales de santé**, qu'elles soient ou non formellement rattachées au CLS. Pour ce faire, cette approche nécessite de prendre en compte de façon large les déterminants de la santé et d'identifier les politiques, programmes et actions portés par le service santé, les autres services de la collectivité ou les partenaires du territoire qui ont un impact sur ces déterminants, afin d'obtenir une vision globale de leur contribution à la santé des populations. Cette approche permet également d'apprécier la capacité du CLS à favoriser l'intégration de la santé dans d'autres politiques publiques, à créer des synergies entre acteurs, des collaborations entre politiques et à structurer durablement la dynamique territoriale de santé. Dans cette perspective, la mutualisation d'indicateurs avec d'autres politiques publiques peut également faciliter le suivi de déterminants communs et renforcer les passerelles entre secteurs.

THIONVILLE FENSCH : évaluer le CLS comme dynamique territoriale de santé

À Thionville Fensch, l'évaluation du CLS ne se limite pas au suivi des actions inscrites dans le contrat (atteinte des objectifs, réalisation des activités, résultats obtenus). Elle vise également à apprécier sa contribution à la dynamique territoriale de santé, en recensant les actions portées par les différents services et partenaires du territoire qui agissent sur les déterminants de la santé, et en valorisant leur contribution à la santé des habitants, y compris lorsqu'elles ne sont pas directement rattachées au CLS.

Cette approche peut être facilitée par la mutualisation des indicateurs avec d'autres politiques publiques. Par exemple, les coordinatrices du CLS et du PCAET ont identifié des indicateurs communs et se sont réparties la collecte des données en fonction de leurs compétences. Les données produites dans le cadre du CLS, comme le nombre d'actions de sensibilisation à la qualité de l'air, peuvent ainsi alimenter le suivi du PCAET, et inversement. Cette mutualisation facilite l'évaluation tout en renforçant les passerelles entre santé et environnement.

Ce changement de perspective s'inscrit pleinement dans une approche de SdTP, mais nécessite des outils, des méthodes et des indicateurs pertinents, que les coordinateurs de CLS considèrent être encore insuffisants. Par conséquent, l'approche « Santé dans Toutes les Politiques » n'est ainsi pas explicitement intégrée aux démarches d'évaluation comme un cadre d'évaluation à part entière, mais est davantage mobilisée comme un principe structurant du fonctionnement du CLS.

Des tentatives d'identification d'indicateurs d'évaluation SdTP ont été réalisés, notamment du point de vue de la dynamique interne à la collectivité. Ceux-ci peuvent par exemple concerner l'identification des directions et des services intégrant spontanément la dimension santé dans leurs politiques, ou alors lorsqu'elles sollicitent le service santé afin d'être accompagnées dans cette démarche.

POITIERS :

évaluer le CLS à travers le prisme de la gouvernance plutôt que des actions

À Poitiers, l'évaluation du Contrat Local de Santé ne consiste pas à mesurer les résultats de chacune des actions menées sur le territoire, mais à apprécier la valeur ajoutée du CLS comme outil de gouvernance et de coordination. Le CLS étant le cadre stratégique de la politique locale de santé, dont de nombreuses actions sont portées par des partenaires extérieurs, l'enjeu est avant tout d'évaluer la qualité des partenariats, l'animation du réseau d'acteurs et la capacité du dispositif à faire émerger des réponses coordonnées aux besoins du territoire.

Cette approche répond également à une réalité : les enjeux de santé et les dynamiques partenariales s'inscrivent sur le long terme, qui dépasse la durée d'un Contrat Local de Santé. L'évaluation vise ainsi moins à dresser le bilan d'un programme d'actions qu'à apprécier si le CLS a permis d'installer une gouvernance durable, capable de structurer les collaborations et d'adapter collectivement les priorités aux évolutions du territoire.

Bien que de manière hétérogène sur le territoire national, certains acteurs, tels que les ARS ou les PromoSanté, cherchent à **outiller** les collectivités dans l'évaluation de leur CLS. Cette démarche passe notamment par **des formations à l'évaluation** destinées aux porteurs de projets, ainsi que par **le développement d'outils** mobilisables par les coordinateurs de CLS, soit de manière autonome, soit via leur intégration dans les fiches-actions, avec des indicateurs prédéfinis et un accompagnement des porteurs de projets pour le recueil des données.

Dans un contexte financier de plus en plus contraint, marqué par une diminution des ressources allouées au CLS, de nombreux partenaires s'interrogent sur l'utilité, pour une collectivité, de disposer d'un CLS. Alors qu'un nombre croissant d'actions sont entièrement portées et financées par des partenaires externes, une évaluation défavorable de leur mise en œuvre et de leurs impacts risquerait de mettre le coordinateur du CLS dans une position délicate et de fragiliser les relations entre la collectivité et ces partenaires.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette étude montrent que le CLS ne constitue pas en lui-même une démarche de Santé dans Toutes les Politiques (SdTP), mais qu'il peut devenir un levier structurant pour son déploiement lorsqu'il est utilisé comme un cadre de gouvernance, de coordination intersectorielle et de mobilisation collective. Sa contribution à la SdTP dépend toutefois des conditions dans lesquelles il est conçu et animé : le CLS n'est pas un dispositif « clef en main », mais un cadre adaptable dont l'efficacité repose sur plusieurs facteurs organisationnels, politiques et institutionnels. Sur cette base, six recommandations émergent de l'étude, adressées aux collectivités territoriales ainsi qu'aux acteurs régionaux et nationaux impliqués dans l'accompagnement, le financement et la structuration des CLS.

RECOMMANDATION 1 :

Inscrire la santé et la Santé dans Toutes les Politiques dans les orientations politiques de la collectivité au plus haut niveau pour lui donner une légitimité politique.

Destinataires : élus locaux, directions générales.

Les résultats montrent que la mise en œuvre d'un CLS dans une approche de Santé dans Toutes les Politiques repose avant tout sur un engagement politique clair. En l'absence d'une compétence obligatoire en matière de santé pour les collectivités, et compte tenu du caractère non opposable du CLS, le portage politique et l'inscription de la santé parmi les priorités du mandat apparaissent ainsi comme une condition essentielle pour donner à la démarche la légitimité nécessaire pour inscrire la santé dans toutes les politiques de la collectivité.

Cette inscription ne consiste pas seulement à soutenir le CLS comme un dispositif parmi d'autres, mais à reconnaître que toutes les politiques (urbanisme, mobilité, enfance, éducation, habitat etc.) contribuent à produire de la santé et à identifier cette dernière comme une responsabilité collective claire, plutôt qu'un sujet porté uniquement par le service en charge. La crise de la Covid-19 a constitué, à cet égard, une période déterminante : bien qu'elle ait contraint les services de santé à suspendre temporairement certaines actions pour se concentrer sur la gestion de la pandémie, elle a aussi contribué à une reconnaissance accrue du rôle des services santé par les autres directions et mis en lumière le caractère transversal de la santé.

L'inscription de la santé parmi les priorités de la collectivité contribuerait ainsi à conforter sa légitimité à placer la santé au cœur de son action publique et à favoriser l'implication des autres directions, et la prise en compte des enjeux de santé dans leurs politiques et plans d'action. De ce fait, le CLS pourrait être renforcé dans son rôle d'outil principal de territorialisation des politiques de santé.



RECOMMANDATION 2 :

Construire une culture commune de la santé pour qu'elle devienne une responsabilité partagée par la création d'espaces d'échange.

Destinataires : directions générales, services municipaux.



Pour que la santé et le CLS soient réellement pris en compte par toutes les politiques, le soutien politique est fondamental. Toutefois, cela nécessite aussi un travail technique pour construire une culture commune de la santé. Puisque les principaux déterminants de la santé relèvent majoritairement des compétences d'autres directions, l'élaboration et la mise en œuvre d'un CLS dans une approche de SdTP nécessite l'implication active de l'ensemble des services concernés et une évolution des pratiques de coopération vers une logique réellement intersectorielle. Cela suppose une évolution des modes de fonctionnement, passant d'une logique multisectorielle, dans laquelle les secteurs travaillent ensemble selon leurs propres logiques, à une logique intersectorielle, fondée sur des objectifs et des logiques partagées (HCSP 2025). Une telle dynamique de travail impliquerait donc un travail conjoint dans les deux sens : d'une part, l'intégration des enjeux des autres secteurs dans les politiques menées ; d'autre part, la participation à l'élaboration des politiques portées par les autres directions.

Les résultats montrent que la création d'espaces d'échange et de dialogue interservices paraît essentielle pour développer et consolider une culture commune de la santé entre tous les agents de la collectivité. Ces espaces peuvent prendre différentes formes et être plus ou moins formalisés selon les collectivités : groupes interservices, commissions transversales, comités santé etc. Leur objectif commun est de permettre aux agents de se connaître, d'identifier les enjeux et les objectifs de chacun, de comprendre comment leurs projets et actions peuvent contribuer aux déterminants de santé et d'identifier les opportunités de collaboration.

Le CLS bénéficie grandement de ces espaces lorsqu'ils sont déjà en place, mais il peut aussi lui-même devenir un moyen efficace d'initier et de structurer cette démarche. Le CLS peut en effet offrir un cadre commun qui rend visible les priorités de santé à travers une approche globale des déterminants, valoriser les dimensions santé des actions menées par les autres services et faciliter la coopération, tant en interne qu'avec les partenaires.

Si cette phase de mobilisation représente un investissement important en temps et en ressources, elle constitue un facteur essentiel de pérennisation du CLS. En développant une culture commune de la santé, les services deviennent progressivement responsables de son intégration dans leurs actions, en permettant aux enjeux de santé de se diffuser dans l'ensemble de l'organisation.

RECOMMANDATION 3 :

Reconnaître et renforcer la fonction stratégique du coordinateur CLS comme un acteur clef de la Santé dans Toutes les Politiques.

Destinataires : collectivités, ARS.



D'une génération de CLS à l'autre, les ambitions et la structuration des CLS ont changé, en passant d'une approche plus thématique à une plus intersectorielle. En même temps, le rôle du coordinateur a également évolué. Au-delà du suivi administratif et de la mise en œuvre des actions du contrat, les évolutions des CLS vers une approche de plus en plus transversale les obligent aussi à jouer un rôle de plus en plus stratégique et à animer la dynamique territoriale de santé.

Les résultats montrent qu'ils jouent un rôle d'interface entre les services municipaux, les partenaires institutionnels, les professionnels de terrain, les associations et les habitants. Ils identifient les opportunités de coopération, mettent en relation les acteurs, accompagnent la co-construction des projets, facilitent la recherche de financements et animent les différentes instances de gouvernance du CLS. En cela, ils constituent de véritables têtes de réseau, capables de relier des secteurs, des cultures professionnelles et des niveaux d'action différents, ayant une vision globale de la dynamique de santé de tout le territoire.

Cette fonction stratégique suppose toutefois des conditions d'exercice adaptées : un mandat clairement identifié, une reconnaissance institutionnelle, du temps dédié à la coordination (et pas exclusivement à la mise en œuvre des actions), des moyens pérennes et la légitimité à intervenir auprès de l'ensemble des directions et partenaires. À mesure que les CLS deviennent des démarches de gouvernance territoriale, la coordination doit aussi être reconnue comme une fonction stratégique à part entière. Cela suppose également que le coordinateur puisse s'appuyer sur les compétences et les ressources de partenaires institutionnels et associatifs spécialisés, notamment pour accéder aux données, mobiliser des outils ou bénéficier d'un appui méthodologique et évaluatif. Ainsi, le coordinateur pourrait consacrer davantage de temps à l'animation de la démarche, à la mise en réseau des acteurs et à la coordination des actions, plutôt que de porter seul l'ensemble des tâches techniques et opérationnelles du CLS.

RECOMMANDATION 4 :

Faire du Diagnostic Local de Santé un processus de mobilisation collective.

Destinataires : collectivités, ARS, ORS, producteurs de données.



Le CLS constitue l'une des rares occasions pour une collectivité de réaliser un état des lieux global de la santé sur son territoire, à travers l'élaboration d'un Diagnostic Local de Santé. Les résultats montrent que sa valeur réside autant dans son processus d'élaboration que dans le document produit. Lorsqu'il est réalisé en adoptant une approche large des déterminants de la santé, il permet de rassembler un large éventail de données disponibles (grâce aussi à la contribution des services internes et des partenaires), d'identifier et d'objectiver les principaux enjeux de santé du territoire, de mettre en lumière les co-bénéfices potentiels entre les différentes politiques sectorielles et de valoriser les actions déjà existantes.

La réalisation d'un DLS peut toutefois représenter une charge de travail importante pour les équipes et être ainsi partiellement ou totalement externalisée. Cette démarche, particulièrement chronophage, peut néanmoins constituer une opportunité pour la collectivité et les coordinateurs de mobiliser les différents acteurs (services municipaux, partenaires du territoire et habitants) autour des enjeux de santé, et de construire une vision commune et plus fine des besoins et des ressources du territoire, de valoriser les actions déjà existantes et d'identifier des priorités collectives. Il devient ainsi un véritable outil d'acculturation et de mise en réseau, favorisant l'émergence de projets co-portés et la mutualisation des ressources.

Pour renforcer cette fonction, les collectivités doivent pouvoir s'appuyer sur des données accessibles, comparables et suffisamment territorialisées (à l'échelle du quartier). Aujourd'hui, un accompagnement par les ARS, les ORS et les organismes producteurs de données apparaît également nécessaire afin d'harmoniser les indicateurs, d'améliorer l'accès aux données locales et de soutenir leur utilisation dans les territoires.

La proposition formulée dans le rapport « *Construire un système de prévention primordiale. Investir dans la prévention primordiale autant que dans le soin* » (Isaac-Sibille 2026) visant à créer un tableau de bord national, décliné localement et diffusé par les ARS, va dans ce sens. Fondé sur le croisement de données sanitaires, sociales et environnementales du territoire, un tel outil pourrait faciliter l'accès des collectivités à une information harmonisée et contribuer au pilotage des politiques liées à la santé. La mise à disposition d'un tel socle commun permettrait ainsi de réduire le temps consacré à la collecte et à la mise en forme des données, et de renforcer la capacité des collectivités à consacrer le DLS à sa fonction de mobilisation, d'analyse partagée et de définition de priorités collectives.

RECOMMANDATION 5 :

Outiller les collectivités pour évaluer la contribution des CLS à la SdTP et à la réduction des ISTS.

Destinataires : ARS et institutions nationales.

Les résultats montrent que les modalités actuelles d'évaluation peinent à rendre compte de la valeur ajoutée des CLS. L'évaluation reste largement centrée sur le suivi des actions, tandis que le manque de données, d'indicateurs et de méthodes adaptés limite la capacité à apprécier leur contribution à la dynamique territoriale de santé, à la SdTP et à la réduction des ISTS.

Plutôt que d'évaluer les CLS uniquement au regard de leurs effets sanitaires directs, il serait pertinent d'évaluer également leur contribution à la mise en œuvre d'une démarche de santé à l'échelle du territoire, notamment à travers les partenariats, les coopérations intersectorielles, la participation des habitants et l'intégration de la santé dans les autres politiques publiques, et sa capacité à intégrer les ISTS.

Pour permettre aux collectivités de développer ces évaluations, de nouvelles méthodes et données sont nécessaires. Les ARS et les institutions compétentes à l'échelle régionale et nationale (ORS, Santé publique France, universités, etc.) pourraient notamment mettre à disposition des données, contribuer à l'identification d'indicateurs d'évaluation communs, développer des outils et des lignes directrices permettant aux collectivités de s'approprier ces ressources et de conduire leur propre démarche évaluative.

La mise en commun de ces outils et indicateurs permettrait également aux niveaux régional et national de mieux suivre et valoriser les résultats des CLS, de disposer d'une vision plus consolidée et homogène de leur contribution à la santé et à la réduction des inégalités, et ainsi de renforcer le pilotage de ces démarches. Une coordination nationale (recommandation 6) permettrait de garantir un socle commun d'outils et de ressources pour l'évaluation des CLS, tout en laissant aux collectivités la possibilité d'adapter leur démarche à leur contexte et à leurs priorités.



RECOMMANDATION 6 :

Construire un environnement institutionnel et politique favorable à la pérennisation des CLS.

Destinataires : collectivités, ARS, État.



La pérennité des CLS dépend autant de leur fonctionnement local que de l'environnement dans lequel ils évoluent. Elle repose notamment sur la stabilité du financement, la reconnaissance du rôle des coordinateurs, la continuité du portage politique et l'accès à des réseaux et ressources permettant aux acteurs de maintenir la dynamique dans le temps. Ces conditions sont d'autant plus importantes que les CLS s'inscrivent dans des enjeux de santé et de réduction des inégalités qui dépassent largement la durée d'un contrat.

Aujourd'hui, les modalités d'accompagnement et de financement des CLS diffèrent fortement d'une région à l'autre, ce qui peut créer des disparités dans les ressources et les capacités des collectivités à développer une démarche de SdTP. Si cette diversité permet d'adapter les CLS aux contextes locaux, il apparaît nécessaire de garantir un socle commun de soutien à l'échelle nationale, tout en préservant la souplesse nécessaire à l'adaptation territoriale. L'État pourrait ainsi assurer une fonction de coordination et de mise en réseau, favoriser le partage d'expériences et garantir un accès équitable aux ressources et aux dispositifs d'accompagnement.

Enfin, la pérennisation des CLS passe par le développement d'une culture commune de la santé et de la transversalité. Des formations, réseaux professionnels et espaces d'échange accessibles aux coordinateurs et aux autres agents impliqués permettraient de renforcer les compétences nécessaires au travail intersectoriel et de consolider les dynamiques engagées au-delà du cycle de chaque CLS. À condition que cela soit garanti sur tout le territoire national, et ce, selon les besoins exprimés.

RÉFÉRENCES

[Article L1110-1. 2022. Code de la santé publique](#) Legifrance. (consulté le 2 février 2026)

[Article L1411-1. 2019](#) Legifrance. (consulté le 2 février 2026)

[Article L1434-10. 2024. Code de la santé publique](#) (consulté le 2 février 2026)

Diallo, Dieinaba, Yann Le Bodo, et Éric Breton. 2022. « [Impact du dispositif Contrat Local de Santé sur la capacité d'action dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé environnement dans les Régions Bretagne et Pays de la Loire. Rapport final sur le 1er mandat CLS du Direes](#) ». EHESP ; ARS Bretagne ; ARS Pays de la Loire

Fyfe, Jacquelyn, Mija Coad, et Carmel Williams. 2024. The Four Pillars Model of Health in All Policies. Centre for Health in All Policies Research Translation

HCSP. 2025. Rapport de l'HCSP « [Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie Pistes pour une prévention primordiale des fardeaux de santé](#) ». Paris : Haut Conseil de la Santé Publique

Isaac-Sibille, Cyrille. 2026. « [Construire un système de prévention primordiale. Investir dans la prévention primordiale autant que dans le soin](#) ». Rapport de la mission gouvernementale Prévention Santé

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

OMS. 1978. [Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata \(URSS\)](#), 6-12 septembre 1978. Genève : Organisation mondiale de la santé

OMS. 1986. [Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé](#). Ottawa (Ontario) Canada

OMS. 2014. « [Health in All Policies \(HiAP\) Framework for Country Action](#) »

OMS, 2023. *Working Together for Equity and Healthier Populations: Sustainable Multisectoral Collaboration Based on Health in All Policies Approaches*. 1st ed. Geneva

Réseau français Villes-Santé. 2023. « [L'observation locale en santé : état des lieux dans les villes et intercommunalités](#) »

Santé Publique France. 2025. « [La stratégie interministérielle sur le développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes](#) »

Tervonen, Leena, Eeva Ollila, Meri Koivusalo, et Tommi Siltala. 2024. « *Strengthening the Implementation of Health in All Policies (HiAP) Approach at National and EU-Level: The JA PreventNCD Project. A Protocol for the Collection of Written Data in Task 9.1.1.* »

Warin, Laurence. 2024. « [La santé dans toutes les politiques](#) ». Éditions L'Harmattan



Réseau
français
Villes-Santé

Espace Santé Ambroise Croizat
27 place Jean Normand
35200 RENNES

www.villes-sante.com

Grant Agreement No 101128023



JA PreventNCD



Co-funded by
the European Union