

RAPPORT

Contrats Locaux de Santé Ile-de-France

Evaluation de processus

Octobre 2017

Sommaire

SIGLES ET ABREVIATIONS	2
CONTEXTE	3
OBJECTIFS ET METHODE	4
CONTRAINTES ET LIMITES METHODOLOGIQUES	5
RESULTATS	6
1- Caractéristiques des CLS analysés	6
Des CLS issus de territoires contrastés	6
Des CLS implantés sur des territoires caractérisés par un niveau de défaveur plus ou moins marqué	6
Des CLS au contexte politique et organisationnel en évolution	8
2- Une appropriation progressive des stratégies de réduction des ISTS malgré des difficultés	10
Une volonté d’appréhender les ISTS dès la phase de diagnostic	10
Une action tournée vers des déterminants sur lesquels on peut agir localement	11
Une approche intersectorielle qui tend à se développer	13
Une participation des habitants encore limitée	16
Une action graduée en fonction des besoins	18
3- Les parcours de santé, une approche à consolider	19
Des parcours appréhendés à travers l’accessibilité et la lisibilité	19
Des professionnels plus ou moins investis selon leur statut	20
4- Analyse de la politique régionale de déploiement des CLS	21
Le ciblage territorial	21
Le pilotage	21
Les collaborations internes	21
Les ressources mobilisées pour l’animation territoriale	22
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	23
ANNEXES	25

Sigles et abréviations

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

CLS : Contrat local de santé

COMEX (ARS) : Comité exécutif (ARS)

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DD (ARS) : Délégations départementales (ARS)

IDH 2 : Indice de développement humain 2

ISS : Inégalités sociales de santé

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

PPS : Prévention Promotion de la Santé

PRE : Programme de Réussite Educative

PRS : Projet régional de santé

PV : Politique de la Ville

QPV : Quartier Politique de la Ville

Contexte

Avec 65 CLS signés, l'Ile-de-France concentre actuellement près d'un quart des CLS du territoire national. L'ampleur de ce déploiement s'explique par un contexte régional marqué par d'importantes disparités en santé. En effet, si les indicateurs de santé sont globalement favorables en Ile-de-France, la région est caractérisée par de fortes inégalités. Ces inégalités sont le reflet d'un phénomène de projection territoriale des inégalités sociales et d'effets territoriaux propres. Elles sont aggravées par ailleurs par des inégalités relevant du système de soins.

Pour permettre aux CLS de jouer pleinement leur rôle de transformateur du système de santé francilien et d'agir sur les ISTS, l'ARS Ile-de-France a fondé sa stratégie de déploiement sur deux principes forts : le ciblage territorial et la mobilisation d'une approche transversale.

Si les négociations des premiers contrats signés en 2011 ne reposaient pas sur un ciblage particulier des territoires, il a été décidé rapidement de définir une géographie prioritaire afin de concentrer les efforts et moyens sur les territoires présentant les besoins les plus importants. Pour ce faire l'agence s'est appuyée sur deux critères : l'Indice de Développement Humain 2 (IDH2) < 0,52 (moyenne nationale) et/ou la présence de quartiers prioritaires Politique de la Ville.

Concernant la mise en œuvre d'une approche transversale, elle vise à mobiliser non seulement les leviers de l'agence et des autres acteurs du champ sanitaire mais également à actionner les leviers d'action des autres politiques publiques impactant favorablement la santé.

Conformément aux engagements pris dans les CLS et dans un souci d'amélioration continue et de capitalisation des expériences, l'ARS a souhaité s'engager très vite dans un processus d'évaluation des CLS franciliens.

L'évaluation en cours s'inscrit dans la continuité de la démarche évaluative confiée à l'Université Paris XIII fin 2012 et fait suite à une demande forte des acteurs locaux d'être soutenus techniquement sur cette dimension évaluative. Elle a vocation par ailleurs à nourrir la politique d'accompagnement de l'Agence dans le cadre du futur Projet Régional de santé.

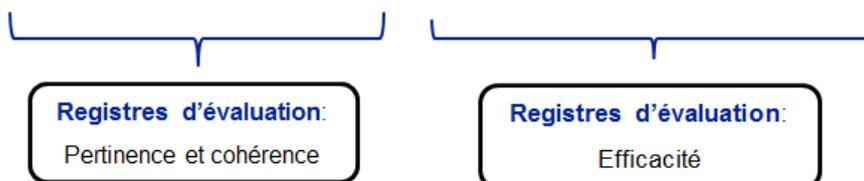
Objectifs et méthode

L'évaluation vise à apprécier dans quelle mesure la stratégie et les actions CLS ont permis une plus grande prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé et de contribuer à l'amélioration des parcours de santé.

Pour ce faire, la démarche engagée s'est intéressée en 2016 aux processus à l'œuvre dans les CLS et souhaite étudier leurs effets en 2017.

Des questions évaluatives ont été définies pour chacune de ces phases autour de deux enjeux majeurs : la réduction des ISTS et l'amélioration des parcours de santé (cf tableau ci-dessous) :

	Processus	Effets/Résultats
1. La réduction des ISTS	Dans quelle mesure les stratégies et les actions du CLS sont-elles <u>cohérentes</u> et <u>pertinentes</u> avec l'objectif de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?	Dans quelle mesure les stratégies mises en place et les actions menées ont-elles <u>permis de contribuer</u> à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?
2. L'amélioration des parcours	Dans quelle mesure les stratégies et les actions du CLS sont-elles <u>cohérentes</u> et <u>pertinentes</u> avec l'objectif de favoriser la construction ou le renforcement à l'échelon local de parcours de santé ?	Dans quelle mesure les stratégies et actions menées ont-elles <u>permis de construire ou de renforcer</u> à l'échelon local les parcours de santé ?



Lors de la première phase conduite en 2016, deux méthodes d'enquête ont été mobilisées :

- Diffusion d'un questionnaire aux coordinateurs CLS

Co-construit dans le cadre du groupe de travail régional « Evaluation CLS » et en lien avec les coordinateurs CLS (tests, séances de travail départementales), le questionnaire est structuré autour des grandes étapes de la démarche projet (contexte de mise en place, diagnostic, planification... modalités de suivi et d'évaluation).

La question des inégalités sociales et territoriales de santé y est appréhendée au travers de quatre stratégies identifiées comme prioritaires dans la littérature spécialisée, à savoir :

- l'intervention sur les déterminants sociaux de la santé
- l'action intersectorielle
- la participation/l'empowerment
- l'universalisme proportionné (apport de réponses graduées en fonction des besoins repérés...)

La prise en compte de la logique de parcours de santé est, quant à elle, analysée à travers trois principaux critères :

- l'accessibilité (géographique, financière culturelle...)
- la lisibilité (information des professionnels et des habitants)
- la qualité (sécurité des prises en charge...)

Afin de faciliter l'appropriation du questionnaire par les équipes locales, des séances de sensibilisation ont été organisées avec les coordinateurs des différents départements. A l'issue de cette démarche, une notice explicative a été formalisée et transmise au lancement de l'enquête.

Au total, sur les **65** questionnaires envoyés, **54** ont fait l'objet d'une analyse.

- Conduite d'entretiens avec les équipes de référents CLS des DD-ARS :

Un entretien semi-directif a été réalisé avec des référents CLS de chacune des DD concernées par l'accompagnement de CLS (toutes les DD sauf celle de Paris soit au total 7 entretiens). Ces entretiens ont duré en moyenne deux heures et ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien construite en deux parties : une première consacrée à l'analyse de la politique de déploiement et d'accompagnement de l'Agence (freins et leviers internes) et une seconde axée sur l'analyse des CLS accompagnés sur le département. La conduite des entretiens a été assurée en binôme.

Contraintes et limites méthodologiques

Plusieurs difficultés ont complexifié la conduite de l'évaluation et l'exploitation des données recueillies:

- les niveaux d'ancienneté et d'avancement inégaux des CLS
- l'interprétation hétérogène de certains items du questionnaire en ligne malgré la mise en place d'un temps de sensibilisation et la production d'une note explicative
- le nombre limité de commentaires qualitatifs du questionnaire qui ne nous a pas permis une analyse aussi fine qu'on l'aurait escomptée
- le turn-over des coordinateurs qui a rendu difficile le recueil de certaines données relatives à la démarche

Résultats

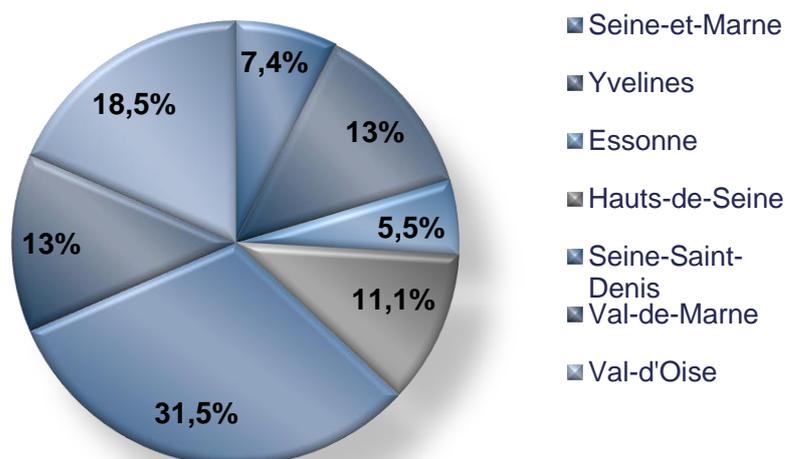
Les résultats du présent rapport sont issus de l'analyse croisée des perceptions des coordinateurs CLS et des référents CLS-DD et sont précédés par une brève description des CLS inclus dans l'évaluation.

1- Caractéristiques des CLS analysés

Des CLS issus de territoires contrastés

Tous les départements concernés par des CLS sont représentés (à savoir 7 départements sur les 8 départements de la région) (figure 1). Parmi ces CLS, 94% se situent en zone urbaine ou semi-urbaine et 6% en zone rurale et semi-rurale, 48 sont communaux et 6 intercommunaux.

Fig.1 Répartition des CLS par département



Des CLS implantés sur des territoires caractérisés par un niveau de défaveur plus ou moins marqué

Plus des 2/3 des CLS ont un IDH 2 inférieur à 0,52 (tableau 1). Parmi les 54 CLS analysés, **18** (soit 33%) sont mis en œuvre sur un territoire considéré comme « très défavorisé », avec un IDH 2 compris entre 0,25 et 0,4, **18** sur un territoire que l'on peut qualifier de « défavorisé » (IDH 2 entre 0,41 et 0,5) et **14** sur des territoires situés au-dessus du critère de priorisation de l'Agence (IDH 2 > 0,51).

La présence d'un certain nombre de sites avec un IDH 2 > 0,52 s'explique par l'absence de ciblage territorial au lancement de la démarche de contractualisation (fin 2011/début 2012), par la signature de CLS sur des territoires intercommunaux comprenant à la fois des communes très défavorisées et des communes plus aisées et par l'évolution à la hausse de certains IDH 2.

Tab.1 Données IDH2 2012

Dpt	CLS	Taux IDH2 2012	Dpt	CLS	Taux IDH2
77	NEMOURS	0,363	93	SAINT-DENIS	0,302
77	MONTEREAU FAULT YONNE	0,298	93	EPINAY SUR SEINE	0,427
77	MARNE ET CHANTEREINE	Tous > 0,52	93	BONDY	0,377
77	COULOMMIERS	0,435	93	SAINT OUEN	0,434
78	ST QUENTIN EN YVELINES	10 villes > 0,52 et 2<0,52	93	MONTREUIL	0,459
78	CA 2 RIVES DE SEINE	10 villes > 0,52 et 2<0,52	93	BLANC MESNIL	0,346
78	MANTES LA VILLE	0,492	93	VILLETANEUSE	0,296
78	SARTROUVILLE	0,572	93	AUBERVILLIERS	0,269
78	POISSY	0,580	93	BOBIGNY	0,259
78	MANTES LA JOLIE	0,341	93	STAINS	0,280
78	LES MUREAUX	0,322	94	IVRY SUR SEINE	0,474
91	CORBEIL ESSONNES	0,440	94	ORLY	0,413
91	VIRY/GRIGNY	0,563/0,272	94	CHOISY LE ROI	0,522
91	EVRY/COURCOURONNES	0,483/0,564	94	FONTENAY-SOUS-BOIS	0,632
92	NANTERRE	0,462	94	CRETEIL	0,565
92	COLOMBES	0,535	94	ALFORTVILLE	0,513
92	RUEIL MALMAISON	0,734	94	BONNEUIL	0,413
92	CLICHY LA GARENNE	0,512	95	SARCELLES	0,319
92	ASNIERES	0,619	95	CERGY	0,535
92	GENNEVILLIERS	0,376	95	ERAGNY	0,597
93	CLICHY SOUS BOIS	0,249	95	BEZONS	0,445
93	DUGNY	0,443	95	ARGENTEUIL	0,440
93	AULNAY SOUS BOIS	0,405	95	HAUT VAL D'OISE	6 villes > 0,52 3 villes < 0,52
93	PANTIN	0,414	95	VILLIERS LE BEL	0,352
93	SEVRAN	0,408	95	GOUSSAINVILLE	0,323
93	TREMBLAY EN France	0,480	95	GARGE LES GONESSE	0,278
93	PIERREFITTE	0,338	95	MAGNY EN VEXIN	0,453

Si les IDH-2 sont plus ou moins faibles selon les territoires, tous les sites, sauf un - Magny en Vexin, situé en zone semi-rurale- disposent d'un ou plusieurs quartiers prioritaires Politique de la ville.

Une pluralité de dispositifs (ayant vocation aussi à réduire les inégalités) est représentée sur ces territoires : environ 75 % sont dotés d'un ASV, 55 % d'un NPRU, 52% d'un CLSM.

Des CLS au contexte politique et organisationnel en évolution

Les contextes d'intervention des CLS varient selon les territoires mais d'une manière générale, on observe quelques évolutions communes en termes d'engagement dans la démarche, de portage politique et de coordination locale.

Si au lancement du dispositif, **les demandes d'engagement dans le processus CLS** étaient majoritairement initiées par les DD, on note de plus en plus de demandes spontanées d'élus.

Plusieurs raisons ont été citées par les équipes CLS et référents CLS DD pour expliquer cette évolution :

- la démarche d'élaboration des contrats de ville (souhait d'inscrire la mise en place d'un CLS dans le volet santé du contrat de ville ; portage/impulsion favorisée par la Préfecture...)
- un intérêt particulier de certains élus pour certaines thématiques : l'offre de soins de 1^{er} recours, la prévention.
- un affichage politique (exprimé notamment lors de la dernière campagne électorale)
- une meilleure compréhension de la démarche et de sa plus-value
- un effet boule de neige : mobilisation de collectivités voisines
- l'existence préalable d'une dynamique autour de la santé (ASV notamment)
- une reconnaissance voire un renforcement des démarches partenariales préexistantes
- le financement d'un diagnostic

Le portage politique, décrit comme plus ou moins important selon les territoires, constitue pour les DD une des conditions de réussite majeures de la démarche CLS : « *Si la volonté politique fait défaut, cela ne fonctionne pas et cela, même si la collectivité bénéficie d'un soutien financier et méthodologique de l'Agence et d'équipes techniques compétentes* ».

Si l'on note globalement une bonne mobilisation des élus et une appropriation progressive de la démarche, certains territoires semblent rencontrer quelques difficultés en termes de portage. Sont cités à titres d'exemples des territoires ruraux présentant peu d'intérêt pour les questions de santé mais également des territoires ne partageant pas certains des principes politiques de la démarche comme celui de porter une attention particulière aux publics défavorisés, ou encore des territoires ayant subi un changement de municipalité.

Les leviers cités pour favoriser ce portage politique du CLS rejoignent globalement ceux évoqués

pour l'entrée dans la démarche, à savoir : la conduite du diagnostic local de santé permettant de sensibiliser les élus ; avoir un élu en charge spécifiquement des questions de santé au sein de la municipalité ; être déjà engagé dans une démarche territoriale de santé (préexistence d'un ASV) ; avoir l'opportunité de valoriser l'engagement politique de la collectivité dans le domaine de la santé.

Sur un plan technique, à l'exception d'un cas où son rattachement est hospitalier, **le coordinateur** CLS dépend hiérarchiquement des collectivités signataires. Les profils de coordinateur sont divers tant sur le plan de la formation qu'au niveau de l'expérience ou encore des compétences. Selon les DD, la qualité de la coordination locale dépendrait du coordinateur, de son positionnement et de sa légitimité. Le portage politique comme technique semble être essentiel pour mener à bien cette mission de coordination locale. Un binôme ou trinôme politique/technique est préconisé (coordinateur, Directeur et/ou DGA, élu).

Le coordonnateur se voit confier un rôle essentiel de coordination des actions et de liaison avec les élus et les partenaires signataires. Pourtant sur certains territoires, il semble encore nécessaire de préciser la différence entre « coordination » et « animation » et d'une manière générale, de clarifier la répartition des missions en configuration CLS/ASV.

A noter également, un fort turn-over des coordonnateurs lié à la précarité de leur poste (ex : CDD, bien souvent d'un an reconductible), mobilité qui n'est pas sans fragiliser la dynamique partenariale.

2- Une appropriation progressive des stratégies de réduction des ISTS malgré des difficultés

Les résultats présentés ici concernent la première question évaluative à savoir, dans quelle mesure la stratégie et les actions des CLS sont pertinentes et cohérentes avec l'objectif de contribuer à la réduction des ISTS.

Si les équipes locales semblent convaincues de l'intérêt d'une prise en compte renforcée des ISTS, la traduction opérationnelle de cet enjeu apparaît encore complexe et souvent inégale selon les sites. On observe toutefois des avancées intéressantes en termes de **déterminants visés** et de **mobilisation partenariale**.

Une volonté d'appréhender les ISTS dès la phase de diagnostic

La mise en place des CLS a été l'occasion d'actualiser les diagnostics locaux de santé pour environ **80%** des territoires. Il ressort de l'analyse que ces diagnostics ne se limitent pas uniquement à l'analyse de la situation sanitaire du territoire mais tentent d'appréhender les ISTS à travers leurs déterminants.

Pour ce faire, les acteurs des CLS ont eu recours à l'analyse croisée de données quantitatives et de données perçues.

Les données quantitatives évoquées dans les questionnaires sont issues majoritairement des bases de données de l'INSEE (29 CLS), des monographies de l'ARS (26 CLS), des CPAM (21 CLS), de l'ORS (11CLS) et des conseils départementaux et CAF (respectivement 9CLS). Quelques équipes CLS se sont également appuyées sur des données des CCAS (analyse des besoins sociaux), de l'INSERM, l'ONZUS, la CNAMTS ou de l'IRDES.

Les données perçues ont été recueillies, quant à elles, à travers des enquêtes conduites auprès d'une diversité d'acteurs parmi lesquels on compte des habitants, professionnels de santé/médico-social, travailleurs sociaux (CAF ; CRAMIF ; Club de prévention ; CCAS), bailleurs, enseignants, chargés de mission politique de la ville, représentants des maisons des parents et des élus. Pour associer les citoyens à l'analyse des besoins de santé prioritaires certains sites ont choisi d'organiser également des réunions publiques.

Cette prise en compte des déterminants sociaux de santé, tant sur le volet quantitatif que sur le volet qualitatif du diagnostic, a été encouragée par l'agence à travers la mise à disposition d'outils méthodologiques tels que les monographies CLS, la note de cadrage pour l'élaboration des cahiers des charges ou encore le référentiel CLS.

Comme l'on peut constater dans le tableau 2 ci-dessous – complété par les équipes CLS, les inégalités dans la phase de diagnostic sont liées, **en premier lieu, aux conditions socio-économiques des publics**. Elles se caractérisent par des difficultés d'accès aux droits, des disparités en termes de niveau de revenus ou liées à la catégorie sociale. Des inégalités concernant l'accès à l'offre de soins ou concernant les caractéristiques propres du territoire sont également pointées :

Tab.2 Caractérisation des inégalités identifiées

Types d'inégalité repérée	%	Eléments de caractérisation
Accès aux droits	94%	Ecart en termes de couverture maladie et de recours au système de santé liés à des freins financiers, culturels et à la méconnaissance des dispositifs existants
Niveau de revenu	94%	Ecart de revenus avec une proportion importante de population bénéficiaire de minimas sociaux
Offre de soins	87%	Problèmes de démographie médicale/paramédicale et de répartition inégale de l'offre sur le territoire
Territoire	83%	Enclavement de certains quartiers, habitat indigne, problèmes d'accessibilité, cumul de difficultés sur certains quartiers
Catégorie sociale	83%	Sur représentation des employés et ouvriers et sous-représentation des cadres et de professions intermédiaires
Niveau d'éducation	74%	Niveau scolaire globalement bas ; Sortie importante de jeunes du système scolaire avant 15 ans sans diplôme ni qualification.
Autre (prévention)	26%	Faible recours à la prévention ; Manque d'information
Discrimination	22%	NC

Ces éléments de caractérisation des inégalités mis en avant par les répondants permettent une première appréhension des ISTS mais ne sont pas suffisants pour identifier les écarts de santé entre catégories sociales. La mesure des inégalités sociales de santé est en effet complexe à appréhender. D'une part, la disponibilité et la pertinence des données quantitatives relatives à l'état de santé des populations à l'échelle locale restent limitées. D'autre part, la mesure des ISS nécessite de croiser les données sur l'état de santé et les caractéristiques « sociales » (au sens large) des individus, des groupes et des territoires concernés.

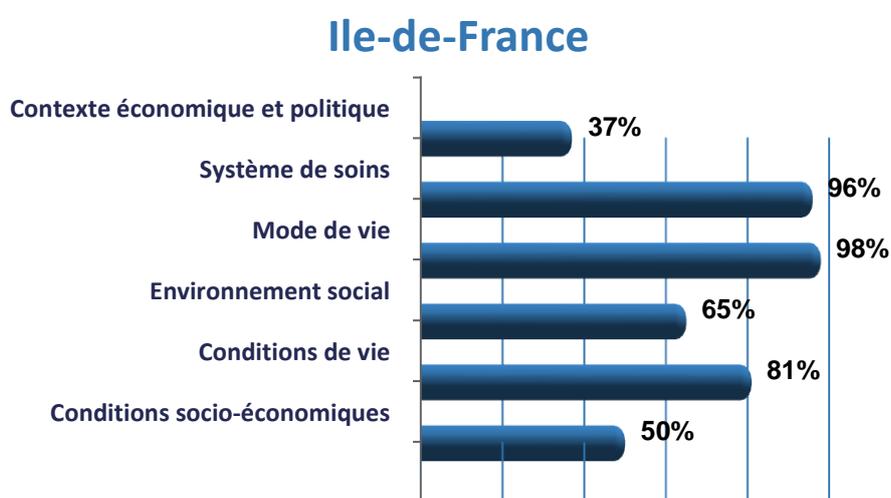
Ces limites rencontrées dans l'identification des écarts impactent forcément la mesure des résultats en termes de réduction des ISTS, enjeu majeur du CLS.

Une action tournée vers des déterminants sur lesquels on peut agir localement

Répondre à la question des inégalités sociales de santé implique d'agir, en dehors des interventions sur les comportements et sur l'accès au système de soins, sur les facteurs environnementaux, sociaux, économiques, culturels et autres, qui déterminent l'état de santé .

Les résultats concernant la planification des actions mettent en avant le souci des équipes d'inscrire leur CLS dans une approche « multi-déterminants ». Les actions programmées visent principalement des déterminants pour lesquels les acteurs disposent de leviers d'action au niveau local (fig.2). En effet, ils portent principalement leurs efforts sur les déterminants liés aux modes de vie (98%), au système de soins (96%) et aux conditions de vie (81%). Ces constats étaient déjà mis en avant par l'équipe de Paris 13, à la différence près que les conditions de vie étaient abordées quasi exclusivement par l'entrée habitat indigne. On constate désormais une ouverture sur d'autres dimensions telles que l'aménagement urbain.

Fig.2 Déterminants ciblés dans les CLS¹



Le déterminant le plus fréquemment cité concerne **les modes de vie**. D'une manière générale, ils sont appréhendés à travers des actions visant l'acquisition de comportements favorables à la santé dans le champ de la prévention primaire principalement et parfois dans le cadre de démarches d'accompagnement de patients (ex : ETP, CJC).

Très nombreuses également, les actions relatives au **système de soins**, restent comme en 2013 centrées essentiellement sur des problématiques d'**accessibilité**. Parmi les actions citées, nombre d'entre elles visent à améliorer l'accessibilité financière et administrative comme par exemple la proposition d'une offre de soins en tiers payant intégral et tarif opposable ou encore la mise en place d'une coordination médicosociale pour le retour aux droits et aux soins. D'autres s'intéressent plus spécifiquement au renforcement de l'offre de soins. On peut citer à titre d'exemples : le développement de la maîtrise de stage en médecine générale, la mise en place d'une mission d'appui pour toutes les demandes formulées par des professionnels de santé libéraux, l'inscription d'un projet de MSP.

¹ Contexte économique et politique : augmentation des richesses/adaptation aux besoins des populations/prise en compte des déterminants de santé dans les politiques. Pour les autres déterminants, se référer au rapport de l'Université Paris 13 de novembre 2014.

Les CLS s'intéressent aussi, mais dans une moindre mesure, à **la qualité** du système de soins à travers notamment l'adaptation de consultations en fonction des besoins des populations, la mise en œuvre d'actions hors les murs au plus près des usagers ou une meilleure coordination des acteurs de santé (ex : au sein du CMS, entre le CMS et les libéraux ; via la mise en place d'un CLSM...) et à sa **lisibilité**.

Enfin comme évoqué précédemment les interventions sur **les conditions de vie** ne concernent plus uniquement des actions de lutte contre l'habitat indigne, mais s'intéressent parfois à d'autres dimensions du cadre de vie telles que la promotion de la qualité de l'air (intérieur et extérieur) ou l'aménagement urbain (espaces verts, accessibilité personnes âgées, redynamisation des quartiers...).

Une approche intersectorielle qui tend à se développer

La plupart des déterminants sociaux de la santé se situent en amont du système de santé, il apparaît primordial de mettre en place des démarches transversales mobilisant une pluralité d'acteurs issus du champ sanitaire mais également des autres secteurs d'intervention.

Le rapport d'évaluation de Paris 13 mettait en avant une volonté d'ouverture intersectorielle des CLS mais essentiellement autour des enjeux du système de soins avec une mobilisation des partenaires habituels du champ sanitaire : acteurs de l'éducation, du social, de jeunesse. Les collaborations avec des acteurs de champs plus éloignés intervenant sur les conditions de vie et conditions socio-économiques tels que l'urbanisme, le développement économique et l'insertion étaient peu nombreuses et limitées bien souvent aux questions d'habitat indigne.

On observe ici **une tendance générale au décloisonnement des CLS**, toutefois plus ou moins marquée selon les départements et les collectivités. La démarche CLS semble avoir favorisé le renforcement des partenariats et le décloisonnement au sein même des collectivités mais également en externe.

Selon les référents DD, de nouveaux acteurs, tant au niveau stratégique qu'opérationnel, sont associés à la gouvernance du CLS :

« Nous avons de plus en plus d'autres élus dans les COPIL: 1^{ère} maire adjoint, élu de l'éducation, élu de l'urbanisme, élu du développement durable et au logement. A peu près la moitié des CLS du département mobilise plusieurs élus. C'est une évolution significative ».

« Rien que sur les COPIL, on a une ouverture à d'autres partenaires. Il y a plus de partenaires qu'avant : des représentants associatifs, les MAIA, le monde du handicap, etc. »

« Au sein des collectivités, la dimension intersectorielle n'est pas toujours présente même si on observe qu'elle émerge de plus en plus ».

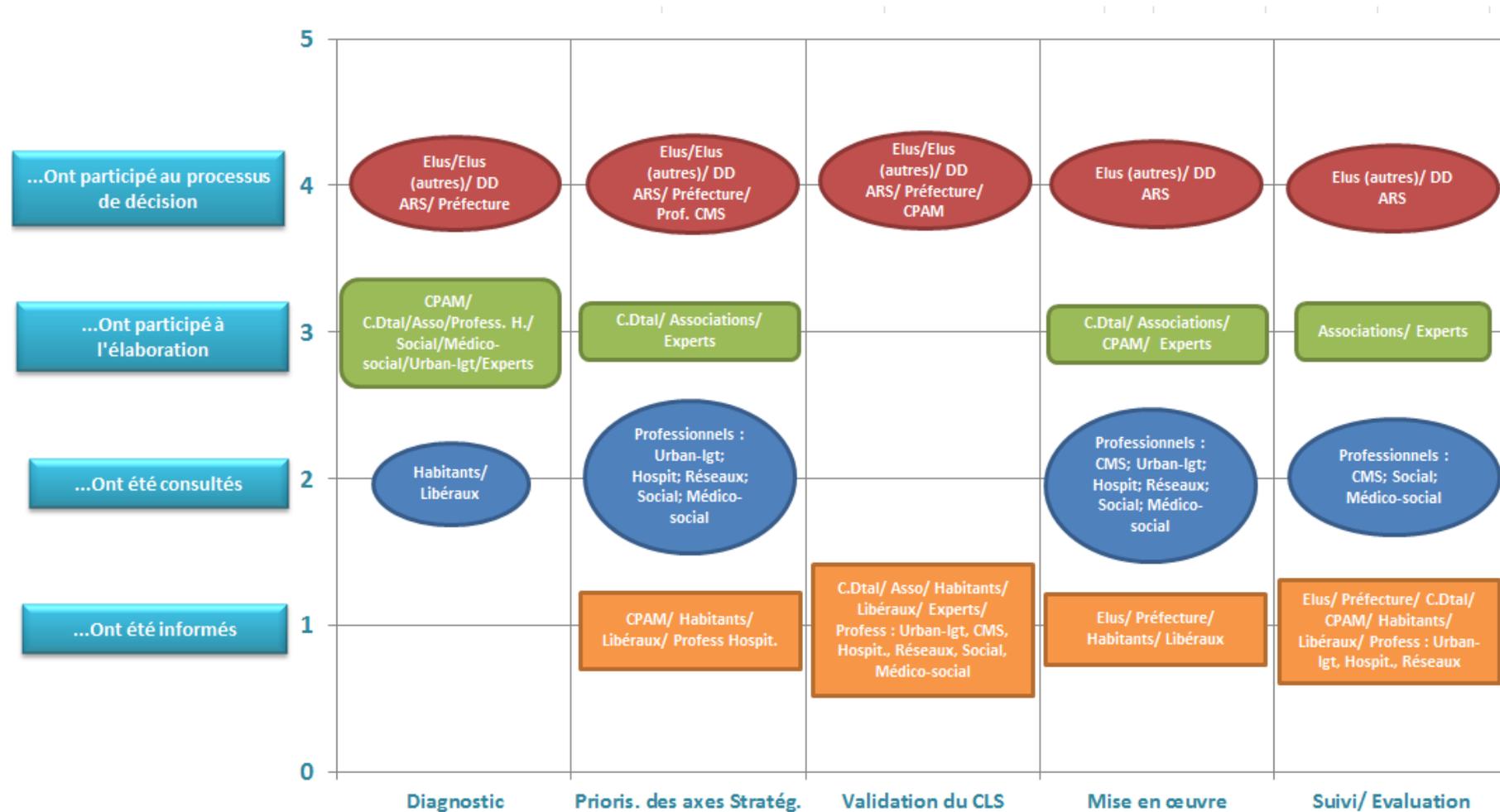
« Dans de nombreuses communes, les partenaires mobilisés sont hors santé. La démarche est très décloisonnée dans une majorité des CLS du département »

Concernant la **nature de la participation des acteurs issus d'autres secteurs d'intervention** (urbain-logement, social...), on constate, dans la **figure 3**, qu'ils sont associés aux différentes phases de la démarche (diagnostic, priorisation des axes stratégiques, validation, mise en œuvre et suivi/évaluation) mais à des degrés variables selon les étapes.

La figure 3 présente le niveau d'implication des différentes catégories d'acteurs associées à la démarche CLS. Le degré d'implication est codifié de 1 à 4 (1= ont été informés ; 2 = ont été consultés ; 3= ont participé à l'élaboration ; 4 = ont participé au processus de décision).

Globalement, le degré d'implication des acteurs des champs non sanitaires est « plutôt bon » lors de la phase de diagnostic (3), « modéré » sur les phases de priorisation des axes stratégiques, de mise en œuvre et de suivi/évaluation (2), et « faible » concernant la validation(1).

Fig.3 Degré et nature du partenariat



L'intersectorialité se traduit également par des **articulations spécifiques avec les acteurs de la politique de la ville ou issus d'autres démarches territoriales** comme les CLSM et l'agenda 21.

Concernant le champ de la politique de la ville, il est intéressant de noter, en dehors des articulations classiques ASV/CLS, un lien fort avec la réussite éducative pour 35 CLS sur 54 et des collaborations naissantes avec les équipes de renouvellement urbain à travers par exemple le copilotage de projets de MSP ou encore la conduite de diagnostic partagé sur la thématique sport/santé.

De par les liens qui les unissent en Ile-de-France, les connexions entre CLS et CLSM sont également importantes. En termes de ciblage et dans une logique de réduction des ISTS, l'ARS a choisi en effet de lier les deux démarches en soutenant prioritairement l'implantation de CLSM sur des sites en CLS ou éligibles à un CLS. En termes de programmation, le CLSM a vocation, par ailleurs, à constituer le volet santé mentale des CLS franciliens. A travers les partenariats qu'ils développent avec les acteurs du logement (bailleurs) et de la justice notamment, les CLSM constituent un vrai atout pour la mise en place d'une approche intersectorielle dans le CLS.

Si les approches intersectorielles tendent à se développer, quelques obstacles mériteraient d'être levés pour aller encore plus loin dans le décloisonnement des différents secteurs d'intervention. Sont cités notamment :

- l'absence de culture partagée autour des démarches intersectorielles
- le flou concernant le périmètre d'action et de responsabilité des CLS : où s'arrête l'intersectorialité ?
- le manque de temps pour mettre en place ce type d'approche.

Selon les répondants plusieurs leviers favoriseraient les liens avec d'autres secteurs. Certaines personnes pointent la nécessité de disposer d'un cadre clair d'intervention :

« Certains projets spécifiques sur lesquels les équipes doivent travailler ensemble sont plus propices pour mettre en commun les compétences. Le CLS n'avait pas réussi à promouvoir de l'intersectorialité alors que l'appel à manifestation d'intérêt lancé par l'ADEME et l'ARS a impulsé des démarches intersectorielles.

D'autres évoquent l'importance du soutien des élus et de l'ARS ou encore la mise en place d'un projet d'EIS, qui par nature s'intéresse à une politique publique non sanitaire.

Une participation des habitants encore limitée

La participation citoyenne à travers le renforcement du pouvoir d'agir citoyens et l'association notamment des publics les plus éloignés des processus de décision constitue, selon la littérature spécialisée sur les ISS, un moyen efficace de réduire les écarts de santé.

S'il semble y avoir une vraie prise de conscience de cet enjeu par les acteurs des CLS, des

difficultés de mise en œuvre perdurent et la participation se limite encore souvent à la phase de diagnostic.

Comme présenté ci-après (tab.3), la participation des habitants correspond en effet le plus souvent à une sollicitation par le biais d'enquêtes au moment du diagnostic. Pour l'ensemble des autres phases, les citoyens sont simplement informés au travers de réunions publiques ou de magazines municipaux. Ils restent encore éloignés du processus de décision.

Tab.3 Nature de la participation des habitants (Nb de CLS concernés)

HABITANTS	Diagnostic	Prioris. des axes Stratég.	Validation du CLS	Mise en œuvre	Suivi/ Evaluation
...Ont été informés	3	20	34	18	18
...Ont été consultés	27	10	4	6	9
...Ont participé à l'élaboration	13	8	2	16	6
...Ont participé au processus de décision	4	2	0	2	1

Plusieurs raisons ont été avancées par les répondants pour expliquer ces difficultés de mobilisation :

- le turn-over des coordinateurs qui fragilise les dynamiques et ne permet pas d'asseoir une démarche participative qui nécessite de s'inscrire dans la durée
- le manque de moyens financiers : la baisse des financements de certaines associations intervenant dans la proximité
- le manque de communication autour de la démarche CLS
- la méconnaissance des méthodes et des approches participatives.

Pour pallier ces difficultés, les acteurs interrogés préconisent de s'appuyer sur les leviers suivants :

- la dynamique engagée dans le cadre de la Politique de la Ville et tout spécifiquement sur les conseils citoyens créés avec la loi de programmation de 2014 portant Réforme de la Politique de la Ville
- le soutien des élus, ces derniers disposant d'une légitimité pour mobiliser et fédérer les acteurs et tout particulièrement les usagers-citoyens
- l'Atelier Santé Ville, de par son savoir-faire et son rôle de garant d'une démarche ascendante dans le CLS
- d'un point de vue méthodologique, la formalisation d'un axe dédié à la participation des habitants dans le CLS garantissant l'élaboration d'une stratégie d'intervention spécifique sur cette dynamique, des temps dédiés de travail, la mise en place de modalités de suivi
- des démarches participatives pas uniquement centrées sur la santé (méthodologie suivie)

- la programmation de démarches de sensibilisation et de formation sur les approches participatives auprès des équipes locales CLS
- la réflexion autour du profil du coordinateur et de son positionnement

Exemples de stratégies ou actions participatives impulsées dans le cadre de CLS :

Grigny : mise en place d'une démarche de sensibilisation sur le dépistage organisé du cancer du sein avec l'association « Voisins Malins » : formation des habitants par l'ADMC, centre de gestion du DO et réalisation d'un porte à porte (752 locataires rencontrés).

Montreuil : inscription d'un axe stratégique dédié à la promotion de la démarche coopérative de santé mais globalement une démarche participative transversale à toute la programmation CLS

Saint-Ouen : création d'un ASV avec pour objectif premier le renforcement de la participation des habitants

Gentilly : conduite d'un diagnostic local de santé accordant une large place à la participation citoyenne (débat sur les déterminants de santé + recueils de données qualitatives...)

Une action graduée en fonction des besoins

Les inégalités sociales de santé ne touchent pas uniquement les populations les plus pauvres, mais l'ensemble des catégories de la population. Cela implique de combiner des « actions universelles », offertes à tous mais modulables en fonction des besoins, avec des « actions ciblées », adaptées aux populations les plus défavorisées. Plus précisément, il s'agit de prévoir des prestations ouvertes à tous mais dont l'intensité et les modalités de mises en œuvre varient en fonction des individus ou des catégories sociales.

Les résultats de l'évaluation rejoignent les constats formulés dans le rapport de Paris 13. Etait observée une ébauche d'approche d'universalisme proportionné facilitée notamment par la complémentarité des approches CLS/ASV : « *l'élargissement territorial induit par le CLS au-delà des territoires couverts par l'ASV permet une prise en compte de la population générale et de différencier les actions à mener selon la vulnérabilité des différentes catégories sociales de la population* ». Cependant, si cette approche combinée semble répandue, elle n'est toujours pas systématique et formalisée. Le concept de « gradient social » semble encore complexe à appréhender et à prendre en compte sur le plan opérationnel.

Pour compléter cette analyse, des précisions sur les actions mises en œuvre, les publics ciblés et la méthodologie développée seront recueillies dans le cadre des enquêtes qualitatives sur sites de la phase 2.

3- Les parcours de santé, une approche à consolider

Introduite pour faire face à l'augmentation des maladies chroniques et répondre d'une manière plus pertinente à l'évolution des besoins de la population, la notion de parcours de santé vise la mise en place d'approches de santé plus globales et cohérentes articulant prévention, prise en charge sanitaire, médico-sociale et accompagnement social.

Dans quelle mesure les stratégies et actions des CLS ont permis de prendre en compte cette approche de parcours de santé ?

Des parcours appréhendés à travers l'accessibilité et la lisibilité

Lors du diagnostic, 50 % des CLS ont déclaré avoir réalisé une analyse des parcours de santé. Pour 80% d'entre eux, cette analyse portait sur l'accessibilité du système de santé, 44% sur sa lisibilité et 22% sur l'aspect qualité/sécurité².

Plusieurs éléments viennent illustrer la prise en compte des critères d'accessibilité et de qualité dans la phase d'analyse des besoins.

Concernant l'accessibilité, les équipes locales se sont intéressées plus spécifiquement à l'accès à l'offre de santé à travers l'étude notamment de la démographie médicale/paramédicale et de la répartition géographique de l'offre. L'accessibilité financière a fait également l'objet d'une attention particulière sur un grand nombre de territoires. Quelques équipes ont analysé en outre les freins culturels au renoncement aux soins.

Sur l'aspect « qualité/sécurité » certains diagnostics ont interrogé la réactivité du système de santé (délais de réponses des acteurs et de rendez-vous) mais aussi les modalités de coordination des acteurs.

Les sites n'ayant pas conduit d'analyse de parcours de santé à ce stade ont invoqué plusieurs motifs : un manque de moyens (ressources humaines et temps), une analyse non prévue par le COPIL et non inscrite dans le cahier de charges adressé au cabinet d'étude.

Sur la phase de planification, une majorité de CLS souligne que les activités inscrites intègrent une logique de parcours de santé. Selon les territoires, tout ou partie des actions semble être concernée :

« Le parcours de santé est pris en compte en transversal au sein des actions menées »

« Des actions ont été mises en place mais le CLS n'est pas concerné dans sa globalité »

Sont particulièrement visés à ce niveau les objectifs de lisibilité (81%) et d'accessibilité (80%). Globalement la prise en compte des parcours de santé se traduit à travers la mise en place d'actions ciblées sur des aspects spécifiques des parcours de santé mais pas dans le cadre d'une stratégie globale et d'une démarche formalisée. Il est vrai que la logique de parcours n'était

² Réf. PRS 2013-2017 : Défi stratégique 1 – Assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé.

initialement pas affichée comme l'un des enjeux des CLS et que certains coordinateurs CLS soulignent qu'ils n'ont pas encore eu l'opportunité d'appréhender cette notion dans sa globalité : « *Cela n'a pas été pensé lors de l'élaboration du CLS* », « *La réflexion n'est pas suffisamment aboutie à ce niveau* ».

Des professionnels plus ou moins investis selon leur statut

Si les centres municipaux de santé (CMS), les acteurs du secteur hospitalier, du social et du médico-social se mobilisent sur les démarches CLS, l'analyse des partenariats met en avant des difficultés particulières pour associer les professionnels de santé libéraux, acteurs pourtant centraux en termes de prise en charge sanitaire et de prévention individualisée.

Lorsqu'ils ont été associés, ils l'ont été principalement par voie d'information ou de consultation (dans le cadre du diagnostic).

Plusieurs raisons expliqueraient cette faible implication. Parmi les plus récurrentes on note la faible densité médicale et paramédicale du territoire, des freins organisationnels et financiers.

Les quelques sites qui ont réussi toutefois à mettre en place des collaborations avec les libéraux se sont appuyés sur la présence de MSP ou de projets de MSP sur le territoire, d'associations locales de Professionnels de santé, d'un leader au sein de la communauté médicale/paramédicale, la mise en place d'un comité local de l'offre de soins...

4- Analyse de la politique régionale de déploiement des CLS

Les résultats de cette partie s'appuient uniquement sur les perceptions des équipes CLS des délégations départementales. L'objectif poursuivi était ici d'analyser en quoi la stratégie de l'Agence et les modalités d'organisation actuelles étaient cohérentes avec les enjeux de prise en compte des ISTS et des parcours de santé.

Les points saillants issus des entretiens portent sur :

Le ciblage territorial

Plusieurs DD se demandent s'il ne faudrait pas réinterroger le critère d'éligibilité des CLS basé sur l'IDH 2 <0,52. « *Certaines problématiques échappent au radar IDH 2, notamment concernant les territoires ruraux* », (ex : problématiques des populations vulnérables : personnes âgées, jeunes ou encore inégalités liées à l'offre de soins). « *La démarche CLS, tout comme les CLSM, est intéressante pour tout le monde (transversalité, coordination), on devrait être en mesure de proposer un appui méthodologique même s'il n'y a pas de soutien financier* ».

Le pilotage

Certaines modalités de pilotage mériteraient d'être consolidées au regard des enjeux poursuivis :

Au niveau régional, la gouvernance s'appuie pour la validation des orientations stratégiques, sur le Copil CLS et le Comité exécutif de l'Agence sollicité ponctuellement pour valider des éléments de doctrine, et au niveau opérationnel, sur le comité technique CLS.

Si globalement les mandats des différentes instances ont été bien identifiés, des efforts pour fluidifier au mieux le circuit de décision pourraient être menés.

Au niveau départemental, un investissement notable a été engagé pour accompagner les coordinateurs sur un plan technique et méthodologique à travers la mise en place de groupes de travail. Sur un plan plus stratégique, la mobilisation des partenaires institutionnels semble en revanche plus complexe à développer.

Au niveau local, l'implication des partenaires signataires, en dehors de la collectivité et de l'ARS, est décrite comme variable. A titre d'exemple, les préfectures sont plus ou moins investies selon les départements. Certains partenaires signataires rencontrent quelquefois des difficultés à se positionner sur des aspects stratégiques et interviennent par conséquent davantage sur un registre opérationnel.

Les collaborations internes

La transversalité, difficile à mettre en œuvre au lancement des CLS, de par leur rattachement au seul secteur « Prévention Promotion de la Santé », fait l'objet actuellement d'une plus grande attention des équipes (Siège/DD). Cela se traduit notamment par la mise en place de nouvelles

modalités de travail inter-directions (ex : mise en place de points CLS en CODIR dans certaines DD, etc). Néanmoins il reste quelques difficultés à lever : acculturation du sujet pas toujours aisée selon les secteurs, nombre important de priorités à mettre en œuvre par direction, etc.

Les ressources mobilisées pour l'animation territoriale

D'une manière générale, il ressort :

Sur le plan financier : un consensus sur l'utilité des financements « ingénierie CLS », notamment concernant les diagnostics, un besoin de cohérence sur l'ensemble des financements agence attribués à un même territoire et des inquiétudes relatives au désengagement de la Politique de la ville en matière de crédits ingénierie ASV.

Sur le plan des moyens humains : des avantages et des inconvénients liés au positionnement de la mission CLS dans les départements PPS (+ : vision de santé publique, liens directs avec les opérateurs de terrain ; - : un CLS associé encore souvent au seul champ de la prévention), la multiplicité des missions confiées aux référents CLS DD.

Du point de vue technique et méthodologique, de fortes attentes concernant la mise à jour des monographies CLS très utiles pour interpeller les élus dans les démarches de négociation et l'aide à l'interprétation des données. Concernant le cadrage et le suivi de la démarche, l'utilité du référentiel CLS proposant des principes d'intervention communs pour l'ensemble de la région et la mise en place d'outils au sein des DD (tableaux de bord...). Enfin, le besoin de poursuivre le travail engagé pour la construction d'une culture commune sur les stratégies pertinentes en promotion de la santé et sur les ISTS.

Conclusion et recommandations

Ce qu'il faut retenir sur la prise en compte des ISTS:

Les résultats sont, d'une manière générale, assez convergents avec l'évaluation conduite par l'équipe de Paris 13. Il y a une vraie prise de conscience de l'enjeu d'agir sur les ISTS mais la traduction opérationnelle ne semble toujours pas aisée même si quelques avancées intéressantes sont observées.

Globalement, les acteurs des CLS cherchent à appréhender au mieux les ISTS aux différentes phases de la démarche et leurs programmations apparaissent dans l'ensemble pertinentes au regard des besoins identifiés comme prioritaires.

En termes de gouvernance et de mobilisation partenariale, un découplage des secteurs semble être à l'œuvre. Cela se traduit, au sein des collectivités, par la mobilisation d'élus d'autres délégations et de services non sanitaires, et par l'association de nouveaux partenaires extérieurs. Cette évolution vers une approche intersectorielle renforcée a permis la mise en place d'actions visant de nouveaux déterminants sociaux de la santé.

Concernant la participation des habitants-citoyens et l'universalisme proportionné, le constat initial reste le même. La participation des habitants reste encore limitée et cantonnée le plus souvent à la phase de diagnostic. Quant au principe d'universalisme proportionné, il est mis en œuvre dans les faits, comme en 2014, car facilité par des approches complémentaires CLS/ASV combinant des actions universelles et ciblées sur les QPV, mais ne fait pas l'objet d'une stratégie formalisée.

Si certaines pratiques et méthodes de travail qui tendent à se développer sur les territoires en CLS favorisent une meilleure prise en compte de l'enjeu de réduction des ISTS, les acteurs des CLS sont confrontés à un certain nombre de difficultés pour une mise en œuvre opérationnelle des stratégies d'intervention sur les ISTS. Les moyens dédiés (financiers, humains et méthodologiques) au niveau local comme dans les équipes de l'agence sont considérés comme encore insuffisants au regard des ambitions affichées.

Ce qu'il faut retenir sur la prise en compte des « parcours de santé »:

Cette approche n'étant pas affichée comme un enjeu stratégique au lancement des CLS, elle est rarement mise en œuvre dans toutes ses dimensions et ne se traduit pas toujours de manière formalisée. On note cependant :

- un investissement important des équipes CLS sur l'aspect « accessibilité » au système de santé et l'aspect « lisibilité », et dans une moindre mesure sur la qualité des parcours
- un souci d'associer les professionnels de santé à leurs programmations mais une représentation encore insuffisante des professionnels de santé libéraux
- des actions développées sur les différents secteurs d'intervention (prévention, soin et médico-social) mais pas suffisamment coordonnées.

Au regard de ces différents éléments, plusieurs recommandations peuvent être proposées :

- **Conforter le pilotage des CLS :**

- ⇒ En inscrivant le CLS comme un outil central de territorialisation du PRS
- ⇒ En réajustant certaines modalités de pilotage : clarification du processus décisionnel au niveau régional, mise en place d'un comité de pilotage au niveau départemental, renforcement de la place des partenaires signataires dans le pilotage local (clarification des rôles de chacun, modalités de travail conjointes...)
- ⇒ En mobilisant, à tous les niveaux de pilotage, les partenaires ayant des leviers pour agir sur les déterminants de la santé et infléchir les ISTS

- **Outiller les équipes CLS (ARS et collectivité) pour une meilleure appropriation des enjeux de réduction des ISTS et d'amélioration des parcours de santé :**

Sur les ISTS :

- ⇒ D'une manière générale, développer une culture commune sur la mise en œuvre des stratégies d'intervention visant la réduction des ISTS
- ⇒ Améliorer l'identification des écarts de santé et l'observation des ISTS à l'échelle locale à travers un accès facilité aux données
- ⇒ Inscrire la participation des habitants comme un objectif fort du CLS, à travers par exemple :
 - la formalisation systématique d'un axe stratégique dédié
 - l'accompagnement des modalités de participation des habitants aux différentes étapes de la démarche CLS (en cohérence avec les orientations de l'Axe 4 du PRS) : pour ce faire, formation des équipes aux approches et aux méthodes participatives (développement du pouvoir d'agir...) - Partenariats possibles : plateforme Promosanté, CNFPT, Institut Renaudot, etc.
 - un portage politique fort des démarches participatives au niveau local à travers la sensibilisation des élus

Sur le parcours de santé :

- ⇒ Proposer des formations opérationnelles sur certains enjeux prioritaires des parcours comme le repérage précoce et la gestion des points de rupture
- ⇒ Faciliter la mobilisation des professionnels de santé libéraux à travers une démarche de capitalisation des expériences innovantes impulsées dans quelques CLS et en s'appuyant également sur la mise en place des nouvelles communautés professionnelles territoriales de santé (Cf Axe 1 du PRS)

D'une manière générale, il conviendrait de conforter le statut, le positionnement et les missions des coordinateurs CLS/ASV (Cf Axe 5 du PRS).

Annexes

1. Mémo « Inégalités sociales de santé »
2. Mémo « Parcours de santé »
3. Grille d'entretien et questionnaire
4. Focus sur l'articulation des CLS avec les autres démarches territoriales (dont PV)

Annexe 1 : Mémo sur les « Inégalités sociales de santé »

Les inégalités sociales de santé (ISS) font référence à la relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

Elles traversent l'ensemble des catégories de la population, décrivant un gradient social. On observe des différences selon un gradient de positionnement social pour l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé, la santé perçue, l'adoption de comportements favorables à la santé, l'utilisation du système de santé... Ainsi, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux populations les plus défavorisées. Les ISS ne sont pas synonymes de précarité ou d'exclusion sociale et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et riches ou travailleurs manuels et cadres.

Toutes les étapes de la vie sont concernées. Les inégalités sociales de santé se construisent, s'installent et se creusent avec le temps, certaines inégalités présentes dans l'enfance en annonçant d'autres pour l'âge adulte.

Dans le processus cumulatif des parcours de vie, deux effets jouent un rôle essentiel :

- un phénomène d'amplification ou l'effet produit par la survenue d'un facteur de risque ou un désavantage physique ou social est multiplié lorsqu'on se situe dans un groupe marqué par des formes diverses de vulnérabilité
- un effet d'augmentation ou de maintien des inégalités produit par la tendance de ceux qui se trouvent au sommet de la hiérarchie sociale à tirer davantage profit des mesures sociales et politiques de redistribution des ressources que les groupes socioéconomiques plus bas .

Les causes des inégalités sociales de santé sont multiples, plusieurs explications coexistent et interagissent. Elles résultent de l'interaction entre les différentes conditions quotidiennes de la vie, qui sont autant de déterminants sociaux de la santé.

Il existe très peu de données probantes sur les stratégies efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé et en particulier sur celles nécessaires pour agir sur le gradient social. Cependant, l'état actuel des connaissances nous permet de dégager un certain nombre de principes d'action pour parvenir à des résultats en matière de réduction des inégalités sociales de santé :

- Définir explicitement un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- Agir sur les déterminants sociaux de la santé
- Renforcer la capacité d'agir et la participation citoyenne
- Favoriser l'action intersectorielle et multiniveaux
- Apporter des réponses graduées en fonction des besoins de la population
- Agir sur les inégalités d'accès et de continuité du système de soins
- Agir pour soutenir le développement des enfants³

³ L'enfance constitue une période cruciale dans la construction des inégalités sociales en général et de santé en particulier. Dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, une attention particulière doit être portée à l'accumulation des désavantages sociaux au cours d'une trajectoire de vie contribuant à accentuer les écarts de santé, et ce dès la plus petite enfance et tout au long de la vie. Il est donc primordial de s'intéresser à la problématique de pauvreté familiale et de mener des interventions dès le plus jeune âge y compris in-utero afin d'avoir un impact positif sur la santé mais aussi dans le but de rompre le cercle vicieux des inégalités sociales de santé.

Annexe 2 : Mémo « Parcours de santé »

En 2004, la loi réformant l'assurance maladie a mis en place le « *parcours de soins coordonnés* ». La notion a ensuite été reprise par la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations de « *prise en charge des maladies chroniques* » et par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

Aujourd'hui la notion de « parcours » est hétérogène par ses définitions et ses périmètres.

Que recouvre la notion de parcours ?

Un parcours se définit comme la prise en charge globale et fluide du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la **prévention**, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs **déterminants de la santé** que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Quels sont les types de parcours ?

De façon habituelle, on identifie trois catégories de parcours (cf. figure ci-dessous) :

- **Les parcours de soins**: ils sont la réponse aux besoins sanitaires. Ils intègrent donc les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premiers recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée...);
- **Les parcours de santé**: ils sont la réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Ce sont donc les parcours de soins articulés avec d'une part les actions de prévention et d'autre part l'accompagnement médico-social et social, et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, services à domicile...);
- **Les parcours de vie**: ils sont la réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Ils intègrent donc les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique, l'entourage familial. Cette typologie permet à chacun des acteurs d'agir dans une vision globale du parcours des patients et usagers qu'il prend en charge, et de ne pas ignorer les autres acteurs dans ses propres travaux.



Annexe 3 : Grille d'entretien « référents CLS DD »

Politique de déploiement et d'accompagnement des CLS :

- Pouvez-vous nous donner votre avis sur les conditions d'exercice des missions de référent CLS ?
 - moyens humains dédiés : sont-ils adaptés en termes d'ETP et de positionnement institutionnel ?
 - moyens financiers : d'après vous influencent-ils votre activité d'animation territoriale ?
 - outils existants : sont-ils suffisants, utiles, etc. ? le cas contraire, quels sont vos attentes ? avez-vous développé des outils spécifiques de votre côté (de suivi, d'accompagnement, etc.) ?
 - y-a-t-il selon vous une culture professionnelle commune de référent CLS à développer ? quelles sont vos attentes ?
- Que pensez-vous de l'organisation du travail avec le siège, au sein de la DD ?
- Quel est votre avis sur la stratégie de l'agence en termes de déploiement et d'accompagnement des CLS ? (processus décisionnels : orientations COPIL, COMEX, feuille de route DD) *pertinence, cohérentes des orientations stratégiques aux différents niveaux ? demander envoi de la feuille de route si c'est possible*

Analyse du contexte politique et organisationnel :

- Selon vous, comment a évolué le contexte politique et organisationnel des CLS depuis cinq ans ? Qu'avez-vous observé, qu'est-ce qui a fait bouger les lignes ou bien bloquer la dynamique ?
 - engagement dans la démarche CLS
 - portage politique
 - coordination locale des CLS

Prise en compte des ISTS et de la logique de parcours :

- Selon-vous, est-ce que la prise en compte des ISTS et de la logique de parcours a été effective aux différentes étapes de la démarche CLS ?
- Sur les territoires que vous suivez, avez-vous repéré des stratégie(s) et action(s) susceptibles de réduire les ISTS et/ou d'améliorer les parcours de santé ?
 - Avez-vous identifié des exemples d'actions que l'on pourrait qualifier d'exemplaires ? (description, conditions de réussite/leviers, freins éventuels)

→ Sur la participation des habitants ?

→ Sur la mobilisation des professionnels de santé ? Libéraux (cabinet individuel, exercice regroupé MSP/PDS, représentants élus type URPS médecins/ou paramédicaux ?, représentants d'amicale ou d'association locale de professionnels de santé) ; Salariés Ville (CMS...) ; Professionnels du secteur hospitalier.

Pour les deux axes (habitants, professionnels), voir si participation aux instances de gouvernance (niveau stratégique et/ou technique), aux actions. Ce qui se fait/existe actuellement, conditions de réussite/leviers, freins éventuels, des pistes d'amélioration.

→ Autres ?

Partenariat :

- Quelle est votre analyse de la dynamique partenariale ? Comment cela se traduit-il au quotidien ? Les +, les - ?
 - gouvernance, partenaires mobilisés/partenaires qui font défaut, dimension intersectorielle, dimension participative

→à l'échelon local ?

→à l'échelon départemental?

Au niveau départemental : mise en place d'un Groupe Coords CLS/ASV ? ouvert aux partenaires ? ou d'un comité de partenaires dédié ? quels liens avec la Conférence de territoire ?

Suggestions/remarques :

Annexe 4 : Questionnaire en ligne



Notice explicative du questionnaire d'évaluation CLS

Un questionnaire qui suit le cycle de vie du CLS:

- Précisant le contexte politique
- Reprenant les grandes étapes de la démarche projet: diagnostic, planification du plan d'actions...

.....
Point de vigilance concernant le renseignement du SI: attention les éléments renseignés doivent refléter la vision d'un collectif (acteurs mobilisés dans les instances de gouvernance CLS) et pas uniquement le point de vue du coordinateur

Pour tout problème technique, vous avez la possibilité de nous contacter sur : ARS-IDF-CLS-EVAL@ars.sante.fr

Consignes de remplissage

- Vous avez la possibilité de remplir ce formulaire en plusieurs fois sans perdre les informations déjà saisies dès lors que vous aurez validé la page en cliquant sur le bouton "Suivant".
- Vous pouvez à tout moment revenir sur la saisie en cours, en faisant page précédente ou page suivante.
- **Par sécurité informatique, le temps de session est limité à 30 mn** - Passé ce délai, la connexion sera interrompue automatiquement.
- Si vous souhaitez conserver une trace de vos réponses, vous pouvez éditer chaque page du questionnaire, au fur et à mesure de la saisie en cliquant sur le bouton « Imprimer »

Commencer



IDENTIFICATION CLS

Territoire du CLS : @TERRITOIRE_CLS

COORDONNATEUR :

Nom :
Prénom :
Adresse messagerie :
Téléphone :
Adresse postale :

Autre référent CLS :
Nom :
Prénom :
Adresse messagerie :
Téléphone :
Adresse postale :

A remplir si la personne qui saisit le questionnaire est différente du coordinateur

A - CONTEXTE POLITIQUE ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE (conditions d'initiation et d'implantation de la démarche)

1. Qui est à l'initiative de la demande du CLS (CLS 1) ?

- Collectivité territoriale
- ARS
- Préfet
- Autre

Si Autre, Précisez :

2. Pourquoi la CT a-t-elle décidé/ accepté de rentrer dans le processus de CLS ?

2.1

2.2

2.3

Ex: Renforcer la dynamique partenariale, dans la continuité d'un ASV...

3. Quelle échelle d'intervention est retenue pour l'ensemble du CLS ? Quartier Commune EPCI

Quartier, nombre d'habitants concernés :

Commune, nombre d'habitants concernés :

EPCI, nombre d'habitants concernés :

4. Quelle est la qualification du territoire d'intervention du CLS ? (plusieurs choix possibles)

Zone urbaine ou semi-urbaine IDH2 < 0,52

Zone rurale ou semi-rurale Autre

Territoire Politique de la ville

Si Autre, Précisez :

Territoire sur lequel les actions du CLS sont mises en œuvre

L'échelle d'intervention correspond au périmètre de mise en œuvre des actions de la programmation du CLS. Elle ne coïncide pas forcément avec le périmètre de contractualisation (ex: signature au niveau intercommunal mais actions ciblées sur certaines communes).

5. La collectivité dispose-t-elle d'un : (plusieurs choix possibles) ASV PRE Label Ville PNNS Label Ville santé OMS

Précédent

Imprimer

Suivant

B- DIAGNOSTIC

* 1. Le territoire disposait-il déjà d'un diagnostic local de santé partagé avant la signature d'un premier CLS ? Oui Non

1.1 Année de réalisation

1.2 Si oui, dans quel cadre ? ASV Autre

Si Autre, Précisez :

* 2. Un diagnostic a-t-il été réalisé spécialement pour l'élaboration du CLS actuel ? Oui Non

2.1 Année de réalisation

2.2 Si oui, s'agit-il d'une actualisation d'un diagnostic précédent ? Oui Non

* 3. Une approche intersectorielle¹ et/ ou participative² a-t-elle été mise en place pour réaliser le diagnostic ? Oui Non

Si oui, selon quelle(s) modalité(s) ?

Enquête auprès des habitants :

Oui Non Combien d'habitants ont été concernés :

Enquête auprès de professionnels santé/
médico-social :

Oui Non Nombre de participants : Lesquels :

Enquête auprès d'autres professionnels :

Oui Non Nombre de participants : Lesquels :

Réunion(s) publique(s) :

Oui Non Nombre de participants :

Autre(s) modalité(s) :

Oui Non Lesquelles :

4. Quels sont les principaux problèmes de santé identifiés ?

Nombre (0 à 10) :

1 thème par ligne :

Thème 01

:

Thème 02

:

Thème 03

:

Thème 04

:

Thème 05

:

Thème 06

:

Thème 07

:

Thème 08

:

Thème 09

:

Thème 10

:

¹ L'approche intersectorielle résulte d'un processus au cours duquel des acteurs issus de plusieurs secteurs s'unissent pour mener une réflexion, agir, ... sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls.

² L'approche participative vise à faire participer les publics, leur donner la parole ou bien les consulter dans le cadre notamment de la définition de programmes, d'actions, ... afin de développer des modalités d'intervention au plus près des besoins et des conditions de vie des personnes, considérées dans leur globalité.

Habitants,
professionnels,
institutionnels...

Précédent

Imprimer

Suivant

B- DIAGNOSTIC (suite)

* 5. Des ISTS³ ont-elles été repérées ? Oui Non

5.1 Si oui, lesquelles ? Inégalité liées au(x) :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Territoire (enclavement, mobilité, accessibilité, environnement) | <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation | <input type="checkbox"/> Offre de soins |
| <input type="checkbox"/> Niveau de revenus | <input type="checkbox"/> Discrimination | <input type="checkbox"/> Autre (prévention etc.) |
| <input type="checkbox"/> Catégorie sociale | <input type="checkbox"/> Accès aux droits et aux soins | <input type="checkbox"/> Autre |

Si Autre (prévention etc.), Précisez :

Si Autre, Précisez :

5.2 Commentaires sur la caractérisation des inégalités cochées :

Les inégalités territoriales de santé renvoient à des différences observées entre les territoires.

5.3 Quelle méthode d'analyse a été utilisée ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Base(s) de donnée(s) | <input type="checkbox"/> Travaux de recherche |
| <input type="checkbox"/> Enquête(s) | <input type="checkbox"/> Autre(s) |
| <input type="checkbox"/> Etude(s) | |

Si Base(s) de donnée(s), Précisez :

Si Enquête(s), Précisez :

Si Etude(s), Précisez :

Si Travaux de recherche, Précisez :

Si Autre(s), Précisez :

* 5.4 Des données sur les déterminants⁴ ont-elles été recueillies ? Oui Non

* 6. Une analyse des parcours de santé⁵ a-t-elle été réalisée ? Oui Non

Si oui, précisez les aspects étudiés (accessibilité, lisibilité, qualité...)

Si non, pourquoi ?

Accessibilité : géographique, administrative, financière, organisationnelle et socio-culturelle
Lisibilité : information des habitants et des professionnels
Qualité : sécurité du parcours, coordination des prises en charges

³ Les inégalités sociales de santé renvoient aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux.

⁴ Déterminants de la santé : À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

⁵ Parcours de santé : organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie.

Précédent

Imprimer

Suivant

ARSIF©2014-2016

Ils sont la réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Ce sont donc les parcours de soins articulés avec d'une part les actions de prévention et d'autre part l'accompagnement médico-social, social et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, services à domicile...)

B- DIAGNOSTIC (suite et fin)

* 7. Des priorités ont-elles été définies ? Oui Non

Si oui, qu'a-t-on retenu et/ ou abandonné ?

Nombre de priorités retenues :

Lesquelles ?

Nombre de priorités abandonnées :

Lesquelles ?

* 7.1. Y-a-t-il eu des points divergents entre partenaires lors de cette phase de priorisation ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Nature des questions en débat - Justification

8. Quels sont les freins et leviers identifiés à la conduite du diagnostic ?

Freins (moyens humains et financiers, mobilisation des acteurs, difficultés d'ordre méthodologiques etc...)	
F1	
F2	
F3	
F4	
F5	

Leviers	
L1	
L2	
L3	
L4	
L5	

Quelles solutions peuvent-être envisagées ?

Précédent

Imprimer

Suivant

C - PLANIFICATION

1. Quels sont les objectifs **stratégiques**⁶ visés ?

Objectif stratégique 1 :

Objectif stratégique 2 :

Objectif stratégique 3 :

Objectif stratégique 4 :

Objectif stratégique 5 :

Objectif stratégique 6 :

Les objectifs stratégiques expriment de manière concrète et mesurable les priorités ciblées et contribuent à l'atteinte de l'objectif général

2. Quels sont les thèmes concernés ? (1 thème par ligne, ex : nutrition, santé mentale...)

Thème concerné 1 :

Thème concerné 2 :

Thème concerné 3 :

Thème concerné 4 :

Thème concerné 5 :

Thème concerné 6 :

Thème concerné 7 :

Thème concerné 8 :

Thème concerné 9 :

Thème concerné 10 :

* 3. Les objectifs stratégiques couvrent-ils l'ensemble des besoins prioritaires identifiés que le CLS est censé améliorer ? -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* 4. Les parcours de santé font-ils l'objet d'un objectif stratégique ? Oui Non

4.1 Sont-ils transverses à un ou plusieurs objectifs du CLS ? Oui Non

* 5. La réduction des ISTS fait-elle l'objet d'un objectif stratégique ? Oui Non

5.1 Est-elle transverse à un ou plusieurs objectifs du CLS ? Oui Non

* 6. Les objectifs du CLS sont-ils mesurables⁶ ? (mention de la valeur escomptée des effets, exemple : réduire de 5% ...) -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* 7. Les objectifs du CLS précisent-ils les délais impartis pour leur atteinte ? (date d'échéance) -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* 8. Les objectifs du CLS sont-ils cohérents entre eux ? (en relation logique les uns aux autres...) -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* 9. Les actions du CLS sont-elles dans l'ensemble adaptées au contexte spécifique des publics et des territoires ciblés ? -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

La cohérence: liens entre les différentes composantes du programme d'actions, entre objectifs, entre objectifs et ressources

⁶ Les objectifs stratégiques expriment de manière concrète et mesurable les priorités ciblées.

⁷ Pour connaître le niveau d'atteinte des objectifs ils doivent pouvoir être mesurés à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs et délimités dans le temps (est-ce que l'objectif à atteindre est annuel, pluriannuel, ...)

Précédent

Imprimer

Suivant

C - PLANIFICATION (suite)

* 10. Les ressources humaines sont-elles dans l'ensemble adaptées et cohérentes au regard des objectifs poursuivis ? -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

Nombre d'ETP selon fonctions / Missions (équipe projet CLS : coordination et autres fonctions d'animation : ex : copilote d'un groupe de travail...)/ Axes stratégiques.

ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...
ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...
ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...
ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...
ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...
ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...
ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...

Ex: porteurs de fiches actions...

Préciser le titre et la structure (ex: association, CT...)

ETP	Fonctions	Missions	Intervention ciblée sur l'axe stratégique X, ...

Précisez le profil du coordinateur CLS : année de prise de fonction, formation, niveau d'expérience (débutant, confirmé), fonctions multiples à préciser (CLS/ASV/CLSM...) :

Formation qualifiante
(Ex: Master santé publique)

* 11. Les ressources financières sont-elles dans l'ensemble adaptées et cohérentes au regard des objectifs poursuivis ? -- - + ++
 Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* 11.1. Le CLS dispose d'un budget spécifique à ses activités Oui Non

Etat des dépenses et recettes relatif à la démarche et aux actions CLS

* 12. Des stratégies de communication ont-elles été intégrées au CLS ? Oui Non

* 12.1. La communication prévue est adéquate (la communication au sein du CLS est active et efficace; les acteurs du CLS sont informés au bon moment ; ...)

Oui Non

Justifiez (budget dédié, réunions consacrées à la communication...)

Précédent

Imprimer

Suivant

C - PLANIFICATION (suite)

* 13. Les ISTS sont-elles prises en compte dans la programmation du CLS ? Oui Non
Si non, justifiez, puis allez directement à la page 9 du questionnaire en cliquant sur le bouton Suivant

Pour les inégalités territoriales, prendre en compte une échelle infra-communale (ou intercommunal si le CLS est signé avec une CA ou une CC)

13.1. Si oui, quelles sont les inégalités visées ?

Plusieurs choix possibles

- Territoire
- Niveau d'éducation
- D'offre de soins
- Niveau de revenus
- Discrimination
- Autre (prévention etc.)
- Catégorie sociale
- Accès aux droits
- Autre

Si Autre (prévention etc.), Précisez :

Si Autre, Précisez :

13.2. Si oui, quels sont les déterminants de santé visés ?

Les catégories des déterminants sont précisées dans la grille d'analyse des fiches actions (cf pièce jointe).

- Conditions socio-économiques (Niveau de revenu, Niveau d'éducation)
- Conditions de vie (Conditions de travail, Environnement physique : air, sol, eau, logement, transport, aménagement du territoire)
- Environnement social (Intégration sociale, Normes et climat social, Empowerment de la communauté)
- Mode de vie (Acquisition de comportements favorable à la santé : consommation d'alcool, tabac, addictions, alimentation, exercice physique, autres)
- Système de soins (Accessibilité, Globalité, Réactivité, Continuité, Efficacité et sécurité)
- Contexte économique et politique (Augmentation des richesses locales, Adaptation aux besoins des populations, Prise en compte des déterminants de santé dans les politiques)

Si Conditions socio-économiques, précisez :

Si Conditions de vie, précisez :

Si Environnement social, précisez :

Si Mode de vie, précisez :

Si Système de soins, précisez :

Si Contexte économique et politique, précisez :

Les modes d'interventions
sont détaillés dans la grille
d'analyse des fiches actions
(cf pièce jointe)

13.2.1. Nombre de déterminants de santé visés

13.3. Si oui, quels sont les modes d'intervention visant à réduire les ISTS retenues ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Renforcement des capacités individuelles | <input type="checkbox"/> Réorientation des services de santé |
| <input type="checkbox"/> Renforcement des capacités de communautés | <input type="checkbox"/> Développement stratégique |
| <input type="checkbox"/> Amélioration des conditions de vie et de travail | |

13.4. Quels sont les publics concernés ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personnes souffrant d'une pathologie particulière | <input type="checkbox"/> Scolaires, étudiants, apprentis | <input type="checkbox"/> Personnes prostituées |
| <input type="checkbox"/> Personnes hospitalisées | <input type="checkbox"/> Jeunes en insertion professionnelle (16-25 ans) | <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe |
| <input type="checkbox"/> Personnes âgées | <input type="checkbox"/> Enfants de 0 à 5 ans | <input type="checkbox"/> Etrangers, migrants, personnes non francophones |
| <input type="checkbox"/> Personnes handicapées | <input type="checkbox"/> Jeunes de 6 à 19 ans (hors milieu scolaire) | <input type="checkbox"/> Chômeurs |
| <input type="checkbox"/> Femmes enceintes | <input type="checkbox"/> Travailleurs (y compris intérim) | <input type="checkbox"/> Professionnels |
| <input type="checkbox"/> Usagers de drogues | <input type="checkbox"/> Adultes en parcours d'insertion (AFPA,..) | <input type="checkbox"/> Population générale |
| <input type="checkbox"/> Parents | <input type="checkbox"/> Personnes sous-main de justice, population carcérale | <input type="checkbox"/> Autres (associations etc.) |
| <input type="checkbox"/> Habitants | <input type="checkbox"/> Gens du voyage | |

Si Autre, Précisez :

Précédent

Imprimer

Suivant

C - PLANIFICATION (suite)

* 14. Est-ce que globalement les actions programmées bénéficient d'une approche d'universalisme proportionné⁸ ? Oui Non

* 15. Les activités planifiées intègrent-elles la logique de "parcours de santé" ? Oui Non

Justifiez :

15.1. Nb d'actions intégrant la logique de parcours de santé (1 à 40) :

Objectifs visés : (plusieurs choix possibles)

- Accessibilité (accessibilité financière, géographique, sociale)
- Lisibilité (information des usagers et des professionnels)
- Qualité (structuration et renforcement du 1er recours, coordination et sécurité des prises en charge, ...)

Définition d'une stratégie globale avec des actions universelles et des actions ciblées sur des populations présentant des besoins particuliers

* 16. La planification des actions du CLS a-t-elle été effectuée dans le cadre d'une approche intersectorielle ?
(mobilisation de différents champs : sanitaire, social, politique de la ville et autres politiques publiques ...) Oui Non
Cf. Tableau annexe « Implication partenariat »

* 17. Le suivi et l'évaluation du CLS sont-ils prévus et adaptés ? Oui Non

* Plan d'évaluation ... -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* Porte-t-il sur l'ensemble de la démarche CLS ? Oui Non

* Porte-t-il uniquement sur les actions du CLS ? Oui Non

* L'évaluation prévoit d'évaluer le processus ... -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* Avez-vous défini des indicateurs de processus⁹ ? Oui Non

* L'évaluation prévoit d'évaluer l'activité ... -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* Avez-vous défini des indicateurs d'activités¹⁰ ? Oui Non

* L'évaluation prévoit d'évaluer les effets... -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* L'évaluation prévoit d'évaluer les impacts... -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

* Avez-vous défini des indicateurs de résultats¹⁰ ? Oui Non

Nombre d'outils et/ ou de supports développés à cet effet :

Lesquels ?

* Est-il prévu d'associer les acteurs du CLS (dont habitants) au suivi/ évaluation ? Oui Non

⁸ Universalisme proportionné : Cela consiste à offrir des interventions universelles c'est à dire destinées à l'ensemble des habitants, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins (actions ciblées). Celles-ci peuvent varier selon des considérations de revenu, d'ethnie, de langue ou une problématique particulière.

⁹ Indicateur de Processus (IP) : Ce type d'indicateur précise les points clefs qui seront suivis lors de la mise en œuvre d'actions, de programme, etc. comment a fonctionné l'organisation ? Quelle a été la répartition des tâches ? Comment s'effectue le suivi par les instances décisionnelles ? Etc.

¹⁰ Indicateur d'Activité (IA) : Il exprime par des données souvent chiffrées la quantité de la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions,...) Il peut prendre la forme de tableaux de bord, en recueillant des indicateurs faciles à obtenir et pertinents, en utilisant des grilles, Etc.

¹¹ Indicateur de Résultat (IR) : Il permet de juger de l'atteinte de l'objectif, à plus long terme de l'impact de l'action.

Précédent

Imprimer

Suivant

C - PLANIFICATION (suite et fin)



18. Quels sont les freins et leviers identifiés au cours de la phase de planification, notamment au regard de la question des inégalités sociales et territoriales de santé ? Quelles solutions peuvent-être envisagées ? (pour les CLS intercommunaux, il est intéressant d'évoquer la répartition des leviers actionnés par l'EPCI et par les communes)

Freins

F1

F2

F3

F4

F5

Leviers

L1

L2

L3

L4

L5

Quelles solutions peuvent-être envisagées ?

D - GOUVERNANCE – PARTENARIAT – PILOTAGE



* 1. La gouvernance du CLS est-elle lisible par tous les acteurs concernés (dont la population) ? -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

1.1. Modalités mises en place (Réunions ; Diffusion de documents ; ...) :



D - GOUVERNANCE – PARTENARIAT – PILOTAGE (suite et fin)

* 5.2. Existe-t-il une articulation avec les acteurs engagés dans d'autres démarches territoriales (CLSM, Agenda 21...)? Oui Non

Si oui, précisez :

Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration
Dispositifs/démarches	Fonction de l'interlocuteur	Type de collaboration

6. Quels sont les acteurs qui font défaut ?

Ceux qui ne sont pas représentés/venus

7. Quels sont les freins et leviers identifiés au cours de la phase de gouvernance, partenariat, pilotage ? Quelles solutions peuvent-être envisagées ?

Freins
F1
F2
F3
F4
F5

Leviers
L1
L2
L3
L4
L5

Quelles solutions peuvent-être envisagées ?

Précédent

Imprimer

Suivant



E - MISE EN ŒUVRE/SUIVI



1. La mise en œuvre du CLS correspond-elle à ce qui était prévu initialement ? (et notamment concernant la réduction des ISTS et parcours de santé)

Les actions mises en œuvre sont conformes à la programmation : -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

Les ressources sont mobilisées comme prévu -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

Les groupes cibles sont atteints comme prévu : -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

2. Evolutions constatées entre les objectifs annoncés en termes d'actions/ activités/ ... et ceux effectivement mis en œuvre :

Nombre de fiches actions prévues :

Nombre de fiches actions mises en œuvre :

Nombre de fiches actions reportées :

Précisez lesquelles :

Nombre de fiches actions supprimées :

Précisez lesquelles :

Nombre de fiches actions réorientées :

Précisez lesquelles :

Rencontrez-vous des difficultés dans cette mise en œuvre ? Oui Non

Si Oui, précisez lesquelles : (Insuffisance de moyens ; Difficultés à fédérer les partenaires ; Absence d'accompagnement méthodologique; Identification de porteurs d'actions ; ...)

3. Les principes de participation et d'intersectorialité sont-ils mis en application dans le processus de mise en œuvre et de suivi ?

	Oui	Non
3.1. Participation :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Intersectorialité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nb et types de partenaires mobilisés sur le processus de mise en œuvre et de suivi

***Cf. Tableau annexe « Implication partenariat »

4. Le processus de suivi est-il adapté, réactif¹² et permet-il de réorienter les objectifs stratégiques et/ ou opérationnels si besoin ? Oui Non

Les tableaux de bord et les mesures de suivi des actions et du budget sont adaptés et utilisés -- - + ++

Vous ne remplissez pas du tout ce critère / Vous ne le remplissez pas suffisamment / Vous le remplissez de façon satisfaisante / Vous le remplissez parfaitement.

Une évaluation intermédiaire¹³ est-elle prévue ? Oui Non

Si Oui, précisez en les modalités :

¹² Processus de suivi réactif : il permet de réagir rapidement face à des événements inattendus. Des modalités sont prévues pour prendre des décisions rapides et efficaces (mise en place réunions de suivi, de tableaux de bord, décisions d'ajustement...).

¹³ Evaluation intermédiaire : l'évaluation intermédiaire permet de recueillir des informations « en cours d'action ». Ces résultats peuvent permettre de modifier ou de réorienter une action, un programme, ...Néanmoins, elle doit avoir été préalablement décidée et outillée.

Précédent

Imprimer

Suivant



E - MISE EN ŒUVRE/SUIVI (suite et fin)



5. La communication sur l'évolution des activités et les éventuelles réorientations est-elle effective dans les instances du CLS ? Oui Non

Si Oui, selon quelles modalités :

Si communication externe, précisez :

- Lettre d'information
- Réunion d'information
- Campagne de communication
- Conférence citoyenne
- Autre

Si Autres, précisez :

6. Quels sont les facteurs bloquant ou facilitant le suivi ?

Bloquant

B1

B2

B3

Facilitant

F1

F2

F3

B4

B5

F4

L5

Pistes d'amélioration :

Précédent

Imprimer

Suivant

ANNEXE - Tableau « Implication des partenaires »

Ce tableau vise à repérer les niveaux d'implication des acteurs associés à la démarche CLS
Le degré d'implication est codifié de 1 à 4 :

- 1 ont été « informés »
- 2 ont été « consultés »
- 3 ont « participé à l'élaboration »
- 4 ont « participé au processus de décision »

Acteurs

	Diagnostic	Priorisation des axes stratégiques et actions	Validation du CLS	Mise en œuvre	Suivi / Evaluation	Commentaires
Elus locaux (Maire/ Président d'Intercommunalité)						
Elus locaux (Autres : Santé ; Politique de la ville ; Habitat ; ...)						
Préfecture						
DT ARS						
C. Départemental						
CPAM						
Associations						
Personnel CT 1						
Personnel CT 2						
Personnel CT 3						
Personnel CT 4						
Personnel CT 5						
Habitants						
Prof. Santé Libéraux						

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France vous remercie pour votre participation.

Vos réponses ont été enregistrées.

Vous pouvez maintenant quitter la page.

Quitter pour valider
votre saisie

Précédent

Quitter

Imprimer

Annexe 5 : Focus sur l'articulation des CLS avec d'autres démarches territoriales (dont PV)

Q. 5-1 : Existe-t-il une articulation avec les acteurs de la politique de la ville (ASV, RE, RU ...) ?

Oui : 98%

Les principaux...	Nbre CLS	Fonctions des interlocuteurs	Type de collaboration
ASV	28	Coordinateur; Chargé de projet; Chargé de mission	Transversalité; Co-construction de projet; Co-pilotage d'actions
PRU/RU/ANRU/PLU	12	Chargé de projet; Chef de projet; Responsable politique de la ville; Coordinatrice développement urbain; Chargé de RU	Groupe de travail; Co-pilotage du projet MSP; Projets communs; Information; Diagnostic sport/ santé
PRE	35	Coordinateur réussite éducative; Responsable; Chef de projet; Chargé de mission	COTECH et co-construction de projet; Transversalité; Opérateur partenaire; Support/conseil technique; Partenariat
CONTRAT DE VILLE	11	Chef de projet politique de la ville; Responsable PDV; Chargé de mission; Directeur	Co-pilotage GT; Coordination équipe MOUS; Soutien méthodologique; Membre GT et COPIL
POL VILLE (nr précisément)	9	Chef de projet PDV; Responsable; Directeur; Référente	Animation d'axes; Co-construction volet santé; Transversalité; GT

Q. 5-1 : Existe-t-il une articulation avec les acteurs engagés dans d'autres démarches (CLSM, Agenda 21, ...) ?

Oui : 68%

Les principaux...	Nbre CLS	Fonctions des interlocuteurs	Type de collaboration
CLSM	28	Coordinateur CLSM; Chargé de mission	Transversalité; Co-construction de projet; Co-pilotage d'axes; Collaboration/ protocol MG/Psy; Participation au GT
AGENDA 21	14	Référent agenda 21; Chargé de mission; Coordinatrice; Responsable environnement	Réunions thématiques; Participation au GT; Inscription CLS à l' A21/ Co-évaluation

Divers :

PEDT		Directeur vie scolaire; Chargé de mission;	acteurs
RESEAUX SANT		directeur santé	pilotage, portage reseaux
COOPERATIONS HOSPITALIERES		directeur santé	pilotage, portage reseaux
Coordination santé publique 94		Chargés de santé publique	Partenariat
Démarche ICAPS		Directeur Jeunesse et emploi	Partenariat
MAIA		coordinatrice MAIA 95 ouest	Echange d'information
Plan Climat		Chargé de mission climat agglo	Participation travaux
Plan départemental canicule		Directeurs santé et social	partici.GT et mise en oeuvre
Plan Grand Froid		Directeurs santé et social	partici. GT et mise en oeuvre

Direction Promotion de la santé Réduction des Inégalités, Mission CLS-CLSM/Cellule d'appui méthodologique

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

ars.iledefrance.sante.fr

