

RAPPORT

Contrats Locaux de Santé Ile-de-France

Démarche évaluative interne
2018

Sommaire

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
CONTEXTE	4
OBJECTIFS	5
METHODE	5
CONTRAINTES ET LIMITES METHODOLOGIQUES	8
RESULTATS	10
1- Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé	10
Intervention sur les déterminants sociaux de la santé	10
Mobilisation partenariale et de l'approche intersectorielle	12
Participation des habitants	16
Universalisme proportionné	19
Points clé à retenir	21
2- Parcours de santé	24
Accessibilité aux parcours de santé	24
Lisibilité des parcours de santé	27
Qualité des parcours de santé	28
Points clé à retenir	30
CONCLUSION	32
RECOMMANDATIONS	34
ANNEXES	38
Annexe 1 : liste des villes prise en compte pour l'analyse	39
Annexe 2 : données extraites du questionnaire en ligne	40
Annexe 2 : grilles d'entretien	43
Annexe 4 : questionnaire en ligne	50

Sigles et abréviations

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

CLS : Contrat local de santé

CMP : Centres Médico-Psychologiques

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DD (ARS) : Délégations départementales (ARS)

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

IDH 2 : Indice de développement humain 2

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

PRE : Programme de Réussite Educative

PRS : Projet régional de santé

RESAD : Réunions d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté

Contexte

Pour répondre aux besoins des territoires, l'ARS d'Île-de-France a saisi l'opportunité offerte par la loi Hôpital patients santé et territoires, du 21 juillet 2009 de conclure des Contrats locaux de santé (CLS). Le législateur a peu détaillé les modalités de mise en œuvre des CLS, ce qui a permis aux ARS de donner orientation et ambition souhaitées à cet outil de contractualisation.

En Île-de-France, deux objectifs ont été assignés aux CLS :

- réduire les inégalités territoriales et sociales de santé constatées dans la région en prenant en compte les déterminants sociaux de la santé
- permettre, à l'échelon local, la construction d'un parcours de santé adapté, fondé sur la transversalité, le développement de politiques publiques favorables à la santé et à la démocratie sanitaire et participative

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.

Les CLS font l'objet d'une disposition d'ordre général dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'article L. 1434-10 IV du Code de la Santé Publique dispose : « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Cette démarche s'inscrit aussi dans les orientations de la stratégie nationale de santé.

Actuellement, 62 collectivités sont engagées dans la mise en œuvre d'un CLS. Ils se répartissent sur les huit départements franciliens dont 54 communes et 8 intercommunalités. La Seine-Saint-Denis (29 %), le Val d'Oise (18 %) et le Val-de-Marne (19 %) sont, à ce stade de la contractualisation, les départements les plus pourvus en CLS.

Dans un souci d'amélioration continue et de capitalisation des expériences, l'ARS a engagé, dès 2012, un processus d'évaluation des CLS. A ce titre, l'Université Paris 13 a été sollicitée afin de réaliser une évaluation ex-ante d'impact des CLS sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Cette première étape a mis en exergue les dynamiques enclenchées, ainsi que les freins et les leviers pouvant agir sur l'atteinte des objectifs. Fort de ces enseignements, l'agence a décidé courant 2016 de mettre en place une démarche d'évaluation interne *en prévision* du renouvellement des CLS et de l'élaboration du projet régional de santé.

Objectifs

L'évaluation interne des CLS franciliens a été construite en deux étapes. La première, réalisée en 2016, a porté sur l'analyse des processus mis en œuvre dans les CLS et a fait l'objet d'un rapport distinct¹.

Le travail présenté constitue la deuxième séquence de la démarche d'évaluation et porte, quant à elle, sur les effets produits par les CLS.

L'évaluation a visé à apprécier :

- dans quelle mesure les stratégies mises en place et les actions menées ont-elles permis de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?
- dans quelle mesure les stratégies et actions menées ont-elles permis de construire ou de renforcer à l'échelon local les parcours de santé ?

Méthode

L'évaluation faisant l'objet de ce rapport repose sur des données issues d'une analyse documentaire, d'un questionnaire en ligne et d'entretiens qualitatifs auprès de différents acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des CLS.

Les différentes étapes de la démarche d'évaluation et de l'échéancier ont été élaborées et validées par le comité technique d'évaluation CLS qui s'est réuni début 2017.

Matériel

- **Analyse documentaire**

L'analyse documentaire s'est appuyée sur les contrats signés accessibles sur le site de l'ARS, sur les comptes rendus de COPIL, les bilans d'activités et les fiches locales d'enquête de processus.

Il s'agissait principalement de recueillir des éléments sur les enjeux retenus, les objectifs stratégiques poursuivis, les activités développées et les résultats relevés au regard des questions évaluatives posées.

¹ CLS IDF - Evaluation de processus – Octobre 2017 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-12/CLS-rapport-evaluation-processus-2017_0.pdf

▪ Questionnaire en ligne

Un questionnaire en ligne a été adressé à l'attention de 25 coordinateurs CLS. Cette enquête s'est déroulée du 18/05/2017 au 01/09/2017.

– **Choix des sites CLS**

Le choix s'est fait en concertation avec les référents CLS DDARS, sur la base des éléments recueillis au moment de la première phase d'évaluation de processus. Seuls les CLS ayant déclaré avoir mesuré l'atteinte de leurs objectifs stratégiques ont été ciblés. Il a été jugé préférable compte-tenu de l'objectif visé, à savoir mesurer les effets produits, de ne pas interroger les CLS n'ayant pas intégré une démarche d'évaluation de leur CLS.

Plusieurs réunions préparatoires, avec diffusion d'une notice explicative, ont été organisées avec les référents CLS des DD ARS et les coordonnateurs des CLS concernés. Cette initiative a été menée courant avril-mai 2017 afin de faciliter l'appropriation du questionnaire et d'améliorer la qualité des réponses.

A la clôture de l'enquête, 21 questionnaires ont été enregistrés comme recevables et ont été analysés (*Quatre CLS ont été écartés de l'analyse = Non réponse dans les délais; réponses incomplètes ; ...*).

▪ Conduite d'entretiens qualitatifs

Des entretiens semi-directifs et focus groupe ont été menés, en complément de l'analyse documentaire et du questionnaire en ligne (cf. annexes).

– **Choix des sites CLS**

Le choix a été arrêté après concertation avec les référents CLS DD ARS au regard d'un certain nombre de critères :

- CLS ayant répondu à la première phase d'évaluation (processus) et disposant d'une démarche santé préexistante (ASV, CLSM, volet santé contrat de ville, ...)
- Diversité de l'implantation des CLS = petite couronne et grande couronne ; zone urbaine et semi-rurale.
- Sites permettant d'interroger : les notions d'intersectorialité, de prise en compte des déterminants, de participation des habitants, de parcours de santé, ...

Trois territoires franciliens ont ainsi été retenus. Il s'agit de : Montereau-Fault-Yonne (77) ; Grigny (91) et Tremblay-en-France (93).

Une rencontre préparatoire avec les coordonnateurs CLS de chaque collectivité et la délégation départementale concernée a été organisée pour présenter les objectifs de la démarche, définir le calendrier et identifier les acteurs à interroger. En raison des contraintes de temps et de moyens humains, il a été décidé de se limiter à 4/5 entretiens par site.

Les acteurs rencontrés peuvent-être classés en cinq catégories :

- Les Elus - Maire ou élu à la santé ;
- Les coordonnateurs CLS ;
- Les partenaires associés (interne ou pas à la ville) ;
- Les habitants ;
- Les DD ARS.

Cinq grilles d'entretien (cf. annexes) ont été élaborées et ont servi de support pour la conduite des entretiens semi-directifs et des focus group. La conduite des entretiens a été assurée en binôme et a duré en moyenne une heure et demie.

Au total 14 entretiens ont été conduits entre mai 2017 et mars 2018. La globalité de ces entretiens a été enregistrée après accords de toutes les parties prenantes. Ils ont ensuite fait l'objet d'une retranscription écrite.

Stratégie d'analyse

L'analyse de contenu du corpus étudié s'est appuyée sur une méthode classique d'analyse afin de faire ressortir les différentes thématiques abordées.

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 et l'empowerment
- l'universalisme proportionné

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

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

Une matrice SWOT a été réalisée à la fin de chaque sous-partie du rapport pour mettre en évidence les menaces, opportunités, forces et faiblesses qui caractérisent les CLS au regard des questions évaluatives.

La préservation de l'anonymat des personnes interviewées a été assurée.

Dans un souci d'assurer l'anonymat des données recueillies, nous avons décidé de ne pas spécifier la source des verbatim dans le rapport.

Contraintes et limites méthodologiques

L'organisation de la mission d'évaluation et de la collecte des données ont été impactées par divers facteurs : élections présidentielles 2017, période de vœux dans les collectivités, ... Ceci s'est traduit par de multiples reports d'entretiens et au final l'allongement de la durée de la mission d'évaluation.

Par ailleurs, les résultats de la présente évaluation ne peuvent échapper à certaines limites liées à :

- l'interprétation hétérogène de certains items du questionnaire en ligne, notamment la notion "d'avancées concrètes" qui ne semble pas avoir été toujours bien appréhendée à sa juste valeur 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 n'a pas permis une analyse aussi fine qu'on l'aurait escomptée.
- le niveau de disponibilité de données consolidées pour évaluer l'effectivité et les effets produits par les CLS. En effet, les réponses au questionnaire en ligne représentent, en grande partie, des indicateurs de suivi et de réalisation.
- le niveau de représentativité de sites et d'acteurs interrogés dans la conduite des entretiens qualitatifs.

Résultats

Les résultats présentés se divisent en deux parties et s'intéressent aux effets des actions mises en place par les CLS pour contribuer à la réduction des ISTS d'une part, et pour améliorer les parcours de santé d'autre part.

En encadré grisé figurent les verbatim recueillis pour chacune des parties, soit dans le questionnaire en ligne, soit au cours des entretiens.

1- Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Question évaluative

Dans quelle mesure les stratégies mises en place et les actions menées ont-elles permis de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?

Critères de jugement retenus

- Intervention sur les déterminants sociaux de la santé
- Action intersectorielle
- Participation et empowerment des habitants
- Universalisme proportionné

Intervention sur les déterminants sociaux de la santé

De nombreuses actions visent à agir sur la santé des populations en mobilisant d'autres ressources que celles du système de santé. Les modes de vie, l'environnement social et les conditions de vie (emploi, accès aux services sociaux) sont les principaux déterminants mis en avant par les acteurs interrogés pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé à l'échelle locale. Aussi, nous avons pu constater que dans la plupart des cas les actions mises en œuvre visent à agir de manière concomitante sur plusieurs leviers d'amélioration de la santé.

« Le projet d'accompagnement en santé mentale est un exemple de mobilisation d'acteurs de différents secteurs pour apporter des réponses adaptées aux besoins de la population. Nous proposons désormais une continuité de prise en charge de la petite enfance à l'âge adulte. Nous intervenons sur le renforcement des compétences parentales, le développement psychomoteur des enfants, les représentations sociales, la réussite éducative, le soutien social, l'accompagnement

vers l'emploi, etc. ».

Source entretiens partenaires

« 74% des participants du groupe de parole destiné aux femmes victimes de violences ont indiqué que l'accompagnement leur avait permis de mieux accompagner leurs enfants. En moyenne 90% de fréquentation du groupe - 100% des femmes ont enclenché une action pour sortir de leur situation : démarche juridiques, suivi psychologique individuel, emploi, formation, etc.».

Source questionnaire en ligne

Quelques villes agissent également sur les inégalités sociales et territoriales de santé en intégrant dans leur programmation CLS la lutte contre les pathologies liées à l'habitat indigne ou des actions sur l'inclusion sociale par l'accès ou le maintien dans le logement.

« Sur la période 2014 à 2016, 309 diagnostics plomb ont été réalisés parmi lesquels 209 se sont avérés positifs soit 68% des cas. Aussi, 495 enfants ont été dépistés dont 19 intoxications au plomb ont été traités ».

Source questionnaire en ligne

En mettant en avant la problématique de l'habitat comme un facteur déterminant de l'état de santé le CLS a renforcé la légitimité des coordonnateurs pour mobiliser des acteurs plus ou moins éloignés du champ sanitaire et la transversalité entre services de la ville.

« L'axe habitat indigne du CLS est co-piloté par le service d'hygiène de la ville. Certes c'est la mission historique de ce service mais nous l'avons repositionné comme une action sur un déterminant de santé ».

Source entretien coordinatrice CLS

« Nous avons travaillé sur la communication auprès des publics (problématiques de logement, sécurité, etc.) et des professionnels (centres de loisirs, institutrices, etc.) soit par la production d'outils ou des actions d'affichage et de communication dans les forums. Dans le cadre des Resad, nous intervenons sur les problématiques de syndrome de Diogène et nous avons développé des fiches de contact pour les gardiens d'immeuble et/ou les bailleurs ».

Source entretiens partenaires

Quelques collectivités ont engagé des actions sur l'urbanisme et l'aménagement du

territoire pour agir sur les conditions de vie des habitants. Si ces démarches sont la preuve d'une approche globale de la santé, ces actions s'adressent à la population générale et ne s'inscrivent pas toujours dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé.

Mobilisation partenariale et approche intersectorielle

La plupart des CLS ont su mobiliser et fédérer dans la durée un certain nombre d'acteurs de tous secteurs au niveau local ce qui constitue aujourd'hui l'un des résultats les plus visibles.

Le contrat local de santé apparaît aujourd'hui comme un outil qui permet, de façon plus ou moins prononcée et efficace selon les territoires et les collectivités, de décroiser les différents champs. De par sa capacité à aborder la santé au travers de l'ensemble des politiques municipales ou intercommunales, le CLS favorise la lutte contre les ISTS. A ce titre, les acteurs rencontrés soulignent que la mise en place effective d'une organisation visant à la complémentarité des interventions sociales, médico-sociales et sanitaires, a permis d'apporter une réponse plus efficace aux besoins repérés.

Pour les différents acteurs et les coordinateurs des CLS interrogés il est important de faire valoir leur dimension multi-partenariale, de mieux articuler ce qui existait déjà et de développer de nouvelles passerelles dans le but d'agir sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé.

Cette volonté affichée et partagée a poussé les CLS à améliorer leur visibilité non seulement à l'échelle du territoire, pour l'ensemble des secteurs, mais également au sein des services de leur collectivité.

« Le CLS nous a donné une « boussole » lorsqu'il s'agit de travailler sur la santé, il a renforcé le maillage local et facilite les parcours. Il permet une rencontre entre les services prescripteurs d'aides et des services qui agissent dans la proximité des habitants. Le fait d'aborder la santé au sens large du terme (bien-être) avec une approche transversale fait que l'ensemble des acteurs se sentent concernés. Cela est vrai pour les habitants aussi ».

Source entretiens partenaires

« Une commission extramunicipale santé a été mise en place, elle réunit l'élue à la sécurité, l'élue à l'éducation populaire, l'élue au sport, l'élue à l'enfance, l'élue à la santé avec tous les professionnels de santé, les partenaires, etc. On était à peu près une quarantaine ».

Source questionnaire en ligne

« Le CLS est venu structurer, conforter, renforcer le plan d'actions au niveau local même si les acteurs institutionnels étaient déjà là avec l'ASV. Il a permis d'impulser une nouvelle dynamique ».

Source questionnaire en ligne

Concernant le développement de l'intersectorialité dans le champ sanitaire, la plupart des CLS précisent avoir mobilisé sur des projets communs des acteurs peu ou pas engagés jusque-là. Sont plus particulièrement cités : le secteur de la psychiatrie (CMP, EMPP, RESAD, ...); les groupements hospitaliers présents sur les territoires des CLS; le secteur ambulatoire (Maison de santé, Maison du diabète, Réseaux, ...); la CPAM; etc.

Ceci s'est traduit par la formalisation de protocoles ou de conventions, plus particulièrement avec les établissements hospitaliers et les CPAM. Il s'agit d'une étape importante qui implique d'avoir une vision partagée de la santé, des déterminants et des objectifs à atteindre ce qui, pour de nombreux acteurs, est déjà un premier résultat à ne pas sous-estimer.

« Le CLS a pu assoir sa légitimité auprès de nombreux acteurs ».

Source entretiens partenaires

Les résultats les plus visibles se traduisent par la mise en place effective de consultations avancées, d'interventions de PH hors les murs, d'ouverture de CS, MSPD, etc. Cet ensemble d'actions a contribué à renforcer l'offre sur certains territoires et a contribué à améliorer l'interconnaissance entre acteurs.

« L'ouverture de consultations hors les murs au quartier XXX trois ½ journées/semaine a permis l'accessibilité aux soins d'une partie de la population de ce quartier éloigné du centre-ville ».

Source entretiens partenaires

« Le CLS a notamment permis un renforcement de partenariat avec l'Hôpital XX qui se positionne comme cosignataire du CLS. Des staffs ont été mis en place avec les CMS notamment en gynéco obstétrique et l'Hôpital délègue des référents sur différents groupes de travail ».

Source questionnaire en ligne

« Un partenariat a été formalisé avec l'hôpital XX pour la mise à disposition d'une orthophoniste (54h/mois) ce qui permet aux habitants de ne pas attendre des mois avant de pouvoir disposer d'un rendez-vous ».

Source entretiens coordonnatrices

Ces actions ont donné les moyens à chacune des parties prenantes d'orienter plus efficacement les publics et de mettre en place des interventions qui répondent au plus près aux besoins des populations.

« S'il n'y avait pas ce dispositif de partenariat avec le secteur de la psychiatrie et cette psychologue qui intervient dans nos murs, beaucoup de jeunes n'iraient pas consulter car ils ne sauraient pas où aller, ne franchiraient pas le cap de la crainte, et en cas de refus ne pourraient pas le supporter ».

Source entretiens partenaires

Cette dynamique est facilitée par le fait de disposer sur son territoire d'un CLSM et/ ou d'un atelier santé ville. Le CLSM favorise le développement et la coordination des actions avec le secteur de la psychiatrie, et l'ASV permet à la fois d'intégrer plus aisément les enjeux de la politique de la ville et de s'appuyer sur les nombreux réseaux déjà en place. Il représente également un levier important pour engager une démarche participative avec les habitants.

« L'ASV a une bonne connaissance des quartiers en politique de la ville et des acteurs, notamment des associations. Il a aussi, de par son travail de proximité avec les habitants et la mobilisation des conseils de citoyens, plus de facilités à repérer et appréhender les inégalités sociales et territoriales de santé. De plus, les rencontres régulières qu'il organise avec les promoteurs de projet de santé intervenant sur le territoire du contrat de ville, permettent de mobiliser plus rapidement les opérateurs au regard des besoins ».

Source questionnaire en ligne

« L'ASV a pris en charge toutes les actions en direction des publics les plus vulnérables, avec un suivi plus précis. De plus il permet d'assurer le partenariat avec tous les petits acteurs associatifs ».

Source questionnaire en ligne

Cette volonté à rassembler une grande variété d'acteurs issus d'autres secteurs que la santé tels que l'éducation, l'environnement et l'urbanisme est clairement engagée par de nombreux CLS.

« On a réussi au travers de ce CLS à faire s'impliquer davantage les services de l'éducation nationale. Notamment l'infirmière conseillère technique du département qui maintenant vient dans les démarches CLS, a compris l'intérêt. Ça n'allait pas de soi au départ ».

Source questionnaire en ligne

« Dans le cadre des programmes de réussite éducative, on travaille en lien étroit avec l'éducation nationale et plus particulièrement les proviseurs, les CPE, l'infirmière scolaire,... ».

Source questionnaire en ligne

« Nous sommes copilotes des fiches actions sur la qualité de l'air intérieur et extérieur du PCEAT de XXX avec l'Agenda 21, ce qui nous permet d'établir des liens entre la santé et d'autres déterminants ».

Source questionnaire en ligne

Toutefois, même si l'intersectorialité apparaît nettement développée avec ces différents secteurs, un temps de maturité est nécessaire. Ce constat est notamment vrai avec le secteur de l'urbanisme. En effet, la plupart des CLS pointent qu'il reste du chemin à parcourir avec le secteur de l'urbanisme pour que les considérations de santé publique soient prises en compte dans les documents de planification urbaine et les projets d'aménagement.

Néanmoins, pour quelques CLS les lignes bougent positivement, ils commencent à être présents dans des groupes techniques dans le cadre de projet d'aménagement et de développement durable (PADD), de programme national de renouvellement urbain (PNRU), de plan local d'urbanisme (PLU), de développement de projets immobiliers.

« Le CLS a permis la mise en place d'axes santé dans le plan d'aménagement et de développement durable (PADD). Une approche santé et urbanisme est initiée également dans le cadre du projet santé sport ».

Source questionnaire en ligne

« Nous sommes de plus en plus interpellés pour donner un avis d'expert,... ».

Source entretiens partenaires

Les CLS dans leur majorité ne partent pas d'une situation totalement désertique, même si leur situation reste hétérogène, car il existe déjà parfois sur leur territoire des dispositifs, actions, programmes portés par d'autres services et/ ou d'autres secteurs. Maintenant, toutes ces interventions ne figurent pas nécessairement dans les fiches actions déclinées par les CLS même si ces derniers s'y associent et développent des passerelles en ce sens. Ceci tient en partie au manque de moyens souvent cité par les équipes, ou au positionnement du coordinateur et du CLS dans l'organigramme municipal.

Participation des habitants

La majorité des acteurs interrogés reconnaissent que les démarches associant les habitants sont insuffisantes et que les conditions nécessaires à une participation effective et de qualité ne sont pas toujours garanties. A titre d'exemple, on peut citer dans le cadre de la mise en œuvre la difficile prise en compte des *asymétries de pouvoir*² entre acteurs.

« En 2013 il y a eu des groupes qui ont été entendu mais en termes de participation c'est très loin de ce que l'on avance ».

Source entretien coordinatrice

« Honnêtement, pour le moment, je ne vois pas les habitants. Par le biais du contrat de ville, les conseils citoyens, c'est quelque chose qu'on sent frémir et qui pourrait être intéressant pour nous. Dans le diagnostic qui avait été fait, il y avait effectivement un diagnostic partagé et certains habitants étaient présents mais c'est peu de personne, c'est peu représentatif et moi je ne les ai pas retrouvés après dans la mise en œuvre, dans la déclinaison des fiches pour le moment ».

Source entretien délégation départementale ARS

Différentes raisons ont été avancées pour expliquer cette situation : manque d'ingénierie et de compétences en participation, ressources financières et humaines limitées, difficultés pour faire émerger et perdurer des dynamiques, faible mobilisation des habitants ou encore l'habitude de travailler uniquement entre professionnels.

Pour de nombreux acteurs, le manque d'impulsion des signataires du CLS à faire émerger les démarches participatives a également été déterminant. A l'évidence, la participation des habitants n'a eu qu'une place secondaire dans la structuration des CLS.

« La politique de la ville est plus structurante pour la participation citoyenne. Mis à part le diagnostic, la population est peu mobilisée dans le cadre du CLS ».

Source entretien coordinatrice

Lorsque des habitants se mobilisent, il s'agit le plus souvent de personnes volontaires déjà habitués à des formes d'engagement citoyen car ils sont, ou ont déjà été, investis dans la vie associative et/ou militante. Malgré des appels à participation largement diffusés, et alors que le débat public semble de plus en plus ouvert, la mobilisation des

²Communication au colloque du GIS Démocratie et Participation "Chercheur.es et acteur.es de la participation, Liaisons dangereuses et relations fructueuses", 29-30 Janvier 2015, Paris

classes populaires, et de manière générale des personnes qui sont les moins engagés dans la gestion de la chose publique mais qui sont porteurs d'autres compétences, reste marginale.

« Il faut améliorer la communication autour des actions. Ce sont toujours les mêmes personnes qui sont intéressées. Il faut aller chercher les gens, repérer leurs besoins et proposer des actions adaptées. Tout le monde n'a pas la possibilité de se déplacer où de se rendre disponible en journée ».

Source focus groupe habitants

« On essaye de mobiliser les habitants à travers les conseils de voisinage ! On a créé des commissions thématiques portant sur l'environnement, le cadre de vie, la santé, entre autre. Malheureusement nous retrouvons de grosses difficultés car une grande partie de la population ne sait pas lire ou ne maîtrise pas le français ».

Source entretien Elu

Si de manière générale les habitants ont été consultés lors de la phase de diagnostic, leur participation aux instances de pilotage du CLS a pratiquement été inexistante. La mobilisation des citoyens a essentiellement été suscitée dans le cadre de la mise en œuvre des actions de prévention.

« Les habitants ne sont pas associés à la programmation du CLS car cela les intéresse peu ... Ce qui marche ce sont les ateliers cuisine sur l'alimentation saine et peu chère Là, on a un potentiel à développer autour de la santé et ils sont réceptifs ».

Source entretien coordinatrice

« Les habitants ne sont pas particulièrement motivés par l'idée de participer aux instances du CLS mais plutôt intéressés par les actions qui peuvent être proposées ou qu'ils souhaiteraient voir proposer. Sur des problématiques concrètes ».

Source entretien coordinatrice

L'analyse des données nous a permis d'identifier différents niveaux de participation en passant de l'habitant bénéficiaire des services où il n'intervient ni sur les choix, ni sur le contenu jusqu'à la participation à l'exécution des actions.

Le premier cas de figure, majoritaire dans les CLS, s'est traduit par la mise en place de conférences, de forums et d'ateliers plaçant l'habitant au rang de spectateur.

Dans d'autres cas, les habitants ont été appelés à participer à la production de supports

de communication ou à donner un avis sur les contenus des actions préalablement définies par les professionnels.

« Lors du forum santé, les visiteurs ont rempli un questionnaire qui a servi à l'évaluation de l'action et dont les remarques ont été prises en compte pour la prochaine édition du forum ».

Source questionnaire en ligne

« On a fait participer les habitants aux supports de communication de certains dispositifs, comme la santé bucco-dentaire et le dépistage du cancer. On a réfléchi ensemble sur les supports de communication qui auraient le plus d'impact, sur les messages à véhiculer et sur la question du langage à utiliser ».

Source entretien coordinatrice

Enfin, quelques actions ont réussies à faire émerger des démarches participatives en plaçant les habitants au rang d'acteurs.

« Les habitants ont mis en place un réseau d'interprètes bénévoles et se sont impliqué dans la traduction de divers outils. Ils prennent en main les ateliers sport-santé quand les éducateurs sportifs sont en vacances, ils ont réalisé le travail de communication et d'accompagnement des nouveaux habitants au sein de la structure et ils animent eux-mêmes les actions menées dans le cadre d'Octobre Rose ».

Source questionnaire en ligne

« Les patients animent eux-mêmes les ateliers cuisine dans le cadre de l'action éducation thérapeutique du patient diabète ».

Source questionnaire en ligne

« On constate le renforcement des compétences psychosociales des habitants et le développement de leur pouvoir d'agir, un des habitants organise depuis quelque temps des ballades sport santé ».

Source questionnaire en ligne

Universalisme proportionné

La littérature précise³ que les interventions qui s'adressent à l'ensemble des personnes indépendamment de leurs niveaux socio-économiques, n'agissent pas sur le gradient des inégalités. Pour y remédier, il est nécessaire de s'adresser à l'ensemble de la population et d'agir sur chaque catégorie de celle-ci selon ses besoins.

Les CLS développent trois types d'approches dans la mise en œuvre de leurs programmes d'actions :

1. Des approches universelles qui s'appliquent à l'ensemble de la population. A titre d'exemples : *des forums santé, des conférences santé, etc.*

Ce type d'actions s'adresse à l'ensemble des habitants de la collectivité, s'appuie parfois sur une communication scientifique et les présentations réalisées et/ ou informations diffusées sont communes à tous les participants. Une telle approche peut favoriser l'accès à l'information des habitants en situation favorable, disposant déjà d'un certain nombre de connaissances et ne pas réussir à améliorer, dans une mesure proportionnelle, l'information des personnes se trouvant dans une situation moins favorable. Elle n'agit pas sur le gradient des inégalités.

2. Des approches ciblées qui visent un groupe, un territoire précis jugé comme prioritaire au regard de l'ensemble de la population.

A titre d'exemple d'action : "Promouvoir le développement psychomoteur du tout petit, qui cible les parents fragilisés, pour des raisons socioéconomiques et/ou psychologiques, résidant dans le quartier XXXX".

Ces démarches présentent quelques limites car comme souligné par un élu interviewé : « *le fait de cibler une catégorie de population dans un quartier précis peut contribuer à la stigmatiser, et parfois même, à soulever des tensions au sein de la collectivité* ». Même si l'approche ciblée présente des avantages en favorisant une prise de conscience particulière pour une catégorie de population considérée comme prioritaire, cela ne permet pas de réduire suffisamment les iniquités en santé au niveau du territoire.

3. Des approches d'universalisme proportionné qui s'adressent à tous, mais avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles, auxquels se heurtent certaines personnes.

A titre d'exemple d'action : "Lutter contre les situations de harcèlement en milieu scolaire. L'ensemble des écoles du territoire communal sont ciblées, mais des actions plus spécifiques et plus adaptées sont mises en œuvre dans les écoles des quartiers XXX au regard des besoins spécifiques des enfants".

On peut noter dans la mise en œuvre de ce type d'intervention qu'un éventail de mesures sont prises pour adapter l'action en fonction du site et des désavantages vécus

³ *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone. Presse EHESP. Avril 2017*

par les enfants. Ainsi, en agissant sur tous les enfants des écoles du territoire de façon proportionnée, on peut supposer que cela participe à la réduction des inégalités.

Autre exemple avec les DO des cancers :

« On a effectivement un dispositif qui fonctionne sur le département avec des invitations qui sont envoyées à l'ensemble des habitants. Mais on se rend bien compte que certaines populations n'ont pas accès au dépistage organisé parce que les convocations ne sont pas claires pour eux ou que ça peut passer pour de la pub. Aussi, on a mis en place des actions spécifiques pour cette thématique avec des associations qui vont au-devant des habitants, notamment sur une partie d'un des quartiers prioritaires de la ville où les gens sont le plus éloignés des dispositifs. On a essayé à chaque fois qu'on le pouvait de penser des actions spécifiques pour les personnes les plus vulnérables ».

Source entretien coordonnateur

L'objectif visant à améliorer l'état de santé de toute la population en atténuant le gradient des inégalités est une démarche complexe. Aussi, on a constaté que de nombreuses actions développées par les CLS se situent plus dans le cadre d'une approche ciblée et/ ou universelle, que dans celui d'une approche d'universalisme proportionnée.

Cependant, on a pu noter que des nuances étaient apportées aux modalités ou contenus des interventions au moment de la mise en œuvre, et ou en cours de programme, sans que cela ne soit toujours clairement formalisé et repris dans les fiches actions ou compte-rendu de réunion (appel à des acteurs non prévus à l'origine, adaptation du mode d'intervention, d'outils, etc.).

« On adapte, on fait une information au tout venant de la commune. Après, quand on cherche à aller faire de la consultation IDE vers des publics plus précaires, on va avoir un mode de communication et des outils qui vont devoir être adaptés. Pour cela on va passer par l'INTERMED, l'épicerie sociale, le CCAS, etc. »

Source questionnaire en ligne

Points clé à retenir

Toujours perfectible, le CLS n'en demeure pas moins un cadre structurant pour mettre en œuvre une démarche de santé territorialisée. La capacité des CLS à promouvoir la transversalité et l'intersectorialité apparaît aujourd'hui comme un élément clé pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et apporter des réponses plus efficaces aux besoins repérés. Dans la plupart des territoires, les CLS ont permis de mieux articuler les actions existantes et de développer de nouveaux partenariats y compris hors secteur de santé.

Il apparaît, de notre point de vue, que le processus de renforcement de la participation des habitants tel que mis en place dans le cadre des CLS jusqu'à présent, ne peut avoir qu'un impact limité sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, la participation des habitants reste parcellaire et ses effets peu mesurés. Pour les coordonnateurs CLS, comme pour leurs partenaires en général, la participation des habitants est un sujet complexe, difficile à appréhender et qui implique un changement de pratique et une mobilisation de ressources qui n'est pas forcément aisée à opérer. La démarche participative a besoin d'être organisée en détail, à la fois pour favoriser les échanges et cadrer la discussion. Ceci nécessite de vrais espaces de délibération et de concertation.

L'action sur le gradient social semble, quant à elle, encore complexe à appréhender et à prendre en compte sur le plan opérationnel. Certains CLS soulignent qu'offrir une intervention à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins, reste difficile à élaborer et à planifier dans un cadre stratégique en l'absence de moyens suffisants et d'appui méthodologique.

Par ailleurs, pour certaines collectivités, l'approche d'universalisme proportionné n'apparaît pas justifiée quand la quasi-totalité de la collectivité est défavorisée. De plus, elle peut s'avérer difficile à développer quand les politiques publiques ciblent dans leurs appels d'offres une population et/ ou un territoire précis.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Le développement d'une approche globale de la santé - La mobilisation d'acteurs et de secteurs peu ou pas mobilisés auparavant - La possibilité de croiser les regards, de s'appuyer sur les compétences des différents acteurs impliqués et d'agir sur les différents déterminants sociaux de la santé; - Les dynamiques développées par le CLSM, l'ASV, le PRE, 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance de données sur les ISTS à l'échelle communale - La faible participation des habitants - La difficulté à mettre en place des actions graduées en fonction des besoins de la population - La difficulté à mesurer l'impact du CLS sur la réduction des iniquités en santé - Le manque de temps et de moyens au niveau local - L'insuffisance de moyens humains dans les DD pour assurer pleinement l'appui et l'animation territoriale
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Le renouvellement des contrats - L'engagement de l'ARS à promouvoir la santé dans les politiques publiques dans le cadre du PRS2 	<ul style="list-style-type: none"> - Essoufflement des partenaires sur sollicités - Environnement social qui se dégrade - Multiplicité des dispositifs sur le territoire - Réduction des dotations d'Etat pour les collectivités - Désengagement de certains partenaires institutionnels

2- Parcours de santé

Question évaluative

Dans quelle mesure les stratégies et actions menées ont-elles permis de construire ou de renforcer à l'échelon local les parcours de santé ?

Critères de jugement retenus

- Accessibilité aux parcours de santé
- Lisibilité des parcours de santé
- Qualité des parcours de santé

Accessibilité aux parcours de santé

Des données de la Cnamts⁴ soulignent que 26,5 % des assurés sociaux ont renoncé à des soins en 2016, pour des motifs financiers, à cause d'une méconnaissance des aides existantes, d'un éloignement géographique ou de problèmes de mobilité. Dans les éléments de constat du plan du gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires⁵, il est précisé : « *qu'environ 8% de la population (5,3 millions de personnes) fait face à une situation de faible accessibilité* ». Les difficultés sont multifformes – *aspects spatiaux/ physiques, économiques, sociaux, culturels, ...*- et les solutions à apporter multiples et variées. Ce qui en complexifie l'analyse des effets⁶.

Afin de répondre à cette problématique les CLS ont mis en œuvre des actions que l'on peut regrouper sous 2 intitulés assez centralisateurs d'une part, **améliorer l'offre de soins**, qui *représente 42%* et d'autre part, **favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins**, qui *représente 44%*.

1. « Améliorer l'offre de soins »

Pour les élus locaux interviewés, l'attention porte principalement sur la problématique de l'offre de soins et l'organisation de la présence de professionnels de santé sur leur territoire. En effet, l'effectif de médecins libéraux est en constante diminution et l'Ile-de-France est la région qui a perdu le plus de médecins généralistes entre 2016 et 2017⁷, notamment en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis. Pour y répondre, ils se mobilisent et développent un certain nombre d'initiatives visant à renforcer l'offre de soins au regard des besoins identifiés.

Les avancées mises en avant par les CLS se traduisent par la mise en place de nouvelles permanences de soins ambulatoires, le renforcement de centre polyvalent de santé, de

⁴ Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 CPAM – ODENORE Juin 2016

⁵ Ministère des solidarités et de la santé <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-du-plan-gouvernemental-d-acces-territorial-aux-soins>

⁶ Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ? Accès aux soins – DREES Mai 2017

⁷ Les déserts médicaux en Ile-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'actions ? ORS Ile-de-France- Mars 2018

maison médicale de garde ou de réseaux, la création de MSP ou extension de MSP-U, la mise en place de CLSM, etc.

« On a procédé à l'ouverture d'une nouvelle structure – Fabrique de santé – qui permet l'accès à l'assurance maladie, aux consultations et dispose d'espaces café-santé, sport, jardin...dans un quartier déserté par les professionnels du soin. Proposer de nombreux rendez-vous, toujours dans l'écoute et la convivialité, c'est aussi nouer des liens, rompre l'isolement ! ».

Source questionnaire en ligne

On note également les efforts engagés par certains CLS pour favoriser le développement de consultations par des équipes mobiles sur des quartiers dépourvus de médecins généralistes ou de spécialistes.

« Afin de répondre aux besoins, on a développé et mis en place une équipe mobile de gynécologues pour des consultations en direction des femmes en quartier politique de la ville ».

Source questionnaire en ligne

« Nous avons développé un partenariat avec le centre hospitalier afin de mettre en place des consultations avancées et renforcer l'offre sur notre territoire ».

Source questionnaire en ligne

2. « Favoriser l'accès aux droits à la prévention et aux soins »

Les actions engagées par les CLS en termes d'amélioration de l'offre ont été complétées par des interventions visant à répondre aux difficultés liées à l'isolement géographique, la méconnaissance du système de santé (*notamment sur l'ouverture des droits*), la barrière de la langue française ou du numérique. Au sujet de ce dernier point, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁸ reconnaît l'importance de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique dans l'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé.

Les CLS ont mis en place des actions qui visent d'une part à garantir l'accès à l'ouverture des droits et d'autre part à favoriser l'accès effectif à la prévention et au système de santé.

Pour garantir l'accès à l'ouverture des droits, et lutter contre le renoncement aux soins, certains CLS développent des actions d'information et de sensibilisation en direction des habitants, mais également des professionnels de première ligne. Le partenariat qu'ils

⁸ Article L1110-13 du code de la santé publique créé par la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 90

développent avec les CPAM et les mutuelles au travers d'un conventionnement et/ ou d'actions *d'aller vers* permet de débloquent les situations les plus complexes, d'accélérer l'ouverture des droits et dans certains cas de favoriser l'extension du tiers payant. Ces initiatives permettent ainsi aux personnes les plus fragilisées, de comprendre ce à quoi elles ont droit et d'engager les démarches nécessaires pour sortir de leur situation.

En termes de résultats, le développement d'un partenariat opérationnel avec les CPAM s'est traduit pour plus d'un CLS sur deux, par une réduction des délais d'ouverture des droits de 3 mois minimum à 1 mois.

« Nous avons mis en place une permanence administrative d'accès aux droits afin d'accélérer les démarches administratives et de réduire le temps d'ouverture des droits ».

Source questionnaire en ligne- Bobigny

« Depuis 2015, un dispositif permettant l'accès à une complémentaire santé a été déployé, il est animé localement auprès des habitants et il inclut une information personnalisée et la possibilité pour les personnes éligibles à l'aide au paiement d'une complémentaire santé d'en bénéficier par ce biais ».

Source questionnaire en ligne

Ces actions sont assez souvent complétées par des mesures d'accompagnement avec : l'ISM interprétariat pour accompagner vers la prise en charge de soins adaptés des personnes ne maîtrisant pas le français; des associations comme AURORE, MDM, ... pour accueillir dans les structures de la ville des personnes migrantes ; etc.

« L'engagement des professionnels dans la prise en compte des besoins des personnes, surtout quand elles ne parlent pas la langue, peut être inégal, sans qu'il s'agisse de discrimination, parce que cela leur demande plus de temps, plus d'investissement. Besoin donc de soutiens et de ressources pour intégrer cet élément et éviter qu'il ne se convertisse en inégalité de traitement ».

Source documents CLS

L'accès à l'offre de prévention est peu mis en avant dans les réponses apportées par les CLS à la question sur les parcours, mais elle est bel et bien présente dans les programmes mis en œuvre. Elle se positionne en amont de l'accès aux soins et correspond à une première phase d'actions de sensibilisation, de repérage et/ou de dépistage, suivie d'une seconde phase d'orientation et d'accompagnement lorsque cela s'avère nécessaire.

« On organise une séance de sensibilisation sur la santé globale aux publics les plus éloignés du système de soins, puis on propose des bilans de santé en lien avec un centre d'examen de la CPAM. Les bilans de santé sont organisés collectivement – ½ journée/mois – et les publics bénéficient d'un accompagnement physique pour être bien sûr qu'ils y participeront. A l'issue des bilans, et selon les résultats, des

orientations sont préconisées par le médecin du centre. Si nécessaire un accompagnement est organisé ».

Source questionnaire en ligne

Lisibilité des parcours de santé

Les données nous ont permis de constater une forte mobilisation des acteurs pour atteindre les publics les plus éloignés de toute source d'information. En effet, les actions de diffusion grand public (annuaire santé, bulletin de la ville, site web et réseaux sociaux, etc.) sont, à quelques exceptions près, couplées avec des actions « d'aller-vers » en s'appuyant sur des structures de proximité.

« L'information est relayée par le service communication de la Ville et des structures proximité (BIJ, centres sociaux, maisons de quartiers, maison Bleue...). Nous sommes confrontés à des difficultés persistantes pour certaines populations qui ne lisent pas et sont uniquement dans l'oralité ».

Source questionnaire en ligne

Les évolutions constatées concernent plutôt les professionnels impliqués dans la démarche et sont étroitement liées aux efforts de transversalité et d'intersectorialité promus dans le cadre des CLS. L'amélioration des interactions ville-hôpital-professionnels et la mise en réseau des professionnels du social/ médical et médico-social ont augmenté la lisibilité des parcours.

« Les actions du CLS sont un réel lieu de mobilisation des partenariats et d'instauration de dynamiques communes en réponse aux besoins des habitants. A travers les groupes de travail mis en œuvre, les partenaires ont l'opportunité de mieux connaître les différents acteurs du territoire et les actions mise en œuvre par chacun. Cela permet une meilleure information aux habitants d'une part et une meilleure articulation des actions d'autre part ».

Source questionnaire en ligne

« La mobilisation des acteurs de proximité et des partenaires de différents secteurs (santé, social, médicosocial, etc.) a permis une meilleure information des habitants quant aux structures et dispositifs existants » « La mobilisation régulière des partenaires est essentielle pour la bonne circulation de l'information ».

Source questionnaire en ligne

« Le CLSM, créé dans le cadre du CLS, a indéniablement augmenté la lisibilité du parcours de soins en santé mentale ».

Source questionnaire en ligne

Des initiatives portées directement par les élus ont également été recensées. Elles ont permis une meilleure connaissance des professionnels, de leurs missions et de renforcer les complémentarités dans les prises en charge apportées.

« Le club des acteurs de santé, c'est le projet du Maire. Il convie l'ensemble des acteurs de santé : médecins généraliste, kiné, infirmières, etc. L'objectif est d'améliorer la lisibilité des actions du territoire et de mettre en lien les professionnels. C'est un lieu d'échange entre leaders, c'est politique ! Il y a une grande assistance. La première année il y a eu une présentation du CLS et du projet de fusion du centre hospitalier. Cette année ils ont présenté le projet de sport sur ordonnance et le futur centre de santé. Cette initiative favorise un bien meilleur dialogue entre le CH et les médecins de ville. C'est positif ! ».

Source entretien délégation DD ARS

Qualité des parcours de santé

L'amélioration de la qualité des parcours de santé se traduit par une meilleure coordination des acteurs aux interfaces des différents segments de l'offre de soins (ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social). Comme l'illustrent les verbatim ci-dessous, une multiplicité d'initiatives ont été mises en œuvre dans le cadre des CLS pour répondre à cet enjeux.

« Une plateforme coordonnée de soins a été mise en place pour faciliter le parcours de santé de patients diabétiques. Depuis 2016 nous proposons 1 demi-journée par semaine de soins coordonnés : électrocardiogramme, rétinographie, bilan sanguin, bilan pédicurie, éducation thérapeutique ».

Source questionnaire en ligne

Certains CLS ont travaillé au repérage des points de rupture que peuvent connaître les populations, notamment les plus fragiles. Par exemple, la difficulté à obtenir un rendez-vous avec un spécialiste peut très vite conduire à un arrêt des traitements. De même, lors du retour d'un patient à son domicile, un manque de coordination entre les secteurs sanitaire et social peut vite déboucher sur une ré-hospitalisation. D'où la volonté affirmée de mieux se coordonner entre acteurs et de limiter autant que possible ces points de rupture.

« Nous avons une convention tripartite ARS/ l'hôpital/ CLSM. Nous avons rencontré la direction de l'hôpital pour structurer une coopération renforcée. Nous avons signé une convention cadre ayant comme axe de travail une réflexion sur l'accès aux urgences, transmission de l'information, formation professionnelle, etc. ».

Source entretien coordonnateur CLS

« Il y a eu une amélioration de la prise en charge des femmes enceintes et des enfants prématurés par un maillage entre les 5 centres de PMI, l'hôpital et la ville. Mise en place d'une fiche de liaison entre le service néonatalogie de l'hôpital et le centre de PMI référent (20 orientations du CH vers PMI) ».

Source entretien coordonnateur CLS

Points clé à retenir

Comme souligné dans le rapport d'évaluation de processus, un CLS sur deux seulement a réalisé une analyse des parcours de santé sur son territoire au cours de la phase de diagnostic et peu disposent d'indicateurs permettant de mesurer les avancées produites. La notion de parcours n'était initialement pas affichée comme étant l'un des enjeux des CLS. De fait, la planification puis la mise en œuvre des actions n'ont pas été totalement pensées et formalisées dans une démarche globale visant à répondre à l'objectif général d'amélioration des parcours de santé. Ainsi, de nombreuses actions ont été rattachées à cet enjeu, à posteriori, car elles répondent néanmoins à cette logique.

Pour les élus et les équipes rencontrés l'enjeu « parcours » est complexe à appréhender car le paysage est très encombré et les acteurs très sollicités. De nombreux acteurs et ou dispositifs poursuivent une partie des mêmes objectifs, se superposent parfois et interviennent partiellement ou totalement sur les territoires des CLS sans toutefois toujours se coordonner (les CPTS sur des périmètres non réglementés – territoires de taille et de configuration différentes ; les PTA en cohérence avec les CPTS ; les MAIA dont les territoires sont infra départementaux ; les maisons de santé pluri-professionnelles sur des micro-territoires ; les GHT ; ...).

Ces difficultés n'ont cependant pas empêché une part de CLS de réfléchir à des pistes d'amélioration des parcours de santé les plus à même de répondre aux besoins de leur population.

Ceci s'est traduit par la mise en place de mesures visant, plus particulièrement, à aborder la problématique des parcours de santé au travers : du renforcement de l'accessibilité aux droits, à la prévention et aux soins; de l'amélioration de la lisibilité de l'offre et de la qualité et de la sécurité des parcours (amélioration des prises en charge, de la coordination ville/hôpital/ville, etc.).

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - La formalisation des coopérations par le développement de conventions et/ ou protocoles de partenariat avec les CPAM, les CH ou établissements présents sur le territoire - La meilleure coordination ville/hôpital/ville - Le portage politique par les élus 	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence ou l'insuffisance d'analyse des parcours sur le territoire et d'un dispositif d'évaluation des effets produits - L'absence de stratégie globale - Les difficultés à impliquer les professionnels de santé libéraux - L'offre de prévention et de soins insuffisantes sur certains territoires - L'insuffisance de moyens humains des équipes DD pour assurer pleinement l'appui et l'animation territoriale
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - L'engagement de l'ARS à améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires dans le cadre du PRS2. - Le prochain découpage des zonages déficitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - La superposition des dispositifs - La baisse des effectifs de médecins généralistes (notamment dans le 77 et 93)

Conclusion

Comme souligné à plusieurs reprises dans le rapport, l'analyse des résultats produits par les CLS sur la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration des parcours de santé est délicate à apprécier. Néanmoins, les éléments recueillis au travers des questionnaires et entretiens confrontés aux données de la littérature laissent présager d'un certain nombre d'effets positifs.

Le premier d'entre eux porte sur la capacité des CLS à mobiliser et fédérer les différentes parties prenantes autour d'un projet territorialisé de santé. Les résultats indiquent une augmentation significative de collaborations entre acteurs de secteurs d'activité variés et une meilleure transversalité entre les services de la ville. En positionnant les inégalités sociales et territoriales de santé comme un enjeu central, le CLS a favorisé l'émergence de réponses globales en lieu et place d'une organisation en tuyau d'orgue.

Deuxièmement, les CLS ont permis d'apporter un éventail de solutions à la problématique d'accès à la prévention et aux soins en agissant tant sur l'organisation de l'offre et l'accompagnement des personnes, qu'en accentuant les actions de coordination et de concertation entre professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux. Le CLS apparaît comme un facilitateur de parcours de santé qui permet dans certains cas de lutter contre la fragmentation des réponses, le cloisonnement des dispositifs et la dispersion des actions et des services.

Pour autant, la démarche CLS présente quelques faiblesses. Dans la mise en œuvre, professionnels et élus cherchent encore leurs marques sur la façon de concevoir et piloter les actions visant la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, certaines stratégies recommandées sont difficiles à mettre en œuvre et d'autres dimensions liées au contexte politique et socio-économique tendent à accroître les disparités. Par ailleurs, les plans d'actions ne s'inscrivent pas toujours dans une stratégie globale de parcours santé issue d'une réflexion conjointe menée avec l'ensemble des acteurs. Cela produit des montages imparfaits qui viennent se juxtaposer à des dispositifs existants, sur-sollicitent les acteurs déjà investis, peinent à rallier les libéraux, les habitants et au final nuisent à la lisibilité et à l'efficacité des parcours. De plus, l'insuffisance de moyens tant au niveau des collectivités, que des DD ARS, ne permet pas d'accompagner méthodologiquement et dans la durée le processus et/ ou de corriger les écarts constatés.

Recommandations

Sur la base des résultats et des recommandations présentées dans le premier rapport consacré au processus (ARS – Octobre 2017), quatre préconisations peuvent-être proposées pour développer et renforcer la dynamique CLS sur les territoires.

Ces recommandations visent à :

- ⇒ Encourager l'inscription des dispositifs et initiatives locales du CLS dans une stratégie formalisée de parcours de santé ;
- ⇒ Favoriser l'articulation avec le déploiement des CPTS et la mise en œuvre de leurs missions prioritaires ;
- ⇒ Renforcer et accompagner méthodologiquement les équipes CLS et les groupes départementaux ;
- ⇒ Inscrire la participation des habitants comme un objectif fort du CLS.

PRECONISATION N°1
"ENCOURAGER L'INSCRIPTION DES DISPOSITIFS ET INITIATIVES LOCALES DU CLS DANS UNE STRATEGIE FORMALISEE DE PARCOURS DE SANTE"
Objectifs opérationnels pour y parvenir
<ul style="list-style-type: none">• Mettre en cohérence et en synergie les dispositifs locaux existants• Encourager et développer la transversalité et l'intersectorialité en interne et en externe ; favoriser le partage d'une culture commune• Repérer et élaborer localement dans une démarche partenariale concertée des stratégies visant à limiter les points de rupture des parcours de santé

PRECONISATION N°2

" FAVORISER L'ARTICULATION AVEC LE DEPLOIEMENT DES CPTS ET LA MISE EN ŒUVRE DE LEURS MISSIONS PRIORITAIRES "

Objectifs opérationnels pour y parvenir

-
- Encourager la participation de représentants des CPTS aux instances de pilotage des CLS, et vice versa (viser la définition d'objectifs mutuellement bénéfiques)
- Etre un élément facilitateur d'élaboration des CPTS, notamment pour l'élaboration et la mise en œuvre de leur mission (partage d'éléments de diagnostic, capitalisation sur les dynamiques partenariales existantes)
- Assurer au niveau local la complémentarité des dispositifs afin d'agir sur les facteurs d'inégalités et de continuité des prises en charge

PRECONISATION N°3

" RENFORCER ET ACCOMPAGNER METHODOLOGIQUEMENT LES EQUIPES CLS ET LES GROUPES DEPARTEMENTAUX "

Objectifs opérationnels pour y parvenir

- Améliorer la visibilité des actions menées dans les CLS au niveau régional
- Développer un SI afin de renforcer la conduite de la mise en œuvre des CLS et leur suivi-évaluation
- Dynamiser l'accompagnement des coordinateurs
- Mutualiser les pratiques, le partage de connaissances et d'expériences - favoriser la mise en réseau des coordinateurs et les espaces d'échanges
- Favoriser la montée en compétences des coordinateurs et équipes rapprochées sur des thématiques à fort enjeux (Démarche participative/ Parcours de santé)

PRECONISATION N°4

" INSCRIRE LA PARTICIPATION DES HABITANTS COMME UN OBJECTIF FORT DU CLS "

Objectifs opérationnels pour y parvenir

- Formaliser un axe stratégique dans les contrats locaux et des modalités de participation dans les fiches action
- Prévoir et développer les conditions favorable à la mise en œuvre effective de la participation aux différentes étapes du cycle de vie du CLS (Diagnostic/ Planification/ Mise en œuvre/ Evaluation)
- Favoriser la mise en place d'espaces d'échanges et de montée en compétences

Annexes

Annexe 1 : liste des villes prise en compte pour l'analyse

Aubervilliers

Bobigny

Bondy

Bonneuil-sur-Marne

CA Saint-Quentin-en-Yvelines

Cergy

Clichy-sous-Bois

Corbeil-Essonnes

Coulommiers

Créteil

CU Grand Paris Seine et Oise

Epinay-sur-Seine

Eragny

Fontenay-sous-Bois

Ivry-sur-Seine

Montreuil

Nemours

Pantin

Pierrefitte-sur-Seine

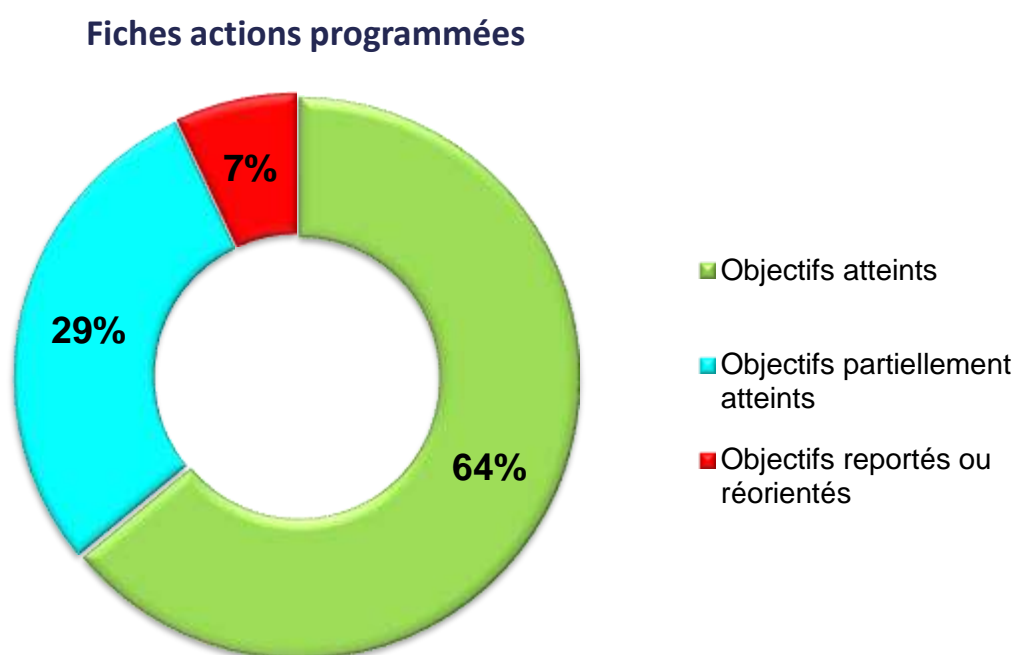
Poissy

Saint-Ouen

Annexe 2 : données extraites du questionnaire en ligne

Un questionnaire en ligne a été adressé, entre mai et septembre 2017, aux **25 CLS** ayant déclaré avoir procédé à la mesure de leurs objectifs lors de la première phase d'évaluation de processus menée en 2016. **21** Questionnaires complétés ont été retournés dans les délais et analysés par l'équipe d'évaluation. Il était demandé aux coordinateurs, en amont de la saisie du questionnaire, de partager les éléments de réponses avec un maximum d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre de leur CLS. Figurent dans cette annexe les données non reprises dans le rapport.

1. Combien de fiches actions ont atteint leurs objectifs ?



**Réalisé sur la base de 492 FA programmées*

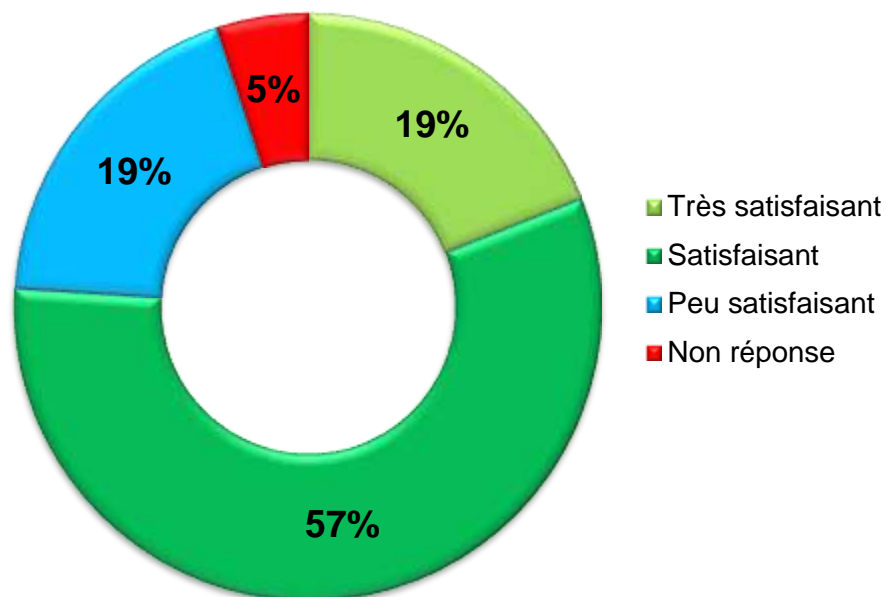
- **7%** des fiches actions ont été soit reportées ou réorientées. Les coordinateurs CLS précisent que ceci est dû en grande partie : à l'évolution de priorités municipales ; au manque de moyens humains, financiers ; à l'absence de partenaires pour conduire l'action ; etc.

FREINS	LEVIERS
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de RH et de financements (notamment pluriannuel ...); - Mobilisation des libéraux ; - Implication de certains partenaires (EN; PMI; ...), irrégularité de leur participation; - Réorientations des politiques; - Difficultés à structurer l'évaluation; - Le partage de données; - Atteindre les publics invisibles; - Animation de groupes de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens humains notamment la coordination; - Une offre sur le territoire; - Existence d'un ancrage associatif/ Un bon réseau; - L'implication des acteurs (notamment santé)/ La dynamique partenariale ; - Une culture commune; - Un intérêt commun; - L'inscription des habitants dans la dynamique du CLS; - Une bonne définition des FA et objectifs au regard des besoins; - L'intersectorialité et la transversalité; - La dynamique des services de la ville.

2. Le CLS a-t-il permis la mobilisation de nouveaux partenariats ?

a. Au sein du champ sanitaire ?

Mobilisation d'acteurs du champ sanitaire

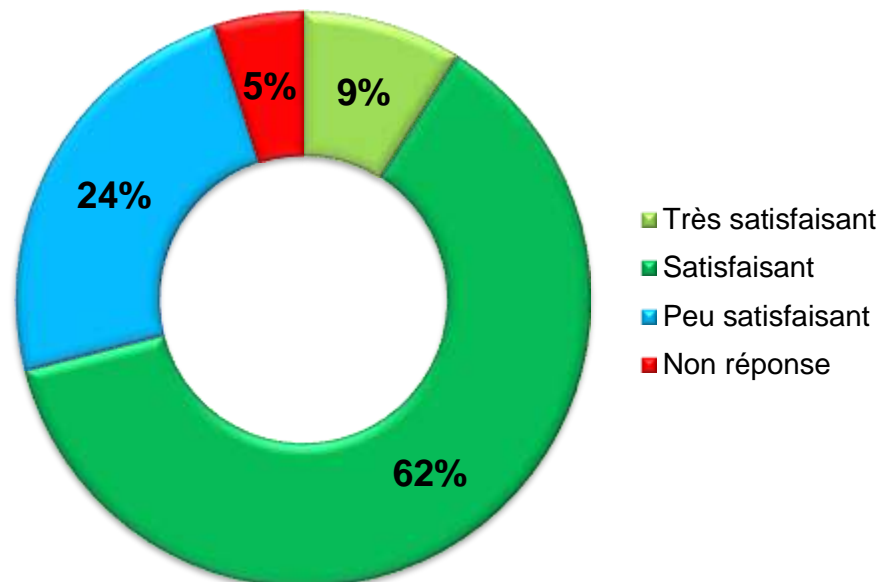


⇒ Quels effets cela a-t-il induits ?

Cela a favorisé : l'amélioration du parcours des patients; la mise en œuvre de co-pilotage de RESAD; la structuration de réseaux pour ados; l'amélioration du partenariat avec les professionnels de santé hospitalier et ambulatoire; une meilleure articulation et inter connaissance avec les acteurs du territoire; la co-construction de projets; la mise en place de consultations avancées; l'amélioration de l'accès aux soins ; etc.

b. Dans d'autres secteurs d'intervention (*social, médico-social, urbanisme, ...*) ?

Mobilisation d'acteurs d'autres secteurs d'intervention



⇒ Quels effets cela a-t-il induits ?

- Cela a : renforcé la légitimité du CLS ("nous sommes de + en + interpellés soit pour donner un avis d'expert, soit pour co-piloter un projet, ...") et une meilleure lisibilité des acteurs présents sur le territoire; amélioré la transversalité entre services de la collectivité ce qui facilite le travail au quotidien des équipes; renforcé l'intersectorialité (le CLS intervient sur de nouvelles thématiques comme santé-environnement/ Urbanisme-santé); permis d'augmenter le nombre d'actions coordonnées;

Annexe 2 : grilles d'entretien

Grille d'entretien – coordination CLS

- **Présentation de l'enquête :**

En réponse à des demandes exprimées sur le terrain et afin de nourrir la stratégie régionale de déploiement des CLS dans le cadre du futur PRS, l'ARS a souhaité s'engager dans une nouvelle démarche évaluative en 2016.

Centrée sur deux enjeux principaux - la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'amélioration des parcours de santé, cette évaluation s'est intéressée en 2016 aux processus à l'œuvre dans les CLS et en 2017 à l'analyse des effets produits.

Deux méthodes d'enquête sont mobilisées dans le cadre de cette seconde phase : la diffusion d'un questionnaire en ligne à destination d'une vingtaine de coordinateurs CLS et la conduite de trois enquêtes qualitatives sur des sites d'Ile-de-France dotés de caractéristiques différentes (localisation géographique, historique santé...) : Grigny (91), Tremblay-en-France (93) et Montereau (77).

L'objectif des enquêtes qualitatives est d'approfondir l'analyse de certains éléments liés à l'évaluation du processus et de recueillir des données sur les effets des CLS analysés.

Pour ce faire, l'équipe projet en charge de l'évaluation s'appuiera sur deux sources de données : des données documentaires (contrat, diagnostic, organigramme...) et des données perçues recueillies auprès de quelques acteurs impliqués dans la démarche CLS.

Sur chacun des sites, une rencontre sera organisée avec la collectivité et la délégation départementale pour définir les modalités de mise en œuvre de l'enquête (acteurs à interroger, calendrier...).

- **Présentation de/des interviewés**

- Pouvez-vous nous présenter dans les grandes lignes vos fonctions actuelles et votre rôle par rapport au CLS ?

- **Description du contexte d'intervention**

- Pouvez-vous nous décrire de manière synthétique le contexte politique et organisationnel dans lequel le CLS est mis en œuvre ? (pilotage politique : place des élus... ; organisation du travail (pilotage technique, mise en œuvre...).

- **Atteinte des objectifs des axes stratégiques (efficacité)**

- Pouvez-vous nous parler des principaux résultats obtenus? (*évoquer les seuls axes pour lesquels des avancées concrètes sont constatées*)

- **Contribution à la réduction des ISTS**

- Selon vous, le CLS a-t-il contribué à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? Si oui, précisez (des exemples ?). Si non, précisez....
- Quelle est la plus-value apportée par le CLS en termes de partenariat et d'intersectorialité ?
 - au sein du champ sanitaire (de nouveaux partenariats ? lesquels ? sur quel champ d'intervention ? Et quels effets cela a-t-il induits ?)
 - et dans d'autres secteurs d'intervention (social, urbanisme, logement, médico-social etc.) (De nouveaux partenariats ? lesquels ? sur quel champ d'intervention ? et quels effets cela a-t-il induits ?)
- Vous affichez une préoccupation forte pour développer la démarche participative (axe stratégique dédié + évocation à plusieurs reprises dans fiches action), quelle stratégie avez-vous mis en œuvre sur ce champ ?
- En cas de participation des habitants, quels en ont été les effets constatés (prévus ou non prévus) ?
- Selon vous, sur quels types de déterminants estimez-vous avoir obtenu des résultats concrets ? (mode de vie, environnement social, système de soins, conditions de vie, contexte éco et pol) ?
- Les actions du CLS sont-elles graduées en fonction des besoins des publics ?
- Si oui, pouvez-vous nous dire comment ce principe a été mis en œuvre dans votre démarche ?

- **Contribution à l'amélioration des parcours de santé**

- Quelle est la plus-value apportée par les CLS à l'amélioration des parcours de santé pour la population et les professionnels ?
 - en termes d'accessibilité (géographique /culturelle/ financière/ administrative/liée à l'offre) ?
 - en termes de lisibilité (information des habitants et des professionnels) ?
 - concernant la qualité (sécurité du parcours/amélioration des prises en charge/ coordination ville/Hôpital/ville) ?

- **Apports des autres démarches territoriales**

- Vous êtes en configuration CLS/ASV/CLSM :
 - quelle est la plus-value apportée par le CLSM ?
 - quelle a été la plus-value apportée par l'ASV ?

- **Analyse des freins et des leviers**

- Globalement, pouvez-vous me/nous dire quels ont été les facteurs bloquant ou facilitant l'atteinte des objectifs stratégiques du CLS ?

Grille d'entretien – DD ARS

- **Présentation de l'enquête**

 - **Description du contexte d'intervention**
 - Dans quel contexte s'est déroulée la signature des CLS de votre département ? *(Globalement : CT était-elle demandeuse ? CT déjà engagée dans une politique de santé ? comment-ont été définis les axes stratégiques des CLS ? Quel est votre avis sur la cohérence, l'opportunité des axes et actions retenues ? Quel est le degré de participation de la DD ?)*

 - **Atteinte des objectifs visés (efficacité)**
 - Pouvez-vous nous décrire les principaux résultats produits par les CLS ? *(objectifs stratégiques pour lesquels des avancées concrètes ont été constatées)*

 - **Contribution à la réduction des ISTS**
 - Selon vous, les programmations mises en place ont-elles permis de répondre aux ISTS repérées ?
 - Quelle est la plus-value apportée par les CLS en termes de **partenariat et d'intersectorialité** ?
 - au sein du champ sanitaire (de nouveaux partenariats ? lesquels ? sur quel champ d'intervention ? Et quels effets cela a-t-il induits ?)
 - et dans d'autres secteurs d'intervention (social, urbanisme, logement, médico-social etc.) (de nouveaux partenariats ? lesquels ? sur quel champ d'intervention ? et quels effets cela a-t-il induits ?)
 - À votre niveau, avez-vous constaté des évolutions sur la participation des habitants ? Des démarches à retenir ?
 - Selon vous, sur quels types de **déterminants** estimez-vous que les CLS ont obtenu des résultats concrets ? (mode de vie, environnement social, système de soins, conditions de vie, contexte économique et politique ?)
 - Les actions des CLS sont-elles selon vous **graduées en fonction des besoins** des publics ? Si oui, pouvez-vous nous dire comment ce principe a été mis en œuvre dans les CLS que vous suivez ?
-

- **Contribution à l'amélioration des parcours de santé**

- Selon vous, quelle est la plus-value apportée par les CLS à l'amélioration des parcours de santé pour la population et les professionnels ?
 - en termes d'accessibilité ?
 - en termes de lisibilité ?
 - concernant la qualité ?

- **Apports des autres démarches territoriales :**

En configuration CLS/ASV/CLSM :

- quelle est d'après-vous la plus-value apportée par le CLSM?
- quelle est la plus-value apportée par l'ASV ?

- **Analyse des freins et des leviers**

Globalement, pouvez-vous nous dire quels ont été les facteurs bloquant ou facilitant l'atteinte des objectifs stratégiques des CLS que vous suivez ?

Avez-vous des compléments d'information à ajouter sur les effets des CLS ?

Grille Focus-groupe – Habitants

Tour de table

Présentation de la démarche

Rappeler le caractère confidentiel des discussions

Introduction à la discussion ...

Que représente la santé pour vous ? Quels sont pour vous les thèmes prioritaires en santé sur lesquels il faudrait insister ?

1. Participation à une action CLS

- Depuis combien de temps participez-vous à cette action ?
- Comment avez-vous eu connaissance de cette action ?
- Qu'est-ce qui vous a incité à participer à cette action ? (motivations)
- En quoi consiste votre participation au café des habitants/ à l'atelier .../ Etc. ?
Choix des sujets, ...

Participez-vous, ou avez-vous participé à d'autres démarches collectives?

- Dans des associations locales ?
- Dans d'autres actions municipales (santé ou non) ? *ex : du pôle de santé, de l'ASV, du CLSM, autres ? ...*
- en quoi a-t-elle consisté ? Comment s'est traduite votre participation ?

2. Effets de la participation :

- Qu'est-ce que cela vous apporte ou vous a apporté ?
- Est-ce que cela vous a motivé à participer à d'autres actions ? Pourquoi ?

3. Attentes et pistes d'amélioration éventuelles :

- Selon vous que faudrait-il faire pour renforcer la participation des habitants dans les actions du CLS ?

4. Selon vous, est-ce que cette action ou les actions menées par la ville permet-elle de faciliter l'accès à la santé sur la ville (ex accessibilité géographique /culturelle/ financière/ administrative/liée à l'offre de santé), d'avoir une meilleure connaissance de ce qui est mis en place sur la ville ? d'améliorer les prises en charges ? Etc.

5. Avez-vous des suggestions pour une meilleure prise en compte des questions de santé dans votre ville ?

Quelles sont vos attentes autour de la santé ?

Grille d'entretien partenaires

Tour de table

Pouvez-vous nous présenter vos fonctions et votre rôle par rapport au CLS ?

Présentation de l'enquête

• Atteinte des objectifs visés (efficacité)

- Pouvez-vous nous décrire les principaux résultats produits dans le cadre des actions sur lesquelles vous êtes mobilisées ?
- De manière plus générale, avez-vous connaissance d'avancées concrètes produites dans le cadre du CLS ?

• Contribution à la réduction des ISTS

- Avez-vous repéré des inégalités sociales de santé sur les territoires ? Lesquelles ?
- Selon vous, les actions sur lesquelles vous êtes mobilisé ont-elles contribué à améliorer la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ? Si oui, précisez (des exemples ?). Si non, quels en ont été les effets
- Quelle est la plus-value apportée par le CLS en termes de partenariat et d'intersectorialité ?
 - au sein du champ sanitaire (de nouveaux partenariats ? lesquels ? sur quel champ d'intervention ? Et quels effets cela a-t-il induits ?)
 - et dans d'autres secteurs d'intervention (social, urbanisme, logement, médico-social etc.) (de nouveaux partenariats ? lesquels ? sur quel champ d'intervention ? et quels effets cela a-t-il induits ?)
- À votre niveau, avez-vous constaté des évolutions sur la participation des habitants? Des démarches à retenir ?
- Selon vous, le CLS a-t-il permis d'agir sur les conditions de vie des habitants ? si oui, merci de préciser (sur quels aspects et de quelle manière). Si non, pourquoi ?
- Les actions du CLS sont-elles graduées en fonction des besoins des publics ? Si oui, pouvez-vous nous dire comment ce principe a été mis en œuvre dans votre démarche ?

• Contribution à l'amélioration des parcours de santé

- Quelle est la plus-value apportée par la (les) fiche (s) action sur lesquelles vous êtes mobilisé à l'amélioration des parcours de santé - pour la population et les

professionnels ?

- en termes d'accessibilité (géographique /culturelle/ financière/ administrative/liée à l'offre) ?
- en termes de lisibilité (information des habitants et des professionnels) ?
- concernant la qualité (sécurité du parcours/amélioration des prises en charge/ coordination ville/Hôpital/ville) ?

Globalement, sur l'ensemble du CLS, quelles sont les principales avancées ?

- **Apports des autres démarches territoriales :**

- En configuration CLS/ASV/CLSM :
 - quelle a été la plus-value apportée par l'ASV ?
 - quelle est la plus-value apportée par le CLSM?

Annexe 4 : questionnaire en ligne

EVALUATION CLS



Page 1/8

Un questionnaire axé sur l'analyse des effets produits et centré sur deux enjeux principaux :

- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- L'amélioration des parcours de santé

NB : Tous les champs sont obligatoires. Lorsque vous êtes dans l'impossibilité de répondre à une question ou à une partie de la question, merci de bien vouloir inscrire « NC » pour pouvoir passer à la suivante.

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 et modifier ce formulaire en plusieurs fois sans perdre les informations déjà saisies dès lors que vous aurez validé la page en cliquant sur "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.

Commencer

ARSIF©2017



IDENTIFICATION CLS

Territoire du CLS : @TERRITOIRE_CLS

COORDONNATEUR :

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

Autre référent CLS :

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

Précédent

Imprimer

Suivant



Evaluation - Résultats

1. Quels sont les principaux résultats produits par le CLS :

- Concernant les objectifs/axes stratégiques suivants :

* Tous les champs sont obligatoires, inscrire « NC » dans la cellule de la 2ème colonne « **Objectif(s) opérationnel(s)/Fiche(s) action rattaché(s) à l'objectif stratégique** » si vous n'avez pas d'objectif pour une des lignes.

Axe/Objectif stratégique	Objectifs opérationnels / Fiche(s) action rattaché(s) à l'objectif stratégique (300 caractères)	Principaux résultats produits (300 caractères)	Indicateurs retenus : Ce résultat a fait l'objet d'un recueil de données et d'une analyse à partir d'indicateurs qui sont (300 caractères)	Absence d'indicateurs Sur quels critères se fonde le jugement ? Observation/ Ressenti/ Eléments de littérature grise... (300 caractères)
1 Accès aux droits et aux soins				
2 Accès aux droits et aux soins				
3 Accès aux droits et aux soins				
4 Accès aux droits et aux soins				

1	Santé mentale				
2	Santé mentale				
3	Santé mentale				
4	Santé mentale				
1	Nutrition				
2	Nutrition				
3	Nutrition				
4	Nutrition				

* Tous les champs sont obligatoires, inscrire « NC » dans la cellule de la 2ème colonne « **Objectif(s) opérationnel(s)/Fiche(s) action rattaché(s) à l'objectif stratégique** » si vous n'avez pas d'objectif pour une des lignes.

ARSIF@2017

EVALUATION CLS



Page 4/8

1. Quels sont les principaux résultats produits par le CLS :

- Concernant d'autres objectifs pour lesquels des avancées concrètes ont été constatées (1 à 2 objectifs maximum)

* Tous les champs sont obligatoires, inscrire « NC » dans la cellule de la 1ère colonne « **Axe/Objectif stratégique** » si vous n'avez pas d'objectif.

Axe/Objectif stratégique (200 caractères)	Objectifs opérationnels / Fiche(s) action rattaché(s) à l'objectif stratégique (300 caractères)	Principaux résultats produits (300 caractères)	Indicateurs retenus : Ce résultat a fait l'objet d'un recueil de données et d'une analyse à partir d'indicateurs qui sont (300 caractères)	Absence d'indicateurs Sur quels critères se fonde le jugement ? Observation/ Ressenti/ Éléments de littérature grise ... (300 caractères)
1				
2				
3				
4				
5				

1. Quels sont les principaux résultats produits par le CLS :

* **Nombre de fiches actions programmées :**

* 1.1 Combien **de fiches actions** ont atteint leurs objectifs parmi toutes celles programmées ?

* Précisez (leviers, difficultés rencontrées, ...) (300 caractères)

* 1.2 Combien **de fiches actions** n'ont atteint que partiellement leurs objectifs parmi tous celles programmées ?

* Précisez (leviers, difficultés rencontrées, ...) (300 caractères)

Précédent

Imprimer

Suivant

2. Dans quelle mesure la démarche développée dans le cadre du CLS a-t-elle permis d'activer les principaux leviers permettant d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) :

2.1 Selon vous, quelle est la plus-value apportée par le CLS en termes de partenariat et d'intersectorialité ? (politiques publiques, partenariat avec d'autres acteurs...) :

2.1.1 Le CLS a-t-il permis la mobilisation de nouveaux partenariats :

*** Au sein du champ sanitaire ?**

Pas du tout Pas suffisamment De façon satisfaisante De façon très satisfaisante

* Précisez lesquels ? Sur quel champ d'intervention ? Et quels effets cela a-t-il induits ? (500 caractères)

*** Dans d'autres secteurs d'intervention (social, urbanisme, logement, médico-social etc.) ?**

Pas du tout Pas suffisamment De façon satisfaisante De façon très satisfaisante

* Précisez lesquels ? Sur quel champ d'intervention ? Et quels effets cela a-t-il induits ? (500 caractères)

***2.1.2 En cas de participation des habitants, quels en ont été les effets constatés (prévus ou non prévus) ? (Développement du pouvoir d'agir, compétences psychosociales etc). Merci de les préciser... (500 caractères)**

* 2.1.3 Des interventions combinées sur plusieurs déterminants (dont déterminants socio-environnementaux : Habitat - insalubrité, ...) ont-elles été menées ? Si oui :

Sur quelles thématiques ... ?	Sur quels déterminants ?					Traduction opérationnelle	
	conditions socio-économiques	conditions de vie	environnement social	mode de vie	système de soins		contexte économique et politique
* 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Tous les champs sont obligatoires, inscrire « NC » dans la cellule de la 1ère colonne « Sur quelles thématiques ... ? » si vous n'avez pas de thématique.

*2.1.4 En configuration CLS/CLSM, quelle a été la plus-value apportée par le CLSM ? (500 caractères)

*2.1.5 En configuration ASV/CLS, quelle a été la plus-value apportée par l'ASV ? (500 caractères)

2.2 Les actions du CLS sont-elles graduées en fonction des besoins des publics ?

Si oui, pouvez-vous nous dire comment ce principe a été mis en œuvre dans votre démarche ? (500 caractères)

3. Quelle est la plus-value apportée par les CLS à l'amélioration des parcours de santé pour la population et les professionnels ?

***3.1 en termes d'accessibilité (géographique / culturelle/ financière/ administrative/liée à l'offre)? (500 caractères)**

3.2 en termes de lisibilité (information des habitants et des professionnels) ?

***Pour les habitants : (500 caractères)**

***Pour les professionnels (prévention, soins, médico-social) : (500 caractères)**

3.3 concernant la qualité (sécurité du parcours/amélioration des prises en charge/ coordination ville/Hôpital/ville) ?

***Pour les habitants : (500 caractères)**

***Pour les professionnels (prévention, soins, médico-social) : (500 caractères)**

4. Globalement, quels ont été les facteurs bloquant ou facilitant l'atteinte des objectifs stratégiques du CLS ?

***Bloquant** : (500 caractères)

***Facilitant** : (500 caractères)

Précédent

Imprimer

Suivant

ARSTP©2017

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

Vos réponses ont été enregistrées, vous pouvez fermer la page.

Rappel : Vous pouvez modifier vos données ou les compléter en vous reconnectant à tout moment jusqu'à la date de clôture définitive du questionnaire.

Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités, Département méthodologie, innovation, participation
des habitants

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

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

iledefrance.ars.sante.fr



Directeur de Publication : Aurélien Rousseau - © ARS Île-de-France

Date : 26/03/2019 -

Credits photos : photographe ou banque d'images - Impression : imprimeur ou reprographie

Dépôt légal : avril 2019 N° ISBN : 978-2-36950-128-2