Référentiel Contrat local de santé (CLS)

Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Ont participé à l'élaboration de ce référentiel :

ARS :

Siège : Mélani ALBERTO - Chrystelle BERTHON - Camille BIGENI - Anne-Gaëlle DANIEL - Vincent FROMENTIN - Luc GINOT - Pascale GIRY - Catherine ISSERLIS - Christian LABORDA - Nicolas NOTIN - Aurélie THOUET

Délégations territoriales : Julien ALLIO - Pilar ARCELLA-GIRAUX - Aude CAMBECEDES - Catherine CARISTAN - Véronique DUGAY - Nicolas Le Pen - Céline MADRANGE - Agnès MALET LONGCOTE - Nathalie MALLET - Alain MINGUET - Sandrine ODOUL-PIROUE - Ghislaine OLIVIER - Isabelle OTLET - Alice PUECH-PECOT - Nathalie RABIER-THOREAU

Stagiaires : Solène GOUESBET – Suzanne KULIG

Partenaires :

- Catherine RICHARD, chargée de mission promotion de la santé, DRJSCS
- Laurent EL GHOZI, membre de la CRSA
- Représentantes du collectif ASV d'Ile-de-France :
  Nathalie CHRISTOL- JEGOU, coordinatrice ASV/CLS de Montreuil
  Anne GUILBERTEAU, coordinatrice ASV, Paris 20ème
  Emilie JOUANNEAU, coordinatrice ASV/CLS de Nanterre
  Cécilia MASSELLI, coordinatrice ASV au GIP de Grigny/Viry-Châtillon
  Claudia LEZAMA, chef de projet de prévention et de promotion de la santé (référente ASV/CLS)
  Céline LEGENDRE, directrice adjointe de la santé et référente CLS
  Marina MACE, coordinatrice ASV/CLS de Créteil
  Axelle ROMBY, coordinatrice CLS d'Aubervilliers
  Marianne MAILLOUX, coordinatrice ASV d'Aubervilliers
- Elsa MICOURAUD, documentaliste et chargée de mission Santé à Profession Banlieue

Janvier 2016

Sommaire

Introduction 4
Les fondamentaux de la démarche CLS 6
Pilotage et organisation du CLS : que faut-il retenir ? 6
Le diagnostic partagé 16
Une stratégie d'intervention pour contribuer à la réduction des ISTS et améliorer le parcours de santé 19
Suivi et évaluation 21

Introduction

Si les indicateurs de santé sont globalement favorables en Ile-de-France, la région est cependant marquée par de fortes disparités (écarts d'espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, répartition inégale de l'offre de soins et de prévention selon les territoires…).

L'article L.1434-17 du Code la santé publique offre la possibilité aux ARS de conclure des contrats locaux de santé (CLS) avec notamment les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Convaincu de l'intérêt de cet outil pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et développer la transversalité interne au champ sanitaire et externe (en lien avec les autres politiques publiques), l'ARS Ile-de-France s'est engagée de manière volontariste dans la signature de CLS.

Le CLS, c'est quoi ?

- **une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle »** associant :
  - ✓ des partenaires signataires (à minima Collectivité territoriale, ARS, Préfecture – et selon les territoires Conseil départemental, CPAM et établissements de santé)
  - ✓ des acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques impactant favorablement la santé (éducation, logement, habitat…)
  - ✓ des habitants
- **une démarche** « **territoriale »** mise en œuvre sur un territoire de proximité (commune, EPCI)
- **une** « **démarche-projet** » structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation
- **une approche « globale » de la santé**: portant sur la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux de la santé

Quels sont les enjeux des CLS d'Ile-de-France ?

- Réduire les inégalités sociales territoriales de santé (à l'échelle régionale et à l'échelle locale)
- Reconstruire des parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale

En articulation avec les autres démarches territoriales ayant un impact sur la santé (Politique de la Ville et Nouvelle Loi de santé)

Pour permettre à cet outil de jouer pleinement son rôle de transformateur du système de santé francilien, une action est menée à deux niveaux :

- **Au niveau régional** : il s'agit de réduire les écarts en apportant des réponses renforcées sur les territoires présentant les indicateurs socio-sanitaires les plus dégradés
- **A l'échelon local :** le CLS doit être la traduction d'une mobilisation coordonnée des politiques publiques permettant d'actionner différents leviers, sanitaires et autres (déterminants de santé), et de proposer ainsi des réponses et des parcours de santé adaptés au parcours des habitants

Actuellement **65** CLS ont été signés avec des collectivités de la Région, 10 sont en cours d'élaboration et 6 en phase de négociation.

Entre 2011 et 2014, une première génération de contrats a été conclue. Sur un certain nombre de territoires, ils ont permis de préfigurer la démarche CLS et de conduire des diagnostics de santé partagés et, sur d'autres de valoriser et de conforter une programmation déjà existante.

Une évaluation confiée à l'Université Paris XIII par l'ARS Ile-de-France a mis en avant la nécessité de renforcer les stratégies de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour ce faire, l'élaboration de CLS de 2ème génération a été engagée.

Le Référentiel CLS a pour objectif d'accompagner la rédaction et la mise en œuvre de ces nouveaux contrats. Plus spécifiquement, il s'agit de rappeler les fondamentaux de la démarche CLS et de favoriser l'appropriation et le développement des stratégies de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Cet outil a été réalisé dans le cadre d'un groupe de travail régional associant à la fois des représentants de l'ARS, des partenaires institutionnels et des acteurs locaux. Il s'adresse à tous les acteurs impliqués dans la démarche (élus, référents CLS, et partenaires dont habitants)

On trouvera dans ce référentiel :

LES FONDAMENTAUX DE LA DEMARCHE CLS

BOITE A OUTILS :

- ❖ Des outils d'aide à la rédaction du CLS
- ❖ Le référentiel de compétences du coordinateur CLS
- ❖ Un tableau d'articulation des démarches territoriales
- ❖ Des fiches thématiques
- ❖ Un référentiel d'évaluation
- ❖ Une liste des partenaires CLS

Les fondamentaux de la démarche CLS

Si les CLS de 1ère génération ont permis un engagement plus important dans le domaine de la santé au niveau local et la mobilisation d'un réseau plus large de partenaires, des efforts doivent encore être accomplis pour adapter les stratégies d'intervention et les modalités d'organisation aux enjeux spécifiques du CLS.

Plusieurs conditions de réussite pour infléchir les ISTS et améliorer les parcours de santé ont été identifiées dans la littérature et sur le terrain, elles se traduisent par : un portage politique fort, une coordination solide, une approche partenariale et intersectorielle, la participation des habitants et la prise en compte des déterminants socio-environnementaux.

Ce chapitre propose des recommandations pour faciliter leur prise en compte dans le pilotage et la mise en œuvre de la démarche projet.

1. Pilotage et organisation du CLS : que faut-il retenir ?

Le CLS doit être envisagé comme un outil de contractualisation transverse pour coordonner au mieux les politiques publiques de santé sur un territoire donné1, et répondre aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et d'amélioration des parcours de santé.

La structuration du pilotage du CLS conditionne la réussite de la démarche. Elle ne doit pas être considérée comme une étape administrative mais comme une étape clé qui définit l'esprit même de la contractualisation.

Pour une bonne conduite de la démarche, le pilotage doit répondre à plusieurs objectifs :

- favoriser l'innovation dans la conception des actions et dans la mise en œuvre concrète de ces actions ;
- faciliter les approches intersectorielles ;
- garantir la participation formalisée des différentes catégories d'acteurs locaux (dont celle des habitants) ;
- assurer le suivi et les conditions de l'évaluation continue et finale.

Il doit également faciliter l'élaboration du CLS de 2ème génération à travers le recalibrage et éventuellement le repositionnement des actions du CLS 1, l'inclusion de nouveaux partenaires ou l'extension des champs d'action lorsque le CLS « première génération » a été plus réduit.

[1] Communal ou intercommunal

Quelques principes méthodologiques sont à prendre en compte dans sa mise en place :

→Un portage politique fort et partagé : en Ile-de-France, le choix a été fait de confier ce pilotage à trois types d'acteurs : **L'élu, responsable de la Collectivité territoriale** (Maire ou Président d'Intercommunalité), légitime pour mobiliser les acteurs de son territoire ; **le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ou le Délégué territorial),** garant de la cohérence entre les priorités du CLS et celles du Projet Régional de Santé ; **le Préfet de département,** garant de la cohérence d'ensemble des politiques publiques. Depuis 2014, de nouveaux partenaires signataires peuvent s'engager dans la démarche : les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les Conseils Départementaux et des Etablissements de santé.

Pour que le projet puisse s'inscrire dans une démarche pérenne et avoir réellement un impact, il est nécessaire que les différents signataires soient convaincus du bien-fondé du projet et entraînent avec eux l'ensemble de leurs équipes techniques. Pour cela, il faut aussi qu'ils traduisent leurs engagements au travers de principes politiques forts et partagés.

→Un ancrage territorial : le pilotage doit s'articuler avec la gouvernance des autres dispositifs et démarches territoriales. Une attention particulière devra être portée à l'articulation CLS/ASV/CLSM/Contrat de ville pour, d'une part, ne pas multiplier les instances de travail et épuiser les partenaires sollicités sur chacune de ces démarches et d'autre part, assurer la cohérence d'ensemble du projet de territoire visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

→Un pilotage partenarial et intersectoriel sur le plan stratégique et opérationnel. Il est essentiel de mobiliser des leviers au-delà du seul secteur sanitaire. Tous les secteurs ayant un impact sur la santé doivent être associés, à savoir le social mais aussi le logement et l'habitat, le travail, l'éducation, la jeunesse, l'urbain, le développement durable pour développer une approche holistique.

→Une participation active des habitants : La participation des habitants doit être encouragée car elle constitue un vecteur de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et favorise l'inclusion sociale. Elle contribue à une meilleure compréhension de l'environnement local (problématiques, ressources et leviers d'actions possibles) et renforce les capacités d'agir des citoyens. L'implication des habitants permet également de développer l'efficacité et la légitimité de la démarche projet à travers des prises de décision plus pertinentes et une meilleure appropriation des actions.

Cela nécessite de définir très en amont une stratégie intégrant les objectifs, les niveaux de participation attendus, les modalités de mobilisation, de suivi et d'évaluation de la participation.

Pour que les habitants puissent pleinement participer aux processus d'analyse, d'aide à la décision et à la mise en œuvre, plusieurs conditions sont requises : l'information et la formation des usagers, une réelle prise en compte de leurs points de vue dans un cadre de travail clair, rigoureux et transparent, une mobilisation tout au long du processus.

En termes de structuration, le pilotage doit reposer sur :

- **des instances stratégiques :**

Le Comité de pilotage, instance décisionnelle du CLS, est chargé de formuler les orientations stratégiques du contrat. Il est également en charge, à travers chacun de ses membres, de l'articulation avec les grands cadres spécifiques à chacun des signataires (PRS, PLS, Plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion…). De par sa composition, il a une capacité d'interpellation des institutions.

Doivent être impliqués à minima (outre les principaux décideurs de chacun des signataires du CLS) les grands acteurs locaux de la santé, les représentants des libéraux locaux (associations) et institutionnels (Conseil de l'ordre des médecins et URPS médicaux et paramédicaux), les représentants des usagers (associations agrées et associations d'habitants), habitants, ainsi que les grands partenaires départementaux (structure de gestion du DO des cancers), la DRIHL et la DDCS.

Pour optimiser le travail du COPIL et faciliter le processus décisionnel, il peut être pertinent de s'appuyer sur un Comité de pilotage restreint composé de représentants des différentes parties contractantes : le Maire/Président d'intercommunalité et/ou l'élu en charge des questions de santé, le directeur général adjoint et/ou le directeur de la santé référent du dossier CLS, le coordinateur CLS pour la collectivité, le délégué territorial adjoint et le référent CLS pour l'ARS, le sous-préfet et/ou ses collaborateurs pour la Préfecture et des représentants CPAM et Conseil départemental.

Celui-ci a vocation à préparer en amont les séances du comité de pilotage CLS élargi (élaboration des ordres du jour, modalités d'animation…) et ce, tout au long de la démarche (du diagnostic à l'évaluation).

Lorsqu'il y a sur le territoire un ASV, un CLS et CLSM, il est conseillé de mettre en place deux instances de pilotage : une instance commune pour CLS et ASV et une instance indépendante pour le CLSM qui doit répondre à des enjeux bien spécifiques.

- **des instances techniques :**

Le Comité technique traduit de manière opérationnelle la stratégie du comité de pilotage élargi. Il s'agit d'une instance de réflexion méthodologique. Il soutient les groupes thématiques en apportant une aide à la mise en œuvre, au suivi technique et à l'évaluation et veille à la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé. Il permet aussi de donner une vision d'ensemble de la démarche et de son avancement aux personnes impliquées au niveau opérationnel sur une ou plusieurs thématiques.

Il est composé des membres de l'équipe projet CLS et de représentants des groupes de travail thématiques, avec notamment des représentants techniques de l'ARS (référent CLS de la Délégation territoriale), de la Préfecture (ex : délégués du préfet et/ou personnel DDCS, DRIHL...), de la CPAM et du Conseil départemental.

Les groupes de travail thématiques constituent la structure de base de la production du CLS. Organisés autour d'axes thématiques, ils portent sur l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions ainsi que sur l'identification de nouveaux besoins émergents.

Ils sont composés d'acteurs locaux positionnés sur des niveaux opérationnels (porteurs des fiches actions et autres). Pour faciliter le travail au sein des groupes et promouvoir une démarche intersectorielle, il est préconisé d'instaurer un système de « co-pilotage » s'appuyant sur des acteurs internes et/ou externes.

En configuration CLS/ASV, les instances techniques sont communes lorsque la programmation de l'ASV est intégrée complètement à celle du CLS. Dans le cas contraire, il est recommandé de prévoir des instances de suivi spécifiques pour les autres actions ASV.

Organisation de la gouvernance en configuration CLS-ASV-CLSM

Coordination (coordinateur/équipe projet)

Niveau stratégique :

Comité de pilotage CLS/ASV

COPIL restreint : CT (élu, DGA et/ou directeur de la santé, coordinateur CLS – ARS : DTA et référent CLS de la DT – Préfecture : Sous-préfet… + CPAM et/ou CD (représentants missionnés par les responsables)

Mission : Prépare en amont les séances du COPIL élargi - Arrête les décisions, les orientations stratégiques en COPIL élargi

2 à 4 réunions/an

COPIL élargi : membres du COPIL restreint + citoyens, autres élus de la municipalité, institutionnels, professionnels et associations des domaines sanitaire, Politique de la ville, éducatif, social, insertion, habitat/logement, urbain…

Mission : Participe au processus d'élaboration des décisions (fonction de concertation)

1 à 2 réunions/an

Niveau opérationnel :

Comité technique CLS

Coordinateurs CLS/ASV/CLSM (+ responsables éventuels, ex : directeur de la santé) + chef de projet PV + copilotes GT + pilotes d'actions et autres acteurs opérationnels

Mission : Traduit de manière opérationnelle la stratégie du COPIL (instance de réflexion méthodologique : aide à la mise en œuvre, au suivi technique et à l'évaluation. Veille à la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé

1 à 2 réunions/an

GT CLS thématique

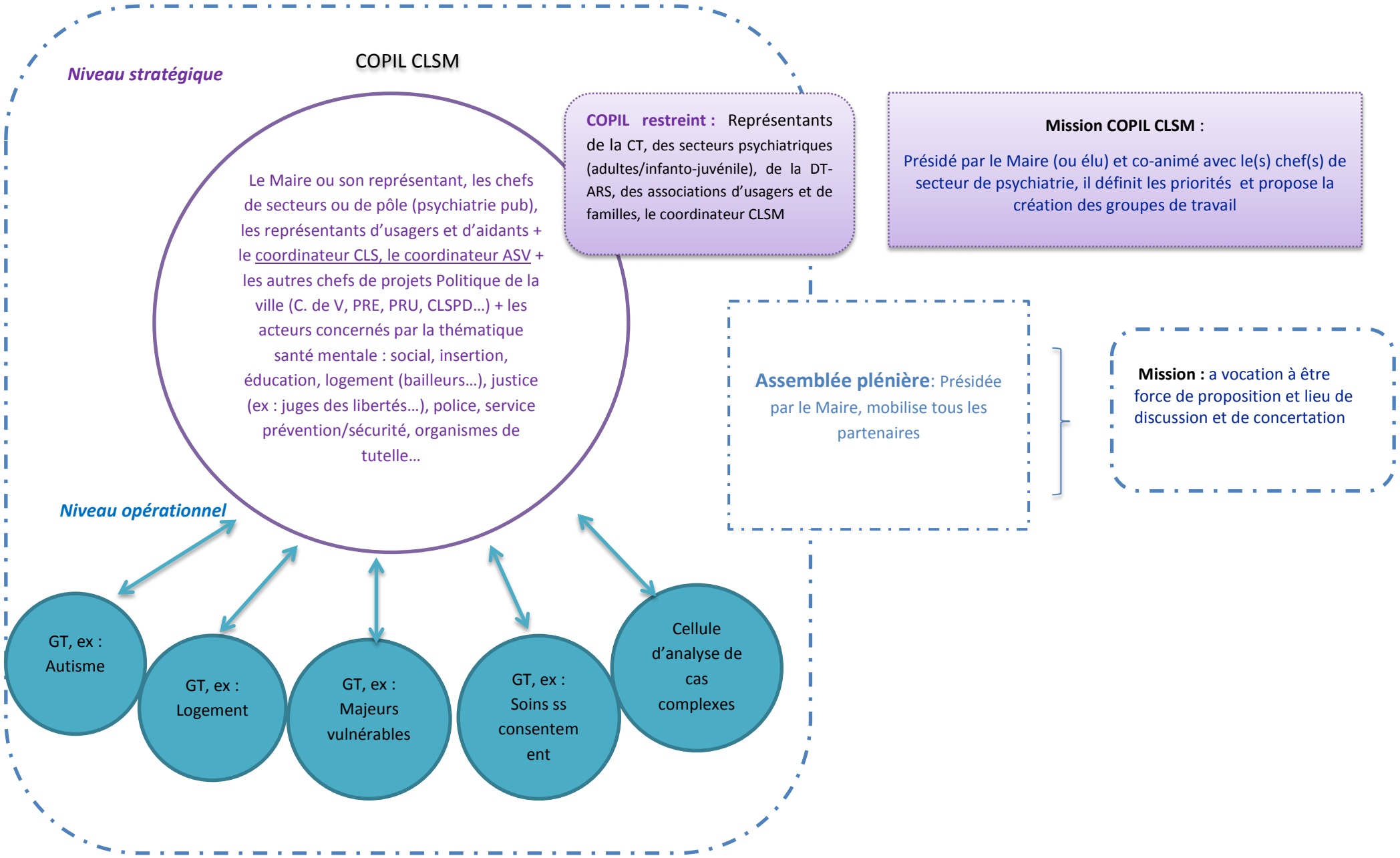
GT CLS thématique

GT CLS thématique

Autres GT ou projets coordonnés par l'ASV

3 à 4 réunions/an/GT

Pilotage du CLSM



- **une mission de coordination :**

La coordination CLS est une fonction essentielle dans la conduite de la démarche CLS. Elle doit s'appuyer idéalement sur le coordinateur CLS, une équipe projet et le soutien de la Direction générale.

Le coordinateur CLS a en charge l'animation de la démarche projet et une mission de mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité. Cela suppose une très bonne connaissance du secteur sanitaire ainsi que des autres secteurs pouvant impacter la santé des populations (*cf Référentiel de compétences du coordinateur CLS*,)

Si le coordinateur CLS est placé juridiquement sous la responsabilité de la Collectivité territoriale, ses missions ont vocation à être menées sous une responsabilité conjointe avec la DT-ARS et plus collégialement avec les différentes parties contractantes. Pour ce faire, il convient d'associer l'ensemble des partenaires signataires à son recrutement : rédaction de l'annonce, examen et sélection de candidatures, conduite des entretiens éventuellement et validation du recrutement.

Par ailleurs, il est important de ne pas sous-estimer la question de son positionnement dans l'organigramme de la Collectivité. En effet, le coordinateur CLS doit pouvoir bénéficier de la légitimité nécessaire pour mobiliser les différentes catégories d'acteurs en interne comme en externe.

La Direction générale, de par sa fonction transversale et hiérarchique au sein de la collectivité, doit pouvoir faciliter le travail du coordinateur CLS en permettant d'une part, le décloisonnement et d'autre part, la mobilisation des différents services.

L'animation de l'ensemble du processus ne pouvant reposer sur la seule personne du coordinateur, la constitution **d'une équipe projet** est préconisée.

Deux missions principales peuvent être confiées à l'équipe projet: celle de partager et définir des modalités d'animation communes des groupes de travail et d'assurer une articulation cohérente entre les différentes démarches territoriales, sur le plan organisationnel et des contenus.

Elle est composée :

- du coordinateur CLS (et éventuellement de ses responsables: ex: Directeur de la santé…)
- des coordinateurs ASV et CLSM
- du chef de projet Politique de la Ville (représentant également les autres démarches PV : Réussite éducative, rénovation urbaine…)
- du coordinateur Agenda 21
- des pilotes ou copilotes des groupes de travail thématiques

Point de vigilance concernant l'implication de certains partenaires

L'analyse de la composition des instances de pilotage des CLS de la région met en avant la nécessité de renforcer l'association de certains partenaires :

- *Professionnels de santé libéraux, salariés, hospitaliers et établissements de santé/médico-sociaux*
- *Les acteurs et intervenants socio-environnementaux : urbanisme, aménagement du territoire, développement économique...*
- *Les habitants, pour le moment mobilisés essentiellement sur les diagnostics locaux de santé et peu présents dans les dispositifs de pilotage*

Il est important également d'informer les partenaires intervenant à d'autres échelons territoriaux, tels que les réseaux de santé et les futures plateformes de coordination prévues par la nouvelle loi de santé, des décisions prises dans les instances.

Des fiches ressources pour faciliter la mobilisation de ces acteurs seront proposées ultérieurement

<u>Un pilotage local soutenu par une politique d'appui de l'ARS Ile-de-France :</u>

L'ARS a mis en place un dispositif d'appui stratégique et technique au niveau régional et départemental pour faciliter la mise en œuvre des CLS au niveau local. Il a vocation à assurer le portage politique de la démarche, la mobilisation de leviers des autres politiques publiques, la définition d'un cadre politique opposable et le soutien méthodologique des acteurs (élaboration d'outils, mutualisation des pratiques…).

Au niveau régional, le pilotage est structuré autour de deux instances de travail :

- **un comité de pilotage**, instance d'arbitrage qui définit les orientations stratégiques de la politique d'appui et de déploiement des CLS de la région
- **un comité technique**, instance dédiée aux débats d'ordre technique, axée sur le contenu, les aspects méthodologiques et le soutien au pilotage local.

Pour garantir une démarche décloisonnée en interne comme en externe, chacune de ces instances réunit d'une part, des représentants de l'ARS (Directions métier et délégations territoriales) et des partenaires extérieurs, issus du champ sanitaire et d'autres politiques publiques pouvant contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : DRIHL, DRJSCS, CPAM…

Au niveau départemental, plusieurs délégations territoriales de l'ARS ont mis en place deux types d'instances :

- **des groupes départementaux CLS/ASV :** ayant pour objectif de soutenir les coordinateurs dans leurs missions, de favoriser la mutualisation des expériences et savoir-faire, de renforcer les pratiques professionnelles sur les questions de gouvernance et de contenus (approches thématiques et/ou populationnelles)
- **des comités de partenaires départementaux** (acteurs institutionnels et associatifs) : visant la mobilisation de leviers d'actions à l'échelle départementale pour faciliter la mise en œuvre du CLS au niveau local, et conforter l'approche intersectorielle de la démarche.

Rôle des coordinateurs en configuration CLS/ASV/CLSM.

Un objectif commun : la réduction des ISTS

Des approches spécifiques

CLS, une approche

Globale : prévention, accès/offre de soins, Médico-social, déterminants sociaux
Intersectorielle +++ : mobilisation d'acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques
Sur un territoire communal ou intercommunal
Concernant un public large avec l'apport de réponses graduées en fonction des besoins (universalisme proportionné)
Pluri-thématique : nutrition, accès aux soins, santé mentale, habitat indigne etc
Participative : démarche de démocratie sanitaire

L'ASV, une approche :

Le plus souvent axée sur la prévention, l'accès aux droits/aux soins.
Sur un territoire de proximité : Quartiers Politique de la Ville (mais parfois communal ou intercommunal)
Ciblant plus spécifiquement : les publics en situation de précarité
Des thématiques phares : nutrition, accès aux soins, santé mentale, addictions/conduites à risques, cancers (participation DO des cancers)
Participative : démarches de proximité (santé communautaire…)

Le CLSM, une approche :

De santé mentale globale portant sur la prévention/promotion de la santé, l'inclusion sociale, l'accompagnement médico-social du handicap psychique, les déterminants de la santé mentale, l'accès aux soins
Sur un territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux:
Ciblant : les patients, leurs proches, les citoyens. Une attention particulière est portée aux publics en situation de vulnérabilité sociale
Participative : approche mixte démocratie sanitaire et participation de proximité (mobilisation d'associations de patients et de familles, de GEM…)

Des rôles différenciés

Coordination globale – mobilisation institutionnelle – organisation des instances CLS et rôle d'interface entre chacune d'elles

Pilotage/animation de groupes de travail thématiques et/ou d'actions – mobilisation des acteurs de proximité – rôle de garant des dynamiques ascendantes : développement de la participation de proximité, des démarches de santé communautaire

Animation du volet santé mentale du CLS - Coordination du dispositif spécifique de pilotage CLSM (COPIL , Assemblée plénière et commissions thématiques)

2. Le diagnostic partagé

Le diagnostic local de santé (DLS) est une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propre à fonder un processus de programmation de santé. Phase-clé pour impulser une dynamique participative et partenariale, il a vocation à apporter une plus-value en termes de mise en mouvement des acteurs et des partenaires, de renforcement des coopérations locales existantes ou en émergence. Par ailleurs, il doit permettre à chaque acteur de mieux se situer dans son environnement et d'identifier les leviers d'action à sa disposition.

Dans le cadre du CLS, le DLS présente des spécificités en termes de dynamique et de contenu. Sa conduite doit s'appuyer sur une **démarche participative**, **intersectorielle** et **associer les habitants** à l'ensemble du processus. Le diagnostic CLS est axé plus particulièrement sur **l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé.**

Que la réalisation du diagnostic soit externalisée ou non, il est indispensable de rédiger un cahier des charges détaillé afin d'adapter la méthodologie aux objectifs fixés et aux résultats attendus. Le cahier des charges du diagnostic CLS doit préciser les éléments de contexte, les objectifs, le champ couvert, les méthodes à mettre en œuvre, ainsi que le livrable attendu.

Le diagnostic CLS ne doit pas se limiter à la description de l'état sanitaire de la population, ni à un recensement de l'offre socio-sanitaire. Pour appréhender la complexité des problématiques locales dans leur globalité, le diagnostic doit :

- **Décrire les caractéristiques et la situation sociale des populations** (démographie, revenu, précarité, emploi, éducation, …)
- **Décrire les caractéristiques du territoire et/ou du milieu de vie** (logement, mobilité, environnement, aménagement, services, ressources locales, etc.)
- **Analyser l'offre du système de prévention et de soins et les parcours de santé** (accessibilité, lisibilité, continuité, qualité…)
- **Documenter les écarts en termes d'état de santé et d'accès aux soins entre les groupes sociaux, territoires et/ou les milieux de vie.**
- **Décrire la nature de ces inégalités** (ex : sont-elles liées au niveau socioéconomique, au territoire, à l'origine ethnique, à la profession, à une situation de handicap, etc. ?).
- **Analyser les facteurs et les mécanismes qui conduisent à ces inégalités**. Considérer les déterminants sociaux de la santé, notamment le contexte social, économique, politique et culturel, les conditions de vie et de travail, les comportements individuels et collectifs pour identifier ce qui doit être modifié.
- **Recueillir les avis et attentes des populations et des professionnels**

Il revient au comité de pilotage CLS de suivre sa réalisation, de valider les différentes étapes, de prendre les décisions nécessaires à la bonne conduite de la démarche et de valider le produit final. Pour sa part, le comité technique sera chargé d'organiser les modalités concrètes de mise en œuvre.

Le coordonnateur CLS, quant à lui, est l'interlocuteur direct auprès du prestataire éventuel. Il assure l'interface entre le COPIL et le COTECH pour garantir une cohérence d'ensemble à la démarche.

La réalisation du diagnostic partagé repose sur le recueil et l'analyse croisée d'informations qualitatives et quantitatives, objectives et perçues. Cette approche combinée permet d'acquérir une meilleure compréhension de la situation, d'identifier des facteurs explicatifs et de faciliter l'élaboration de la programmation par la suite.

Dans un premier temps, les partenaires s'attachent à recenser et partager les données déjà disponibles : caractéristiques générales du territoire, informations sur les structures locales, actions déjà conduites, diagnostics antérieurs, données régionales et départementales.

Par la suite, ces informations seront complétées par d'autres **données quantitatives** issues de systèmes d'information statistiques.

La direction de la stratégie de l'ARS Ile-de-France met à disposition des collectivités locales des « monographies » comprenant des indicateurs démographiques et socio-économiques, d'état de santé et d'offre de soins, de déterminants de santé (environnementaux, logement, éducation, etc.).

D'autres données quantitatives sont disponibles à un niveau communal ou infracommunal auprès de la Direction régionale de l'INSEE, de l'Observatoire national des ZUS ou du système d'information géographique du comité interministériel des villes (SIG CIV).

Enfin, d'autres services au niveau départemental et régional peuvent fournir des données : Préfecture de région ou de département ; Conseil Régional, Conseil Départemental ; Caisse d'Allocation Familiale; Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ; Observatoire Régional de la Santé (ORS); Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et de la Cohésion Sociale (DRJSCS/DDCS); de Centres Régionaux pour l'Etude et l'Action en faveur de l'Insertion (CREAI) ; Direction Régionale inter-départementale de l'Equipement et de l'Aménagement (DRIEA); Education Nationale (Rectorat ou Inspection académique) ; autorité organisatrice de transport ; L'Observatoire des territoires ; etc.

Le recueil de **données qualitatives** auprès des populations mais aussi auprès des professionnels, des acteurs de proximité reste indispensable pour enrichir le diagnostic quantitatif et instaurer une démarche participative. Il doit permettre la libre expression des besoins, attentes, sugestions et représentations en matière de santé, d'offre de soins,

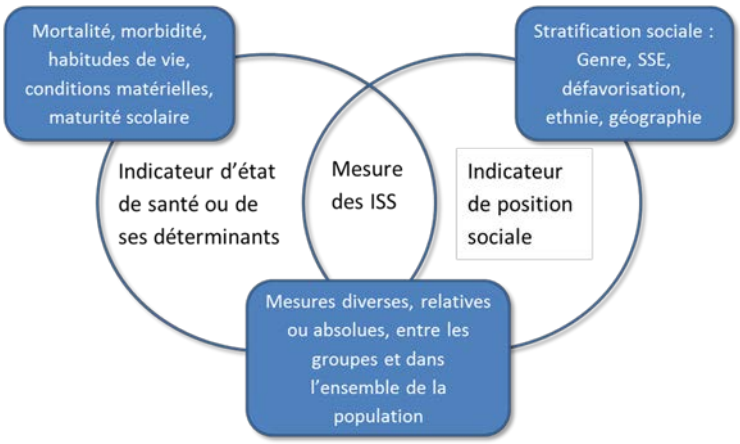
d'accès aux soins et cadre de vie. Ces données peuvent être recueillies dans le cadre d'entretiens individuels, de réunions de groupes, de l'observation de terrain, etc.

Points de vigilance

- Plus le territoire est petit, plus la disponibilité et la pertinence des données relatives à l'état de santé sont limitées (pour des raisons de faibles effectifs et de secret statistique)

- La mesure des inégalités sociales de santé fait référence à un écart à la norme. Elle repose sur l'établissement d'un lien entre des données épidémiologiques, sanitaires ou médicales et les caractéristiques « sociales » (au sens large) des individus, des groupes et des territoires concernés :

Les trois composantes d'un indicateur de mesure des ISS[1]



Une fois le travail de recueil et d'analyse des données réalisé, il s'agit maintenant de **hiérarchiser les problématiques et de dégager des priorités d'action.**

Cette démarche de priorisation doit être réalisée en concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués. Différents types de critères peuvent être utilisés, à titre d'exemple :

- **La gravité :** ils entraînent un décès prématuré et/ou une incapacité majeure etc.
- **La fréquence :** les problèmes identifiés touchent un grand nombre d'individus ou bien leur fréquence est significativement croissante.
- **L'impact socio-économique :** les conséquences sociales ou économiques sont
- importantes.
- **La faisabilité :** il existe des moyens d'intervention sur ces problèmes (économiques, politiques, techniques, organisationnels, …)
- **La perception sociale :** ils sont perçus par la population comme essentiels.

Une fois le diagnostic finalisé, il est important de prévoir un temps de restitution avec l'ensemble des acteurs mobilisés pour maintenir la dynamique participative sur les étapes à venir.

Il est également fondamental de considérer le diagnostic comme le point de départ d'une démarche continue et partagée de recueil et d'analyse des informations : la mise en place co-portée par les acteurs de tableaux de bord ou d'instruments d'analyse longitudinale est une condition facilitante du fonctionnement « en projet » du CLS.

3. Une stratégie d'intervention pour contribuer à la réduction des ISTS et améliorer le parcours de santé

Sur la base du diagnostic, les acteurs identifient les défis à relever pour agir sur les ISTS et améliorer les parcours de santé. Enfin, ils déclinent leurs priorités dans un plan d'actions structuré autour d'axes stratégiques et de fiches actions.

Ce plan ne doit pas limiter à une juxtaposition d'actions, il doit mettre en cohérence l'ensemble des politiques et ressources susceptibles d'apporter des réponses aux besoins de santé identifiés localement.

Le tableau ci-dessous présente une série de questions qu'il est intéressant de se poser dans l'élaboration de la stratégie d'intervention.

- ✓ La stratégie s'appuie-t-elle sur des objectifs clairs, mesurables, définis dans le temps, acceptables et réalisables ?
- ✓ La stratégie vise-t-elle spécifiquement la réduction des inégalités sociales de santé?
- ✓ La stratégie vise-t-elle différents déterminants sociaux de la santé de manière combinée ? Lesquels? (les facteurs liés au style de vie personnel, réseaux sociaux et communautaires, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, conditions socio-économiques, culturelles et environnementales?)
- ✓ La stratégie vise à améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de santé, réduire les obstacles financiers, sociaux et culturels, faciliter le suivi et/ou garantir un traitement équitable ?
- ✓ La stratégie s'articule avec les priorités définies par les politiques publiques (locales, départementales, régionales, nationales) ?
- ✓ Les actions programmées s'adressent-elles à tous tout en portant une attention plus particulière à ceux qui en ont le plus besoin? (universalisme proportionné)
- ✓ Le choix de la stratégie s'appuie-t-il sur des informations scientifiques établies de façon rigoureuse et potentiellement les plus efficaces pour atteindre les objectifs?
- ✓ Les modalités d'intervention envisagées visent-elles à renforcer la participation du public ainsi que sa capacité d'agir ?
- ✓ Quels sont les avantages et désavantages que l'intervention est susceptible d'apporter aux populations ? Est-ce que l'action ne risque pas de creuser des écarts entre groupes ou d'aggraver la stigmatisation de certains d'entre eux?
- ✓ Les interventions sont-elles adaptées et accessibles à la population cible? Les contraintes de l'environnement ont-elles été prises en compte? Les contraintes économiques pour que le groupe cible puisse participer ont-elles été prises en compte?
- ✓ La stratégie s'appuie-t-elle sur une démarche intersectorielle?
- ✓ Les partenaires à mobiliser en fonction des déterminants sociaux identifiés et sur lesquels l'action vise à agir sont-ils impliqués? Existe-il un leadership partagé entre les différents acteurs?

Les partenaires s'engagent à faciliter la mise œuvre de la stratégie d'intervention à travers la mobilisation d'outils et de moyens de droit commun, le financement des actions et l'ingénierie nécessaire à la mise en œuvre du contrat (diagnostic, soutien à la coordination).

4. Suivi et évaluation

L'évaluation doit porter sur les actions mais également sur la stratégie globale du CLS et s'intéresser au processus mais aussi aux résultats et effets du contrat. Pour sa réalisation, il convient de programmer des temps de travail dédiés et d'organiser le plus tôt possible le suivi (mise en place d'outils, organisation du recueil de données)

Les questions évaluatives au cœur de cette démarche vont interroger le dispositif CLS sous deux aspects **:** la réduction des ISTS et le parcours de santé.

La partie « Evaluation » du référentiel CLS explicite cette démarche (objectifs, méthodologie, outils…).

Direction de la Santé Publique – Cellule Contrats Locaux de Santé
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

Référentiel Contrat Local de Santé (CLS)

Outils d'aide à la rédaction du CLS

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Outils d'aide à la rédaction du CLS

1. **FICHE n°1 :** La structuration du CLS (plan type CLS de 2ème génération)
2. **FICHE n° 2 :** Le modèle de fiche action CLS 2

Fiche n°1 : Plan type du contrat local de santé 2ème génération

L'écriture du contrat local de santé est structurée autour de deux parties : les éléments constitutifs du préambule et les fiches actions.

1ère PARTIE : LE PREAMBULE

Chapeau introductif

- **Présentation de l'outil CLS :** textes de référence, finalités du CLS : lutte contre les ISTS et construction de parcours de santé adaptés aux besoins des territoires

- **Fondements de la signature du CLS** :

Cette partie a vocation à expliciter ce qui **globalement fonde la signature du CLS,** en s'appuyant de façon centrale sur la notion de besoins du territoire. C'est ici que l'on va inscrire le positionnement de chaque signataire en cohérence avec les besoins identifiés sur le territoire.

Cette partie est fondée pour:

- **la commune**, sur le plan municipal/local de santé s'il existe :

La ville de X, engagée de longue date dans un politique locale de santé publique, considère que la signature d'un Contrat Local de Santé constitue une opportunité de conforter et développer les actions qu'elle mène ou soutient sur son territoire, à travers ses différents services et en partenariat avec les structures associatives et institutionnelles/son PLS…

- **l'ARS**, sur les principes du Projet régional de santé :

L'ARS a souhaité s'engager dans la signature de Contrats Locaux de Santé (CLS) avec certaines communes d'Ile de France, ces contrats apparaissant comme l'un des outils privilégiés pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, prévus par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST).
Le CLS de X s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS) défini par l'Agence pour 2013-2017, ainsi que dans les plans et schémas qui en découlent.

- **la Préfecture**, sur la convention interministérielle « santé » 2013-2015 pour la Politique de la ville, le Plan national de lutte contre la pauvreté etc. :

Le Préfet du département X, attaché à ce que les questions de santé soient l'un des enjeux importants de la politique de cohésion sociale d'une part, et de l'ensemble des politiques publiques d'autre part, s'implique également dans la contractualisation.

- **la CPAM**, sur la convention d'objectif et de gestion de la CNAM etc. :

La CPAM, fortement engagée dans l'accès aux soins et l'accès aux droits, a souhaité rejoindre la démarche en tant que signataire du CLS 2ème génération.

- **le Conseil départemental**, sur les schémas départementaux :

Enfin, le Conseil départemental de X s'est prononcé, dans son Assemblée du (….), en faveur d'une participation active aux CLS communaux de son territoire, afin de renforcer son action en faveur notamment de : ex : la santé des enfants, des femmes enceintes, et de la prévention, en cohérence avec les autres intervenants.

- **Tous les signataires :**

Par cet engagement commun, les signataires confirment leur volonté d'améliorer la réponse apportée aux besoins de santé de la population.

Il semble inutile de détailler davantage le contenu de chacun de ces plans et/ou document cadre de référence ; ils seront développés dans la partie qui suit.

L'Articulation des politiques publiques pour la réduction des ISTS

- Description des **cadres de référence et des engagements** des différents partenaires
- Rédaction d'un paragraphe précisant **l'articulation avec la politique de la Ville** (liens avec le volet « santé » du Contrat de ville et les différents dispositifs : ASV, RU etc).

Les principes politiques partagés

Les partenaires signataires fondent leur action partagée sur les principes suivants :

- **Définir un objectif explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** (sans quoi il est possible de proposer des actions aggravant au contraire les ISTS)

- **Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé**
  « La santé d'une personne est d'abord le résultat des conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles » (INPES). Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale de la santé intégrant, en dehors des interventions sur les comportements et sur l'accès au système de soins, des interventions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

- **Apporter des réponses graduées en fonction des besoins de la population**
  Les inégalités sociales et territoriales de santé ne touchent pas seulement les personnes les plus défavorisées. L'ensemble de la population est concerné. « Les

inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure " (INPES)

- **Agir sur les inégalités d'accès et de continuité du système de soins**
  Certaines inégalités sont liées à l'organisation même du système de soins. C'est pourquoi les signataires attachent une importance à l'accès aux droits, à l'accès aux soins de premier recours, et à la continuité du parcours de santé. Ces accès et cette continuité doivent être particulièrement améliorés pour les personnes fragiles et défavorisées, plus sensibles aux ruptures.

- **Penser et développer la participation citoyenne**
  Le renforcement des compétences (empowerment) des citoyens et notamment de ceux éloignés des processus de décision est un moyen efficace de réduire les écarts de santé. Ce renforcement doit permettre, comme pour les professionnels, d'aller vers l'association systématique des usagers à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions, en veillant à ce que les citoyens confrontés aux difficultés les plus importantes trouvent toute leur place.

- **Promouvoir un parcours de santé cohérent et adapté à chacun**
  Favoriser la mise en œuvre de parcours cohérents de santé, allant de la prévention à la prise en charge en passant par les soins en identifiant au préalable les inégalités rencontrées dans les parcours (points de ruptures, public concernés…)

- **Adopter une approche intersectorielle**
  Le CLS doit s'efforcer de faciliter les démarches transversales, pour dépasser les fonctionnements cloisonnés en mobilisant une pluralité d'acteurs issus du champ sanitaire et des autres politiques publiques et associant étroitement les habitants.

- **Développer l'articulation CLS/Politique de la Ville**
  L'articulation avec la politique de la Ville doit être une priorité forte du contrat, ce qui implique notamment une démarche complémentaire avec celle menée par l'Atelier Santé Ville.

- **Définir une stratégie locale d'intervention cohérente avec celles des autres échelons d'intervention** (départemental, régional, national) : pour agir efficacement sur les ISTS (mobilisations des leviers communaux insuffisante)

- **Evaluer le CLS**
  Les signataires s'engagent à mesurer ensemble les résultats des actions engagées, et éventuellement de les réorienter ou de les moduler en fonction des conclusions de l'évaluation (évaluation de la démarche, des actions et des effets)

Le diagnostic

Il ne s'agit pas ici de retranscrire la totalité du diagnostic mais de mettre en évidence les principaux éléments d'analyse de besoins (quantitatifs et qualitatifs).

Les axes structurants du contrat

Il s'agit, dans cette partie, de décrire brièvement de quelle manière ont été intégrées la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la logique de parcours de santé dans les axes stratégiques.

Pour ce faire, il convient de s'appuyer sur quelques critères :

Réduction des inégalités sociales et territoires :

- L'intervention sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé
- L'action intersectorielle
- La participation et l'empowerment
- L'apport de réponses de graduées en fonction des besoins de la population

Parcours de santé :

- L'accessibilité (ex : géographique, administrative, financière, organisationnelle et socio-culturelle)
- La lisibilité (ex : informations des habitants et des professionnels)
- La qualité (ex : sécurité du parcours ; coordination des prises en charge…)
- La continuité etc.

La structuration du CLS est liée aux éléments de diagnostics et aux négociations menées à l'échelon local. Les axes peuvent être organisés par thématique (ex : santé mentale), par champ d'intervention (ex : accès aux soins), par approche populationnelle ou méthodologique (observatoire locale de santé, EIS, diagnostic…).

Le pilotage et l'association des partenaires

Il convient de faire une description classique du pilotage, en séparant les instances techniques des instances politiques :

- Nombre d'instances

- Composition
- Modalités organisation
- Modes d'association des partenaires : habitants/usagers, professionnels, associations…

En cas de financement du coordinateur CLS par l'ARS, il est important de préciser son rôle :

> Le coordinateur du Contrat Local de Santé est rémunéré par la ville avec participation de l'Agence régionale de Santé [et de l'ACSE]. A ce titre, il anime le pilotage global pour le compte de l'ensemble des signataires, et rend compte de ce pilotage à chacun, ou à chacune des personnes désignées par les signataires pour suivre le Contrat.

Les modalités de suivi et d'évaluation

La démarche d'évaluation portera sur la stratégie globale du CLS, sur les actions et leurs effets. Les signataires s'appuieront sur le référentiel d'évaluation des CLS produit par l'ARS Ile de France.

2ème PARTIE : LES FICHES ACTION

Les fiches actions sont présentées par axe stratégique (populationnelle ou thématique). La fiche n°2 ci-dessous présente le model de fiches action type.

Fiche n° 2 : modèle de fiche action CLS 2

AXE STRATEGIQUE :	
INTITULE DE L'ACTION :	
PORTEUR(S) DE L'ACTION :	
DUREE DE L'ACTION :	Annuelle ☐ Pluriannuelle ☐ Début : Fin :
ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION	
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	
Parmi ces éléments d'analyse des besoins, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, lesquelles[1] ?	
Si non, pourquoi ?	
Quels sont les territoires concernés par ces inégalités ? (le territoire du CLS : la commune ou l'agglomération, des infra-territoires : commune(s) pour un CLS interco. un ou plusieurs quartiers pour un CLS communal…)	
PUBLIC VISÉ : L'action cible-t-elle le public concerné par les inégalités sociales et territoriales repérées dans le diagnostic ?	Oui ☐ Non ☐
ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?	Action déjà en cours : Oui ☐ Non ☐ Mise en œuvre ☐ Evaluation ☐

[1] Des inégalités liées au niveau de revenus, à l'appartenance à une catégorie sociale, au niveau d'éducation, à la discrimination (genre, ethniques, orientation sexuelle), de l'accès à l'offre, etc.

DESCRIPTION DE L'ACTION	
Objectif stratégique auquel se réfère l'action :	
Objectifs opérationnels de l'action :	
Les objectifs opérationnels visent-ils les inégalités sociales et territoriales de santé repérées dans l'analyse des besoins de l'action ?	Oui ☐ Non ☐
Déroulé de l'action intégrant le calendrier :	Etape 1 (période)/ Etape 2 (période): etc.

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION	
Conditions socio-économiques	Niveau de revenu ☐ Niveau d'éducation ☐
Conditions de vie	Conditions de travail ☐ Environnement physique (air, sol, eau, logement, transport et aménagement du territoire) ☐ Accès aux ressources hors service de santé (logement, emploi, services sociaux et éducatif, alimentation, loisir, etc.) ☐
Environnement social	Intégration sociale ☐ Normes et climat social ☐ Empowerment de la communauté (participation des habitants, organisation de la communauté) ☐
Mode de vie	Acquisition de comportements favorable à la santé (consommation d'alcool, tabac, addictions, alimentation, exercice physique, autres.) ☐ Utilisation des services de santé (recours au soin et à la prévention) ☐
Système de soins	Accessibilité (géographique, administrative, financière, socio-culturelle, organisationnelle) ☐ Globalité (synergie des composantes, offre de prévention, prise en compte des conditions sociales) ☐ Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) ☐ Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) ☐ 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 ☐

TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS MISES EN PLACE	
Renforcement des capacités individuelles	Information sur la santé ☐ Education à la santé ☐ Formation ☐
Renforcement des capacités de communautés	Mobilisation des membres de la communauté pour un engagement envers la santé ☐ Formation ☐ Appui à l'organisation de la communauté ☐
Amélioration des conditions de vie et de travail	Réhabilitation des lieux de vie et de travail ☐ Fourniture de biens matériels ☐ Accès privilégié aux services ☐ Mise en place de nouveaux services ☐
Réorientation des services de santé	Rapprochement et adaptation et services aux populations ☐ Intégration des soins et coordination des équipes ☐ Renforcement de l'offre de prévention ☐ Renforcement des capacités des professionnels et des services de santé ☐
Développement stratégique	Développement et renforcement de partenariats intersectoriels ☐ Amélioration des connaissances ☐ Planification et mesures politiques ☐

PARTENAIRES DE L'ACTION		
Secteurs mobilisés	**Acteurs mobilisés** (structures, services)	**Type de participation** (analyse des besoins, organisation, gestion de l'action, pilotage, mobilisation des ressources)
Santé (exemples)		
Social		
Emploi/Insertion		

Education		
Logement		
Habitat		
Aménagement du territoire		
Politique de la ville		
Environnement		
Autres		

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du Contrat de Ville ?	Oui ☐ Non ☐

PARTICIPATION	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, de quelle nature ? *(cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet)*	Participation à l'analyse des besoins ☐ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues (leadership) ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources ☐
Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :	
Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :	

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT	
Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic	
Indicateurs de processus[2] :	
Indicateurs d'activité[3] :	
Indicateurs de résultats[4] :	
Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation…) :	

[2] **Indicateurs de processus** : ils décrivent les éléments du projet et de son déroulement (activités, acteurs, structures, moyens et ressources utilisées, méthodes employées…). Ils permettent de s'interroger: les activités prévues ont-elles été toutes réalisées? Les moyens ont-ils été tous utilisés?... (*Guide du promoteur PPS de l'ARS-IDF, 2014, annexe 4*)

[3] **Indicateurs d'activité :** ils expriment par des données souvent chiffrées la quantité de la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions…). (*Guide du promoteur PPS de l'ARS-IDF, 2014, annexe 4*)

[4] **Indicateurs de résultats :** ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives. (*Guide du promoteur PPS de l'ARS-IDF, 2014, annexe 4*)

Direction de la Santé Publique – Cellule Contrats Locaux de Santé
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

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Référentiel Contrat Local de Santé (CLS)

Référentiel de compétences du métier de coordonnateur CLS

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Référentiel de compétences du métier de coordonnateur CLS

Contexte et enjeux de la fonction

L'article L. 1434-9 du Code de la santé Publique (*Projet de loi de modernisation de notre système de santé*) prévoit la possibilité pour l'ARS de conclure des contrats locaux de santé avec notamment les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social ».

Cet outil a vocation à :

- incarner la dimension intersectorielle de la politique régionale de santé
- consolider le partenariat local sur les questions de santé
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- et permettre, à l'échelon local, la construction d'un parcours de santé adapté, fondé sur la transversalité, le développement des politiques publiques favorables à la santé et la démocratie sanitaire et participative

Le développement et l'atteinte des objectifs d'un CLS nécessitent un pilotage solide permettant de fédérer et coordonner des acteurs nombreux et divers dans la durée autour de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du CLS.

Missions principales

Impulser et coordonner la dynamique autour du contrat local de santé sur le territoire de la collectivité locale (élaboration, mise en œuvre, suivi, évaluation) :

- **Animer les instances de gouvernance CLS :** comité de pilotage, comité technique et groupes de travail
- **Favoriser l'identification au niveau local des besoins de santé de la population intégrant une analyse des déterminants de l'état de santé lié aux conditions de vie**
- **Soutenir la conception, le développement et la mise en œuvre des actions CLS en veillant à leur cohérence au niveau local** avec les autres démarches territoriales
- **Favoriser la communication autour de la démarche et des actions CLS**
- **Contribuer à la capitalisation des connaissances, expériences et savoir faire**
- **Soutenir et développer les partenariats au niveau local en veillant à l'intersectorialité**
- **Susciter et appuyer la participation des habitants** (en lien avec l'ASV)
- **Participer aux dynamiques départementales et régionales** (instances de travail animées par les centres de ressource politique de la ville, espaces d'échange et de renforcement des pratiques professionnelles, collectif Santé ville d'Ile-de-France, contrats de villes intercommunaux, etc.)
- **Représenter les différentes parties signataires. Rendre des comptes** (bilans d'activités, synthèses des instances de travail)

Dans la conduite de ces missions, une attention toute particulière devra être portée à **l'articulation avec les démarches ASV, CLSM, Contrat de ville, et Projet territorial de santé**

Profil recherché
Niveau Bac +4/+5, formation et expérience confirmées dans le champ de la santé publique, géographie de la santé et/ou de la Politique de la ville, du développement local, des politiques sociales, etc.).

Compétences	
Savoir	• Maîtriser et appliquer la méthodologie de projet • Disposer et acquérir une connaissance des domaines qui concernent l'action des CLS (connaissances des dispositifs de la politique de la ville, des autres démarches sanitaires, des politiques publiques impactant la santé, compréhension du système de santé) • Connaissances du fonctionnement des collectivités territoriales • Connaissance des stratégies et outils de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé • Connaissances en géographie de la santé • Maîtrise des outils informatiques (Word, Excel, PowerPoint, outils de traitement de données, etc.)
Savoir-faire	• Guider en rappelant, les règles de fonctionnement, le sens, et les rôles à chacun des acteurs • Communication écrite et orale • Négocier en favorisant l'expression du dialogue de tous les acteurs concernés, en facilitant la résolution d'éventuelles oppositions et en engageant des démarches de médiation • Assurer une cohérence d'ensemble en animant des réunions, en pilotant le travail, en assurant la continuité des actions et des projets, ainsi qu'en impliquant les différents acteurs • Fédérer, rassembler, dynamiser en expliquant, en convainquant, en co-construisant, en identifiant les rôles et les enjeux, en permettant à chacun de s'approprier le projet, ainsi qu'en valorisant les actions • Faciliter l'identification et la mobilisation des ressources et en les

	mettant à la disposition du collectif • Promouvoir les principes et valeurs de la promotion de la santé (approche positive et globale de la santé, non stigmatisation des publics, promotion des ressources individuelles et collectives, etc.) • Mobiliser ses savoirs au service du collectif en apportant son expertise et sa connaissance des processus de coordination
Savoir-être	• Avoir un bon sens du relationnel, faire preuve d'adaptabilité et de disponibilité • Avoir du leadership • Etre à l'écoute, réactif et pragmatique • Faire preuve d'autonomie • Sens de l'organisation

Direction de la Santé Publique – Cellule Contrats Locaux de Santé
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

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Référentiel Contrat Local de Santé (CLS)

Tableau d'analyse comparée des démarches territoriales

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Les textes de référence

CLS	ASV	CLSM	Contrat de ville
*Introduction par la Loi HPST 2009 – art. L 1434-17 du CSP *Projet de loi de modernisation de notre système de santé - Article L. 1434-9 *Circulaires Politique de la ville (2009 …2014) * Loi ALUR	*Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, article 71 (PRAPS) *CIV du 14 décembre 1999 – Pour des villes renouvelées et solidaires *Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville *Loi du 1er août 2003 dite Borloo (ANRU, ONZUS) *Circulaire interministérielle du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville (Santé = 5ème volet du CUCS)	Aucun dispositif législatif et réglementaire mais… * Plusieurs circulaires (72 et 74: conseils locaux de santé mentale de secteur) *Rapports (Cour des comptes, Haut conseil de santé publique), Robiliard, Compagnon et Devictor) Et Plans nationaux (Plans santé mentale 2005/2008 et 2011/2015)	Réforme Pol. de la Ville: Loi de programmation de février 2014. Signature des nouveaux contrats de ville en 2015

Les objectifs

CLS	ASV	CLSM	Contrat de ville
*Incarner la dimension intersectorielle de la politique régionale de santé *Consolider le partenariat local sur les questions de santé *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé *En s'appuyant sur les initiatives de démocratie sanitaire (institutionnelles et locales)* **REDUIRE LES ISTS**	*Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé *Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux *Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun *Développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes … et d'autre part la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du sanitaire et social **REDUIRE LES ISTS**	Favoriser le décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques au niveau local *5 objectifs stratégiques :* *Organiser un diagnostic local de la situation en santé mentale. *Permettre l'égal accès à la prévention et aux soins ainsi que la continuité de ceux-ci. *Développer l'éducation et la promotion en santé mentale. *Favoriser l'inclusion sociale, l'accès à la citoyenneté et l'autonomie des usagers. *Contribuer à la déstigmatisation des personnes avec troubles psychiques. **REDUIRE LES ISTS (santé mentale)**	Réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines et améliorer les conditions de vie de leurs habitants dans une perspective de rétablissement de l'égalité entre les territoires **REDUIRE les Inégalités sociales et territoriales**

Les territoires d'intervention

	CLS	ASV	CLSM	Contrat de ville
Echelle d'intervention	Communale ; Intercommunale	Infra-communale: QPV + possibilité d'ASV communaux ou intercommunaux	Territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux	Intercommunale avec ciblage QPV
Critères d'éligibilité	**Pour l'Ile de France:** territoires à IDH 2< 0,52 et/ou comprenant des QPV	Territoires comprenant un ou plusieurs QPV	Territoires en CLS (CLSM avec financement ARS-IdF) + tout autre territoire (ss financement ARS)	Territoires comprenant un ou plusieurs QPV (niv. de Revenu)

Les domaines d'intervention

CLS	ASV	CLSM	Contrat de ville
***Prévention/promotion de la santé** ***Politiques de l'offre de soins** (Hospitalière/ambulatoire) ***Accompagnement médico-social** **+ Déterminants de la santé** (système de soins, socio-environnementaux)	Principalement: ***Prévention** (primaire, secondaire: nutrition, addictions, santé mentale…) ***Accès aux droits, aux soins** **+ Déterminants** (sociaux…)	***Prévention/promotion de la santé mentale** ***Inclusion sociale** ***Accompagnement médico-social du handicap psychique** ***Déterminants de la santé mentale** ***Accès aux soins**	3 piliers: ***Cohésion sociale** (éducation, santé…) ***Renouvellement urbain et cadre de vie** ***Développement économique et emploi**

Les méthodologies suivies

	CLS	ASV	CLSM	Contrat de ville
Points de convergence	***Démarche projet** (diag + plan d'actions…) + ***Démarche transversale /intersectorielle** + ***Coordination**	***Démarche projet** (diag + plan d'actions…) + ***Démarche transversale /intersectorielle** + ***Coordination**	***Démarche projet** (diag + plan d'actions…) + ***Démarche transversale /intersectorielle** + ***Coordination**	***Démarche projet** (diag + plan d'actions…) + ***Démarche transversale /intersectorielle** + ***Coordination**
Spécificités des différentes démarches	***Approche démocratie en santé** ***Coordination des politiques publiques +++** ***Pluri-thématiques** (intégrant déterminants) ***Tout public**	***Approche participative de proximité** (santé communautaire, relais, synergie d'acteurs) Participation +++ des habitants ***Coordination des acteurs sanitaires sociaux** ***Pluri-thématiques** (intégrant déterminants mais nb de thématiques moins important) ***Public en situation de précarité (QPV)**	***Approche mixte démocratie sanitaire et participation de proximité** Plateforme de concertation et de coordination (élus, secteur, professionnels, usagers….) ***Coordination des politiques publiques ++** ***Thématique santé mentale** (dans toutes ses implications: déterminants…) ***Tout public** (population, patients, publics vulnérables…)	***Approche de « démocratie participative »** (Conseils citoyens…) ***Coordination des politiques publiques +++** ***Pluri-thématiques (**en lien avec les 3 piliers) ***Public en situation de précarité (QPV)** de l'agglomération

Les acteurs

	CLS	ASV	CLSM	Contrat de ville
Une démarche contractuelle entre…	A minima: ARS/Collectivité territoriale En + sur l'IDF: Préfecture de dpt, CPAM, Conseil Dép., Etablissement de santé	Préfecture/Collectivité territoriale	Collectivité territoriale, Etablissement de santé psychiatrique et ARS	Préfecture, Collectivité territoriale, ARS, EN, CD, CAF, etc…
Autres acteurs impliqués	Acteurs locaux de la santé: sanitaire + acteurs des autres politiques publiques (éducation, social, habitat, urbain…), + habitants, associations,	Mêmes catégories d'acteurs… en privilégiant les acteurs des QPV, les partenaires intervenant pour la cohésion sociale)	Acteurs du champ de la santé mentale, du social, de la jeunesse, de l'Education, de la Police/justice, du logement (bailleurs…) de la Politique de la ville, habitants (asso familles, usagers, GEM, autres habitants…	Professionnels (Cohésion sociale; Cadre de vie et renouvellement urbain, Développement économique et emploi) Associations , Habitants Mêmes catégories d'acteurs que dans les CLS

Les stratégies de réduction des inégalités

CLS	ASV	CLSM	Contrat de ville
***Abord structurel** par les déterminants sociaux et la réorganisation du système de santé ***Abord territorial** régional (territoires prioritaires IDF) et local ***Abord par l'exclusion et la précarité** (articulation avec le PRAPS) **+ Logique d'universalisme proportionné:** Actions universelles/ciblées ***Démocratie sanitaire**	***Abord territorial infracommunal** (implantation des ASV ***Abord par l'exclusion et la précarité +++** (articulation avec le PRAPS) **Participation +++** (démarches de proximité, santé communautaire)	***Abord structurel** par les déterminants sociaux et la réorganisation du système de santé ***Abord territorial régional** (Territoires prioritaires IDF) ***Abord par l'exclusion et la précarité** (articulation avec le PRAPS) **Soutien à la participation active des usagers, de leurs proches + citoyens**	***Abord structurel** (cf 3 piliers du contrat de ville) ***Abord territorial** (agglo avec ciblage de QPV) ***Abord précarité** ***Démocratie participative :** conseils citoyen…

Référentiel Contrat Local de Santé (CLS)

Fiche thématique n° 1
Santé mentale

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

FICHE N°1 : SANTÉ MENTALE

Se saisir de la thématique : DEFINITION DE LA SANTE MENTALE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaitre ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ».

La santé mentale comporte trois dimensions[1] :

- **La santé mentale positive**, discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel,
- **La détresse psychologique réactionnelle** qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- **Les troubles psychiatriques** qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Comprendre les enjeux : POURQUOI S'INTERESSER A LA SANTE MENTALE ?

« Il n'y a pas de santé sans santé mentale »[2]

La santé mentale, une problématique aux répercussions multiples (physiques, sociales et économiques)

Selon l'OMS, les troubles psychiques sont **la première cause médicale d'invalidité**, **la deuxième cause d'arrêt de travail** et **la troisième cause d'affection de longue durée**. *En France, chaque année, plus de 11 000 morts par suicide sont dénombrés, constituant* ***la seconde cause de mortalité chez les jeunes adultes****.*

→En France, la prévalence des maladies mentales est appréhendée notamment au travers d'enquêtes en population générale :

- **14%** des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES déclarent souffrir d'une maladie psychique.

[1] Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015, p.6
[2] Livre vert de l'Union Européenne

- Les personnes entre 15 et 75 ans interrogées en 2010 pour le Baromètre santé de l'INPES sont **7.8%** à déclarer un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois.
- Les troubles les plus graves peuvent être cernés au travers du dispositif des affections de longue durée (ALD) qui permet une prise en charge financière des patients ayant une maladie chronique coûteuse: en 2009, 950 324 personnes bénéficiaient de ce dispositif à cause de troubles psychiatriques sévères.

→Les troubles mentaux et la souffrance psychique qu'elle entraîne ont des répercussions importantes sur la santé physique, la vie personnelle et sociale des personnes concernées et sur leur entourage :

- Les personnes souffrant de maladie mentale sont ainsi plus souvent affectées par des problèmes somatiques.
- Les risques de mort prématurée sont plus importants, en particulier le décès par suicide (10353 décès en 2008 en France).
- Les troubles mentaux sont également associés aux phénomènes d'exclusion sociale. Par exemple, un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves.
- Les troubles mentaux sont la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle et l'une des premières causes d'absentéisme au travail (OMS 2006). Leur répercussion économique est considérable. Leur coût dans le secteur sanitaire atteint 17 milliards d'euros par an. Les estimations de l'ensemble des coûts directs et indirects liés aux troubles mentaux, y compris les coûts indirects liés à la perte de production et la perte de qualité de vie, situent ce coût à 107 milliards d'euros »[3].

➢ Santé mentale et inégalités sociales et territoriales de santé

La santé mentale n'est pas épargnée par les inégalités sociales et territoriales.

La position sociale influence le risque de pathologies mentales[4]

- Globalement, l'incidence et la prévalence des maladies mentales vont croissant de la classe supérieure à la classe inférieure suivant un gradient social.

- Ainsi, les populations les plus précaires ont un risque de dépression plus élevé que les populations plus favorisées.
  Et plus la durée et la sévérité de la pathologie sont importantes plus ces inégalités entre catégories sociales ont tendance à se creuser

[3] Note d'orientation HAS : Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, 2013
[4] Inégalités de santé mentale : perspective européenne et des politiques publiques. Congrès FNORS - Marseille 2008 - Institut Santé et Société - Vincent Lorant

- Des inégalités se créent dans les filières de soins : les populations plus modestes utilisent de la médecine générale et des soins primaires alors que les populations plus favorisées utilisent des soins de médecine de spécialité.

  ⇨ Ce sont donc souvent les personnes des catégories les plus défavorisées qui supportent la plus lourde charge de morbidité en santé mentale, que ce soit au niveau du risque d'être atteint d'une pathologie mentale ou concernant l'accès aux soins (consultations, traitement)[1].

- Il est à noter également que certaines pathologies, comme la schizophrénie, ont une influence non négligeable sur la position sociale

En termes d'interventions, cela nécessite :

- d'adopter des approches spécifiques, proportionnées aux besoins des publics et de prêter attention à tout l'impact de la maladie sur la vie quotidienne des patients.
- et d'intégrer d'abord les soins de santé mentale dans la première ligne.

Des inégalités qui se forment tout au long de la vie…

- La position sociale à la naissance, à l'adolescence, liée au statut social des parents va avoir une influence sur le risque de santé mentale à l'âge adulte.

- Mais la survenue de certains événements, comme le changement de revenu, le chômage, un deuil, peuvent avoir une influence à court terme aussi sur la santé mentale

En termes d'interventions, cela nécessite :

- Mettre en place des politiques sur les facteurs du cycle vie et de porter une attention particulière aux facteurs présents.

L'importance des déterminants sociaux

- Si le risque de troubles psychiatriques est en partie lié à des facteurs génétiques et biologiques, les déterminants sociaux tels que le genre, la position sociale et économique, le statut d'immigration, le réseau et le soutien social, sont d'importantes sources de risque et de résilience.

En termes d'interventions, cela nécessite :

- Intervenir tant en amont des soins de santé, et en aval des soins de santé et pas uniquement sur les soins de santé.

- Viser les soins mais également les déterminants sociaux de la santé mentale, et définir des stratégies globales qui permettent de mobiliser l'ensemble des acteurs publics impliqués sur cette question.

Dans les **Contrats Locaux de Santé**, certains acteurs ont privilégié une approche ciblée, populationnelle ou thématique (jeune, santé périnatale) axée plus particulièrement sur des actions de prévention primaire.

Progressivement dans les CLS de nouvelle génération, et notamment à travers les CLSM, on constate une prise en compte renforcée des ISTS à travers une double approche :

- Action sur les déterminants sociaux de la santé, notamment l'accès aux droits et le logement
- Interventions pour garantir un parcours de soins accessible et sans rupture

Une priorité forte de l'ARS-IDF au regard du contexte francilien

En Ile-de-France, les indicateurs en santé mentale montrent **une situation plutôt défavorable**, avec une offre sanitaire globalement importante mais inégalement répartie sur le territoire. Par ailleurs, un certain nombre de problématiques sont plus importantes et ont une acuité particulière dans notre région du fait de ses caractéristiques sociodémographiques : les addictions, la précarité, la situation des adolescents, les soins aux personnes sous-main de justice, les soins aux populations non francophones, les personnes âgées, les risques psychosociaux…

La santé mentale est également au confluent de nombreuses priorités et doit être présente à différents niveaux : qu'il s'agisse des déterminants de santé, de la relation avec le monde du travail et de l'entreprise, du problème du suicide ou des conduites suicidaires chez les jeunes, de l'interaction entre pathologie mentale et grande précarité, de la dépression et de l'isolement de la personne âgée, ou encore du lien entre addictions et santé mentale, de la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le cadre du premier recours...

Dans ce contexte, l'ARS Ile-de-France a fait de la santé mentale une de ses priorités d'action. Elle s'est donné comme objectif, dans son Plan stratégique régional de santé, de promouvoir une vision globale et transversale de la santé mentale. Cet abord est décliné dans l'ensemble des schémas régionaux en cours d'élaboration, qu'il s'agisse du schéma de prévention, du schéma relatif à l'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers ou du schéma médico-social dans lequel la question du handicap psychique fait l'objet d'importants développements. Il est aussi présent dans les programmes tels que celui de l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies.

Compte tenu de l'importance de la dimension territoriale pour assurer une telle articulation, l'ARS souhaite engager une politique volontariste de promotion des conseils locaux de santé mentale, en lien étroit avec les contrats locaux de santé.

Le diagnostic : UNE PHASE CLE POUR LA MISE EN PLACE DES ACTIONS

Afin d'analyser au mieux ce champ et de repérer les besoins locaux en matière de santé mentale, il semble important d'adopter une approche globale ce qui suppose **de mobiliser dès le début** du diagnostic CLS **l'ensemble des acteurs intervenant de près ou de loin dans ce domaine**.

➢ Une pluralité d'acteurs pour une démarche globale et adaptée

Spécialisés	▪ **Psychiatrie publique :** Secteurs « adulte » et infanto-juvénile (CMP, CATTP, Hôpital, EMPP, CAC …) ▪ **Psychiatres/Psychologues/paramédicaux (**orthophoniste, psychomotricien…) **du secteur privé** (cabinets libéraux/cliniques) ▪ **Structures/équipes du champ médico-social :** partenaire institutionnel : MDPH - Intervenants opérationnels : soins (CMPP…), accompagnement (SAVS, SAMSAH…), établissements spécialisés et structures d'hébergement ▪ **Autres structures enfants/jeunes** : Accueils parents-enfants (Maison verte…)/ PAEJ/Maisons des adolescents… ▪ **Associations de familles** (Fédérations et autres): UNAFAM… ▪ **Associations d'usagers** (Fédérations et autres) : FNAPSY…(Fédé) ▪ **Groupes d'entraide mutuelle** ▪ **Justice, Police, Organismes de tutelle**
Ressources	▪ Référents santé mentale ARS (siège/DT) ▪ CCOMS ▪ PSYCOM ▪ ESPT
Communs à toutes les thématiques CLS	▪ Habitants ▪ Elus ▪ Acteurs de la politique de la Ville : Coordination ASV, Chef de projet politique de la ville, Equipe de Réussite éducative, Equipe Rénovation urbaine, Chef de projet prévention/sécurité ▪ DT-ARS ▪ **Circonscription de service social, PMI et ASE** ▪ CPAM ▪ CG ▪ Préfecture (DDCS, délégués du Préfet, etc.) ▪ CAF

	▪ **Offre de soins ambulatoire** (médecins généralistes libéraux, CMS, MSP) ▪ Services municipaux non sanitaire (éducation, habitat, vie des quartiers, CCAS, maison des parents) ▪ Acteurs de l'insertion (maison de l'emploi, pôle emploi, mission locale, etc.) ▪ Acteurs de l'éducation (éducation nationale, club de prévention spécialisée, PJJ, etc.) ▪ Foyers/résidences sociales/CHRS ▪ Acteurs associatifs

➢ Quelques questionnements pour guider la réflexion…

Dans la conduite du diagnostic, la réflexion menée avec les partenaires doit permettre l'**analyse des problèmes, publics cibles, déterminants, ressources et pistes d'amélioration.**

Caractérisation des problèmes, des publics et des territoires :

- ✓ *Quels problèmes de santé mentale avons-nous identifié sur le territoire ? (souffrance psychosociale, dépression, violences, suicides, troubles mentaux, etc.)*
- ✓ *Quels sont les publics les plus impactés par ce type de problématique ? (jeunes, personnes âgées, femmes enceintes, personnes en, situation de précarité, etc.)*
- ✓ *Sur quels territoires résident-ils ? et quelles sont les caractéristiques de ces territoires ?*
- ✓ *Des territoires sont-ils plus particulièrement touchés ?*
- ✓ *Des spécificités liées aux milieux de vie des publics sont-elles identifiées ?*

Analyse des déterminants :

Quels sont les déterminants à l'origine des problématiques identifiées ?

Conditions socio-économiques, Conditions de vie, Environnement social, Mode de vie, Système de soins, Contexte économique et politique

- **La population a-t-elle accès à l'information et à la prévention en santé mentale ?** (ex : prévention du suicide, des conduites à risques, développement des compétences psychosociales, repérage précoce des troubles du développement
- Les personnes en souffrance psychique ont-elles accès à la **prévention secondaire** ? si non, préciser les difficultés rencontrées ? *Y-a-t-il des difficultés locales concernant **l'accès aux droits** ? Si oui, quelles sont-elles ?*

- *Les usagers et personnes en souffrance psychique ont-ils **accès aux soins** sur le territoire (*offre en santé mentale, délais de rendez-vous, situation géographique d'un lieu de soins, transport…) ? Des difficultés concernant le **parcours de santé** ont-elles été identifiées ?
- **Les usagers de la psychiatrie bénéficient-ils des conditions favorables à l'exercice de la citoyenneté et de l'inclusion sociale ?**
- **Les problèmes identifiés sont-**ils dus à des difficultés d'**accès aux logements, d'accueil dans le logement, d'insertion par le travail…**

Analyse des ressources et de l'existant en psychiatrie et santé mentale :

✓ *Quels sont les structures-ressources et dispositifs communaux et/ou extra-communaux mobilisables sur le territoire ? et les partenaires-ressources ?*

- *Un CLSM ?*
- *une Cellule de concertation autour des situations psychosociales complexes ?*
- *Une Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ?*
- *Un SAMSAH, un SAVS spécialisés dans le Handicap psychique?*
- Une MAIA
- *Un ou des GEM*
- *Un accueil parents/enfants (maison verte)/un PAEJ/une MDA…*
- *Des actions visant à soutenir les conditions favorisant un bon développement de la santé mentale (ex : actions petite enfance…)*
- *Autres dispositifs ? (cf. liste acteurs)*

✓ Quelles sont les actions déjà existantes sur le territoire ?

✓ Autres ressources : dynamique entre acteurs, réseau, offre, parcours.

Pistes d'actions et choix des priorités :

L'analyse croisée des problèmes, des déterminants et des ressources permettra de définir les stratégies et les actions prioritaires à mettre en place

- ✓ *Comment assurer une meilleure coordination entre les acteurs et dispositifs existants?*
- ✓ *Y a-t-il des partenariats à monter ?*
- ✓ *Y a-t-il un accompagnement spécifique à réaliser vers l'accès aux droits ?*
- ✓ *Un soutien peut-il être apporté aux professionnels de santé ?*

Les stratégies d'intervention devront prendre en considération le projet territorial de santé dans sa globalité, s'appuyer et s'articuler avec les autres dispositifs que sont le CLSM et l'ASV

STRATEGIES ET PISTES D'ACTIONS

La santé d'une personne est d'abord le résultat des conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles (INPES). Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale de la santé intégrant, en dehors des interventions sur les comportements et sur l'accès au système de soins, des interventions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ainsi la mobilisation d'un large réseau de partenaires et la coordination des acteurs constitueront des facteurs de succès de la démarche engagée.
Pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la stratégie définie dans le cadre du CLS devra intégrer des actions multi-niveaux (visant plusieurs déterminants), s'appuyer sur différents types d'intervention (cf. annexe Grille Sophie Schapman) et privilégier des approches participatives.

Le tableau ci-dessous présente quelques axes d'intervention possibles et des exemples d'actions. **Le conseil local de santé mentale** (CLSM) constitue le cadre idéal d'intervention pour agir simultanément et de manière coordonnée sur les différents déterminants.

Axes d'intervention	Exemples d'action	Publics
Promotion de la santé positive	Soutien à la parentalité	Parents/enfants
	Programme de développement des compétences psychosociales	Petite enfance, jeunes
	Promotion de l'estime de soi et développement du pouvoir d'agir (ex : santé communautaire)	Adultes en situation de vulnérabilité (précaires, personnes âgées isolées, personnes détenues et sortants de prison) Autres publics
Prévention de la souffrance psychique et les troubles mentaux	Sensibilisation et formation des professionnels sanitaires et non sanitaires de première ligne	Professionnels
	Prévention des tentatives et actes suicidaires	Jeunes
	Mobilisation de dispositifs spécifiques (EMPP, Pass psychiatrique, etc.)	Population précaire Population migrante

Repérage précoce de la souffrance psychique	Sensibilisation et formation des professionnels sanitaires et non sanitaires de première ligne	Professionnels
Lutte contre la stigmatisation	Déclinaison de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM)	Population générale
Accompagnement global et coordonné. Amélioration du parcours de soins	Mise en place d'une cellule de résolution des situations psychosociales complexes	Adultes en difficulté
Amélioration de l'accès aux soins somatiques	Développement des partenariats avec la médecine générale	Professionnels
Amélioration de l'environnement et du cadre de vie	Accès et maintien dans le logement	Personnes atteintes de troubles psychiques - mentaux
	Actions d'insertion par le travail	Personnes atteintes de troubles psychiques - mentaux
	Prévention des troubles dépressifs liés au mal logement	Personnes résidant dans un logement dégradé
Prévention des récurrences ou de la chronicisation des troubles mentaux	Mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient	Personnes atteintes de troubles psychiques - mentaux
Adaptation de l'offre de prévention et de soins	Organisation de rencontres entre praticiens et patients (ex : santé bucco-dentaire)	Personnes atteintes de troubles mentaux Etc

COMMENT LA THEMATIQUE DE LA SANTE MENTALE A-T-ELLE ETE APPREHENDEE DANS CERTAINS CLS ?

AUBERVILLIERS

Ce projet, mis en place en 2005 suite à une étape d'analyse préliminaire qui a duré deux ans, a pour objectif de promouvoir le développement psychologique, affectif, cognitif et social des enfants par le biais de trois axes d'intervention : des visites à domicile pour les femmes enceintes, l'amélioration du travail en réseau sur le quartier et, enfin, le renforcement des ressources communautaires présentes dans le quartier. Une évaluation de ce projet a été menée grâce au soutien de l'INPES.

Le projet s'adresse à toutes les familles avec des bébés de 0 à 3 ans des quartiers Paul Bert et Quatre-Chemins.

AXE « LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES AUX AGES CLES DE LA VIE»

Petite enfance/parentalité

FICHE ACTION : « Programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) aux quartiers Paul Bert et 4 chemins »

Objectif général :

Promouvoir, à partir de la mobilisation des principaux partenaires concernés par cette thématique et dans le cadre d'une approche communautaire, des conditions psychosociales favorisant le développement psychologique, affectif, cognitif, et social de jeunes enfants (0-3 ans) du quartier.

Objectifs spécifiques :

- Améliorer la capacité des parents pour répondre aux besoins de santé – en termes de santé positive – de leurs enfants de 0-3 ans dans les quartiers de Paul Bert, 4 Chemins.
- Améliorer la culture de santé publique des intervenants Petite enfance sur les territoires d'intervention et créer des synergies entre les interventions.

Mise en œuvre :

- Soutien des familles via la proposition de VAD de manière systématique aux femmes enceintes du quartier, à partir de la 20ème semaine de grossesse
- Mise en place de deux accueils parents-enfants hebdomadaires dans le quartier et d'autres activités collectives pour les parents et leurs enfants
- Mise en place d'une action de formation mensuelle auprès des professionnels pour favoriser la mutualisation d'expériences mais aussi pour approfondir le champ de connaissances autour de l'approche communautaire et de la promotion de la santé

NANTERRE

La santé mentale constitue une thématique prioritaire et ancienne sur le territoire de Nanterre. Dès 2009, la Ville s'est engagée avec des partenaires dans la mise en place d'un CLSM. Co-piloté par l'hôpital Max Fourestier, plusieurs services municipaux, le Conseil Général, des associations d'usagers et d'aidants, des bailleurs sociaux, des foyers d'hébergement, le CLSM a défini une stratégie d'intervention autour de plusieurs axes de travail prioritaires : l'accès aux soins, au logement et à la réhabilitation psycho-sociale pour les personnes touchées par les maladies psychiatriques.

Dans le CLS, la thématique « santé mentale » est inscrite dans un axe stratégique dédié à la santé des publics adultes vulnérables.

AXE « SANTE DES PUBLICS ADULTES VULNERABLES»

Objectif général : Promouvoir la santé mentale

Objectifs spécifiques et actions :

- Favoriser l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques : Cellule de veille et de suivi en santé mentale
- Favoriser l'accès au logement ordinaire, au parcours résidentiel et aider au maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques : Groupe projet de réflexion et organisation d'actions pour faciliter l'accès et le maintien dans le logement
- Favoriser l'accès aux loisirs et l'intégration dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques : Elaboration, réalisation d'actions en faveur de l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques dans la ville visant à favoriser l'accès aux loisirs

Focus sur les actions du CLSM concernant « l'accès et le maintien dans le logement »

- **Réalisation du guide** « Un locataire en souffrance, vous êtes inquiets, que faire ? » avec la collaboration de 40 gardiens d'immeuble de la ville.
- **Organisation de séances de sensibilisation auprès de 75 gardiens** pour accompagner la diffusion de ce guide. Par la suite, un nouveau groupe de travail autour de la thématique « Hygiène et sécurité dans le logement comme signe de souffrance psychique et porte d'entrée pour une prise en charge coordonnée notamment vers le soin », a facilité le tissage de nouveaux partenariats (commissariat, ADIL, pompiers, conciliateur de justice…) pour des réponses plus globales face aux difficultés identifiées.

Une trentaine d'institutions (comprenant tous les grands bailleurs implantés sur la commune) a été mobilisée sur ces actions

Confronté à des problématiques similaires, le CLSM de la ville de Montreuil s'inspire actuellement de cette expérience pour une action semblable sur son territoire.

EXEMPLE DE PROJET PORTE PAR UN ACTEUR DEPARTEMENTAL : PROJET DE RENFORCEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES DES JEUNES SUIVIS PAR LES MISSIONS LOCALES » (CODES 93)

Ce projet, piloté par le CODES 93 et mis en œuvre par des missions locales, vise **le renforcement des compétences psychosociales, le développement des facteurs de protection et de l'estime de soi**.

Objectifs spécifiques:

- Contribuer au renforcement de l'estime de soi des jeunes des Missions Locales dans leurs projets professionnels et projets de vie.
- Contribuer au renforcement du sentiment d'auto-efficacité des jeunes des Missions Locales dans leurs projets professionnels et projets de vie.
- Favoriser l'utilisation des stratégies d'adaptation (coping) dans des situations stressantes ou angoissantes auprès des jeunes des Missions Locales dans leurs

Actions :

- Organisation de trois demi-journées d'information, de présentation et de diffusion des techniques de renforcement de l'estime de soi, du sentiment d'auto-efficacité et du coping auprès des jeunes des Missions Locales;

- Organisation de quatre demi-journées de travail, de réflexion, et d'échanges, à destination des jeunes des Missions Locales autour de différents évènements de vie (Problème de santé, perte d'emploi, chômage, difficultés financières, deuil, problèmes relationnels…)

Ce projet est consultable sur le lien suivant : http://www.codes93.org/projet-comp-psy.html

POINT D'INFORMATION : LE PROJET CLSM DE L'ARS ILE-DE-FRANCE

L'ARS Ile-de-France a fait du développement des conseils locaux de santé mentale une priorité stratégique, affirmée dans son plan stratégique régional de santé (PSRS) et déclinée dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Aussi, depuis 2012, l'appui à l'implantation et au développement des CLSM est l'un de ses projets prioritaires mis en place pour soutenir les expériences existantes mais aussi les projets émergents.

Deux modalités principales d'accompagnement sont proposées :

- Un accompagnement méthodologique pour tous les territoires en CLSM de la région (ou souhaitant s'engager dans la démarche),
- Un soutien financier de l'Agence consacré à la coordination locale, focalisé sur les territoires les plus défavorisés, territoires en CLS ou éligibles à un CLS

Le CLSM, c'est quoi ?

Le CLSM développé en Ile de France est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers, les aidants, et tous les acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police…). Ce travail conjoint vise à améliorer l'accès aux droits et aux soins ainsi que l'exercice de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le Maire ou son représentant préside le CLSM et en fixe la composition[5].

Les grands enjeux du déploiement des CLSM en Ile-de-France

Il s'agit d'inscrire à l'agenda politique des villes la question de la santé mentale dans ses multiples implications à travers :

- la réduction des inégalités du système de soins et celles liées aux pathologies et à leurs facteurs aggravants,
- l'amélioration des coordinations intersectorielles pour une meilleure fluidité des parcours de santé et de vie
- une attention particulière à des populations exposées à des effets de stigmatisation et d'exclusion sociale

[5] Les modalités de gouvernance et de déclinaison opérationnelle du CLSM sont décrites dans le cahier des charges disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Appels-a-projets-Financements/Offre-de-soins/AAP_Cahier_des_charges_CLSM-V3.pdf Concernant les modalités d'articulation avec le CLS cf. fiche « gouvernance » du référentiel CLS

Comment ?

- En facilitant l'apport de **réponses multidimensionnelles** dans les territoires où les pathologies psychiatriques sont plus importantes et/ou le cumul des phénomènes sociaux et urbains complexifient la prise en charge des patients

- En améliorant **l'efficience de l'articulation soins/environnement** par la formalisation, la valorisation, l'évaluation de dispositifs de réponse : organisation des prises en charges, simplification des échanges interinstitutionnels, optimisation de l'interface « secteur psy-collectivités locales », identification des besoins prioritaires, insertion des patients en milieu externe.

- En améliorant la **cohérence des parcours de santé mentale et la qualité des pratiques professionnelles**

- En contribuant à la **démocratie sanitaire** : facilitation de la participation des associations d'usagers, de proches, de familles, à l'élaboration de politiques locales et à la déclinaison locale de politiques nationales

Les bénéfices pour la population :

- Une meilleure visibilité de l'offre en santé mentale sur le territoire
- Un accès facilité à la prévention et aux soins (diminution des ruptures de soins)
- Garantie des droits individuels et collectifs
- Prévention de l'aggravation des troubles et des leurs conséquences
- Développement d'une offre adaptée aux personnes vulnérables
- Accès et maintien dans le logement
- Promotion d'une vision commune positive de la santé mentale (lutte contre la stigmatisation)

CLS – CLSM des enjeux convergents

Démocratie sanitaire - Intervention sur les déterminants de la santé - Amélioration de l'accès aux soins et à la prévention - Développement d'une approche partenariale et intersectorielle

Concrètement sur le plan opérationnel…

Trois grandes missions assignées au CLSM :

→Mettre en place une observation en santé mentale visant :

- A connaître et partager l'état des ressources existantes sur le territoire, ainsi que les besoins de santé et leurs déterminants repérés par les acteurs, les habitants et les usagers
- A améliorer leur lisibilité et visibilité
- A établir des priorités partagées

→ Coordonner le partenariat

→ Développer une stratégie locale répondant aux besoins de la population en matière de prévention, d'accès aux soins et de continuité de ceux-ci, ainsi que d'inclusion sociale et de déstigmatisation

Des thématiques « phares » :

- La résolution des situations psychosociales complexes
- L'accès et le maintien au logement
- La justice
- Les majeurs vulnérables

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE SUR LA SANTE MENTALE

PREVENTION :

- ARCELLA-GIRAUX, P., LARGUEZE, B., et al. « Évaluation du programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0 – trois ans) à Aubervilliers, France. » Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique Vol 61 - N° S4 P. S235/communication au congrès international ADELF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, octobre 2013
- Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. La Santé en action – n°431 mars 2015, INPES.
- LAMBOY B., HAROUTUNIAN L., GUILLEMONT J., CLEMENT J., Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une synthèse des connaissances – Résultats saillants - INPES - Septembre 2012
- Prévenir la violence à l'école : L'importance des compétences psychosociales - Editions Non-Violence Actualité, Collection Pratiques de non-violence, 2006.

CLSM , SISM…

- ARCELLA-GIRAUX, P. "La santé mentale: l'affaire de tous. L'expérience développée par l'atelier santé ville d'Aubervilliers" In Les handicaps psychiques: Concepts, approches, pratiques. Presses de l'EHESP, Rennes, 2009
- CARIA A., VASSEUR-BACLE S., AREUILLERE S. et LOUBIERES C., Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations, Revue ADSP, n°84, 2013
- EL GHOZI L. « Santé mentale, un rôle clé pour les collectivités », Revue La Gazette santé social, décembre 2008
- FURTOS J. et BERTOLOTTO F. Rapport « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE - Editions de la DIV, nov. 2005
- KANNAS S., ROELANDT J-L, Les conseils locaux en santé mentale, Pluriels (n°87/88), 2011

- LAMBOY B. et SAIAS T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques : une synthèse de la littérature, Santé de l'Homme n° 419, INPES, Mai-juin 2012
- RHENTER P., Le Conseil local de santé mentale : nouvel outil au service de l'empowerment des usagers, Revue la Santé de l'Homme, édité par l'Inpes, n° 413, mai-juin 2011, http://www.inpes;sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf

PLANS, RAPPORTS :

- Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015
- ROBILLIARD D., Rapport *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie,* 2013

SITES INTERNET :

Structures ressources :

- CCOMS : www.**ccoms**santementalelillefrance.org
- PSYCOM : organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. www.**psycom**.fr
- SISM : www.semaine-sante-mentale.fr
- ARS Ile-de-France (CLSM) : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Conseils-Locaux-de-Sante-Menta.146510.0.html
- Elus Santé Publique et Territoires (ESPT): http://www.espt.asso.fr/publications.html
- ONSMP – ORSPERE (Rhizome) : www.orspere.fr/publications/**rhizome**
- UNAFAM: www.**unafam**.org
- FNAPSY www.fnapsy.org
- SCHIZO?...OUI! www.schizo-oui.com
- ARGOS 2001 Association pour les personnes souffrant de troubles bipolaires et leurs proches : www.argos 2001.fr

Outils :

- Le cartable des compétences psychosociales : *www.cartablecps.org*.
- Mieux vivre à l'école : http://mieuxvivrealecole.blog.free.fr/

Les acteurs du soin et du médico-social

Soin

Secteur public

Centre médico-psychologique (CMP) : consultations, orientation

Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Hôpital de jour

Centre d'accueil et de crise (CAC)

Centre de postcure

Appartement thérapeutique

Unité d'hospitalisation.

EMPP/ PASS psy

Centres de PMI, Centres municipaux de santé (médecins, psychologues…)

Secteur privé

Psychiatre, pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes et psychomotriciens libéraux

Exercice en cabinet, ou au sein de cliniques psychiatriques pour adultes (dont certaines accueillent des adolescents).

Médecins généralistes

Médico-social

Enfants

Etablissements spécialisés

ITEP : Enfants/ados présentant des troubles du comportement/difficultés d'adaptation

IME :

Enfants/ados avec déficiences cognitives, psychiques, motrices ou sensorielles

2 catégories d'IME : IMP/ IMPRO

Services médico-éducatifs en milieu ouvert

SESSAD : Enfants /ados atteints d'une déficience mentale, de troubles envahissants du développement, d'une déficience motrice ou sensorielle ou

CMPP : Dépistage, diagnostic et traitement des enfants et ados en âge scolaire avec troubles neuropsy ou du comportement

Adultes

Structures d'hébergement

Foyers d'hébergement pour AH : adultes ayant besoin d'être assistés dans la vie quotidienne

Foyers de vie : AH ne travaillant pas

FAM : adultes gravement handicapés

MAS : adultes gravement handicapés (-autonomes qu'en FAM

Accompagnement à domicile

SAVS : Adultes (y travailleur handicapé), dont les déficiences et incapacités rendent nécessaire une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence et/ou accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à

SAMSAH : missions des SAVS + prestations de soins réguliers et coordonnés, accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert

Direction de la Santé Publique – Cellule Contrats Locaux de Santé
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

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Référentiel Contrat Local de Santé (CLS)

Fiche thématique n°2
Périnatalité

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

FICHE N°2 : PERINATALITÉ

Comprendre les enjeux : POURQUOI S'INTERESSER A LA PERINATALITE ?

➢ Une priorité forte de l'ARS-IDF au regard du contexte régional

L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France a choisi d'inscrire la Périnatalité comme l'une de ses **thématiques prioritaires** suite au diagnostic mené dans le cadre de son **Projet Régional de Santé (PRS).** La thématique Périnatalité est inscrite au sein du **Schéma Régional de l'Organisation des Soins** (SROS), du **Schéma de Prévention** et du **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins** (PRAPS).

Les spécificités du contexte francilien :

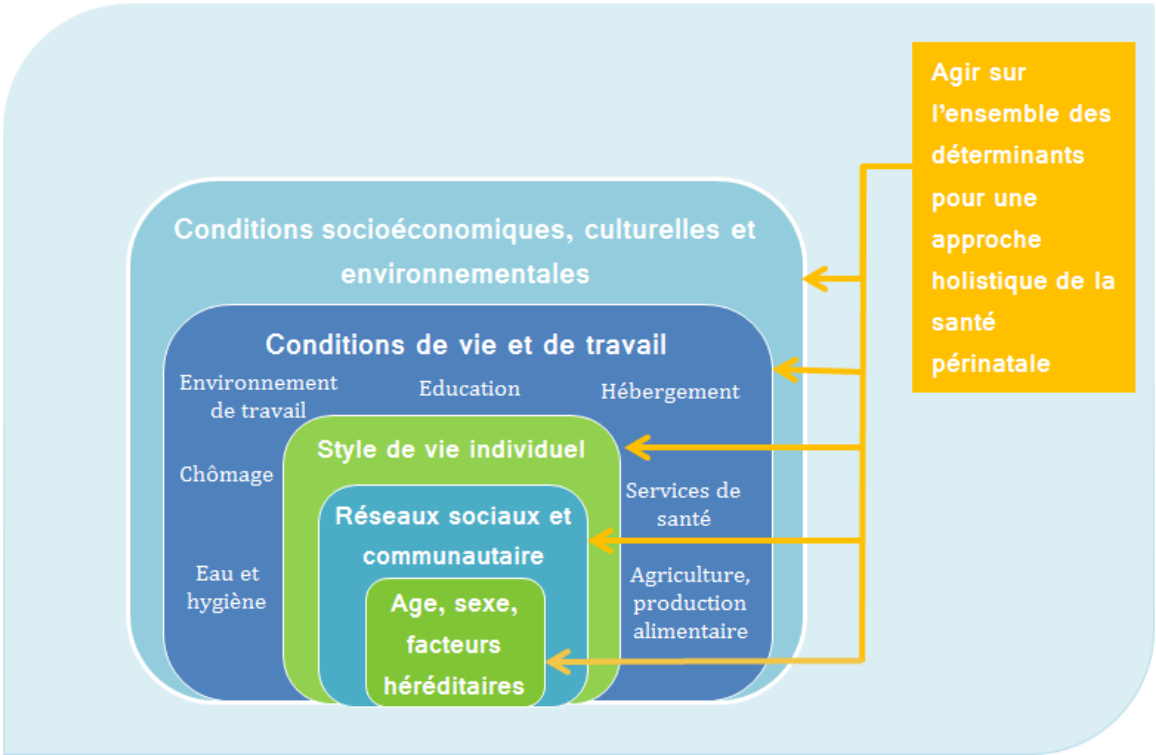
- Des situations de grande vulnérabilité : 13% des franciliens se situent en-dessous du seuil de bas revenu[1]
- Les inégalités sociales et géographiques de mortalité périnatale sont marquées en France. La Seine-Saint-Denis, qui présente des taux de mortalité périnatale et infantile de 40 à 50% plus élevés que la moyenne française depuis le début des années 2000 en est un exemple saisissant.
- De fortes disparités territoriales : le taux de mortalité infantile est de 5,2 ‰ en SSD en 2013 alors que pour la même année il est de 3,3 ‰ dans le Val de Marne (de 4 ‰ en IDF et de 3,4 ‰ en France métropolitaine)
- Un taux de fécondité élevé et de nombreuses naissances : l'Ile-de-France représente un quart des naissances nationales : chaque année 180 000 nouveaux nés voient le jour
- Des difficultés de recours aux soins, notamment concernant le suivi de grossesse et l'entretien prénatal précoce : ex : taux de déclaration de grossesses tardives : 8,8% en SSD vs 4,7% en IDF en 2010
- Un taux élevé de prématurité : avec 7,8% de prématurité, l'Ile-de-France se situe un peu au-dessus la moyenne nationale qui est de 7,4%[2]
- Des inégalités d'accès à l'avortement : le taux d'IVG réalisées dans le département de résidence est de 83% pour les femmes des Yvelines alors qu'il est seulement de 65% pour les femmes du Val-d'Oise[3]

[1] Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France
[2] Enquête Nationale Périnatale 2010
[3] Projet Frida

➢ La périnatalité, une période clé dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

La périnatalité comme la petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire les inégalités sociales en santé : il faut s'attaquer à l'effet du gradient social de la santé dès le plus jeune âge en s'assurant que chaque enfant bénéficie des conditions essentielles pour un bon départ dans la vie. D'après un rapport de l'IGAS, « **dès la grossesse et la naissance**, il existe des disparités de santé entre catégories socio-professionnelles » [4]. L'environnement dans lequel le nourrisson nait et grandit aura des répercussions **immédiates** sur sa santé mais également **sur la durée et la qualité de sa vie future.** Agir sur la périnatalité c'est donc agir à un **moment clé de la vie**.

Un des constats actuels en matière de périnatalité est le **taux élevé de morbidité et mortalité infantile,** qui touche principalement les publics précaires. Les facteurs de risque les plus connus sont le **mauvais suivi de grossesse** et un **début de suivi tardif**. Par ailleurs, **les conditions de vie**[5] de la femme enceinte ont également de fortes **répercussions sur le déroulement de sa grossesse**. Pour pallier les inégalités sociales et territoriales de santé, il est donc nécessaire d'adopter une **approche holistique**, ne se limitant pas au champ du médical mais intégrant l'ensemble des **déterminants sociaux de la santé**. Concrètement, il s'agit donc d'agir simultanément sur **l'accès aux soins**, **l'accès aux droits, l'environnement, le cadre et les conditions de vie.**



[4] Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales. Mai 2011. Les inégalités de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.
[5] Conditions d'hébergement, les niveaux revenus, d'éducation, habitudes de vie

Se saisir de la thématique : DEFINITION DE LA PERINATALITE

La périnatalité se rapporte aux *circonstances qui entourent la naissance.*
Le public ciblé est donc la *femme enceinte, son conjoint et le nourrisson*.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé :

- ➔ ***Cette période démarre 154 jours après le début de la gestation***
- ➔ ***Et se termine le 7ème jour après la naissance***

Etant donné la courte période qui définit la périnatalité, cette définition peut, **à tort**, sembler restrictive au niveau du champ d'intervention possible. L'Agence Régionale de Santé IDF s'accorde pour étendre la périnatalité **jusqu'au 3 mois de l'enfant** de manière à inclure dans cette thématique **le suivi post natal et post partum** (visites chez le médecin généraliste, gynécologue ou pédiatre, ou la sage-femme).

Par ailleurs, **les portes d'entrées sont nombreuses** et **l'articulation de la périnatalité** avec d'autres thématiques renforcent d'autant plus les effets attendus et souhaités pour une **amélioration de la santé périnatale.**

Dans les Contrats Locaux de Santé actuels, la périnatalité apparait de manière différente. Certaines villes ont fait le choix de consacrer **un axe entier** à la périnatalité, d'autres ont inscrit leurs actions **de manière transversale** dans un ou plusieurs axes. Enfin, d'autres villes n'ont pas d'actions à proprement dit du domaine de la périnatalité mais ces thématiques d'actions constituent une réelle **porte d'entrée vers la périnatalité :**

- ► La sexualité et la contraception
- ► La santé de l'enfant
- ► La petite enfance (0 – 3 ans)
- ► La préparation à la parentalité
- ► L'accès aux soins
- ► L'accès aux droits
- ► Nutrition : diabète gestationnel
- ► Santé mentale et périnatalité
- ► La santé des femmes : violences faites aux femmes

Le diagnostic : UNE PHASE CLE POUR LA MISE EN PLACE DES ACTIONS

De nombreux diagnostics réalisés dans le cadre des CLS ne se sont pas interrogés de manière spécifique sur la thématique de la Périnatalité. Afin d'analyser au mieux ce champ et de repérer les besoins locaux en matière de santé périnatale, il semble important **d'intégrer dès le début** du diagnostic CLS **l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine**.

Une pluralité d'acteurs pour une démarche globale et adaptée :

Spécialisés	▪ Services hospitaliers (maternité, néonatalogie, pédiatrie, psychiatrie, addictologie, endocrinologie/diabétologie) ▪ Centres de PMI ▪ Gynécologues obstétriciens, sages-femmes, pédiatres libéraux ▪ Réseaux de santé périnatale ▪ Associations (violences faites aux femmes etc.) ▪ Structures Petite enfance ▪ Relais assistantes maternelles ▪ Accueils Parents/enfants – Maison des parents ▪ Aide sociale à l'enfance
Ressources	▪ ARS (siège et délégations territoriales) : Mission Périnatalité
Communs à toutes les thématiques CLS	▪ Habitants ▪ Elus ▪ CPAM ▪ Conseil départemental ▪ Acteurs de la politique de la Ville : Coordination ASV à minima + éventuellement Chef de projet politique de la ville, Equipe de Réussite éducative, Equipe Rénovation urbaine, Chef de projet prévention/sécurité ▪ Coordination CLSM ▪ Préfecture (DDCS, délégués du Préfet, etc.) ▪ Circonscription de service social ▪ CAF ▪ Offre de soins ambulatoire (médecins généralistes libéraux, Centres Municipaux de santé, Maison de santé pluriprofessionnelle) ▪ CMP enfants/adultes ▪ Services municipaux non sanitaire (éducation, habitat, vie des quartiers, CCAS..) ▪ Acteurs de l'insertion (maison de l'emploi, pôle emploi, mission locale, etc.) ▪ Acteurs de l'éducation (éducation nationale, club de prévention spécialisée, PJJ, etc.) ▪ Structures d'hébergement : Foyers/résidences sociales/CHRS ▪ Acteurs associatifs

Le travail mené avec ces partenaires doit inclure **une réflexion sur les problèmes et les publics cibles, les déterminants, les ressources et pistes d'amélioration.** Cette phase « diagnostic » permet, à partir de questions pertinentes, le recueil et l'analyse de données nécessaires pour identifier les réels besoins locaux de la population visée.

Quelques questions à titre d'exemple :

Réflexion sur les problèmes et les publics cibles :

- ✓ *Quels problèmes de santé périnatale avons-nous identifié sur le territoire ? (pathologies, comportements à risque, difficultés d'accès aux droits, aux soins, liées au suivi…)*
- ✓ *Quels sont les publics les plus impactés par ce type de problématique ? (femmes enceintes, futurs parents, jeunes parents, nourrisson, femmes en âge de procréer)*
  - o *Sur quels territoires résident-ils ? et quelles sont les caractéristiques de ces territoires ?*
- ✓ *Des territoires sont-ils plus particulièrement touchés ?*
- ✓ *Des spécificités liées aux milieux de vie des publics sont-elles identifiées ?*

Analyse des déterminants :

- ✓ **Quels sont les déterminants à l'origine des problématiques identifiées ?** Conditions socio-économiques, Conditions de vie, Environnement social, Mode de vie, Système de soins, Contexte économique et politique
- ✓ **La population-cible a-t-elle accès à la prévention?** (ex : prévention des addictions pendant la grossesse, suivi de grossesse, soutien à la parentalité…)
- ✓ *Y-a-t-il des difficultés locales concernant **l'accès aux droits** ? Si oui, quelles sont-elles ?*
- ✓ *La population-cible a-t-elle **accès aux soins** sur le territoire ? Disponibilité de l'*offre en santé périnatale (PMI, pédiatre, gynécologue, sages-femmes) ? Des difficultés concernant le **parcours de santé** ont-elles été identifiées ? accessibilité financière/géographique/culturelle, lisibilité, continuité, et réactivité dans la prise en charge…)
- ✓ **Les problèmes identifiés sont-**ils dus à des difficultés d'**accès aux logements, d'accueil dans le logement, d'insertion par le travail…**

Analyse des ressources et de l'existant :

- ✓ *Quels sont les structures-ressources et dispositifs communaux et/ou extra-communaux mobilisables sur le territoire ? et les partenaires-ressources ?*
- ✓ *Y a-t-il sur le territoire :*
  - *un réseau de santé périnatale ?*
  - *un ou plusieurs centres de PMI ?*
  - *Une maison des parents ?*
  - *Des associations (périnatalité, femmes victimes de violences, etc.) ?*
  - *Y-a-t-il une maison de santé dans la ville ? Est-elle orientée vers la santé de la femme et de l'enfant ? etc*
- ✓ Quelles sont les actions déjà existantes sur le territoire ?
  - *Des réunions organisées par la CAF et CPAM sur le parcours maternité ?*

Pistes d'actions :

L'analyse croisée des problèmes, des déterminants et des ressources permettra de définir les stratégies et les actions prioritaires à mettre en place

- ✓ *Comment assurer une meilleure coordination entre les acteurs et dispositifs existants?*
- ✓ *Y a-t-il des partenariats à monter ?*
- ✓ *Y a-t-il un accompagnement spécifique à réaliser vers l'accès aux droits ?*
- ✓ *Un soutien peut-il être apporté aux professionnels de santé ?*

Les stratégies d'intervention devront **prendre en considération le projet territorial de santé dans sa globalité,** s'appuyer et s'articuler avec les autres dispositifs que sont le CLSM et l'ASV

STRATEGIES ET MODALITES D'ACTION

La santé d'une personne est d'abord le résultat des conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles (INPES). Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale de la santé intégrant, en dehors des interventions sur les comportements et sur l'accès au système de soins, des interventions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ainsi la mobilisation d'un large réseau de partenaires et la coordination des acteurs constitueront des facteurs de succès de la démarche engagée.

Pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la stratégie définie dans le cadre du CLS devra intégrer des actions multi-niveaux (visant plusieurs déterminants), s'appuyer sur différents types d'intervention (cf annexe Grille Sophie Schapman) et privilégier des approches participatives.

Le tableau ci-dessous présente quelques axes d'intervention possibles et des exemples d'actions.

Axes d'intervention	**Exemples d'action**	**Publics**
Repérage précoce des facteurs de risques et des situations de vulnérabilité de la femme enceinte	Promotion de l'entretien prénatal précoce (EPP) auprès des femmes enceintes ou souhaitant l'être, et de leur entourage	Femmes, femmes enceintes, conjoint
	Accompagnement des jeunes femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés et les relais locaux (réseau de périnatalité, protection maternelle et infantile...)	Femmes enceintes
	Sensibilisation des professionnels au repérage des situations de vulnérabilité psychosociale et/ou de violences faites aux femmes	Professionnels
Développement des compétences parentales et du soutien à la parentalité	Renforcement des habiletés parentales : espaces d'échanges, points d'accueil familles, menées par des professionnels formés	Parents

Promotion du bien-être des nouveaux nés et jeunes enfants vulnérables (enfants prématurés) pendant et après leur hospitalisation	Sensibilisation des professionnels à une participation intégrée des parents aux soins	Professionnels
	Soutien aux parents et de renforcement des habiletés parentales : espaces d'échanges, points d'accueil familles, menées par des professionnels formés,	Parents
	Accompagnement vers le soin pour les familles les plus vulnérables	Familles en situation de vulnérabilité
Accès au logement	Accès à un hébergement stable à minima pendant les trois premiers mois de l'enfant (période post natale)	Femmes en situation de précarité
Promotion de la santé mentale	Accompagnement des femmes en dépression post partum	Jeunes mères
	Mise en place ou orientation vers un lieu d'accueil parents-enfants	Jeunes parents, tout-petits
Amélioration de l'accès au système de santé	Renforcement de la lisibilité du rôle et de la place des sages-femmes libérales dans le suivi gynécologique et périnatal (avec prise de l'accessibilité géographique et financière).	Femmes, femmes enceintes, et jeunes mères
	Amélioration du parcours de santé en lien avec les Réseaux de santé en périnatalité et les PMI	Professionnels (Libéral, Ville, Institutions)
	Amélioration de l'accès aux droits	Femmes/parents vulnérables
Promotion des comportements favorables à la santé	Sensibilisation aux effets des addictions pendant la grossesse (tabac et alcoolisation), aux dispositifs d'accompagnement existants, aux questions de contraception, aux informations pré-conceptionnelles, au suivi de grossesse	Femmes Femmes enceintes

FAVORISER LE PARTENARIAT ET LE LIEN AVEC L'EXISTANT

Dans le domaine de la périnatalité, certaines villes sont déjà actrices, à travers le réseau de périnatalité, la PMI, la CPAM, etc. De nombreuses actions et dispositifs existants peuvent faire l'objet d'une articulation intéressante avec les CLS. Le diagnostic est l'occasion d'explorer ce qui existe déjà au niveau de la ville. Le choix des actions peut donc être par exemple : le renforcement de cet existant, la création d'un partenariat ou encore la mise en place d'un dispositif complémentaire.

L'exemple de trois dispositifs existants :

➢ UN DISPOSITIF DU CONSEIL REGIONAL :

LE PASS CONTRACEPTION :

Ce dispositif, mis en place en 2011, cible les jeunes filles et jeunes garçons. Il vise à leur faciliter l'accès à la contraception, à la prévention en matière de sexualité et aux dépistages des infections sexuellement transmissibles. Cet accès aux soins est anonyme et gratuit grâce à un système de coupons. En effet, le « Pass contraception » se présente sous forme de carnet de coupons qui offre chacun un service différent :

- Consultations médicales
- Prise de sang et examen de biologie médicale
- Délivrance et renouvellement de contraceptifs.

Mis à la disposition des établissements scolaires, les élèves peuvent bénéficier de ces soins sans la concertation de leur parent, ce qui constitue aujourd'hui un des freins d'accès aux soins lorsqu'il s'agit de santé sexuelle.

➢ LES DISPOSITIFS DE LA CPAM :

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR A DOMICILE (PRADO MATERNITE) :

Ce service facilite le retour à domicile pour les femmes venant d'accoucher d'un enfant unique, né à terme et sans complication. Les femmes bénéficiant de ce dispositif sont mise en relation avec une sage-femme libérale de leur choix. A la sortie de la maternité, la sage-femme assure la continuité des soins au domicile et veille à la bonne santé de la femme et l'enfant.

LE PARCOURS MATERNITE :

Il s'agit de réunions organisées régulièrement et animées par des membres de la CPAM, de la CAF et de sages-femmes ou puéricultrices. L'intervention de ces différents acteurs permet aux femmes enceintes présentes d'être guidées dans leur parcours sur le plan médico-social. Les informations partagées concernent le suivi médical de grossesse, les démarches à réaliser pendant et après la grossesse, les aides dont les femmes peuvent bénéficier, les congés maternités, paternités et les indemnités journalières.

COMMENT LA THEMATIQUE DE LA PERINATALITE A-T-ELLE ETE INTEGREE DANS CERTAINS CLS ?

L'EXEMPLE DE 3 VILLES

FONTENAY-SOUS-BOIS

Axe « Agir sur la santé des enfants et des jeunes »

Fiche action 14 : Soutenir et développer l'offre de soins en direction des enfants

Objectifs : Agir sur la santé des jeunes enfants - Développer l'offre de prévention et de soins destinée aux enfants, en centres de santé et en centres de PMI.

Mise en œuvre :
- Construire un partenariat Ville (CMS)/Conseil Général sur l'offre de pédiatrie.
- Favoriser la formation des médecins généralistes en pédiatrie
- Sensibiliser les professionnels à la prise en charge des populations précaires avec enfants
- Guidance parentale dans les CMS auprès des parents ayant des jeunes enfants ; 2 samedis par mois

Axe « agir pour la santé des femmes et soutenir les femmes victimes de violence »

Fiche action 35 : Soutenir et développer l'offre en gynécologie

Objectifs : Agir sur la santé périnatale et la santé des femmes – Soutenir l'offre en gynécologie en secteur 1 (centres de santé, PMI)

Mise en œuvre :
- Contribuer à la formation des médecins généralistes des centres de santé en gynécologie (financement du Diplôme Universitaire) et en pédiatrie.
- Mener un Plan exceptionnel de recrutement de professionnels de santé (Conseil Général)
- Définir le montage administratif possible pour des postes « bicéphales » PMI / CMS.

LA COURNEUVE

Axe « Développer la prévention et la promotion de la santé »

Fiche action 10 : Améliorer la santé materno-infantile et la santé du jeune patient

Objectifs :
- Garantir un suivi de grossesse précoce et complet, notamment en direction des femmes en grande précarité
- Réduire le nombre de grossesses non désirées et favoriser l'usage de la contraception.

Mise en œuvre :
- Coordination, information, formation des professionnels de santé et du social
- Participation active au réseau périnatalité en lien avec l'hôpital Delafontaine
- Mise en place d'actions sur l'égalité hommes/femmes et sur la lutte contre les violences faites aux femmes

EVRY-COURCOURONNES

Axe « Développer l'offre de soins, la coopération sur les prises en charge et l'accès aux droits »

Fiche action 7 : Parcours de santé, famille et périnatalité

Objectifs :
- Informer les acteurs des compétences de chacun,
- Identifier les points de rupture dans les parcours,
- Déterminer une ou plusieurs actions afin de fluidifier ce parcours,
- Réaliser un ou plusieurs protocoles.

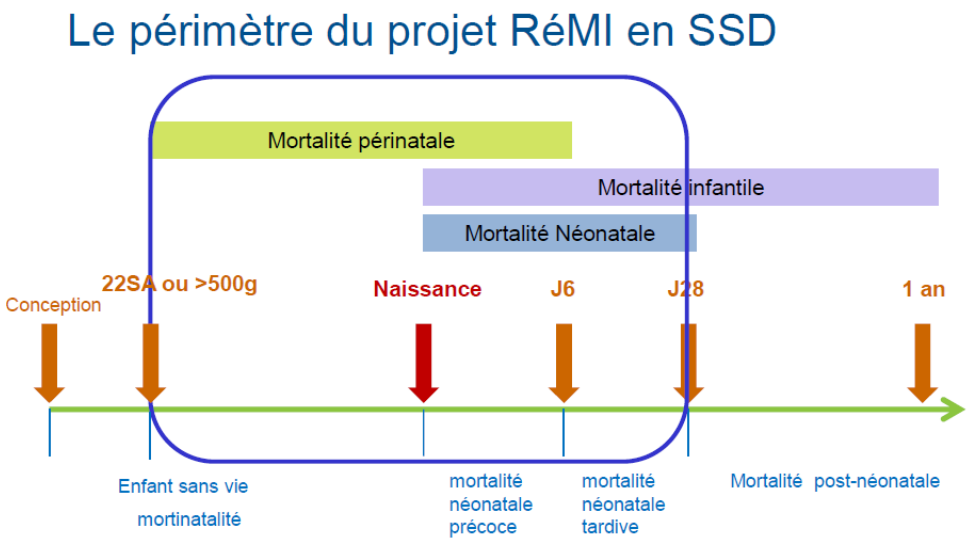
Mise en œuvre :
-Réalisation d'un diagnostic sur la prise en charge des familles (points de ruptures, complémentarités entre structures…)
- A partir de ce diagnostic, développement des coordinations, protocoles…
-Dès la validation des protocoles, développement de l'action aux médecins libéraux

POINT D'INFORMATION : DEUX PROJETS PRIORITAIRES DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

Deux projets phares ont été lancés par l'Agence pour cibler les inégalités sociales et territoriales de santé ***: RéMI et FRIDA.*** *Leur articulation avec des actions CLS est importante.*

LE PROJET REMI (REDUCTION DE LA MORTALITE INFANTILE ET PERINATALE) :

Ce projet cible le département de Seine-Saint-Denis où les indicateurs sont les plus inquiétants. Il vise à **améliorer le taux de mortalité infantile et périnatale**.



La démarche est structurée autour de deux dimensions, **mieux comprendre** afin de **mieux agir** par le biais de plusieurs actions :

Mieux comprendre :

- Recherche épidémiologique et socio-anthropologique en cours pour mieux appréhender les causes de décès des nouveau-nés et mieux identifier les obstacles rencontrés dans le parcours de santé des femmes enceintes et des jeunes mères.

Mieux agir :

- Constitution d'un système d'information fiable et pérenne sur la mortinatalité
- Soutien au réseau de santé NEF sur le territoire du 93
- Amélioration de la qualité des prises en charge
- Sensibilisation et formation des professionnels au repérage des situations de vulnérabilités psycho-sociales via l'entretien prénatal précoce

LE PROJET FRIDA
(FAVORISER LA REDUCTION DES INEGALITES D'ACCES A L'AVORTEMENT) :

Ce projet régional s'articule autour de la notion **de parcours de santé dans le recours à l'avortement**, intégrant aussi bien la dimension **d'éducation et promotion de la santé** que la question centrale **de l'accès aux soins** ou bien encore **l'approche qualitative** de la prise en charge médicale.
Il est composé de trois volets principaux :

1 - Un état des lieux régional, non finalisé mais dont quelques chiffres clés sont présentés ici

2 - Un programme pluriannuel de 26 actions à mettre en œuvre par les services de l'ARS

3 - Un cahier des charges régional de l'organisation de l'activité IVG en établissement de santé

Depuis janvier 2015, un questionnaire en ligne donne la parole aux femmes et aux professionnels pour témoigner de leurs expériences du parcours IVG. Les questions portent notamment sur les délais, l'accueil réservé aux femmes, l'information transmise et les méthodes proposées au sein des structures de prise en charge.

Le projet FRIDA est consultable sur ce lien : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/IVG/Projet_FRIDA_avril_2014.pdf

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE SUR LA PERINATALITE

PLANS :

- SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION DE L'ARS D'ILE DE FRANCE, 3.2.1.1 : La périnatalité et la petite enfance : lutter contre la mortalité périnatale, la prématurité et le handicap, p 95 – 100. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/schema_prevention_28112011.pdf

RAPPORTS :

- COUR DES COMPTES, Rapport public annuel 2012, la politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. Chapitre 2, p 395 – 428, février 2012. http://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Politique-de-perinatalite-l-urgence-d-une-remobilisation
- BILLON A. et LABORDE F. Rapport d'information du Sénat n° 592 fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes(1) sur les dispositions du projet de loi n° 406 (2014-2015) de modernisation de notre système de santé, dont la délégation a été saisie par la commission des affaires sociales.
- ALAIN LOPEZ, MARGUERITE MOLEUX, DR FRANÇOISE SCHAETZEL, CLAIRE SCOTTON Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Inspection Générale des Affaires Sociales, mai 2011 ; http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf
- ARCHAMBAUD A. L'accès aux soins des plus démunis ; 40 propositions pour un choc de solidarité ; rapport à M. Le Premier Ministre, 2013 http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Acces_aux_soins_des_plus_demunis_Archimbaud_2013.pdf

ETUDES :

- DREES. Données concernant la protection maternelle et infantile (PMI), l'enquête sur les services de PMI. janvier 2014. http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-concernant-la-protection-maternelle-et-infantile,6274.htm
- VILAIN, A ET AL. JUILLET 2013. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités sociodémographiques. Études et résultats, numéro 848, 2010. http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PUBLI_STAT/er848_surveillance_grossesse_2010.pdf

- INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC. Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants – Etat des connaissances – Développement des individus et des communautés », janvier 2014.

ACTES :

- La naissance ; Premier débat public de la CRSA d'Ile-de-France ; 20 juin 2012. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/2_Organisation/3_Instances/2_CRSA/CRSA_Bilan_debat_public_novembre_2012.pdf

PROJETS :

- ARS-ILE DE FRANCE. Projet régional pour réduire la mortalité infantile et périnatale (Rémi) en Ile-de-France (2012-2017), 2015. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/10_communiques_presse_2015/Projet_ReMI_livret.pdf

Direction de la Santé Publique – Cellule Contrats Locaux de Santé
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

Référentiel Contrat Local de Santé (CLS)

Fiche thématique n° 3
Santé environnementale

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

FICHE N°3 : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La majorité des contrats franciliens comprennent un volet environnemental mais le plus souvent limité au champ de l'habitat. Les questions des pollutions industrielles, d'aménagement urbain favorable à la santé, les nuisances liées au bruit, les comportements à risques sur les pratiques d'écoute de musiques amplifiées sont encore insuffisamment traitées. Les causes sont multiples : difficultés des collectivités territoriales pour identifier les leviers à leur disposition, méconnaissance du champ, etc.

Se saisir de la thématique : DEFINITION DE LA SANTE ENVIRONNEMENTALE

Selon la définition proposée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), *« la santé environnementale, comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ».*

Il est admis dans le contexte international et national, que s'agissant de la santé environnementale, la notion d'environnement renvoie aux milieux de vie (domestique, naturel ou professionnel). Une approche courante écarte de la catégorie environnementale, ce qui relève de l'exposition volontaire et du comportement individuel, en revanche, elle inclut des thèmes tels que la prévention des risques liés à l'écoute de la musique amplifiée, l'activité physique ou encore la nutrition. C'est cette acception qui a été retenue par la Commission d'orientation du plan national santé-environnement en 2004[1].

Le tableau ci-dessous présente les principaux déterminants de la santé environnementale :

Environnement extérieur	Environnement intérieur	Eaux
- La qualité et l'usage des sols et des sous-sols - La qualité de l'environnement sonore - La qualité de l'air extérieur - La gestion des déchets - La gestion de la mobilité, des transports et accès aux équipements / services	- La qualité de l'habitat et le cadre de vie : ○ lutte contre l'habitat indigne / insalubre, saturnisme infantile, précarité énergétique, etc. ○ qualité de l'air intérieur, intoxications au monoxyde de carbone - Gestion des risques sanitaires liés aux bâtiments des établissements recevant du public	- La qualité et la gestion des eaux (eau du robinet et eaux de piscines et baignades)

[1] Instruction DGS/EA n° 2011-406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale.

Comprendre les enjeux : POURQUOI S'INTERESSER A LA SANTE ENVIRONNEMENTALE?

« Environnement d'aujourd'hui, santé de demain » (OMS, 2014)

➢ Une priorité forte de l'ARS-IDF au regard du contexte régional

Les objectifs de santé environnementale de l'ARS s'intègrent dans le 2ème plan régional santé environnement (PRSE2 2011-2015) porté par de multiples acteurs. Le troisième plan régional santé environnement (PRSE3), en cours d'élaboration, déclinera opérationnellement les actions proposées dans le PNSE3 tout en veillant à prendre en compte les problématiques locales et à promouvoir des actions propres aux territoires. Il sera élaboré conjointement avec les collectivités locales, les services de l'Etat, les professionnels de santé et de l'environnement, les associations, etc. Ce plan fera émerger de nouvelles priorités qui pourront utilement être déclinées dans les CLS. Le lien entre inégalités sociales, vulnérabilité sociale, et exposition environnementale[2] fait l'objet d'une attention particulière.

Les spécificités du contexte francilien :

Le PSRS d'Ile-de-France met en avant l'importance de certaines pathologies susceptibles d'être liées à des déterminants environnementaux.

Par ailleurs on constate une surreprésentation de certains déterminants environnementaux tels que l'habitat indigne, le bruit, les problèmes liés à la qualité de l'air, les difficultés financières d'accès à une eau potable.

- ***Habitat indigne*** : Le nombre de logements privés potentiellement indignes en Ile-de-France est estimé à plus 200 000 soit plus de 5% des résidences privées, pouvant aller jusqu'à 8,7% en Seine-Saint-Denis. Près de 75% de ce parc est situé dans les zones urbaines centrales. Une forte proportion de logements potentiellement indignes apparaît ainsi sur une zone allant du nord-ouest du Val 'Oise au nord-est de la Seine et Marne. En 2014, 2025 arrêtés d'insalubrité ont été pris en Ile-de-France.

- **Précarité énergétique[3] :** il s'agit d'une problématique prégnante en Ile-de-France. Un des impacts sanitaires liés à des températures trop basses au-delà d'une certaine durée dans un logement, est le risque augmenté d'affections respiratoires et cardiovasculaires chez les résidents, ainsi qu'une aggravation de la mortalité hivernale.

[2] PRSE 2 – Ile de France

[3] La précarité énergétique désigne des situations dans lesquelles l'accès à une énergie "appropriée" en quantité suffisante pour se chauffer, s'éclairer, conserver et cuire des aliments, n'est pas garanti.

- ***Saturnisme :*** L'Ile-de-France regroupe 70% des cas en France, et 70% des cas régionaux sont issus de Paris ou de Seine-Saint-Denis. Si le nombre de cas a fortement diminué les vingt dernières années, et surtout dans ses formes les plus graves, la problématique reste préoccupante. Des études récentes montrent des effets sur le développement cognitif et moteur des enfants même à des niveaux d'imprégnation bas. A ce sujet, depuis le mois de juin 2015, la réglementation a changé et traduit de nouveaux objectifs de santé publique :

  - Dès 50 µg/l (au lieu de 100) une intervention dans l'habitat et l'environnement doit avoir lieu,
  - Dès 25 µg/L, une surveillance médicale doit être mise en place.

  L'objectif de ces mesures est de tendre vers l'élimination de l'imprégnation des enfants par ce métal toxique et une augmentation importante du nombre de cas de saturnisme est attendue.

- ***Accès et qualité de l'eau*** : En France, le nombre de ménages pauvres qui accumulent des dettes d'eau est estimé à 80 000. Sur la région, on constate des segments réduits mais non négligeables de populations rencontrant des difficultés d'accès à l'eau potable de qualité : personnes en bidonvilles, mais aussi les occupants de bâtiments d'habitation dont l'eau est coupée par le distributeur pour non-paiement de facture.

  Des problèmes de qualité d'eau sont également constatés sur certains sites de la région notamment dans le 77).

- ***Qualité de l'air extérieur :*** Pendant les quinze dernières années, les émissions industrielles en Ile-de-France ont diminué, entraînant une modification de la pollution atmosphérique, de plus en plus influencée par le trafic routier. Cependant, la qualité de l'air quotidienne en Ile-de-France reste insatisfaisante pour certains polluants, qui dépassent les normes de façon récurrente.

- ***Qualité de l'air intérieur :*** La qualité de l'air des lieux clos est un enjeu aussi important que les préoccupations liées à la pollution atmosphérique. Nous passons plus de 80-90% de notre temps dans des lieux clos confinés qui peuvent présenter des pollutions spécifiques. Sur ce sujet, la région Ile-de-France présente certaines particularités liées à la densité importante et à la proximité entre les populations et des sources externes de pollution : proximité avec le trafic mais aussi avec des activités industrielles et artisanales en pied d'immeuble telles que les stations-services ou encore les pressings et leurs émanations (perchloroéthylène). La qualité de l'air intérieur peut aussi être influencée par une pollution des sols (ancien site industriel…) ou encore par la présence de monoxyde de carbone (en 2014 : 12 décès, 164 intoxications signalées dont 465 personnes impliquées).

- ***Bruit*** : Le bruit est une source de gêne très présente en Ile-de-France du fait de la forte concentration de l'habitat et de la densité exceptionnelle des infrastructures de transports. Parmi les atteintes la qualité de vie, le bruit constitue ainsi la première nuisance citée. Selon une étude de l'ORS publiée en 2009 71 % des franciliens se déclarent gênés par le bruit à leur domicile. Cette gêne touche davantage les personnes aux faibles revenus, dès lors qu'elles vivent dans des immeubles collectifs urbains, à proximité des grandes infrastructures de transport.

- ***Gestion de la mobilité et accessibilité aux services et équipements :*** Le développement des mobilités actives des individus peut avoir des effets bénéfiques sur leur état de santé[4], tout comme l'accès aux services, à l'emploi ou aux relations sociales.

  Une étude récente menée à Villeurbanne a montré qu'une augmentation de 5 % du niveau de « marchabilité » permettait une hausse de 30 % du temps individuel de transport actif (marche, vélo…), et une plus grande pratique d'activités physiques. [5] En parallèle, trois études réalisées aux Etats Unis, avant et après l'aménagement de pistes multi-usages (vélo, marche et patin) ont démontré qu'elles ont été efficaces pour augmenter le niveau d'activité physique des populations résidentes[6]. D'après une étude[7] menée sur l'agglomération nantaise auprès de 700 cyclistes, plus de 33% des cyclistes déclarent utiliser ce mode de déplacement pour le bien-être physique et psychique.

- ***Cadre urbain et environnement de vie :*** un cadre urbain dégradé et inadapté a des impacts négatifs sur la santé des populations : diminution de la pratique d'activités physiques, difficultés de santé mentale, accès difficile à une alimentation saine, problèmes de cohésion sociale.

Face à ces constats, l'ARS s'est fixée comme priorités de:

- lutter contre les inégalités de santé liées à l'environnement, notamment dans les situations de multi-expositions environnementales
- réduire les répercussions sanitaires des conditions d'habitation
- promouvoir la prise en compte des enjeux sanitaires dans les différents projets ou politiques publiques, dont les politiques d'aménagement des territoires

[4] Réduction du surpoids et de l'obésité, du stress ; diminution des risques d'accidents. Prévention de l'apparition ou de l'aggravation de pathologies chroniques.

[5] Brogglio, Chasles, Pamiès (2014) *« Le territoire au service de la santé ? Aménagement, urbanisme et santé publique. L'exemple de la santé infantile à Villeurbanne ».*

[6] Institut National de Santé Publique du Québec, « l'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids ».

[7] Sources : Nantes Métropole

➢ Les inégalités environnementales de santé

Les individus et/ou les groupes sociaux ne sont pas exposés de la même manière aux dégradations environnementales tout comme ils ne bénéficient pas d'un accès équivalent aux ressources environnementales (espaces verts et boisés, paysages, etc.)[8].

Il existe un gradient social dans les problématiques environnementales qui s'explique par les mécanismes décrits ci-dessous :

- ***Les inégalités de susceptibilité ou de vulnérabilité*** : à un niveau semblable d'exposition, le risque sanitaire encouru par les populations n'est pas égal. Par exemple, les individus ne réagissent pas de la même manière face à la pollution selon leur âge : les enfants sont souvent plus sensibles à des polluants de l'environnement du fait de leur métabolisme en pleine croissance. De plus, une population qui a la même exposition qu'une autre plus favorisée, ne va pas réagir de la même manière, notamment si elle est déjà fragilisée par les effets d'autres déterminants de santé ou elle a un moindre accès aux soins.

- ***Les inégalités environnementales liées aux expositions et aux nuisances :*** les sources de pollution et de nuisances ne sont pas réparties de manière égale sur le territoire : il existe des zones plus exposées que d'autres. Les populations socio économiquement défavorisées pourraient être à la fois davantage exposées à un plus grand nombre de nuisances et/ou à des niveaux d'expositions plus élevés, à domicile ou sur le lieu de travail.

- ***Les inégalités liées à l'accès à un cadre de vie de qualité,*** concernent les différences d'accès aux transports, à des espaces verts, à des équipements sportifs et culturels, à des services de soins, à l'emploi ou l'installation dans un périmètre à risques (industriel, technologique, naturel), dans un logement insalubre…

Ces mécanismes sont renforcés par ***des inégalités liées à la capacité d'action et d'interpellation de la puissance publique*** entre les groupes sociaux. Les populations socialement vulnérables sont généralement plus passives face à des problématiques environnementales, dans la mesure où elles ont une information très parcellaire et très aléatoire et que l'acceptation sociale des environnements dégradés est plus grande.

[8] Inégalités environnementales en région Île-de-France : Répartition socio-spatiale des ressources, des handicaps et satisfaction environnementale des habitants. Sandrine Gueymard. Les Annales de la recherche urbaine n°107, 2012, pp. 112-122

Le diagnostic : UNE PHASE CLE POUR LA MISE EN PLACE DES ACTIONS

De nombreux diagnostics réalisés dans le cadre des CLS ne se sont pas interrogés de manière spécifique sur la thématique de la santé environnementale. Afin d'analyser au mieux ce champ et de repérer les besoins locaux en matière de santé environnementale, il semble important **d'intégrer dès le début** du diagnostic CLS **l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine**.

➢ Une pluralité d'acteurs pour une démarche globale et adaptée

Spécialisés	▪ Service communal d'hygiène et de santé (SCHS) ▪ PMI ▪ Chargé de mission Agenda 21 ▪ Directions municipales habitat, urbanisme, logement, aménagement du territoire ou communautaires (si transfert de compétences vers l'agglo) et santé ▪ Direction Technique municipale en charge de l'eau potable et, le cas échéant, la société délégataire en charge du traitement et de la distribution de l'eau (et du recouvrement des factures) ▪ Equipe renouvellement urbain (RU) ▪ Bailleurs ▪ CAF ▪ Associations spécialisées (ex : Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA)…) ▪ Equipe Contrat de développement territorial ▪ CG service assainissement ▪ Laboratoire central de la préfecture de police (LCPP) (petite couronne) ▪ Etablissement de santé s'il dispose d'une consultation de santé environnementale
Ressources	▪ DT ARS (référents VSS - CSSM) ▪ Les Unités territoriales de la DRIHL et de la DRIEE (UT) et DDT grande couronne de la DRIHL-DRIEE- DRIEA ▪ ORS ▪ Bruitparif ▪ Airparif ▪ Centre d'information et de documentation sur le bruit (CIDB)

Communs à toutes les thématiques	▪ Acteurs de la politique de la Ville : Coordination ASV, Chef de projet politique de la ville, Equipe de Réussite éducative, Equipe Rénovation urbaine, Chef de projet prévention/sécurité ▪ Coordinateur CLSM ▪ Circonscription de service social, PMI et ASE ▪ CPAM ▪ CG ▪ Préfecture (DDCS, délégués du Préfet, etc.) ▪ Offre de soins ambulatoire (médecins généralistes libéraux, CMS, MSP et infirmiers, aide-soignant) ▪ Psychiatrie publique (CMP, EMPP, etc.), privée/ Dispositifs de soins partagés (libéral et psychiatrie) ▪ Services municipaux hors santé (éducation, vie des quartiers, CCAS, etc.) ▪ Acteurs de l'insertion (maison de l'emploi, pôle emploi, mission locale, etc.) ▪ Acteurs de l'éducation (éducation nationale, club de prévention spécialisée, PJJ, etc.) ▪ Foyers/résidences sociales et centres d'hébergement ▪ Acteurs associatifs ▪ Habitants ▪ Elus

➢ Quelques questionnements pour guider la réflexion…

Le travail mené avec ces partenaires doit inclure **une réflexion sur les problèmes et les publics cibles, les déterminants, les ressources et pistes d'amélioration.** Cette phase « diagnostic » permet, à partir de questions pertinentes, le recueil et l'analyse de données nécessaires pour identifier les réels besoins locaux de la population visée.

Caractérisation des problèmes, des publics et des territoires :

- ✓ Quels problèmes de santé environnementale avons-nous identifié sur le territoire ? (ex : saturnisme infantile, habitat dégradé, sols pollués, nuisances sonores, sédentarité etc.)
- ✓ Quels sont les publics les plus impactés par ces problématiques et les plus à risques ? (jeunes, personnes âgées, femmes enceintes, personnes en, situation de précarité, etc.)
- ✓ Sur quels territoires résident-ils ? et quelles sont les caractéristiques de ces territoires ?
- ✓ Des territoires sont-ils plus particulièrement touchés ?
- ✓ Des spécificités liées aux milieux de vie des publics sont-elles identifiées ?

Analyse des déterminants :

Quels sont les déterminants à l'origine des problématiques identifiées ?

Conditions socio-économiques, Conditions de vie, Environnement social, Mode de vie, Système de soins, Contexte économique et politique

Analyse des ressources et de l'existant :

✓ *Quels sont les ressources et dispositifs communaux et/ou extra-communaux mobilisables sur le territoire ?*
Existe-t-il sur le territoire :

- Un agenda 21, un label et des actions Ville OMS Santé
- Protocole de LHI (entre communes et préfet) / PDLHI / OPAH-RU/ PLH
- Plan local santé environnement
- Plan local de lutte contre l'habitat indigne
- Des actions « santé/environnement » intégrées au contrat de ville/ un PNRU
- Des études environnementales en cours
- Des associations impliquées sur ce champ d'intervention
- Des actions développées par le SCHS, la Direction Habitat/de l'aménagement du territoire…

✓ Autres ressources : dynamique d'acteurs, réseau, associations, observatoires, etc.

Pistes d'actions et choix des priorités :

L'analyse croisée des problèmes, des déterminants et des ressources permettra de définir les stratégies et les actions prioritaires à mettre en place

- ✓ *Comment assurer une meilleure coordination entre les acteurs et dispositifs existants?*
- ✓ *Y a-t-il des partenariats à monter ?*
- ✓ *Y a-t-il un accompagnement spécifique à réaliser vers l'accès aux droits ?*
- ✓ *Etc*

Les stratégies d'intervention devront prendre en considération le projet territorial de santé dans sa globalité, s'appuyer et s'articuler avec les autres dispositifs que sont le CLS/CLSM/ASV

STRATEGIES ET MODALITES D'ACTION

« *La santé d'une personne est d'abord le résultat des conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles* » (INPES). Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale de la santé intégrant, en dehors des interventions sur les comportements et sur l'accès au système de soins, des interventions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ainsi la mobilisation d'un large réseau de partenaires et la coordination des acteurs constitueront des facteurs de succès de la démarche engagée.

Pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la stratégie définie dans le cadre du CLS devra intégrer des actions multi-niveaux (visant plusieurs déterminants), s'appuyer sur différents types d'intervention[9] et privilégier des approches participatives.

Le CLS est l'occasion de faire converger des priorités de politiques publiques et de promouvoir une approche intersectorielle des questions de santé. Les actions peuvent par exemple se situer autour de :

- programme de renouvellement urbain (PRU) et de lutte contre le bruit des infrastructures

- programme de requalification des quartiers anciens dégradés (PNRQAD), incluant la lutte contre l'habitat insalubre

- politique d'urbanisme favorable à la santé (Agenda 21, Grand Paris…), et prévention du surpoids et de l'obésité

Dans ces projets, une attention particulière devra être portée à la question de l'empowerment des personnes les plus défavorisées, souvent plus exposées et moins susceptibles d'interpeller les décideurs face à des problématiques liées à leur environnement.

Pour agir efficacement sur un certain nombre déterminants urbains et sociaux, il est nécessaire de mobiliser et d'articuler les leviers accessibles au niveau local et supra-local (ex : PLHI/PDLHI, PRSE, Stratégie régionale de l'hébergement et du logement…).

Le tableau ci-dessous présente quelques axes d'intervention possibles et des exemples d'actions :

[9] Cf Grille d'analyse des fiches actions – Etude sur l'impact des contrats locaux de santé sur les inégalités sociales et territoriales de santé - Annexe 3 (Sophie Schapman-Ségalié)

Axes d'intervention	Exemples d'action	Publics
Lutte contre l'habitat indigne	**Identification des logements insalubres :** conduite d'un diagnostic précis des des problématiques du territoire	Professionnels (social, habitat, hygiène…)
	Amélioration du traitement des logements insalubres : *Augmentation du nombre d'arrêtés d'insalubrité pris et de prescriptions adressées via une activité renforcée du SCHS, via la formalisation de coopération, ex : convention collectivité/ARS…. *Sensibilisation des habitants (précarité énergétique, saturnisme infantile…). *Mise en place d'actions participatives (aide à l'auto-réhabilitation…) *Qualification et coordination des acteurs	Public confronté à des problématiques d'habitat insalubre.
	Identification et prévention de pathologies liées à la précarité énergétique dans l'habitat et/ou à l'insalubrité	Public confronté à des problématiques de précarité énergétique
	Prévention et prise en charge des problèmes de santé mentale liés aux conditions d'un habitat dégradé	Public confronté à des problématiques d'habitat insalubre
	Prévention et traitement des coupures d'eau	Publics en situation de vulnérabilité sociale
Prévention et réduction de l'exposition aux risques et nuisances sonores	**Mise en place d'une étude pour valider une exposition à des nuisances sonores**	Population d'un territoire (quartier ou autre…) exposée à des nuisances sonores.

Amélioration de la prise en charge des pathologies liées à l'environnement	**Articulation dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne de moyens d'intervention sur le bâti (actions règlementaires) et d'actions sur les conséquences sanitaires (type ETP : école du souffle ou de l'asthme)**	Public confronté à des problématiques d'habitat insalubre
Promotion d'un urbanisme favorable à la santé	**Mise en place d'une signalétique « active » pour favoriser la marche à pied** (communal ; intercommunal) Principes : co-construire l'implantation avec les habitants pour faciliter leur mobilité vers des équipements, services et lieux d'intérêt.	Tout public et/ou publics spécifiques: pathologies chroniques ; publics vulnérables
	Intégration d'une approche globale de promotion de la santé dans l'élaboration des documents de planification urbaine : - Plans locaux d'Urbanisme - Plans de Déplacement Urbain - PAVE (Plan de Mise en Accessibilité de la Voirie et des Espaces Publics) Elaboration de documents dédiés à la promotion des mobilités actives (plan marche, plan vélo, etc.)	Tout public avec une attention particulière pour les populations défavorisées.
	Mise en place d'actions d'aménagement et d'amélioration du mobilier urbain pour contribuer à la sécurisation et l'appropriation des espaces publics par les habitants du CLS (niveaux d'éclairage et ambiances nocturnes, réversibilité des espaces, inclusion d'activité culturelles, « colorisation » des espaces)	Tout public avec une attention particulière pour les populations défavorisées.
Accès à l'eau potable	**Mise en place d'actions de prévention des coupures d'eau** afin de garantir aux populations l'accès aux quantités d'eau nécessaires aux besoins journaliers essentiels/vitaux.	Populations n'ayant pas accès au réseau public d'alimentation en eau potable, d'avoir

COMMENT LA THEMATIQUE « SANTE ENVIRONNEMENT » A-T-ELLE ETE APPREHENDEE DANS TROIS CLS DE LA REGION ?

MONTREUIL

La santé environnementale a été identifiée par les partenaires signataires comme une priorité majeure du CLS. Elle est abordée à travers deux axes stratégiques spécifiques (habitat indigne et pollutions/nuisances environnementales), et de manière transversale dans le cadre du Conseil local de santé mentale.

En matière de lutte contre l'habitat indigne, une double approche est privilégiée : réduction de l'impact sanitaire mais aussi une action sur les déterminants de santé.

Concernant les questions sanitaires liées aux pollutions et nuisances environnementales, un outil de veille environnementale participatif a été mis en place, et diverses actions ont été proposées pour accompagner des habitants victimes potentielles ou avérées.

La démarche engagée est fortement articulée avec celles de l'Agenda 21, du Programme National de Requalification des Quartiers Anciens Dégradés (PNRQAD) et l'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (OPAH).

AXE « AGIR CONTRE L'HABITAT TOXIQUE ET INDIGNE »

- Fiche Action 15 : Prévenir l'exposition au plomb des enfants et femmes enceintes
- Fiche Action 16 : Prévenir les pathologies liées à la précarité énergétique et/ou à l'insalubrité dans l'habitat
- Fiche Action 17 : Développer des stratégies globales concertées de lutte contre l'habitat indigne

Mise en œuvre :

- Prévention globale de l'intoxication par le plomb : repérage des logements, incitation au dépistage et suivi des résultats, suivi des familles, orientation pour ouverture de droits et / ou régularisation de situations sociales, information des propriétaires, accompagnement des interventions techniques, coordination des hébergements et/ou relogements, formation des professionnels, enquêtes environnementales
- Mener une recherche action en rapport avec la précarité énergétique en associant les habitants à la démarche
- Etablir une coordination nouvelle avec les différents services impliqués dans la lutte contre l'habitat indigne en développant une approche pluridisciplinaire

AXE « PREVENIR LES RISQUES TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX »

- Fiche action 18 : Mieux accompagner les habitants victimes avérées ou potentielles de pollutions

Mise en œuvre :

- Rendre accessible une information sur les pollutions avérées et les stratégies en cours pour les combattre.
- Formaliser les procédures de coopération et d'information entre les services de l'état (DRIEE, bureau de l'environnement, Direction du Développement Local et des Actions de l'Etat DDLAE) et la ville de Montreuil pour le suivi des installations classées.
- Développer l'accompagnement des habitants dans un dialogue avec l'entreprise concernée, l'accès à l'expertise et le cas échéant la facilitation de démarches juridiques

- Fiche action 19 : Développer des démarches d'évaluation de l'état des milieux d'évaluation des risques sanitaires et informer les bénéficiaires des jardins sur le site des murs à pêches

Mise en œuvre :

- Identifier les risques sanitaires liés à la présence de métaux lourds dans les jardins familiaux (réalisation d'une étude)
- Informer la population des risques auxquels ils sont potentiellement exposés sur ce site (ajout d'une clause sur l'état des sols à la convention de l'utilisation des jardins et un engagement à une gestion écologique des parcelles mises à bail
- Evaluer les conditions permettant d'améliorer l'état des sols du secteur ciblé

AXE « PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE »

- Fiche action 13 : Créer un Conseil local en santé mentale

Mise en œuvre :

- Développer de l'offre en logements accompagnés
- Proposer un accompagnement psychologique aux personnes en situation de grande précarité
- Développer des actions culturelles pour faire évoluer les représentations sur la pathologie psychiatrique
- Former des gardiens d'immeubles de l'OPHM à la souffrance psychique et aux troubles de voisinage
- Analyser les besoins géronto psychiatriques et promouvoir l'existence d'une équipe mobile pluridisciplinaire d'évaluation gériatrique

COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

La Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en Yvelines avec ses 7 villes adhère aux valeurs du Réseau Villes Santé OMS. En cohérence avec l'approche globale de santé, les signataires ont souhaité travailler sur les déterminants environnementaux de la santé.

Les actions du CLS ont été pensées en articulation avec la démarche Agenda 21 engagée sur le territoire.

Les questions de santé environnement sont traduites dans le CLS à travers de deux axes stratégiques :

AXE « REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN LIEN AVEC L'ENVIRONNEMENT »

Objectif 1 : Améliorer la qualité de l'air intérieur en habitat social

- Fiche action 5-1-1 : Mettre en place un projet de sensibilisation des habitants autour de la qualité de l'air intérieur en habitat social
- Fiche Action 5-1-2 : Monter un groupe de travail autour de la qualité de l'air intérieur en habitat social.

Mise en œuvre :

- Aller à la rencontre des habitants en articulation avec projet autour de la précarité énergétique
- Développer un outil de communication avec les habitants
- Mettre en place un groupe de travail autour de la QAI avec les professionnels (dans le cadre du PLH 2)
- Sensibiliser les professionnels (travailleurs sociaux, bailleurs…)
- Mettre en place une formation d'« agents relais»

AXE « FLUIDIFIER LES PARCOURS EN SANTE MENTALE »

Objectif 4 : Valoriser les expériences d'aménagement du territoire (déterminants environnementaux de la santé) favorables à la lutte contre la souffrance psychosociale

BAGNEUX, CLS 1

Dans le cadre de la révision du Plan local d'Urbanisme, un certain nombre d'enjeux de développement durable ont été identifiés : volonté de maintenir le niveau d'espaces verts par habitants, nécessité de travailler sur la question de la proximité des espaces verts, de développer les circulations douces...Suite à ces constats, la Ville de Bagneux a décidé de s'engager dans la mise en place d'une démarche environnementale de l'urbanisme structurée autour de quatre modalités d'intervention principales :

- Mise en œuvre d'un projet de **cheminements piétonniers** avec Sud de Seine. Système de fléchage via des panneaux indicateurs qui indiquent les temps de parcours d'un point à un autre sur le territoire de Bagneux,
- Lancement du **schéma directeur des itinéraires cyclables** en lien avec la DEPE et le **projet vélo** de Sud de Seine
- Lancement du projet de **jardins partagés** avec l'association les Potagers de Bagneux et la Régie de Quartier: un projet d'aménagement qui lie insertion et lien social avec une dimension individuelle avec des parcelles pour les habitants et une autre parcelle pédagogique pour des ateliers en lien avec les écoles et la diététicienne du plan local nutrition.
- **Réalisation du Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement de Sud de Seine** avec l'identification des zones calmes et les travaux entrepris sur voirie ou dans les bâtiments pour limiter au mieux les nuisances sonores

POINT D'INFORMATION : ETUDE GRAND PARIS ET « MARCHABILITE » (ARS-DRIEA)

L'ARS Ile-de-France et la DRIEA assurent conjointement le pilotage d'une étude visant à mettre en regard l'aménagement urbain, la pratique d'activités physiques « induites » ou utilitaires (ici, les mobilités actives : marche à pied, vélo, etc.) et la prévalence du diabète de type 2.

Ce travail part du postulat qu'un environnement favorable à la pratique de l'activité physique, et la pratique effective de ces activités, sont de nature à réduire les complications chez des sujets diabétiques de type 2, de plus de 40 ans.

L'enjeu de cette étude est de pouvoir pointer des « territoires à forts potentiels de marchabilité », dans lesquels l'environnement urbain est tout à fait favorable à la marche à pied et, des mesures dites « soft » de promotion de la santé et de la pratique de l'activité physique pourraient concourir à améliorer les conditions de vie et à instaurer des habitudes plus saines chez des populations particulièrement marquées par le diabète. En parallèle, il s'agit également de cibler les « points noirs pour le développement de la marche à pied », qui sont des territoires sur lesquels il y aurait besoin de mener bien évidemment des actions d'éducation et de promotion de la santé, mais également d'intervenir sur les pratiques de mobilité à travers des actions d'aménagement urbain.

Le suivi scientifique du projet est assuré notamment par le Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) et le Groupe RECORD (recherche sur les effets des environnements géographiques de vie sur la santé).

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE SUR SANTE ENVIRONNEMENT

RAPPORTS :

- EHESP. Guide « Agir pour un urbanisme favorable à la santé ». Concepts et outils, 2014

- Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé, *Regards croisés en régions : de l'observation à l'action* - Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), Commissariat général au développement durable (CGDD), Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris), Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), janvier 2014.

- LES CAHIERS DE L'IAU. Territoires incubateurs de santé ? IAU/OR S n° 170/171, septembre 2014.

- INPES. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : intérêts d'une approche locale et transversale. Plaidoyer à destination des élus des communes et de leurs groupements.

- ARS ILE-DE-FRANCE. Urbanisme et santé, *La problématique des sites et sols pollués dans vos projets d'aménagements,* http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Votre_Sante/5_Environnement/environnement_sols_pollues_brochure_10_2012.pdf

- ARS ILE-DE-FRANCE. Lutte contre l'habitat indigne en Ile de France. Bilan des actions 2011-2012 menées par l'Agence Régionale de Santé, à l'intention des Maires.

- INSTITUT D'AMENAGEMENT ET D'URBANISME ILE-DE-FRANCE, L'habitat dégradé et indigne en Ile-de-France – Enjeux et politiques. Paris : IAU-IDF, 2011. 145 p. http://www.iauidf.fr/fileadmin/Etudes/etude_788/L_habitat_degrade_et_indigne_en_IDF_.pdf

- POLE NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE. Actes du colloque international sur le thème de l'habitat insalubre / santé – 20 et 21 mai 2005. Paris : PNLHI, 2005. http://www.habitatindigne.logement.gouv.fr/les-actes-du-colloquea122.html

- RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE DE L'OMS. Pour un habitat favorable à la santé : les contributions des villes. Presses de l'EHESP, 2011. 114 p. http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_habitat_sante.pdf

PLANS :

- PLAN NATIONAL SANTE ENVIRONNEMENT 3 (PNSE 3), 2015-2019 : http://www.sante.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-pnse-3-2015-2019.html
- Deuxième Plan régional Santé Environnement Ile de France, 2011-2015 : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-Plan-Regional-Sante-Environ.120104.0.html

OUTILS :

- INPES. Kit d'accompagnement des collectivités locales : Comment mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche, 2011 : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1378.pdf

Direction de la Santé Publique – Cellule Contrats Locaux de Santé
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

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Référentiel Contrat Local de Santé (CLS)

Référentiel d'évaluation

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

LE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION

Cet outil constitue la dernière partie du Référentiel « CLS ». Son contenu a été pensé en cohérence avec les préconisations de la démarche évaluative confiée à l'Université Paris 13[1] et avec le Système d'Information National « CLS » mis en place par le Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales.

Le référentiel présenté a vocation à être utilisé par l'ensemble des collectivités partenaires. Il ne sera pas demandé d'évaluer **tous les enjeux** qui se jouent sur le territoire du CLS, mais de s'intéresser plus spécifiquement aux changements produits en termes de prise en compte et d'amélioration de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le recueil des données évaluatives donnera lieu à deux types d'analyses :

- Une analyse locale réalisée par les collectivités territoriales
- Une analyse régionale conduite par l'ARS

<u>On trouvera dans le référentiel CLS :</u>

1. Les enjeux spécifiques de l'évaluation des CLS sur la région Ile-de-France et le calendrier de phasage des différentes étapes de la démarche évaluative

2. Le déroulé de la démarche évaluative, de la mise en place du dispositif d'évaluation à la communication et valorisation des résultats.

3. Le support opérationnel d'évaluation sous la forme d'un questionnaire.

Cet outil permettra dans un premier temps aux partenaires signataires de s'approprier le cadre de l'évaluation et de préparer le recueil de données. Dans un second temps il servira de base à la mise en place du système d'information régional.

[1] « Etude sur l'impact des Contrats locaux de santé sur les inégalités sociales et territoriales de santé » Novembre 2014, Sophie Schapman-Ségalié sous la direction du Pr Pierre Lombrail. Département de Santé Publique, UFR SMBH, Université Paris 13

LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION CLS

Pour rappel, les CLS ont vocation à :

- Renforcer la qualité de mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le PRS
- Coordonner, articuler et mettre en cohérence les différentes politiques publiques favorables à la santé
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Permettre à l'échelon local la construction d'un parcours de santé adapté

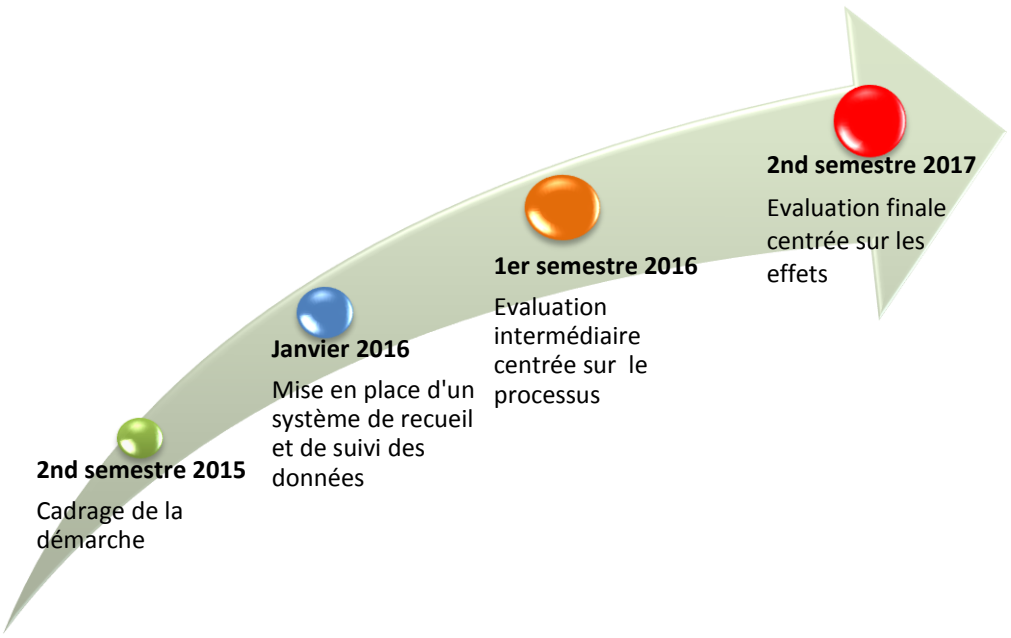
Cette démarche évaluative, vise à apprécier **dans quelle mesure la stratégie et la dynamique CLS ont permis une plus grande prise en compte des Inégalités sociales et territoriales de santé et ont contribué à leur réduction.**

Pour répondre à cet enjeu, il conviendra :

- Au niveau local, d'inscrire l'évaluation dans un dispositif continu et structuré
- Au niveau régional, d'inscrire l'évaluation dans une logique de capitalisation des expériences

Le calendrier

La démarche d'évaluation doit s'inscrire dans la durée et impliquer l'ensemble des acteurs. Elle accompagne la durée de vie du CLS et doit permettre aux partenaires signataires de s'interroger sur son action à différentes étapes-clés.



LA CONDUITE DE LA DÉMARCHE ÉVALUATIVE : ÉTAPE PAR ÉTAPE

Etape 1

Mise en place du dispositif d'évaluation

✓ **S'appuyer sur un comité de pilotage :**

→Il représente l'instance décisionnelle en charge de la définition des finalités de l'évaluation et de la validation des différentes étapes de la démarche

→Il n'est pas nécessaire de créer une instance « ad hoc ». Il peut s'agir du Comité de Pilotage « CLS ».

✓ **Constituer ou mobiliser une équipe projet:**

→ Cette équipe a pour mission d'assurer la conduite opérationnelle et le suivi de l'évaluation

→De même que pour le comité de pilotage, il n'est pas besoin de créer d'instance ad hoc. Il peut s'agir de l'équipe projet CLS ou du comité technique CLS ou d'une émanation de ce comité (+ prestataire extérieur si souhait d'un soutien externe)

✓ **Désigner une personne référente en charge de la coordination de la démarche :**

→Son rôle est d'assurer l'interface entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel et la cohérence globale de la démarche

→ le/la coordinateur/rice CLS (en lien avec son responsable direct : directeur ou DGA) peut jouer ce rôle

Etape 2

Cadrage de la démarche évaluative

→Quelles sont les finalités de la démarche ? Elles sont à la fois formative et sommative, elles visent à :

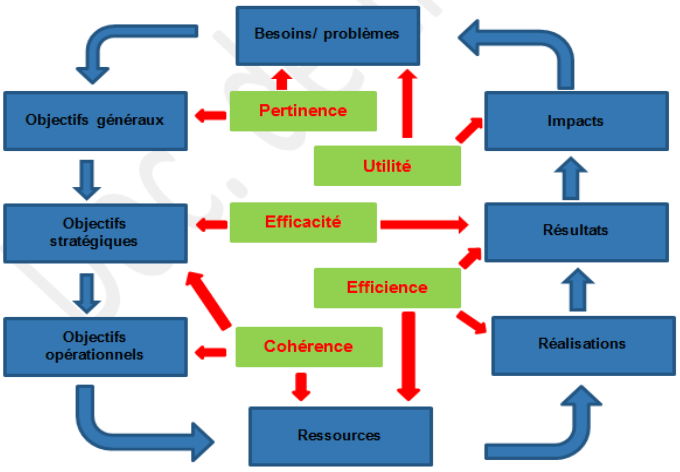
- Contribuer à l'évolution et à l'amélioration des pratiques professionnelles en fournissant des informations sur les projets en cours
- Préparer les décisions concernant des réorientations et /ou réajustements éventuels de la programmation CLS

→Que souhaitons-nous évaluer ?

- Le processus de mise en œuvre du CLS et ses effets.

→Quels sont les registres d'évaluation retenus ?

- **En 2016 :** L'évaluation portera sur deux registres : la pertinence, la cohérence
- **En 2017 :** L'évaluation sera complétée par une analyse des effets (résultats/ impacts), à travers la mesure de l'efficacité et de l'utilité.



Sources : J. Plante. Principes d'une évaluation socialement utile – juillet 1990. SFE – Evaluation des politiques publiques – 2015.

En fonction des objectifs poursuivis et des caractéristiques du programme d'actions, on attribuera à la démarche d'évaluation différents registres d'évaluation.

- La pertinence : lien entre les besoins identifiés et les objectifs poursuivis.
- La cohérence : lien entre les différentes composantes du programme. Entre les objectifs, entre les objectifs et les ressources ;
- L'efficacité : relation entre les objectifs poursuivis et les résultats obtenus ;
- L'efficience : relation entre les ressources attribuées et les résultats obtenus ;
- L'utilité : relation entre les impacts observés et les besoins identifiés au départ.

→Quelles sont les questions auxquelles l'évaluation veut répondre ?

Pour aider à formuler les questions évaluatives, il est important de s'interroger sur la façon dont le dispositif est construit et sur les effets attendus à court et long termes.
L'élaboration d'un **arbre des objectifs** et d'un **diagramme logique d'impact** contribue utilement à la définition des grandes questions évaluatives. Ils donnent une vision synthétique de la stratégie proposée par le CLS et des effets attendus.
Les questions évaluatives retenues dans le cadre de cette démarche vont interroger le dispositif CLS sous deux aspects :

❶ La réduction des ISTS

Phase d'évaluation de processus : Dans quelle mesure les stratégies et les actions du CLS sont-elles cohérentes et pertinentes avec l'objectif de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?

Phase d'évaluation des effets : 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 ?

Ces questions seront appréhendées à travers le prisme de quatre stratégies identifiées comme prioritaires pour lutter contre les ISTS :

- L'intervention sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé
- L'action intersectorielle
- La participation et l'empowerment
- L'universalisme proportionné

❷ Le parcours de santé

Phase d'évaluation de processus Dans quelle mesure les stratégies et les actions du CLS sont-elles cohérentes et pertinentes avec l'objectif de favoriser la construction ou le renforcement à l'échelon local de parcours de santé ?

Phase d'évaluation des effets : Dans quelle mesure les stratégies et actions menées ont-elles permis de construire ou de renforcer à l'échelon local le parcours de santé ?

Ces questions seront analysées à travers la prise en compte de plusieurs critères:

- L'accessibilité (géographique, administrative, financière, organisationnelle et socio-culturelle)
- La lisibilité (informations des habitants et des professionnels)
- La qualité (sécurité du parcours ; coordination des prises en charge…)

La question du parcours de santé sera également interrogée à travers les expérimentations conduites dans le cadre des « Projets Territoriaux de santé » (PTS : Mantois, Est-Ensemble+ Rosny, Nord-Ouest du Val d'Oise).

Etape 3

Recueil des données et organisation du suivi

- ✓ **Organisation du recueil de données et du suivi – Mobilisation des personnes et ressources matérielles:** Définir les rôles/ missions : qui fait quoi ? A quel moment ?

- ✓ **Mise en place et/ou adaptation des outils nécessaires au suivi des différentes activités du CLS** (en cohérence avec la grille des indicateurs en fiche 4) :

  Exemples d'outils : feuilles de présence, fiche de synthèse des réunions, bilans d'actions CLS

- ✓ **Sources de données :** Analyse de documents ; Entretiens ; Enquêtes par questionnaire…

Etape 4

Analyse et communication des résultats

- ✓ **Analyse des données :** croisement des différentes sources d'informations (quantitatives et qualitatives).
- ✓ **Rédaction d'un rapport** comprenant les éléments de réponses aux questions évaluatives et des recommandations *(les recommandations sont à distinguer des conclusions)*.
- ✓ **Communication et valorisation des résultats :**

  Cette étape ne doit pas être négligée. Elle va permettre, à l'échelon local, de valoriser la démarche engagée par les partenaires, d'informer sur l'état d'avancement du travail, sur l'efficacité de la stratégie définie dans le cadre du contrat et sur les ajustements éventuels à opérer.

  Les actions de communication peuvent être diverses : diffusion du rapport d'évaluation et/ou d'une synthèse, organisation d'une ou de restitutions publiques, communiqués de presse etc.

LE QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

Le questionnaire proposé par l'agence est structuré en deux grandes parties : La première partie porte sur les éléments relatifs au processus et vise à s'interroger sur la *cohérence* et la *pertinence* du CLS mis en place ; la seconde partie s'intéresse aux effets (résultats / impact), à travers la mesure de *l'efficacité* et de *l'utilité*.

Evaluation de processus *[contexte, diagnostic, planification (objectifs, stratégie, moyens…), gouvernance, pilotage,…]*

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

☐ Qui est à l'initiative de la demande d'un CLS ?
☐ Pourquoi la CT a-t-elle décidé/accepté de rentrer dans le processus de CLS ?
☐ Quelle échelle d'intervention est retenue pour l'ensemble du CLS ?
☐ Quelle est la qualification du territoire d'intervention du CLS ?
☐ La collectivité dispose-t-elle d'un ASV, PRE, Label ville PNNS, Label ville santé OMS ?

DIAGNOSTIC

☐ Le territoire disposait-il déjà d'un diagnostic local de santé partagé avant la signature d'un premier CLS ?
☐ Un diagnostic a-t-il été réalisé spécialement pour l'élaboration du CLS en cours ?
☐ Une approche intersectorielle et/ou participative a-t-elle été mise en place pour réaliser le diagnostic ?
☐ Quels sont les principaux problèmes de santé identifiés ?
☐ Des ISTS ont-elles été repérées? Si oui, lesquelles et quelle méthode d'analyse a été utilisée ?
☐ Une analyse des parcours de santé a-t-elle été réalisée ? Si oui, précisez les aspects étudiés.
☐ Des priorités ont-elles été définies ? Qu'a-t-on retenu ? Qu'a-t-on abandonné ? Y-a-t-il eu des points divergents entre partenaires lors de cette phase de priorisation ?
☐ Quels sont les freins et leviers identifiés à la conduite du diagnostic ? Quelles solutions peuvent-être envisagées *?*

PLANIFICATION

☐ Quels sont les objectifs stratégiques visés ?

☐ Quels sont les thèmes concernés ?

☐ Les objectifs stratégiques couvrent-ils l'ensemble des besoins identifiés que le CLS est censé améliorer ?

☐ Les parcours de santé font-ils l'objet d'un objectif stratégique ? Sont-ils transverses à un ou plusieurs objectifs du CLS ?

☐ La réduction des ISTS fait-elle l'objet d'un objectif stratégique ? Est-elle transverse à un ou plusieurs objectifs du CLS ?

☐ Les objectifs sont-ils mesurables ?

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

☐ Les objectifs sont-ils cohérents entre eux ?

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

☐ Les ressources humaines sont-elles dans l'ensemble adaptées et cohérentes au regard des objectifs poursuivis ?

☐ Les ressources financières sont-elles dans l'ensemble adaptées et cohérentes au regard des objectifs poursuivis ?

☐ Des stratégies de communication ont-elles été intégrées au CLS?

☐ Les ISTS sont-elles prises en compte dans la programmation du CLS ? (Nature ; Déterminants visés ; Modes d'interventions retenus ; Publics concernés ;…)

☐ Est-ce que globalement les actions programmées bénéficient d'une approche d'universalisme proportionné ?

☐ Les activités planifiées intègrent-elles la logique de "parcours de santé" ?

☐ 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 …)

☐ Le suivi et l'évaluation du CLS sont-ils prévus et adaptés ?

☐ 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)*

GOUVERNANCE – PARTENARIAT - PILOTAGE

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

☐ Quel est le niveau du portage politique ?

☐ Le CLS dispose-t-il d'un COPIL, COTECH / groupes de travail ou commissions thématiques?

☐ Quels sont les acteurs impliqués et leur niveau d'implication aux différentes étapes du CLS ?

☐ Les acteurs impliqués dans d'autres politiques publiques s'inscrivent-ils dans la dynamique engagée ?

☐ Quels sont les acteurs qui font défaut ?

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

MISE EN ŒUVRE/SUIVI

☐ 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)

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

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

☐ Le processus de suivi est-il adapté, réactif et permet-il de réorienter les objectifs stratégiques et/ou opérationnels si besoin ?

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

☐ Quels sont les facteurs bloquant ou facilitant le suivi ? Quelles pistes d'amélioration ?

Evaluation des effets - *Résultats / Impact*

☐ Les objectifs stratégiques ont-ils été atteints ?

☐ Les résultats obtenus, au regard des objectifs arrêtés, ont-ils répondu aux besoins de santé prioritaires du territoire CLS ?

☐ Dans quelle mesure la mise en place du CLS a-t-elle permis d'améliorer le partenariat ?

☐ 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 ISTS ?

☐ Quelle est la plus-value apportée par le CLS à l'amélioration des parcours de santé (accessibilité, lisibilité et qualité)?

☐ Quels ont été les facteurs bloquant ou facilitant ? Quelles pistes d'amélioration ?

Grille des indicateurs

DIAGNOSTIC

Questions		Indicateurs [2] *(de processus ou d'activité)*
Le territoire disposait-il déjà d'un diagnostic santé partagé avant la signature d'un premier CLS ?	☐ oui ☐ non	Année de réalisation
- Si oui, dans quel cadre ?	☐ ASV ☐ Autre	
Un diagnostic a-t-il été réalisé spécialement pour l'élaboration du CLS en cours ?	☐ oui ☐ non	Année de réalisation
- Si oui, s'agit-il d'une actualisation d'un diagnostic précédent ?	☐ oui ☐ non	
Une approche intersectorielle et/ou participative a été mise en place pour réaliser le diagnostic ?	☐ oui ☐ non	Modalités de réalisation - Enquêtes : auprès des habitants *(nombres)* ; de professionnels santé/médico-social *(lesquels ? nombre ?)* ;; autres professionnels (*(lesquels ? nombre ?)*. Réunion publique *(nombre de participants)*. Autres modalités …
- Si oui, selon quelles modalités ?		
Quels sont les principaux problèmes de santé identifiés ?		Nombre et type de problèmes de santé repérés
Des ISTS ont-elles été repérées?	☐ oui ☐ non	Nature des ISTS - Inégalités liées : au territoire, au niveau de revenus, à l'appartenance à une catégorie sociale, au niveau d'éducation, à la discrimination (genre, ethnique, orientation sexuelle), de l'accès à l'offre, etc.
- Si oui, lesquelles ?		
- Quelle méthode d'analyse a été utilisée ? - Des données sur les déterminants ont-elles été recueillies ?		Méthode utilisée[3] *(Utilisation de bases de données administratives ; Enquêtes, études ou travaux de recherche ; Autres ; …)*.
Une analyse des parcours de santé a-t-elle été réalisée ?	☐ oui ☐ non	Aspects liés à : - Accessibilité (Fin./ Géo./Sociale), - Lisibilité (Info usagers et prof.), - Qualité (Structuration et renforcement du 1er recours ; …)
- Si oui, précisez les aspects étudiés …		
Des priorités ont-elles été définies ? Qu'a-t-on retenu ? Qu'a-t-on abandonné ?	☐ oui ☐ non	Nombre et type de priorités : - retenues - abandonnées
Y-a-t-il eu des points divergents entre partenaires lors de cette phase de priorisation ?	☐ oui ☐ non	Nature des points divergents
- Si oui, lesquels ?		Nature des questions en débat - justification
Autres questions éventuelles ayant fait débat :…		
Quels sont les freins et leviers identifiés à la conduite du diagnostic ?		Analyse freins/ leviers / solutions envisagées

[2] *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.*
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.

[3] *Le repérage des ISTS nécessite le croisement de données fiables et cohérentes sur les déterminants sociaux de la santé au niveau du territoire*

PLANIFICATION

Echelle d'auto-évaluation[4]

Questions		Niveaux d'appréciation => **Indicateurs** *(de processus ou d'activité)*	--	-	+	++
Quels sont les objectifs stratégiques visés ?		A décliner …				
Quels sont les thèmes concernés ?		A décliner …				
Les objectifs stratégiques couvrent-ils l'ensemble des besoins identifiés que le CLS est censé améliorer ?		Les objectifs stratégiques couvrent totalement les dimensions des besoins que le CLS est censé améliorer	☐	☐	☐	☐
		Les objectifs fixés sont en adéquation avec les enjeux	☐	☐	☐	☐
Les parcours de santé font-ils l'objet d'un objectif stratégique ?	☐ oui ☐ non					
Sont-ils transverses à un ou plusieurs objectifs du CLS ?	☐ oui ☐ non					
La réduction des ISTS fait-elle l'objet d'un objectif stratégique ?	☐ oui ☐ non					
Est-elle transverse à un ou plusieurs objectifs du CLS ?	☐ oui ☐ non					
Les objectifs sont-ils mesurables ?		La valeur des effets escomptés est précisée pour chacun des objectifs	☐	☐	☐	☐
Les objectifs précisent-ils les délais impartis pour leur atteinte ?		Les objectifs sont limités dans le temps (date d'échéance)	☐	☐	☐	☐
Les objectifs sont-ils cohérents entre eux ?		Les différents objectifs du CLS sont en relation logique les uns aux autres *(ils sont complémentaires, pas en contradiction)*	☐	☐	☐	☐
Les actions du CLS sont-elles dans l'ensemble adaptées au contexte spécifique des publics et des territoires ciblés ?		Les actions répondent dans l'ensemble aux besoins/ problèmes et enjeux identifiés	☐	☐	☐	☐
Les ressources humaines sont-elles dans l'ensemble adaptées et cohérentes au regard des objectifs poursuivis ?		*Compléter tableau.* Nombre d'ETP *(selon fonctions et missions).* Savoir-faire et légitimité des intervenants reconnus dans les domaines ciblés et au regard des objectifs.	☐	☐	☐	☐
Précisez le profil du coordinateur CLS		Précisez : Formation et niveau d'expérience	☐	☐	☐	☐
		Les moyens financiers nécessaires				

[4] *L'appréciation résulte de vos échanges au sein du CLS (COPIL/ COTECH/ …) et se traduit par : **--** Vous ne répondez pas du tout à cet indicateur ; **-** vous ne répondez pas suffisamment ; **+** vous répondez de façon satisfaisante ; **++** vous répondez totalement.*

Les ressources financières sont-elles dans l'ensemble adaptées et cohérentes au regard des objectifs poursuivis Le CLS dispose-t-il d'un budget analytique spécifique à ses activités ?	☐ oui ☐ non	pour l'atteinte des objectifs sont assurés et adaptés (dans les différentes phases du projet). Toutes les ressources apparaissent dans le budget et sont suffisantes.	☐	☐	☐	☐
Des stratégies de communication ont-elles été intégrées au CLS ? *Justifiez …*	☐ oui ☐ non	La communication prévue est active ; les acteurs du CLS sont informés au bon moment ; … *(Budget dédié, réunions consacrées à la com. ;…)*				
Les ISTS sont-elles prises en compte dans la programmation du CLS ? *Si non, Justifiez …*	☐ oui ☐ non	Nature des ISTS visées- *Inégalités liées : au territoire, au niveau de revenus, à l'appartenance à une catégorie sociale, au niveau d'éducation, etc.* Nombre […] et nature des déterminants retenus : *Conditions socio-économiques ; conditions de vie ; Environnement social ; Mode de vie ; Système de soins ; Contexte économique et politique*. Modes d'intervention visant à réduire les ISTS retenues : *Renforcement des capacités des individus ; Renforcement des capacités des communautés ; Amélioration des conditions de vie et/ ou de travail ; etc*				
Quels sont les publics concernés ?		Habitants ; Parents ; Scolaires ; …				
Est-ce que globalement, les actions programmées bénéficient d'une approche d'universalisme proportionné[5]	☐ oui ☐ non	Modalités de mise en œuvre, …				
Les activités planifiées intègrent-elles la logique de parcours de santé ?	☐ oui ☐ non	Nombre d'actions intégrant la logique de parcours de santé Objectifs visés : l'accessibilité ? la lisibilité ? la qualité ?				
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 tabl*. « implication partenariat »				

[5] *Universalisme proportionné : Offrir une intervention à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins ; Réduire ou éliminer les barrières d'accès qui nuisent à l'utilisation des interventions par les familles ayant des besoins accrus.*

Le suivi et l'évaluation du CLS sont-ils prévus et adaptés ? - Plan d'évaluation Porte-t-il sur la démarche CLS ? Porte-t-il uniquement sur les actions ?	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non	Prévu et adapté …	☐	☐	☐	☐
L'évaluation prévoit d'évaluer le processus ? Avez-vous défini des indicateurs de processus ?	☐ oui ☐ non	Prévus et adaptés …	☐	☐	☐	☐
L'évaluation prévoit d'évaluer l'activité ? Avez-vous défini des indicateurs d'activité ?	☐ oui ☐ non	Prévu et adapté …	☐	☐	☐	☐
L'évaluation prévoit d'évaluer les effets ?		Prévu et adapté …				
L'évaluation prévoit d'évaluer les impacts ?		Prévu et adapté …				
Avez-vous défini des indicateurs de résultats ?	☐ oui ☐ non		☐	☐	☐	☐
		Nombre d'outils et/ ou de supports développés pour l'évaluation […] – Lesquels : (protocole d'évaluation *; Méthode ; calendrier ; outils de mesure ; tableaux de bord ; …)*	☐	☐	☐	☐
Est-il prévu d'associer l'ensemble des acteurs du CLS (dont habitants) au suivi/ évaluation ?	☐ oui ☐ non	*Cf tabl.* « implication partenariat »				
Quels sont les freins et leviers identifiés au cours de la phase de planification ? Quelles solutions peuvent-être envisagées ?		Analyse freins/ leviers/ solutions envisagées				

GOUVERNANCE – PARTENARIAT – PILOTAGE

Questions		Niveaux d'appréciation => Indicateurs	--	-	+	++
La gouvernance du CLS est-elle lisible par tous les acteurs concernés *(dont la population)* ?		Nombre et type de documents diffusés Autres modalités mise en place …	☐	☐	☐	☐
Quel est le niveau du portage politique ?		Niveau du portage politique *(maire ; maire adjoint ; DGS ; DGA ; directeur de la santé ; adjoint au directeur de la santé ; autres)* =>	☐	☐	☐	☐
Le CLS dispose-t-il d'un COPIL/ COTECH/ groupes de travail ou commissions thématiques?		Par COPIL/ COTECH/ … Nombre de réunions/ an Nombre de CR formalisés /diffusés				
Quels sont les acteurs impliqués et leur niveau d'implication aux différentes étapes du CLS ?		Cf Tableau « implication partenariat »				
Les acteurs impliqués dans d'autres politiques publiques s'inscrivent-ils dans la dynamique engagée ?	☐ oui ☐ non					
Existe-t-il une articulation avec les acteurs de la politique de la ville (ASV, RE, RU, …) ? *si oui précisez …*	☐ oui ☐ non	Précisez : Dispositifs/ démarches ; qualité ; type de collaboration.				
Existe-t-il une articulation avec les acteurs engagés dans d'autres démarches territoriales (CLSM ; projet territorial de santé ; Agenda 21 ; …) ?	☐ oui ☐ non	Précisez : Dispositifs/ démarches ; qualité ; type de collaboration.				
Quels sont les acteurs qui font défaut ?		*Analyse*				
-Quels sont les freins et leviers identifiés au cours de la phase de gouvernance, partenariat et pilotage ? *Quelles solutions peuvent-être envisagées ?*		Analyse freins/ leviers/ Solutions envisagées				

MISE EN ŒUVRE - SUIVI

Questions		Niveaux d'appréciation => Indicateurs	--	-	+	++
La mise en œuvre du CLS correspond-elle à ce qui était prévu initialement ?		Les actions mises en œuvre sont conformes à la programmation =>	☐	☐	☐	☐
		Les ressources sont mobilisées comme prévu =>	☐	☐	☐	☐
		Les groupes cibles sont atteints comme prévu =>	☐	☐	☐	☐
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 Nombre de fiches actions supprimées Nombre de fiches actions réorientées *(précisez lesquelles par rubrique)*				
Rencontrez-vous des difficultés dans cette mise en œuvre ?		Si oui, précisez lesquelles *(insuffisance de moyens ; difficultés à fédérer les partenaires ; …)*				
Les principes de participation et d'intersectorialité sont-ils mis en application dans le processus de mise en œuvre et de suivi ?	☐ oui ☐ non	Nb et types de partenaires mobilisés sur le processus de mise en œuvre et le suivi				
Le processus de suivi est-il adapté, réactif 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 =>				
Une évaluation intermédiaire est-elle prévue ?	☐ oui ☐ non		☐	☐	☐	☐
- Définition des indicateurs retenus et utilisés pour le suivi au regard des objectifs	☐ oui ☐ non	Cf. Tableau annexe « objectifs – indicateurs ».				
La communication sur l'évolution des activités et les éventuelles réorientations est-elle effective dans les instances du CLS ? - *Si oui, selon quelles modalités ?* - *Si communication externe précisez en les modalités …*	☐ oui ☐ non	Précisez les modalités … Communication externe : Lettre d'information ; Réunion d'information ; Campagne de communication ; Conférence citoyenne ; autres …				
Quels sont les facteurs bloquant ou facilitant la mise en œuvre et le suivi ? Pistes d'amélioration		Analyse des facteurs facilitant et/ ou bloquant. Pistes d'amélioration.				

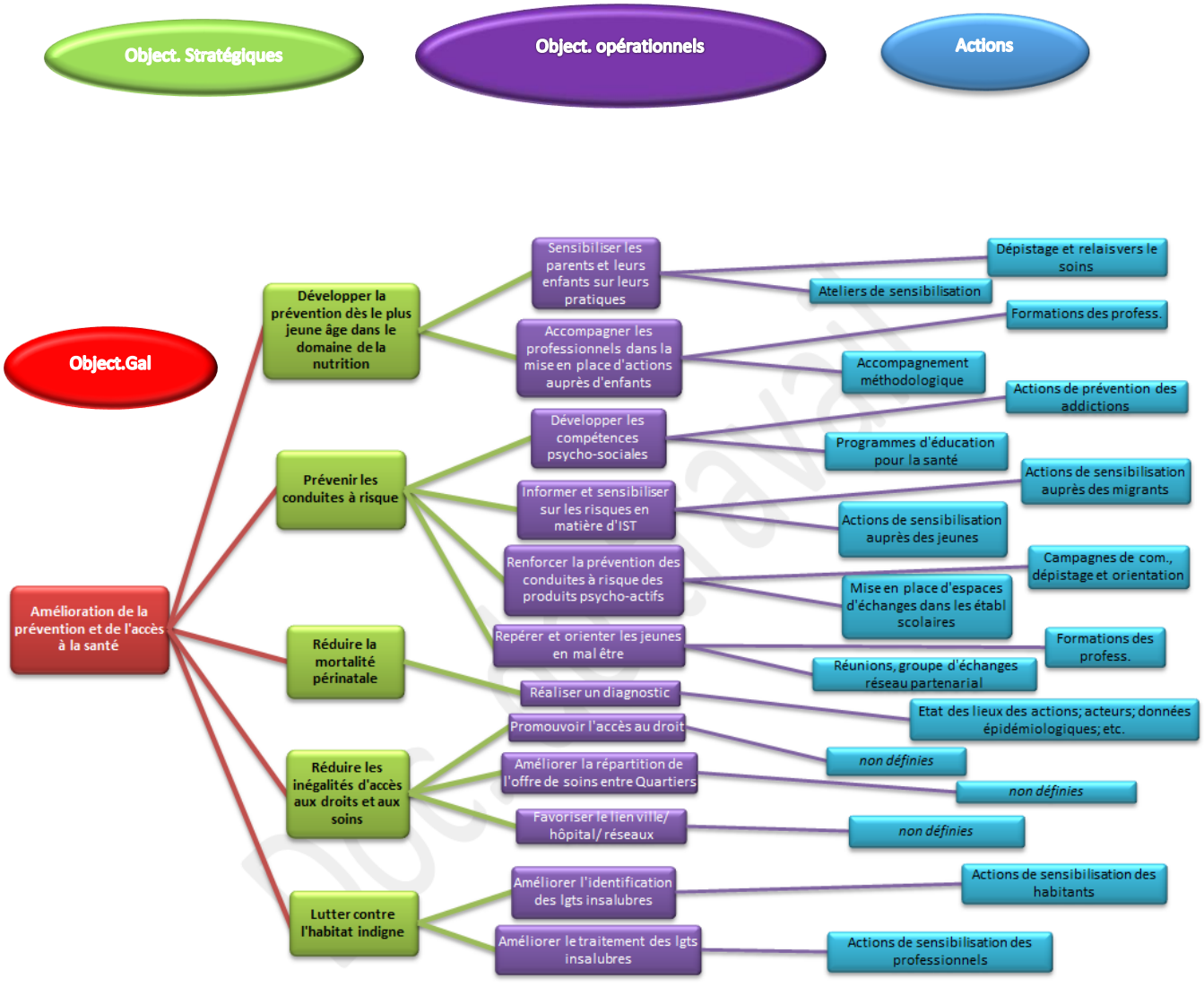
RESULTATS - IMPACTS

Questions		Niveaux d'appréciation => Indicateurs	--	-	+	++
Les objectifs stratégiques ont-ils été atteints ?	☐ oui ☐ non ☐ partiel.	*Justifiez la non-atteinte d'objectifs* *Obstacles identifiés*				
Les résultats obtenus, au regard des objectifs arrêtés, ont-ils répondu aux besoins de santé prioritaires du territoire CLS ?		Efficacité *A paramétrer au regard des objectifs arrêtés* *Justifiez le niveau d'appréciation pour les différentes rubriques qui suivent …*	☐	☐	☐	☐
Dans quelle mesure la mise en place du CLS a-t-elle permis d'améliorer le partenariat ? *Justifiez …*		Amélioration de la synergie partenariale Evolution des pratiques (AV / AP) *Nouveaux partenariats …* *Nouvelles articulations, nouvelles façons de travailler…*	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
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 ISTS ? *Justifiez …*		Décloisonnement des services de l'Etat, de la collectivité (emploi, logement, social, …), autres partenaires/Amélioration de la coordination des politiques publiques sur le territoire Articulation avec la politique de la Ville Intervention combinée sur plusieurs déterminants (dont déterminants socio-environnementaux)	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Quelle est la plus-value apportée par le CLS à l'amélioration des parcours de santé ? *Justifiez …*		Amélioration des parcours de santé sur le territoire en termes d'accessibilité *(géographique/ culturelle/ financière)*, de lisibilité, de sécurité …. *Amélioration de la coordination "ville/ hôpital/ville"* Satisfaction des professionnels (procédures, charge de travail…) et des patients-usagers (délais d'attente, qualité de la prise en charge…)	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Quels ont été les facteurs bloquant ou facilitant ?		Analyse des facteurs facilitant et/ ou bloquant. Pistes d'amélioration.				

A. L'ARBRE DES OBJECTIFS

L'arbre des objectifs[6] constitue un outil qui permet de représenter sous forme d'arborescence la stratégie exprimée par la collectivité.

Il permet de structurer les priorités de façon hiérarchique et visuelle en déclinant de gauche à droite, l'objectif général, les objectifs stratégiques, les objectifs opérationnels et les actions.
Il est important de veiller à ne pas démultiplier les objectifs stratégiques afin qu'ils demeurent réalistes, réalisables et mesurables.
Exemple modélisé à partir du projet d'un CLS Francilien :

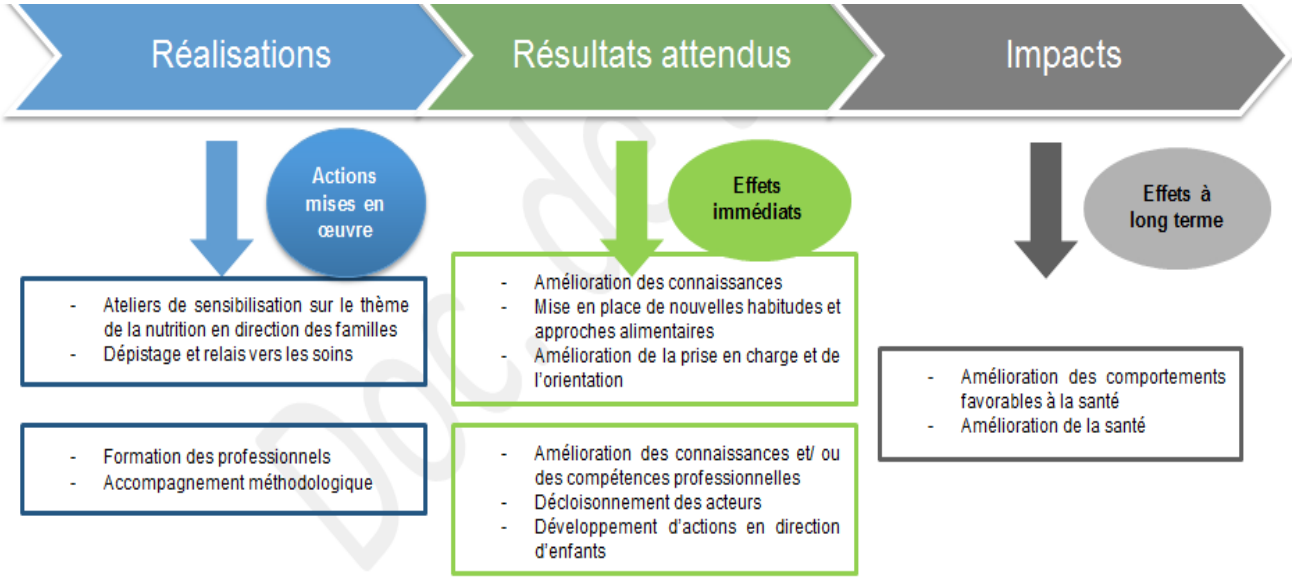


[6] *Sources : CRES PACA – juillet 2005 - « Méthodologie et évaluation ». Contact santé –Avril 2004 - « Réaliser votre arbre des objectifs ».*

B. LE DIAGRAMME LOGIQUE (DLI)

En lien avec l'arbre des objectifs décliné ci-dessus, le DLI[7] permet, au travers de la mise à plat des activités envisagées du CLS et des résultats/ impacts attendus, l'approfondissement et la stabilisation des questions évaluatives. Il permet, par ailleurs, aux différents acteurs du CLS de partager une vision commune de l'objet à évaluer.

Exemple *(Développé à partir d'un seul objectif stratégique du projet CLS page précédente)*



L'arbre des objectifs et le DLI permettent en fonction des enjeux de l'évaluation et de l'avancée du CLS de clarifier et hiérarchiser les questions évaluatives retenues. Plusieurs éléments sont à considérer :

- Les probabilités de réponse aux questions posées : il est en effet inutile de poser des questions pour lesquelles on sait qu'il sera impossible de répondre à court terme. Par exemple : « *Dans quelle mesure les activités développées par le CLS en direction des familles ont-elles permis d'améliorer les comportements favorables à la santé* ». Délais trop court pour en mesurer les effets.
- Les probabilités d'utilisation des résultats : une question apparaîtra d'autant plus importante que les réponses obtenues pourront être réappropriées par les acteurs locaux afin d'améliorer l'action publique.
- La pertinence des questions par rapport aux enjeux de la politique publique

[7] *Sources : Editions QUAE – 2008 - « Manuel de l'évaluation des politiques publiques » ; Le diagramme logique d'impacts : Commission européenne, 1999 ; Colletis-Wahl et Meunier, 2000. Les portails de : la Société française de l'évaluation - http://www.sfe-asso.fr/ et du SGMAP - http://www.modernisation.gouv.fr/le-sgmap*

Le **référentiel d'évaluation** vient prolonger le diagramme logique d'impacts en définissant, pour chaque question évaluative, des critères et des indicateurs associés (cf. p.10/…). Ces indicateurs peuvent être quantitatifs ou qualitatifs; ils ont pour objet de permettre la formation d'un jugement qualifié et donc le plus objectif possible.

C. TABLEAU D'ANALYSE DU PARTENARIAT

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						
C. Gal						
DT ARS						
Préfecture						
Associations						
CPAM						
Personnels CT : Service …						
Personnels CT : Service …						
Personnels CT : Service …						
Habitants						
Prof. Santé Sect. Hospit.						
Prof. Santé Sect. Ambulatoire						
Prof. Médico-soc.						
Experts/ Pers. Ress..						
Publics concernés /prob. santé repérés						
Autres						

D. LES TABLEAUX DE BORD

L'ARS souhaite apporter un appui aux acteurs engagés dans la démarche CLS en proposant une série de tableaux de bord qui constitue à la fois un outil de pilotage et d'évaluation.

Les tableaux de bord proposés ont vocation à faciliter et à harmoniser le recueil de données, puis à optimiser le renseignement du questionnaire d'évaluation au moment de la période de collecte des données.

Le fichier xls. proposé se compose de 3 onglets :

1. Objectifs CLS – Clarifier la cohérence interne des objectifs et la pertinence des réponses apportées aux besoins identifiés.
2. Tableau de bord CLS – Le tableau reprend les rubriques du référentiel d'évaluation et il est composé de listes déroulantes (Objectifs : simplification/ harmonisation)
3. Tableau de bord des actions – Il s'inscrit dans la logique de la démarche d'ensemble et permet aux personnes en charge du suivi des actions CLS d'organiser le recueil et la transmission de données harmonisées.

E. MODÈLE DE COMPTE-RENDU DES GROUPES DE TRAVAIL CLS

Groupe de travail : /_____/

Réunion du /___/___/_____/

Référent/Pilote :	
Nb de participants :	
Agents de la ville	Agents de l'ARS
Autres partenaires publics	Sous-préfecture
Associations	Libéraux
Usagers	Professionnels de santé autres
Autres	
Fiche(s) action débattue(s) ou impactée (s) :	
Principaux points débattus	
Principales avancées notées (bonnes pratiques, leviers d'actions…)	
Principaux points de blocage identifiés	
Principales décisions	

Direction de la Santé Publique – Cellule Contrats Locaux de Santé
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

LA LISTE DES PARTENAIRES

Cette liste non exhaustive est à adapter en fonction des ressources du territoire CLS.

Collectivité : Elus (Maire/Président d'EPCI, élu en charge de la Santé et autres élus pour une démarche intersectorielle) - Direction générale - Coordinateur CLS - Coordinateur ASV-Coordinateur CLSM - Autres coordinateurs ou chefs de projets Politique de la ville : Contrat de ville - RE – RU – CLSNG - Chargé de mission Agenda 21 - Services santé municipaux : CMS, SCHS… - Autres services municipaux : CCAS, habitat, logement, éducation, vie des quartiers, démocratie participative…

ARS : Délégué territorial Adjoint – référent CLS et autres référents thématiques de la DT-ARS

Préfecture : Préfet/Sous-préfet/PEDEC, représentants DDCS, Délégués du Préfet

Assurance maladie : Représentants CPAM et du service social CRAMIF

Conseil départemental : Centre de protection maternelle et infantile, service social de secteur, Aide sociale à l'enfance, autres services (ex : SPAS…)

Habitants : Associations de représentants d'usagers - Associations locales - représentants du conseil citoyens - adultes relais…

Organisme de gestion du DO des cancers : Responsable, chargée de mission

Offre de soins : Professionnels libéraux médicaux et paramédicaux + professionnels salariés (cf offre municipale) - Etablissements de santé (pub/privé) - Psychiatrie publique/privée

Offre médico-sociale : EHPAD/EHPA - Services (SSIAD, HAD, SMD) - Etablissements PH (IME…) - Addictologie (CAARUD, CSAPA, Etablissements de soins de suite…)

Réseaux de santé : Périnatalité, cancer, précarité…

Insertion : Maison de l'emploi- Pôle emploi- Missions locales- Point information jeunesse

Social : CAF- DDCS - CCAS – Services sociaux (municipaux/départementaux)-Résidences sociales : CHRS – maisons relais - foyers de travailleurs migrants….

Education : Education Nationale - Protection Judiciaire de la Jeunesse- Clubs de prévention spécialisée - Maisons des parents, des adolescents - Points Accueil Ecoute Jeunes…

Urbain/logement : Bailleurs sociaux, Unité territoriale DRIHL…

Santé environnement : DRIEE/DRIEA

Associations locales