

**Evaluation de l'impact de
l'outil CLS sur la réduction
des inégalités territoriales et
sociales de santé**

**CLS Strasbourg-
Eurométropole 2015-2020**

Avril 2021

Document réalisé par l'Observatoire régional de la santé Grand Est

Ont participé à la réalisation de ce document à l'ORS Grand Est : Madame Cécile Joie, chargée d'études, Madame Mathilde Jacquemin, chargée d'études, Monsieur Mathieu Hirtz pharmacien interne en santé publique, Madame Florence Schwarz, chargée d'études, et le Docteur Nicole Schauder, médecin référent de santé publique, sous la direction de Monsieur Michel Bonnefoy et Madame Emilie Gardeur.

L'ORS a bénéficié du soutien des pilotes du CLS :

- Pour l'ARS Grand Est : Madame Grazia Mangin*
- Pour la Ville de Strasbourg : Madame Elodie Signorini, Monsieur Thibault Mutel, Madame Maud Ebstein-Breton*



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	5
I. Les contrats locaux de santé de deuxième génération sur l'Eurométropole et la Ville de Strasbourg.....	5
II. Rappels sur les inégalités sociales et territoriales de santé	6
OBJECTIFS ET METHODE	7
I. Cadre et Objectifs.....	7
II. Périmètre.....	7
III. Méthodologie	7
1. Approche documentaire.....	8
2. Approche qualitative	9
3. Approche quantitative	11
PORTRAIT DU TERRITOIRE	12
I. Contexte : La typologie des quartiers de Strasbourg.....	12
II. Les déterminants de santé.....	14
1. Contexte socio-économique	14
2. Déterminants environnementaux de santé.....	19
III. Offre de soins libérale.....	22
IV. Situation sanitaire	26
1. Mortalité.....	26
2. Affections longue durée (ALD).....	29
3. Dépistages individuels et organisés des cancers.....	31
4. Santé des enfants.....	33
V. Consommation de soins	34
RESULTATS DES APPROCHES QUALITATIVES ET DOCUMENTAIRES.....	36
I. Cadre et gouvernance du CLS : volonté politique et mise en commun sur l'objectif de réduction des ITSS	36
1. Un projet politique et commun autour de la santé et des problématiques d'ITSS	36
2. Des points de vigilance dans la gouvernance	38
II. Les stratégies sur le terrain pour réduire les ITSS : L'approche globale de la santé	39
1. Les déterminants de santé ciblés et travaillés dans le cadre du CLS	39
2. Le développement de partenariats intersectoriels et stratégiques favorisé par le cadre CLS.....	44

3.	Des points de vigilance dans l'approche globale.....	46
III.	Les stratégies sur le terrain pour réduire les ITSS : l'approche culture commune	48
1.	Le CLS favorise la coordination des actions et la culture commune entre acteurs à différents niveaux	48
2.	Des points de vigilance dans l'approche culture commune	50
IV.	Les stratégies sur le terrain pour réduire les ITSS : proximité et universalisme proportionné	52
1.	Le CLS s'inscrit dans une approche de proximité et, dans une certaine mesure, dans une logique d'universalisme proportionné	52
2.	Des points de vigilance	54
V.	Synthèse :	56
	PROPOSITION DE PISTES DE TRAVAIL	57
I.	Enjeu de consolider les stratégies et renforcer une culture commune pour réduire les ITSS	57
II.	Enjeu d'améliorer la gouvernance et d'élargir le cadre CLS	60
	BIBLIOGRAPHIE	64
	ANNEXES	65
III.	Grille d'analyse des fiches actions du CLS	65
IV.	Outil de catégorisation	70



INTRODUCTION

I. Les contrats locaux de santé de deuxième génération sur l'Eurométropole et la Ville de Strasbourg

L'outil « Contrat local de Santé » (CLS) connaît depuis 2012 deux déclinaisons sur le territoire de l'Eurométropole de Strasbourg. Un contrat à l'échelle des communes de l'Eurométropole et un contrat à l'échelle de la Ville de Strasbourg. Une première génération a été mise en œuvre de 2012 à 2014. La deuxième génération « CLS2 » de 2015 à 2020 a permis l'élargissement du partenariat, renforçant une dynamique territoriale favorable à la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Le CLS est un plan commun d'actions en matière de santé décidé par plusieurs partenaires-signataires, à l'échelle d'un territoire, qui s'engagent sur des objectifs et actions à la croisée des priorités de chacun. Il a pour objectifs transversaux de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local.

A Strasbourg, les signataires du CLS2 sont :

- l'ARS Grand Est,
- la Ville de Strasbourg,
- la Préfecture de Région Alsace et du Bas-Rhin,
- l'Education Nationale,
- le Régime local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle,
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin,
- la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) du Bas-Rhin,
- la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Alsace Moselle,
- l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM),
- la Mutualité Française Grand Est (MFGE),
- les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS),
- la Fondation Vincent de Paul,
- le Centre Hospitalier d'Erstein,
- l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN).

Et pour le CLS2 Eurométropole, s'ajoutent : la Ville d'Illkirch-Graffenstaden, la Ville de Schiltigheim et L'Eurométropole.

Dans ce contexte, l'Observatoire régional de la santé (ORS) Grand Est a été mandaté pour évaluer les effets à courts et moyens termes de cet outil CLS sur la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

II. Rappels sur les inégalités sociales et territoriales de santé

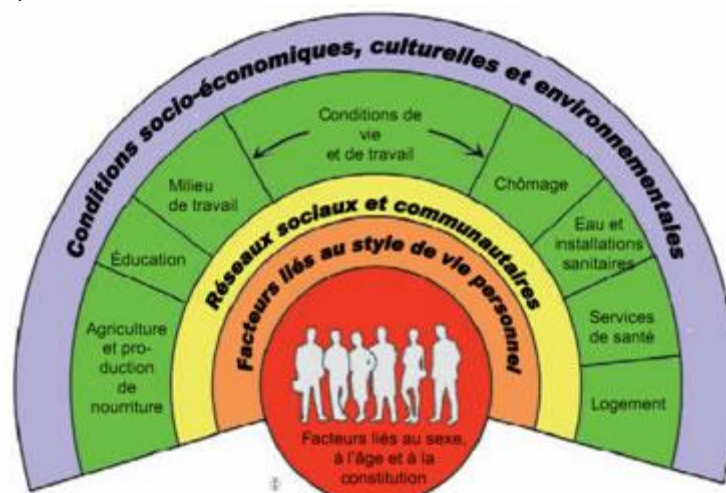
Les inégalités sociales de santé (ISS) sont définies comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* » (Inpes, 2010). Elles sont très souvent liées et superposables aux inégalités territoriales de santé (ITS) qui reflètent géographiquement les disparités socio-économiques. Selon les territoires, les ressources existantes en matière de santé et l'accessibilité à ces services sont aussi inégalitaires.

L'hétérogénéité de l'état de santé d'une population ne s'explique donc pas seulement par des facteurs biomédicaux, mais est aussi générée par des obstacles économiques, culturels et sociaux.

Selon le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008), les inégalités sociales et territoriales de santé (ITSS) concernent toute la population selon un gradient social, c'est-à-dire que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur.

Pour expliquer ces inégalités, on parle de déterminants socio-économiques et territoriaux de santé qui interagissent et influent sur l'état de santé d'une personne tout au long de sa vie. Ces déterminants correspondent aux « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes de soins mis en place pour faire face à la maladie* » (OMS, 2008)

Voici un exemple de représentations schématiques des déterminants de la santé : **le Modèle Dahlgren et Whitehead**. Il présente les déterminants de la santé en quatre niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent. (Whitehead, Dahlgren, 1991 : p 1059-1063).



DAHLGREN, GÖRAN and WHITEHEAD, MARGARET, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health, Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)



OBJECTIFS ET METHODE

I. Cadre et Objectifs

La démarche d'évaluation a été engagée en 2017, en lien avec les co-pilotes du CLS du service santé et autonomie de la Ville et Eurométropole de Strasbourg et de la Direction Territoriale du Bas-Rhin de l'ARS Grand Est. Initialement portée par l'ORS Alsace, cette démarche a été poursuivie par l'ORS Grand Est (issu de la fusion de l'ORS Alsace et de l'ORSAS Lorraine).

L'évaluation vise à appréhender les **effets à courts et moyens termes de l'outil CLS sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ITSS)**. Quatre questions évaluatives ont été identifiées :

- Est-ce que l'outil CLS a un impact sur la réduction des ITSS ?
- Quelle place l'organisation partenariale occupe-t-elle dans ces résultats ?
- Quel réajustement de l'organisation partenariale serait souhaitable ?
- Comment poursuivre une politique locale de santé pour améliorer la réduction des ITSS ?

Au cours de cette démarche, plusieurs ajustements ont été apportés à la méthode pour différentes raisons : limites dans la méthode initiale, disponibilité des acteurs, changements dans la mise en œuvre des différentes activités du CLS, disponibilité des données ou freins conjoncturels. Ces adaptations ont été validées par les commanditaires de l'étude.

II. Périmètre

L'évaluation porte sur les deux déclinaisons de l'outil CLS sur les territoires de l'Eurométropole et de la Ville de Strasbourg. Initialement, l'évaluation du CLS Eurométropole devait être réalisée à travers une étude sur une commune signataire de la contractualisation Eurométropole. Cependant, cette étude n'a pas pu être réalisée, et la place du CLS Eurométropole dans l'évaluation a dû être retravaillée.

Suite à ces remaniements, **l'évaluation porte sur le CLS de Strasbourg avec un focus sur une partie du CLS Eurométropole**, via, en plus de la coordination et la gouvernance ; l'étude de deux axes santé-environnement et santé mentale.

III. Méthodologie

L'approche retenue pour étudier l'impact du CLS sur la réduction des ITSS est d'analyser si, du cadre posé par le CLS à la mise en œuvre effective sur le terrain, les conditions pour parvenir à infléchir les ITSS sont bien réunies.

L'évaluation ne vise donc pas à chiffrer l'impact du CLS, mais à vérifier s'il a posé les « bonnes conditions », sur du court et moyen termes, pour espérer atteindre une diminution des ITSS sur le long terme.

1. Approche documentaire

Pour ce faire, un premier travail de documentation a été réalisé afin de **déterminer les cadres stratégiques, pistes d'actions, leviers et conditions nécessaires pour parvenir à réduire les ITSS**. Plus précisément, ces sources et réflexions sont issues de certains travaux d'évaluation de CLS, et de la littérature internationale sur les ITSS :

- Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008) : cette Commission a été constituée afin de réunir les moyens et leviers d'actions les plus probants pour promouvoir l'équité en santé et agir sur les inégalités de santé au niveau mondial. Les recommandations générales de la Commission se fondent sur trois principes d'action :
 - Améliorer les conditions de vie quotidiennes ;
 - Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ;
 - Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action.
- « Outcome model » du professeur Don Nutbeam ou « Outil de catégorisation des résultats » adapté pour la France (INEPS, 2005) : Ce modèle est fondé sur le fait qu'il est difficile d'évaluer à court terme les effets sur l'état de santé des populations des actions de prévention. De ce fait, ce modèle postule que l'amélioration de l'état de santé ne peut être atteint qu'en passant par des stades intermédiaires, prenant en compte les différents axes de la charte d'Ottawa (axes politiques, environnementaux et compétences individuelles). Il permet ainsi de visualiser et mettre en évidence les interrelations entre les problèmes de santé, les déterminants de ces problèmes, les objectifs planifiés et les résultats atteints par une action de prévention et promotion de la santé. Pour plus de précisions sur cet outil, se reporter à l'annexe 2 (p.71).
- L'étude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités Sociales et territoriales de santé en Ile de France (Sophie Schapman-Ségalié, 2014) : Travail d'évaluation réalisé à la demande de l'ARS Ile de France et qui vise à analyser les dynamiques enclenchées par les CLS et identifier les freins et les leviers pour évaluer l'impact potentiel des CLS sur les ITSS.

Par ailleurs, une **lecture analytique du document cadre du CLS** a été réalisée, afin de mettre en exergue les déterminants de santé les plus ciblés dans les fiches actions du CLS. Cette grille de lecture est issue de l'article « Repères méthodologiques pour l'évaluation des CLS et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé » (Schapman-Ségalié & Lombrail, 2017).

Les deux actions phares du CLS de Strasbourg, **PRise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids (PRECCOSS) et Sport Santé Sur Ordonnance (SSSO)**, ont fait l'objet d'une **analyse documentaire** à partir de rapports d'activité et de recherches existantes sur ces dispositifs.

Une **étude documentaire (projet de santé, rapports d'activités)** a été également réalisée **en complément des entretiens** menés auprès des **Maisons Urbaines de Santé**.



2. Approche qualitative

Plusieurs entretiens individuels et collectifs ont été réalisés entre 2018 et 2020 selon une typologie d'acteurs diversifiés et impliqués dans la mise en œuvre du CLS à différents niveaux.

Le volet qualitatif a permis de **saisir le sens que les acteurs donnent à l'outil CLS et aux enjeux de réduction des ITSS et d'en interroger leurs conditions à travers différents prismes** : la volonté politique (cadre et gouvernance), l'approche globale de la santé (déterminants de santé, intersectorialité), la culture commune (coordination et connaissances partagées), la proximité avec les habitants et le concept d'universalisme proportionné.

Ces différents axes d'analyse ont été déterminés à partir des lectures citées précédemment et seront davantage développés tout au long du rapport.

Ci-dessous la répartition des entretiens réalisés au cours des trois années.

Figure 1 : Tableau des entretiens réalisés

CO-PILOTES CLS	PORTEURS D'ACTIONS CLS	ACTIONS PHARES CLS	ACTEURS DE PROXIMITE	CO-SIGNATAIRES CLS	FOCUS CLS EUROMETROPOLE
ARS DT 67 <i>(Trois entretiens 2018, 2019, 2020)</i>	Maison Urbaine de Santé (MUS) Neuhof, Cité de l'III et Hautepierre <i>(6 entretiens 2018, 2020, Etude documentaire)</i>	PRise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids (PRECCOSS) <i>(Analyse documentaire des rapports d'activités 2016 et 2019, des recherches existantes et un entretien)</i>	Chargées de missions ATP santé Neuhof, Port du Rhin, Koenigshoffen <i>(4 entretiens)</i>	Instance technique CLS <i>(Discussion mi-mars 2021)</i>	<i>Sur la coordination :</i> Service Hygiène et environnement <i>(Un entretien)</i>
Service Santé Ville et Eurométropole <i>(Trois entretiens 2018, 2019, 2020)</i>	Association Ithaque <i>(Un entretien)</i>	Sport Santé sur Ordonnance (SSSO) <i>(Analyse documentaire des rapports d'activités 2017 et 2019 et des recherches existantes)</i>	ATP Gare-laiterie, Neuhof et Port du Rhin <i>(3 entretiens collectifs)</i>	Régime Local <i>(Un entretien)</i>	<i>Sur la santé-environnement :</i> Association ATMO Grand Est Syndicat de Lutte contre les Moustiques du Bas-Rhin (SLM67) <i>(2 entretiens)</i>
				DDCS (CGET) <i>(Un entretien)</i>	<i>Sur la santé-mentale :</i> Conseil Local de Santé Mental (CLSM) <i>(Un entretien)</i>

3. Approche quantitative

Enfin, une **approche quantitative a été mise en œuvre sur la base d'indicateurs disponibles portant sur l'état de santé des habitants de Strasbourg et sur ses déterminants**. Ces données ont été en particulier produites dans le cadre de l'Observatoire Local de la Santé (OLS) de la ville et l'Eurométropole de Strasbourg, qui existe depuis 2009, porté par l'ORS Grand Est, financé par l'Eurométropole de Strasbourg dans le cadre des CLS. Le but de cet observatoire est de mettre en évidence les ITSS, de développer l'observation dans une perspective dynamique et prospective et d'orienter les décisions techniques et politiques en matière de santé.

En 2018, afin de répondre à l'axe 4 du CLS II « Améliorer l'observation de la santé » et l'axe 3 « Améliorer la santé-environnementale », l'Observatoire Local Santé Environnement (OLSE) de la ville et l'Eurométropole de Strasbourg voit le jour en parallèle de l'OLS. Ce dernier qui est financé par l'ARS, a pour objectif d'identifier géographiquement, sur le territoire, des zones de cumuls de défaveurs environnementales, sociales et sanitaires.

L'enjeu a été de recueillir des données à l'échelle de la ville de Strasbourg et, dans la mesure du possible, à un échelon infra-communal afin de proposer une analyse en lien avec une typologie socio-économique des quartiers (hypothèse d'un état de santé plus dégradé dans les quartiers plus défavorisés). Une attention a également été portée afin d'évaluer les évolutions des principaux indicateurs. Cependant, cette approche présente plusieurs limites :

- La disponibilité des données de santé ne correspond pas nécessairement à la durée du CLS (par exemple, pour les données sociodémographiques la dernière année disponible est 2017 ; pour les données de mortalité par causes, les dernières disponibles en 2020 étaient encore celles de 2015).
- Certaines données ne sont pas disponibles à une échelle infra communale (ex la mortalité par causes, les données d'affections de longue durée (ALD)),
- Par ailleurs, il n'est pas possible de mesurer de manière significative les effets du CLS sur l'état de santé de la population en seulement cinq ans. En revanche, l'évolution des données disponibles permet d'apporter des éléments de contexte sur l'état de santé des habitants strasbourgeois et de donner une image de la tendance dans laquelle la réduction des ITSS s'inscrit.

PORTRAIT DU TERRITOIRE

I. Contexte : La typologie des quartiers de Strasbourg

L'observatoire local de santé de la ville et l'Eurométropole de Strasbourg (OLS EmS) s'inscrit dans l'axe stratégique 4 du Contrat Local de Santé - CLS II 2015-2020. Son but est d'améliorer la connaissance sur l'état de santé des habitants et sur les déterminants de santé, à l'échelle des quartiers de Strasbourg et des communes de l'Eurométropole de Strasbourg.

Cet observatoire se base sur le découpage en 24 quartiers de la ville de Strasbourg, et les données concernent 22 grands quartiers strasbourgeois sur les 24. En effet, sont exclues les deux Zones d'Activités (Meinau-Plaine des Bouchers, Port-du-Rhin) en raison des faibles effectifs de population.

Une typologie visant à déterminer les principaux tropismes des quartiers a été établie pour le rapport « *Inégalités de participation aux campagnes de dépistage des cancers dans les quartiers des villes de Strasbourg et de Mulhouse* », ORS Alsace, décembre 2013. Les indicateurs ayant permis cette classification n'ayant évolué qu'à la marge, cette typologie est toujours actuelle¹.

4 PROFILS DE QUARTIERS SE DISTINGUENT DE LA TYPOLOGIE

Les quartiers dits "populaires" se caractérisent par un revenu annuel médian inférieur d'environ 7 500 € au revenu médian de la ville. Dans ces quartiers, on compte des parts importantes de familles monoparentales (+ 50 % par rapport à la moyenne dans la ville), de bénéficiaires de la CMU-C (+63 %), des demandeurs d'emploi (+47 %) et des personnes ayant un faible niveau d'éducation (+44 %). Les 6 quartiers "populaires" sont : Cité nucléaire, Elsau, Hautepierre, Musau, Neuhof-Polygone et Port du Rhin.

Les quartiers dits "moyen-populaires" ont un revenu annuel médian inférieur d'environ 2 700 € au revenu médian de la ville. On y observe également une présence importante de familles monoparentales, de bénéficiaires de la CMU-C et de personnes ayant un faible niveau d'éducation (+23% par rapport à la moyenne municipale). Il s'agit des 6 quartiers : Cité de l'III, Koenigshoffen, Meinau-Canardière, Montagne Verte, Parc des Poteries et Spach-Rotterdam.

Les quartiers dits "moyen-aisés" se différencient de la moyenne municipale sur deux points : un revenu annuel médian supérieur d'environ 2 000 € au revenu médian de la ville de Strasbourg et un important taux d'immigrés (+27% par rapport à la moyenne strasbourgeoise). Ces quartiers concentrent beaucoup d'étudiants et de jeunes actifs. Il s'agit des 6 quartiers : Krutenau-Esplanade, Cronembourg, Gare, Tribunal, Neudorf, Neuhof-Stockfeld.

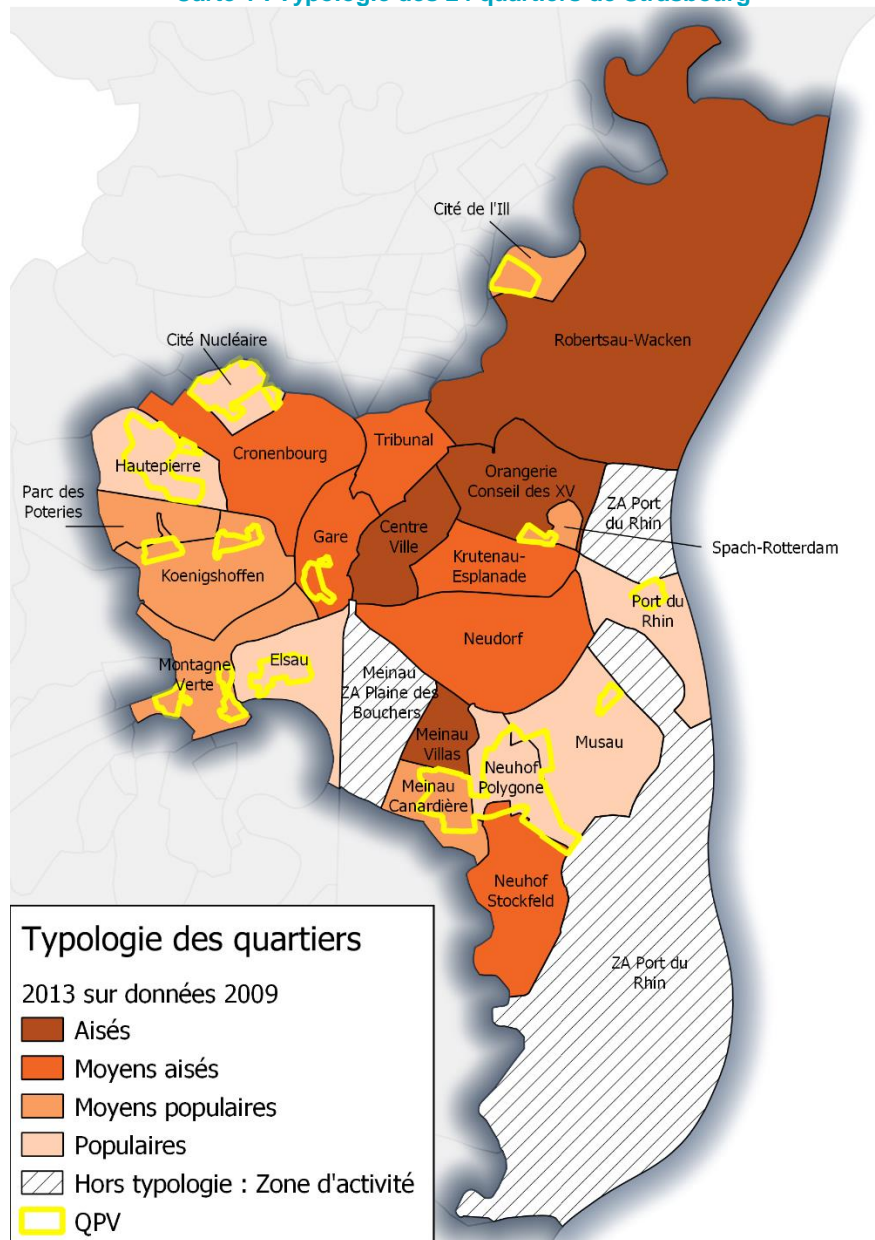
Les quartiers dits "aisés" de Strasbourg se caractérisent par un revenu annuel médian dépassant de 9 800 € le revenu médian, une quasi-absence de bénéficiaires de la CMU-C

¹ Entre la typologie réalisée en 2013 basée sur les données 2009 et celle basée refaite en 2020 sur les données 2016, seuls 2 quartiers se voient changer de classe : le quartier de la Musau passe de la classe dite « populaire » à la classe dite « moyen populaire » et le quartier de la Cité de l'III passe de la classe dite « moyen populaire » à la classe dite « populaire ». Pour les besoins de cette étude la classification 2009 utilisée pour analyser les données à t0 est retenue pour l'ensemble des périodes.



(-300 %), de familles monoparentales (-59 %), de chômeurs (-73 %) et de personnes ayant un faible niveau d'éducation (-103 %). Il s'agit des 4 quartiers : Centre-Ville, Meinau-Villas, Orangerie-Conseil des XV et Robertsau-Wacken.

Carte 1 : Typologie des 24 quartiers de Strasbourg



Source : ORS Grand Est, OLS EmS

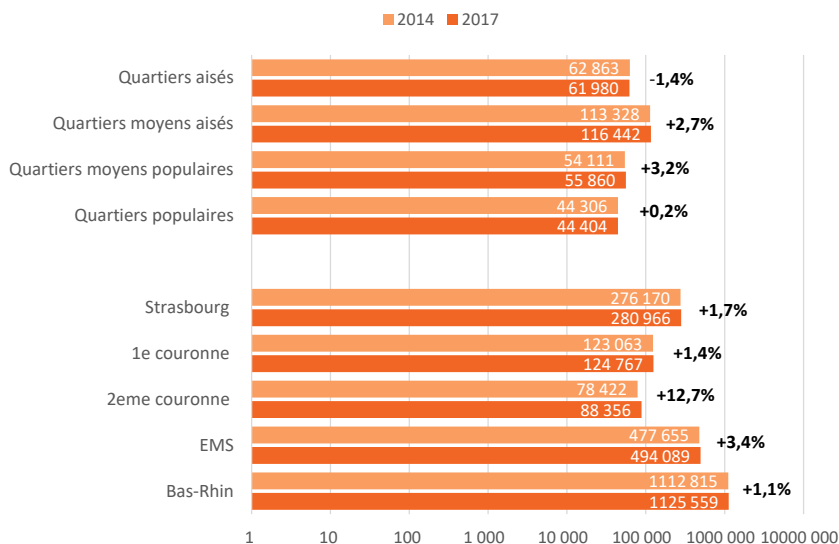
Typologie des quartiers basée sur sept indicateurs socio-démographiques principaux :

- *le revenu annuel médian par unité de consommation*
- *la part de familles monoparentales*
- *la part d'immigrés*
- *la part de chômeurs*
- *la part de bénéficiaires de la CMU-Complémentaire*
- *la part de personnes ayant un faible niveau d'éducation (niveau de diplôme < Bac)*
- *la part de ménages composés de femmes seules.*

II. Les déterminants de santé

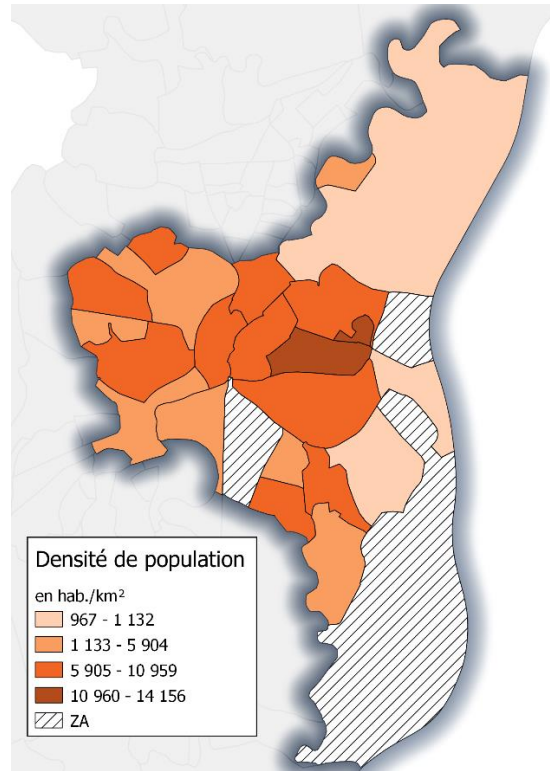
1. Contexte socio-économique

Graphique 1 : Evolution de la population entre 2014 et 2017



Source : Insee RP, Exploitation ORS

Carte 2 : Densité de population des quartiers en 2017



Source : IGN, Insee, Exploitation ORS

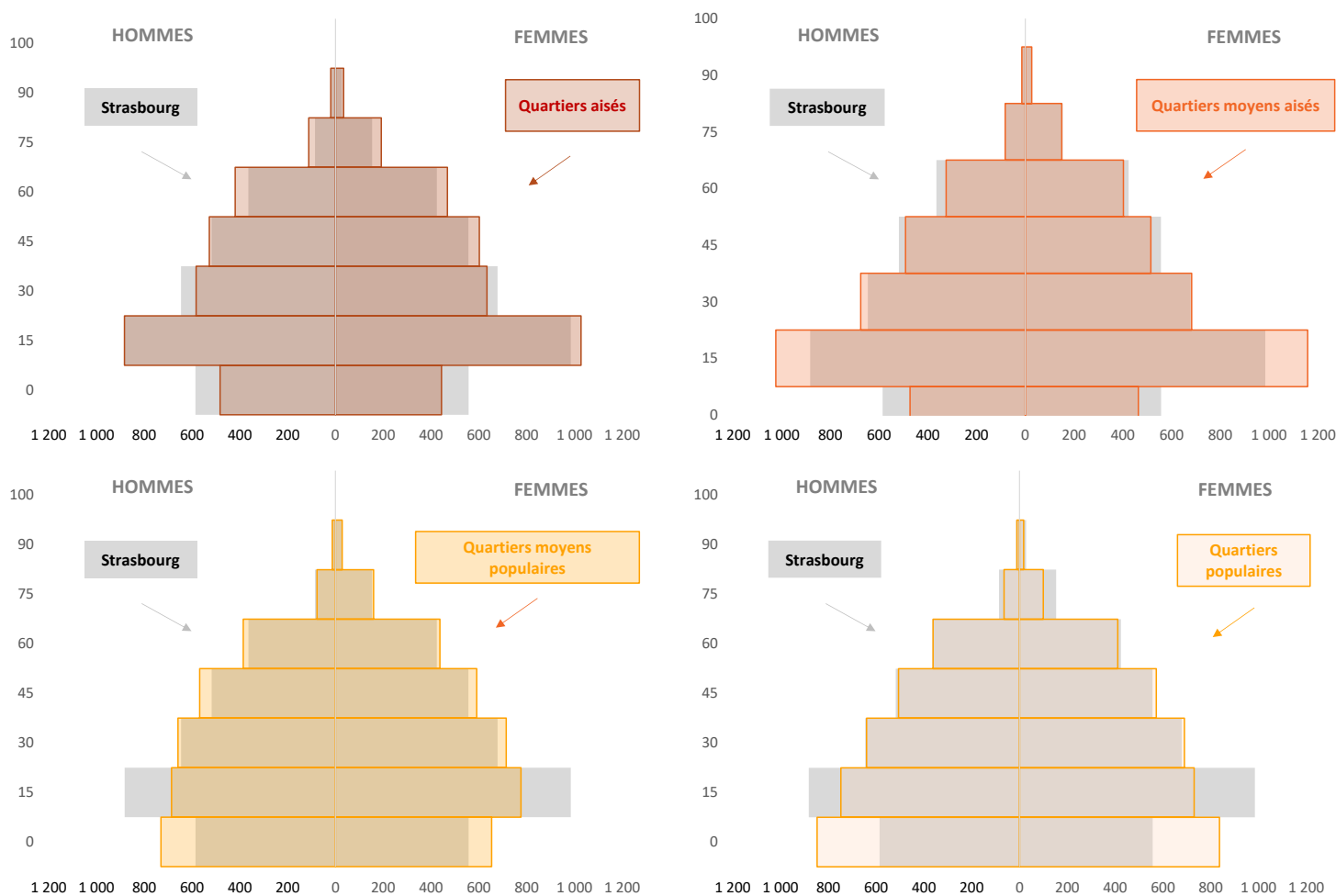
En 2017, la ville de Strasbourg compte 281 000 habitants, soit 57 % de la population de l'Eurométropole. Entre 2014 et 2017, la population a augmenté de 1,7 % soit une augmentation proche de la moyenne départementale. L'augmentation a été la plus importante au sein des communes de la 2^{ème} couronne (+12,7 %), en lien notamment avec l'entrée des cinq communes de l'ex-intercommunalité des Châteaux au 1^{er} janvier 2017 (Achenheim, Hangenbieten, Kolbsheim, Breuschwickersheim et Osthoffen soit près de 7 000 habitants en plus).

Au sein des quartiers, les augmentations ont été les plus importantes au sein des quartiers dits « moyens » (moyens populaires et moyens aisés), en lien notamment avec les programmes de rénovation urbaine.

En termes de densité de population, on note de fortes disparités entre les quartiers. Les quartiers les plus denses sont notamment situés au centre de la ville et sont les quartiers de types moyens, « moyens aisés » tel que la quartier Krutenau-Esplanade ou celui du Neudorf et les quartiers de type « moyens populaires » tels que les quartiers de Koenigshoffen ou du Neuhof-Polygone.



Tableau 1 : Comparaison de la structure par âge entre Strasbourg et les catégories de quartiers – population en 2017

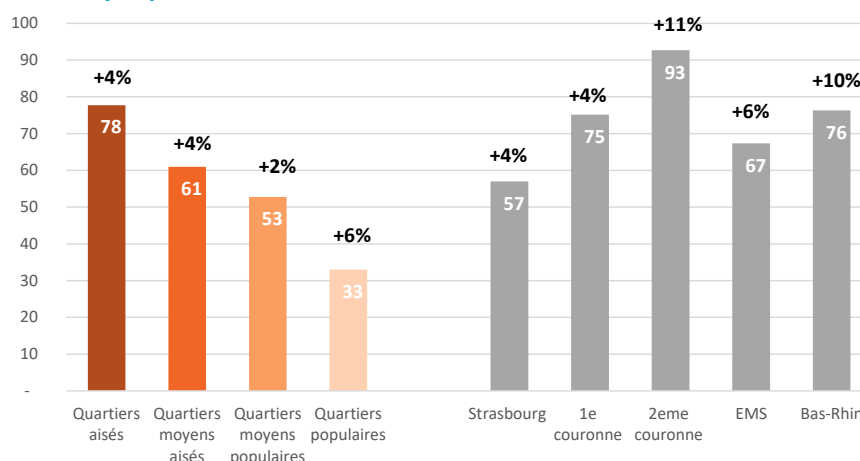


Source : Insee RP, Exploitation ORS

Concernant la structure par âge, les quartiers de type « aisés » et « moyens aisés » présentent des profils proches du profil strasbourgeois avec une population assez jeune, et une surreprésentation des 15-30 ans au sein des quartiers « moyens aisés » (étudiants et jeunes actifs).

Les quartiers dits « moyens populaires » et « populaires » se démarquent avec une population plus jeune : moins de 15-30 ans et près d'un habitant sur quatre âgé de moins de 15 ans.

La part des moins de 15 ans est relativement stable au sein des quartiers et du territoire sur la période étudiée. Cependant le vieillissement de la population touche l'ensemble du territoire.

Graphique 2 : Indice de vieillissement en 2017 et évolution 2014-2017


Source : Insee RP, Exploitation ORS

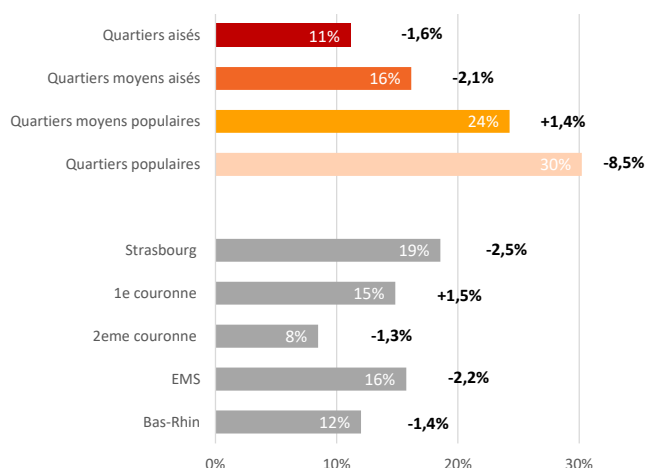
Avec 57 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, la ville de Strasbourg présente une population relativement jeune et un vieillissement moins marqué que l'ensemble de l'EmS, qui présente déjà un vieillissement moins marqué que le département. Au sein des quartiers, on observe de fortes disparités et un réel gradient selon la typologie des quartiers avec davantage de personnes âgées dans les quartiers dit aisés. Le vieillissement est à la hausse dans l'ensemble des territoires.

Tableau 2 : Composition des ménages en 2017 et évolution 2014-2017

	Familles monoparentales (parmi les ménages)		Familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans (parmi les familles avec enfants de moins de 25 ans)		Personnes de 80 ans ou plus vivants seules	
	Part en 2017	Evol 2014-2017	Part en 2017	Evol 2014-2017	Part en 2017	Evol 2014-2017
Quartiers aisés	7%	+9,2%	ND	ND	44%	-2,8%
Quartiers moyens aisés	7%	+0,0%	ND	ND	50%	-3,4%
Quartiers moyens populaires	13%	+2,9%	ND	ND	43%	+4,2%
Quartiers populaires	19%	-5,3%	ND	ND	42%	+5,9%
Strasbourg	10%	+1,3%	30%	+2,1%	46%	-1,8%
1ère couronne	11%	+8,6%	29%	+8,7%	46%	+2,0%
2ème couronne	8%	-0,2%	18%	-0,3%	34%	-4,2%
Eurométropole	10%	+2,8%	28%	+3,5%	43%	-1,2%
Bas-Rhin	9%	+2,3%	22%	+5,5%	40%	-0,8%

ND : non disponible – Valeurs en rouge : évolution défavorable de l'indicateur (augmentation des écarts et de la précarité), valeurs en vert : évolution favorable - Source : Insee RP, Exploitation ORS

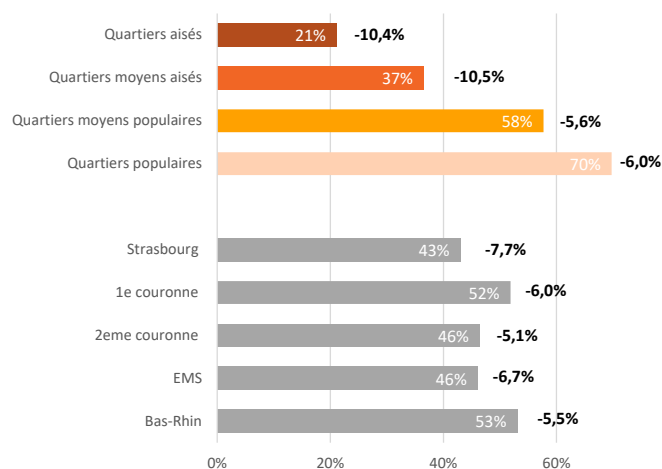
La part de familles monoparentales à Strasbourg est proche de la moyenne départementale (10 % vs. 9 % des ménages), mais est deux fois plus importante au sein des quartiers de type « populaires », bien que la tendance soit à la baisse sur la période. Les familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans sont cependant plus importantes à Strasbourg que dans le département (30 % des familles avec enfants de moins de 25 ans), et cette proportion est en hausse bien que la tendance soit moins marquée qu'au niveau départemental. Malgré un vieillissement important au sein des quartiers dits « aisés », l'isolement des personnes âgées y est moins marqué et tend même à diminuer sur l'ensemble de la période. Au sein des quartiers dits « moyens aisés » la moitié des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seules à domicile.

Graphique 3 : Taux de chômage en 2017 et évolution 2014-2017

Source : Insee RP, Exploitation ORS

En tant que ville étudiante et pôle universitaire, la ville de Strasbourg présente un niveau de diplôme supérieur à la valeur départementale, et la part de personnes âgées de 15 ans ou plus sortie du système scolaire avec pas ou peu de diplômes y diminue également plus vite sur la période. Au sein des quartiers on note également un réel gradient selon la typologie, avec près de trois fois plus de personnes pas ou peu diplômées au sein des « quartiers populaires » comparés aux « quartiers aisés ». La baisse de ce taux sur la période est près de deux fois plus importante au sein des quartiers dits « aisés » et « moyens aisés » qu'au sein des quartiers dits « moyens populaires » et « populaires ».

La proportion de chômeurs à Strasbourg est supérieure à celle du Bas-Rhin, et d'autant plus au sein des quartiers dits « populaires » et « moyen populaire ». A l'exception des quartiers « moyen populaires » qui présentent une légère hausse sur la période 2014-2017, la tendance est à la baisse, notamment au sein des « quartiers populaires » qui enregistrent une diminution de 3 points entre 2014 et 2017. On note cependant un réel gradient social avec un taux de chômage près de trois fois plus élevé au sein des quartiers dits « populaires » comparé aux quartiers dits « aisés ». On peut par ailleurs supposer que la crise sanitaire aura aussi un impact et probablement différencié selon les quartiers.

Graphique 4 : Part des personnes pas ou peu diplômées* en 2017 et évolution 2014-2017

*Part des personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire sans diplôme ou avec un diplôme inférieur au Bac

Source : Insee RP, Exploitation ORS

Tableau 3 : Revenus et prestations sociales

	Allocataires percevant le RSA socle			Allocataires percevant l'AAH			Revenu median disponible par UC	
	Effectifs 31/12/2018	% des 0-64 ans	Evol 2015-2018	Effectifs 31/12/2018	% des 20-64 ans	Evol 2015-2018	Montant en €	Evol 2014-2017
Quartiers aisés	977	1,9%	-18%	457	1,2%	+17%	29 389 €	+4,0%
Quartiers moyens aisés	ND	ND	ND	ND	ND	ND	20 341 €	+1,9%
Quartiers moyens populaires	ND	ND	ND	ND	ND	ND	14 062 €	+0,7%
Quartiers populaires	ND	ND	ND	ND	ND	ND	9 334 €	+2,9%
Strasbourg	13 829	5,7%	-1%	5 428	3,2%	+26%	18 580 €	+5,8%
1ère couronne	4 304	4,2%	-2%	2 174	3,0%	+17%	20 089 €	+1,9%
2ème couronne	938	1,3%	+7%	588	1,2%	+28%	25 374 €	-1,6%
Eurométropole	19 071	4,6%	+3%	8 190	2,8%	+23%	20 450 €	+3,0%
Bas-Rhin	26 507	2,9%	-4%	15 173	2,3%	+14%	22 090 €	+2,0%

ND : Données non disponibles pour les Iris de moins de 100 allocataires

RSA : Le revenu de solidarité active s'adresse aux personnes possédant de faibles ressources. Communément appelé RSA, il remplace depuis 2009 le RMI (revenu minimal d'insertion) et l'API (allocation pour parents isolés). Il se présente sous 2 formes : Le RSA socle s'adresse aux personnes âgées de plus de 25 ans sans revenus et dès 18 ans sous certaines conditions ; et le RSA activité a pour objectif de venir en complément des revenus perçus.

AAH : minimum social créé par la loi du 30 juin 1975, l'AAH est une prestation versée à tous les handicapés souffrant d'une incapacité évaluée à au moins 80 % (sauf dérogation) par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Elle ne peut être attribuée avant l'âge de 20 ans, sauf cas particulier. Elle est soumise à un plafond de ressources et peut se cumuler avec une rémunération tirée d'un travail. L'AAH est versée par les CAF et la MSA.

Revenu disponible : Revenu d'activité + revenus du patrimoine + transferts depuis d'autres ménages + prestations sociales – impôts directs.

UC : Unité de consommation (population du ménage après pondération). Le nombre d'unités de consommation dans un ménage correspond au nombre d'individus pondéré par un coefficient (1 pour le premier adulte, 0,5 pour chaque personne âgée de 14 ans ou plus et 0,3 par personne âgée de moins de 14ans). L'UC permet la comparaison entre ménages différents. Valeurs en rouge : évolution défavorable de l'indicateur (augmentation des écarts et de la précarité), valeurs en vert : évolution favorable - Source : Insee FiLoSoFi Cnaf, Exploitation ORS

Le revenu de solidarité active (RSA) socle, qui est versé aux personnes n'ayant pas ou peu de ressources, couvre 13 829 personnes à Strasbourg, soit 5,7 % de la population âgée de moins de 65 ans ce qui est près de deux fois plus élevé qu'en moyenne dans le Bas Rhin. La population couverte par le RSA concerne principalement des habitants des quartiers dits « populaires » et « moyens » (moyens populaires et moyens aisés). Sur la période considérée, la part de la population couverte a diminué plus rapidement à Strasbourg qu'en moyenne dans l'Eurométropole.

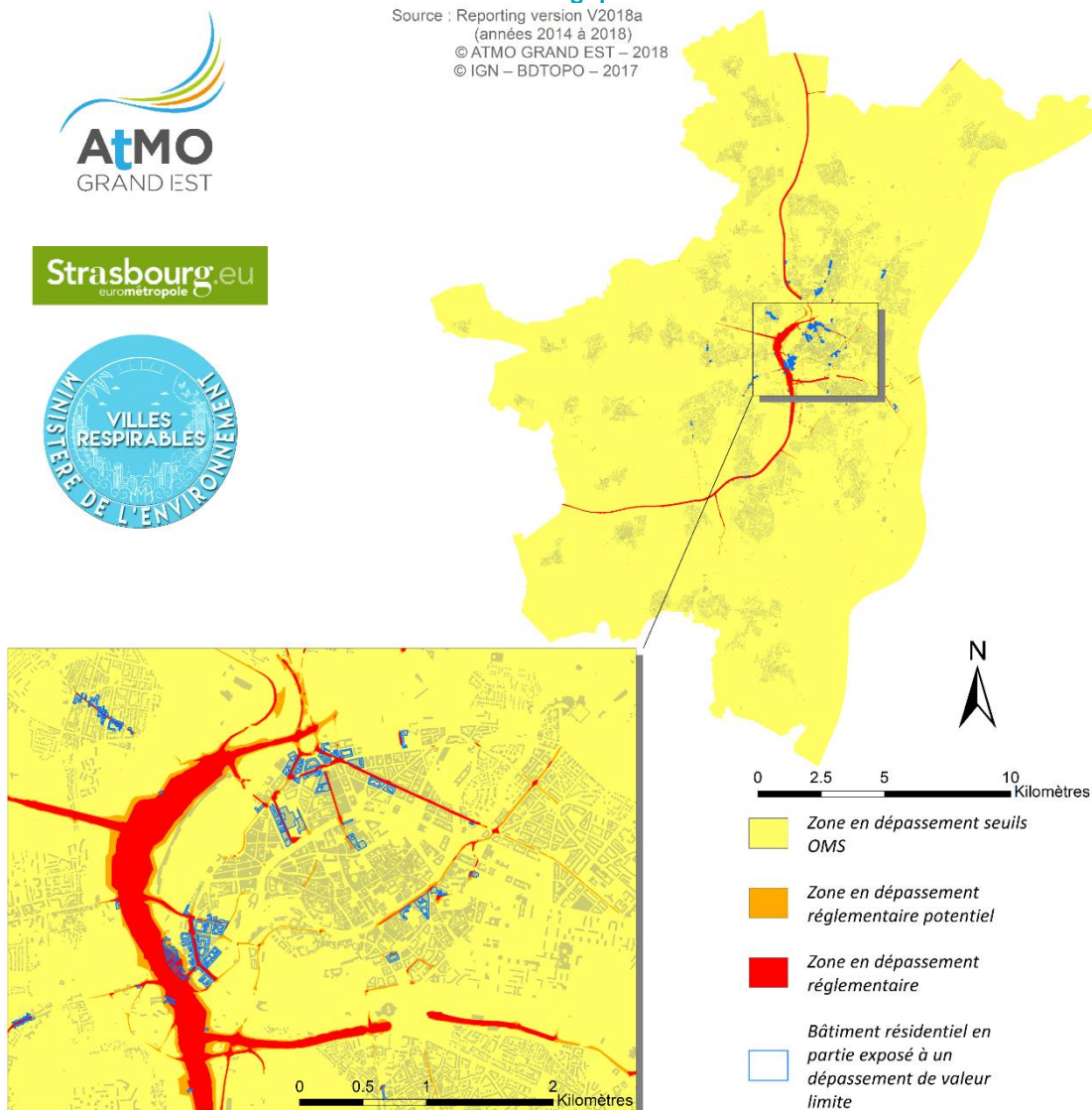
L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est versée, sous conditions de ressources, aux personnes handicapées pour leur garantir un revenu minimal. A Strasbourg, 5 428 personnes sont couvertes par cette allocation fin 2018, soit 3,2 % de la population de 20-64 ans. La population couverte par l'AAH a augmenté dans l'ensemble des territoires et notamment au sein des quartiers dits « moyens aisés », sans doute en lien notamment avec la présence d'établissements d'hébergements de personnes en situation de handicap dans ces quartiers.

Bien que le revenu médian disponible par Unité de Consommation (UC) augmente dans l'ensemble des territoires, la hausse reste la plus importante au sein des quartiers les plus « aisés ». Le revenu médian disponible au sein des quartiers dits « aisés » est supérieur de près de 20 000 € à celui des quartiers « populaires ».

2. Déterminants environnementaux de santé

Carte 3 : Carte stratégique air 2014-2018

Source : Reporting version V2018a
(années 2014 à 2018)
© ATMO GRAND EST – 2018
© IGN – BDTPO – 2017



Source : Atmo Grand Est

Dioxyde d'azote (NO₂) : Gaz produit par la combustion, susceptible d'altérer la fonction respiratoire en cas de concentration trop élevée. Il est aussi un précurseur de l'ozone.

Particules fines (PM₁₀ et PM_{2,5}) : Particules fines (<2,5µm ou <10µm) en suspension dans l'air principalement émises en milieu urbain par le trafic routier sinon par l'agriculture/ sylviculture et l'industrie manufacturière. L'exposition à la pollution de l'air extérieur est classée cancérogène avéré pour l'homme (groupe 1) par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) pour le cancer de poumons, notamment l'exposition aux particules fines.

Ozone (O₃) : Gaz résultant de réactions chimiques entre oxydes d'azote (NO_x) et composés organiques volatiles (hydrocarbures, solvants...), facilitées par l'ensoleillement (pics en période estivale). Il a des conséquences sur la fonction respiratoire à court et à long terme.

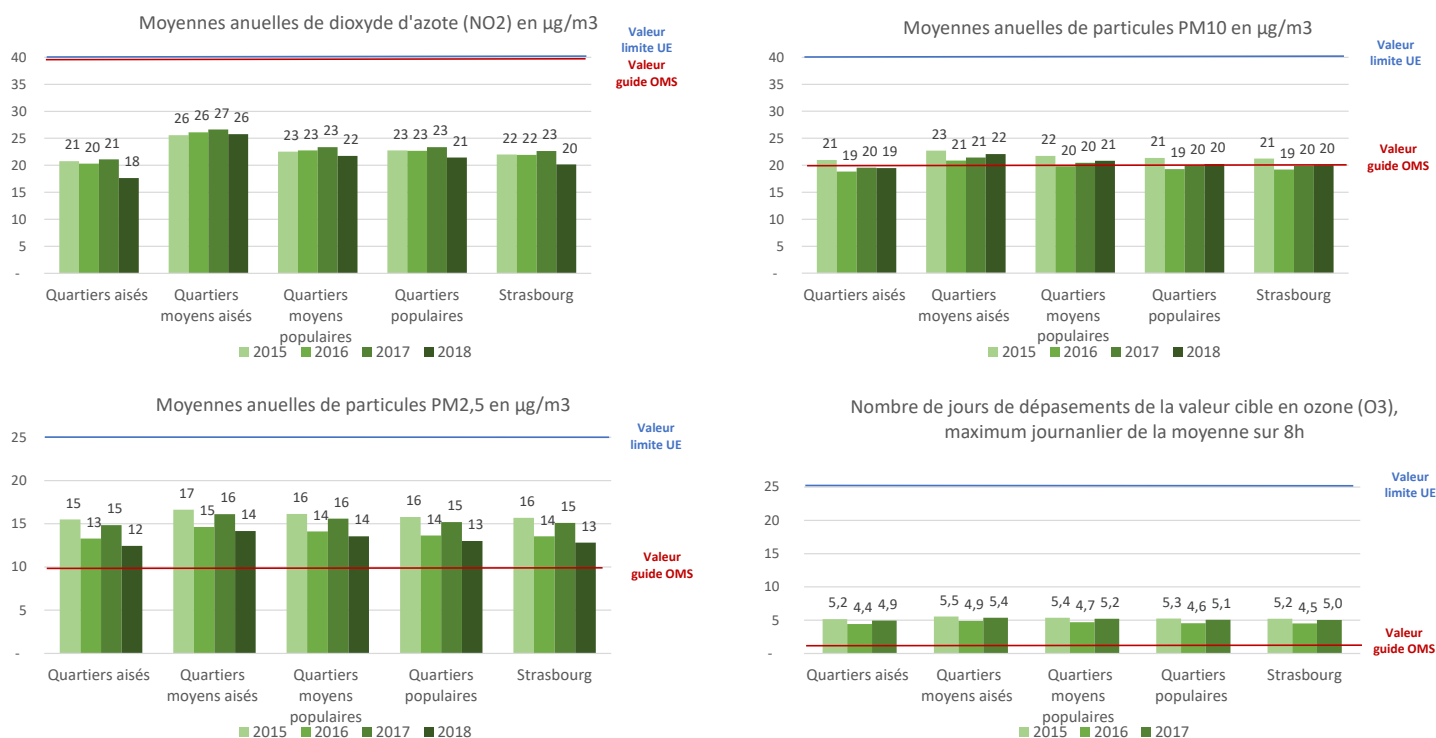
La carte stratégique est une couche cartographique unique représentative de la « qualité de l'air », qui intègre toutes les informations relatives aux dépassements de seuils réglementaires sur une agglomération prenant en compte l'ensemble des indicateurs de pollution et plusieurs années de référence. La carte stratégique présentée ici porte sur le NO₂, les PM_{2,5} et les PM₁₀ sur la période 2014-2018.

La carte est divisée en 3 classes :

- Zone de dépassement de seuils OMS : soit 40 µg/m³ en moyenne annuelle pour le NO₂, 20 µg/m³ en moyenne annuelle ou 50 µg/m³ en moyenne journalière à ne pas dépasser plus de 3 jours par an pour le PM₁₀ et 10 µg/m³ en moyenne annuelle ou 25 µg/m³ en moyenne journalière à ne pas dépasser plus de 3 jours par an pour le PM_{2,5}.
- Zone de dépassement réglementaire, qui correspond à une zone où il y a au moins un dépassement de valeur limite quel que soit le polluant, soit : 40 µg/m³ en NO₂ en moyenne annuelle, 40 µg/m³ en moyenne annuelle ou 50 µg/m³ en moyenne journalière à ne pas dépasser plus de 35 jours par an pour le PM₁₀ et 25 µg/m³ en moyenne annuelle pour le PM_{2,5}.
- Zone en dépassement réglementaire potentiel, qui correspond à une zone susceptible de connaître au moins un dépassement de valeur limite (citées ci-dessus) quel que soit le polluant.

Les zones en dépassement réglementaire, où il y a au moins un dépassement de valeur limite quel que soit le polluant, sont toutes des zones à proximité des principaux axes routiers de l'Eurométropole de Strasbourg (A35, E52 (contournement Sud), Avenue du Rhin et Avenue des Vosges). L'ensemble de l'Eurométropole est classé en zone de dépassement de seuils OMS, plus stricts que les seuils réglementaires de l'Union Européenne.

Graphiques 5 : Moyennes annuelles de fond des principaux polluants sur la période 2015-2018



Source : Atmo Grand Est – NO₂, PM₁₀, M_{2,5} : modélisations version V2018a, O₃ : Fiche N° WK-ADM-COE-18-0670, exploitation ORS

Historiquement, l'Alsace est un secteur où les émissions de polluants sont élevées par rapport au reste de la France. Les émissions territoriales de polluants atmosphériques ont tendance à diminuer depuis 2005 mais ont connu une stagnation voire une légère augmentation depuis 2012.



Sur la période 2015-2017, les concentrations de fonds en NO₂, PM₁₀, PM_{2,5} ainsi que le nombre de jours de dépassement de la valeur cible en ozone sont inférieurs aux valeurs limites de l'Union Européenne (UE). On note cependant des dépassements des valeurs guides de l'OMS pour les PM_{2,5} et pour l'ozone sur l'ensemble de la période, et en dépassement ou très proche du seuil pour les PM₁₀.

Les quartiers les plus exposés à la pollution atmosphérique sont ceux de type « moyens aisés », suivis par les « moyens populaires », les quartiers les plus exposés, situés à proximité des principaux axes routiers étant les quartiers de la Gare, du Tribunal (quartiers « moyens aisés ») et une partie du quartier Krutenau-Esplanade (quartier « moyen populaire »).

La pollution de fond correspond à des niveaux de pollution, loin de la circulation, représentatifs de l'ambiance générale de tout un secteur géographique. C'est la pollution minimum à laquelle la population de ce secteur est soumise, quelle que soit son activité, et donc pendant de longues périodes. La pollution de fond se mesure dans les lieux éloignés de toute source directe de pollution, par exemple dans les parcs.

Habituellement les teneurs en polluants étant variables d'une année sur l'autre en raison notamment des conditions météorologiques, il est préférable de ne pas se référer uniquement à une année mais de travailler sur une moyenne d'une période donnée. Le but ici n'est donc pas d'analyser les données année par année mais d'observer une tendance sur la période.

Les données de qualité de l'air extérieur ont été fournies par l'Association pour la surveillance de la qualité de l'air dans la région : ATMO Grand Est. Les valeurs de qualité de l'air sont issues de modélisation et non de mesures directes, ces valeurs sont cependant validées par certaines stations de mesure. Les données portent sur trois polluants majeurs que sont le dioxyde d'azote (NO₂), les particules PM₁₀ et PM_{2,5} et l'Ozone (O₃). Les données ont été transmises à l'échelle des IRIS. Les valeurs pour les typologies de quartiers correspondent aux moyennes des concentrations des IRIS, pondérées par leurs superficies.

III. Offre de soins libérale

Carte 4 : Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux en 2018

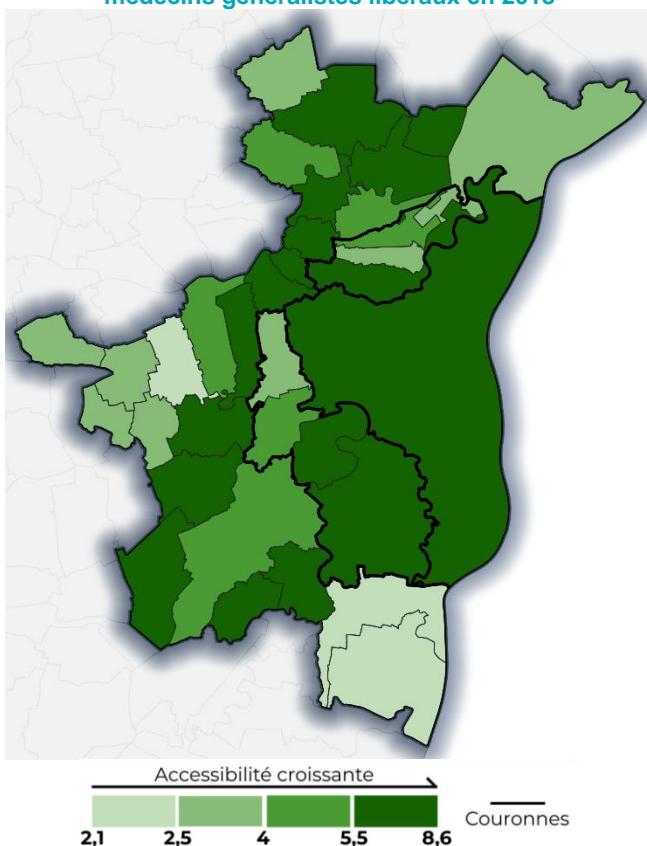


Tableau 4 : Evolution de l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux de la ville de Strasbourg, en consultations par an par habitants

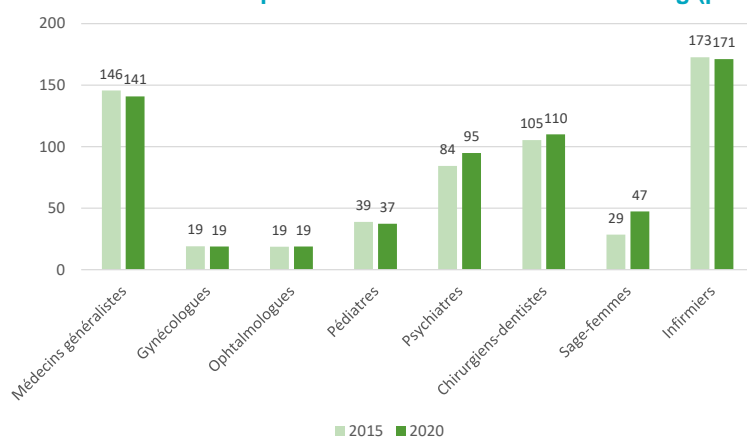
	APL aux médecins généralistes	APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans
2015	6,7	6,1
2016	6,7	6,0
2017	6,8	6,0
2018	6,9	5,9
Evolution	+2%	-3%

Source : Drees, distancier Metric, Insee, exploitation ORS

Un territoire est considéré comme sous-dense avec une APL inférieure au seuil de 2,5 consultations par an par habitant. Une offre est considérée comme satisfaisante au-delà du seuil de 4 consultations par an par habitant.

La majorité des communes de l'Eurométropole (23) présentent une offre satisfaisante en médecins généralistes (APL > 4 consultations par an par habitant). Seules trois communes de la deuxième couronne sont considérées comme « sous-dotées » en médecins généralistes (APL < 2,5 consultations par an par habitant), à savoir Plobsheim, Eschau et Breuschwickersheim.

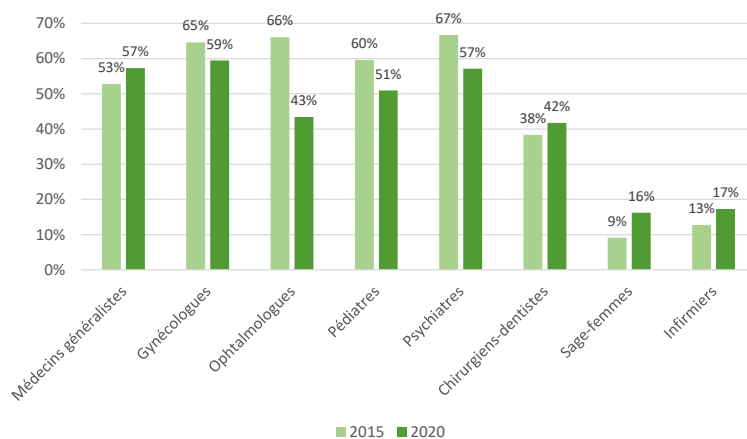
Le territoire de l'Eurométropole présente en 2018 une offre satisfaisante (APL de 6,1 consultations par an par habitant pour les médecins généralistes de tous âges et 5,3 pour les médecins généralistes âgés de moins de 65 ans), tout comme la ville de Strasbourg (APL de 6,9 consultations par an par habitant pour les médecins généralistes de tous âges et 5,9 pour les médecins généralistes âgés de moins de 65 ans). Bien que l'APL aux médecins généralistes tous âges ait augmenté sur la période 2015-2018 à Strasbourg (+2 %), l'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans a diminuée (-3 %).

Graphique 6 : Evolutions des densités de professionnels de santé à Strasbourg (pour 100 000 habitants)


Source : RPPS 01/01/2015- 01/01/2020, exploitation ORS

En tant que ville centre d'une agglomération de plus 450 000 habitants, Strasbourg bénéficie d'une offre de soins libérale et hospitalière conséquente, avec une densité d'offre de soins libérale supérieures aux moyennes départementales. On note cependant que les densités d'offre de soins libérale ont peu évolué sur la période 2015-2020, voire ont diminué pour certaines spécialités (médecins généralistes, pédiatres) en lien avec l'augmentation de la population d'une part et la diminution des effectifs de médecins d'autre part (probablement départs à la retraite).

A noter aussi, que la quasi-totalité des médecins spécialistes de l'Eurométropole sont implantés à Strasbourg.

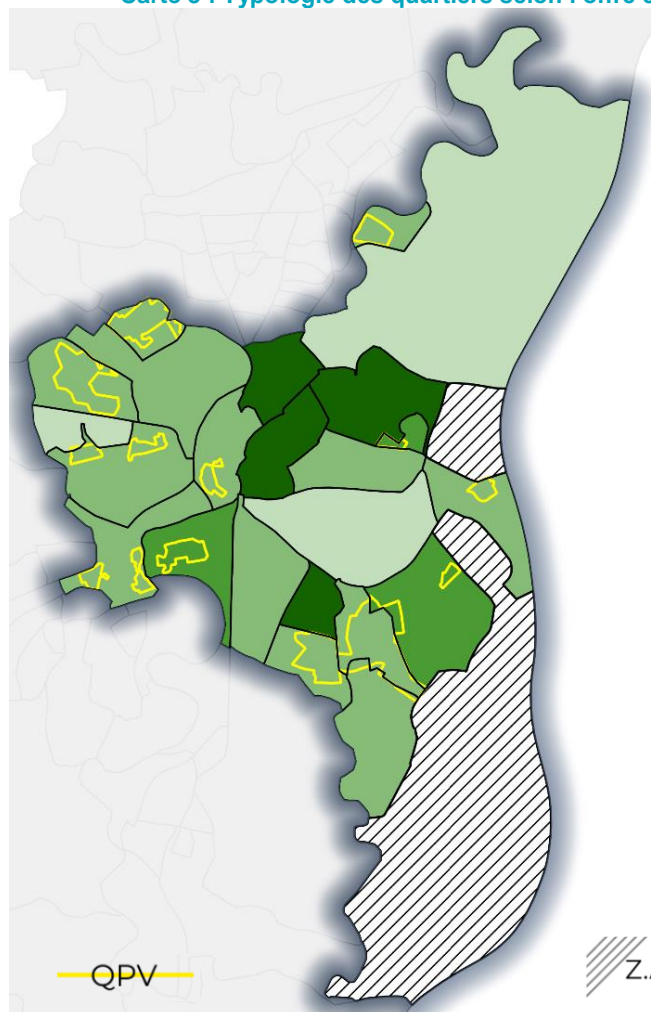
Graphique 7 : Part des professionnels libéraux et mixtes âgés de 55 ans et plus à Strasbourg en 2015 et 2020.


Source : RPPS 01/01/2015- 01/01/2020, exploitation ORS

Les professionnels libéraux de santé sont touchés par le vieillissement démographique. Depuis 2015, la situation ne s'est pas améliorée et elle a tendance à se dégrader sur certaines spécialités telles que les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes ou encore les paramédicaux. Le vieillissement des professionnels de santé et leur non remplacement participent à la diminution de l'offre de soins sur le territoire sur la période étudiée.

En revanche la situation s'est améliorée pour les gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres, mais la part des professionnels âgés de 55 ans ou plus restent tout de même élevée chez ces professions qui présentent peu d'effectifs.

Carte 5 : Typologie des quartiers selon l'offre en activité de professionnels libéraux de santé en 2015



Caractéristiques de l'offre en professionnels de santé

- Classe 1** Offre en professionnels de santé moyenne & sur-représentation de l'offre en infirmiers
- Classe 2** Offre en professionnels de santé légèrement inférieure à la moyenne
- Classe 3** Offre en professionnels de santé très inférieure à la moyenne
- Classe 4** Offre en professionnels de santé très supérieure à la moyenne

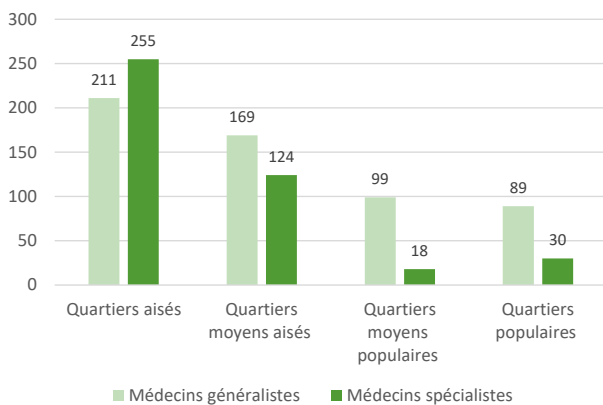
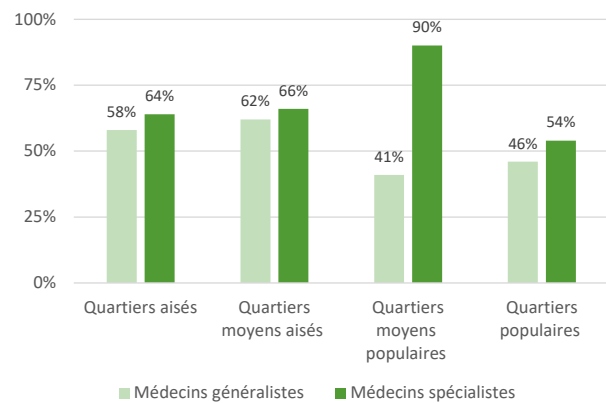
La typologie résulte d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) sur les professionnels de santé suivants : médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Source : ARS, RPPS 31/12/2015, Eurométropole/DUT/GCT, exploitation ORS

Les données plus récentes d'offre de soins à l'échelle infra-communale n'ont pas pu être obtenues, au niveau de la typologie des quartiers les constats ont sans doute peu évolué sur la période même si cela n'a pas pu être vérifié.

De plus, un professionnel pouvant avoir plusieurs activités au sein de la ville, afin de ne pas sous-estimer l'offre au sein d'un quartier, les données sont comptabilisées par activités et non par professionnels.

Les quatre quartiers dits « aisés » (Centre-Ville, Meinau-Villas, Orangerie-Conseil des XV et Tribunal) se détachent de l'ensemble de la ville de Strasbourg avec une surreprésentation des professionnels de santé.

Tableau 5 : Densités de médecins libéraux en 2015 (pour 100 000 habitants)**Tableau 6 : Part des médecins libéraux âgés de 55 ans ou plus en 2015**

Médecins spécialistes = gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres

Source : ARS, RPPS 31/12/2015, exploitation ORS

L'offre de soins est deux fois plus importante dans les quartiers dits « aisés » que dans les quartiers dits « populaire ». Au sein de la ville de Strasbourg, les quartiers « aisés » et « moyens aisés » regroupent près de 76 % de l'offre en médecine générale et près de 92 % des médecins spécialistes (hors médecine générale). Lorsque l'on s'intéresse au détail des spécialités étudiées, il apparaît que les quartiers dits « populaires » de la ville de Strasbourg n'enregistrent aucune activité d'ophtalmologue et de psychiatre. L'offre de soins en psychiatrie est également absente des quartiers dits « moyennement populaires ».

Bien que les quartiers les plus aisés concentrent une offre en médecins généralistes plus importante que les quartiers populaires, ils sont davantage confrontés au vieillissement de ces professionnels, avec plus de la moitié des professionnels âgés de 55 ans ou plus. Au sein des quartiers dits « moyens populaires », 9 médecins spécialistes sur dix sont âgés de 55 ans ou plus, dans un contexte où l'offre y est déjà faible.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), introduites dans le code de santé publique en 2007, sont des structures pluridisciplinaires au sein desquelles les médecins et auxiliaires médicaux travaillent de manière coordonnée. L'objectif de ces organismes est d'attirer des médecins dans les zones considérées comme sous-dotées en offre de soins et ainsi améliorer l'accessibilité aux soins, notamment en permettant aux patients l'accès à plusieurs spécialités médicales au sein d'une même structure.

L'Eurométropole de Strasbourg compte trois Maisons Urbaines de Santé (MUS), labellisé MSP, qui se situent toutes au sein de la Ville de Strasbourg. Elles sont situées dans des zones fragilisées, près de quartiers prioritaires de la politique de la ville, au Neudorf, à HautePierre et au sein du quartier de l'III. Elles comptent au total 14 médecins généralistes, 8 masseurs-kinésithérapeutes, 6 infirmiers, 6 psychologues, 4 orthophonistes, 2 tabacologues et un dentiste. Une Maison Urbaine de Santé est également en cours de projet à Schiltigheim.

IV. Situation sanitaire

1. Mortalité

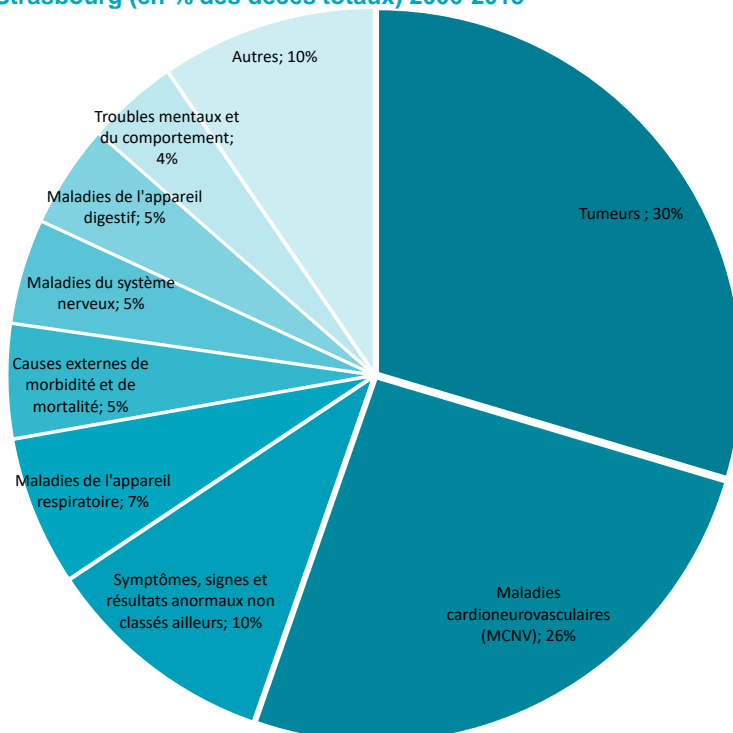
Tableau 7 : Taux comparatifs de mortalité pour 100000 habitants 2006-2015

	Mortalité générale	Mortalité prématurée (-65 ans)
Strasbourg	811	204
1 ^e couronne	766	183
2 ^{ème} couronne	734	127
Eurométropole	780	182
Bas-Rhin	797	169
Grand Est	831	197

Valeur vert : taux significativement inférieur au taux du Grand Est, Valeur rouge : taux significativement supérieur au taux du Grand Est

Source : Inserm-CépiDC, Insee, exploitation ORS

Graphique 8 : Répartition des causes initiales de décès à Strasbourg (en % des décès totaux) 2006-2015



Source : Inserm-CépiDC, Insee, exploitation ORS

Sur la période 2006-2015, on recense à Strasbourg 1 957 décès en moyenne par an. Le taux comparatif de mortalité (TCM) générale s'élève à 811 décès pour 100 000 habitants : la mortalité générale à Strasbourg est ainsi plus faible de -2 % par rapport au Grand Est, mais plus élevée de +2 % par rapport au Bas-Rhin. La mortalité générale au sein de l'Eurométropole a fortement diminué sur la période 1979-2015 (-51 %) et notamment au sein de la 2^{ème} couronne (-59 %). A Strasbourg, cette évolution a été moins importante et égale à celle de la région et de la France métropolitaine (- 47 %).

A Strasbourg, 418 décès par an surviennent chez des personnes de moins de 65 ans, soit 1/5 des décès (21 %). La ville de Strasbourg présente une surmortalité prématurée de +4 % par rapport au Grand Est, alors qu'au sein des couronnes se sont des sous-mortalités qui sont observées : de -7 % dans la 1^{ère} couronne et de -36 % dans la 2^{ème} couronne de l'Eurométropole. Au niveau de l'Eurométropole de Strasbourg comme dans d'autres grandes agglomérations du Grand Est, la mortalité est plus élevée au sein de la ville qu'au sein de l'EPCI d'appartenance. Cela est très probablement dû aux conditions socio-économiques de la population sur les différents territoires ; plus on s'éloigne de Strasbourg plus les conditions socio-économiques des habitants sont favorables.

A Strasbourg, 8 % des décès annuels sont liés au diabète (en cause initiale, associée et comorbidité), soit 150 décès en moyenne par an. Les décès liés au diabète sont plus faibles à Strasbourg que dans le Grand Est mais restent, au sein de ces deux territoires, plus élevés qu'au niveau national (66 décès par an pour 100 000 habitants en Grand Est, 63 à Strasbourg versus 47 en France hexagonale). En ce qui concerne la mortalité par bronchopneumopathie

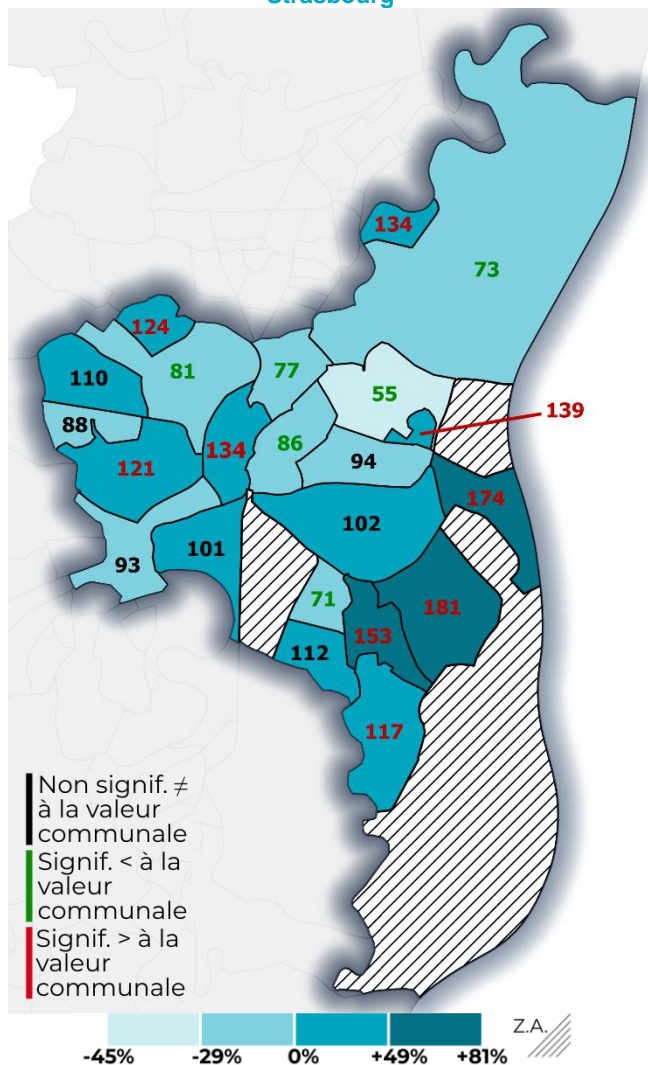


chronique obstructive (BPCO) (cause initiale, associée et comorbidités), elle est égale au niveau régional. Or par rapport à l'échelle nationale, le TCM lié à la BPCO en Grand Est est bien plus élevé, ce qui fait de cette pathologie une autre particularité de la région (36 décès par an pour 100 000 habitants au sein du Grand Est versus 25 décès par an pour 100 000 en France hexagonale).

La mortalité générale : Mortalité toutes causes et tous âges confondus.

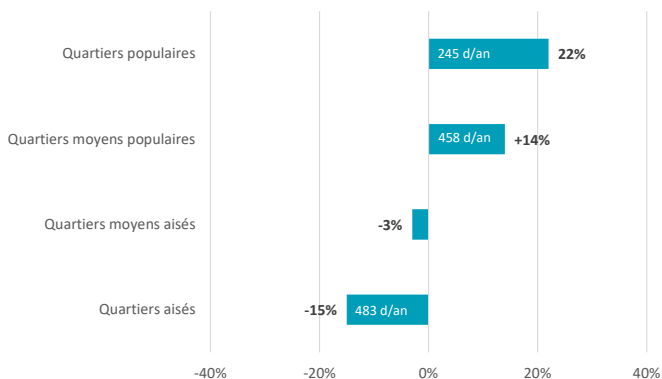
Le taux comparatif de mortalité (TCM) : C'est le nombre de décès divisé par la population, en tenant compte de la répartition de la population selon l'âge. Il correspond au taux que l'on observerait dans le territoire considéré si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence. Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes ou entre différentes unités géographiques. Il s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants. On peut ensuite calculer une **surmortalité** en % entre un territoire observé et un territoire de comparaison. Des tests statistiques sont opérés pour vérifier la significativité des différences observées.

Carte 6 : Indices comparatifs de mortalité prématurée (-75 ans) en 2009-2017 - Ecarts observés (en %) par rapport à la population de référence : Ville de Strasbourg

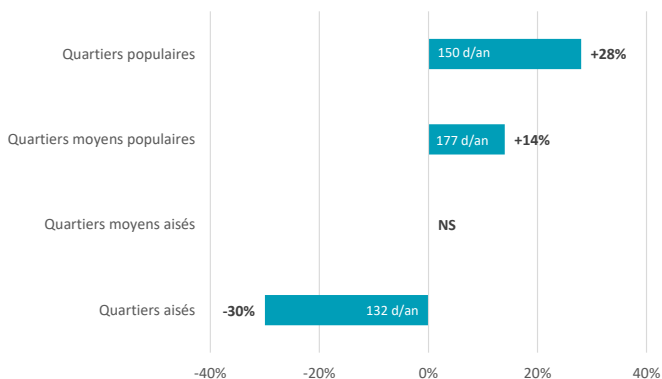


Source : Insee, Service d'état civil de la Ville de Strasbourg, exploitation ORS

Graphique 9 : Indices comparatifs de mortalité (ICM) générale tous âges par typologie de quartiers 2009-2017 – Ecarts observés (en %) par rapport à la population de référence : Ville de Strasbourg



Graphique 10 : Indices comparatifs de mortalité (ICM) prématurée (-75 ans) par typologie de quartiers 2009-2017 – Ecarts observés (en %) par rapport à la population de référence : Ville de Strasbourg



Note de lecture : Avec 254 décès en moyenne par an, les quartiers dits « populaires » enregistrent une mortalité supérieure de 22 % à l'ensemble de la ville.

NS : Non significativement différent de la valeur de la ville
Source : Insee, Service d'état civil de la Ville de Strasbourg, exploitation ORS

Analyser la mortalité par typologie de quartiers vise à vérifier si un gradient de mortalité est observé au regard du gradient social des territoires (l'hypothèse étant que la mortalité serait plus élevée dans les zones les plus défavorisées socio-économiquement).

Les quartiers de la ville de Strasbourg présentent des disparités en termes de mortalité. La mortalité générale est 2,5 fois plus élevée au quartier Port du Rhin-Musau (quartier populaire) qu'au sein du quartier de l'Orangerie-Conseil des XV (quartier aisé). Lorsqu'on s'intéresse à la mortalité prématurée avant 75 ans, elle est 3,1 fois plus importante dans le quartier populaire versus le quartier aisé.

La corrélation entre la situation socioéconomique des quartiers et le phénomène de mortalité est flagrante : plus le territoire est aisé, moins la mortalité y est forte. Ainsi, en moyenne, les quartiers les plus populaires ont une mortalité générale (tous âges confondus) 1,4 fois plus forte que les quartiers les plus aisés, et une mortalité prématurée (avant 75 ans) 2 fois plus importante.

L'analyse de la mortalité prématurée permet de mesurer les décès survenant avant l'âge « habituel » de décès, et dans le cas d'approches locales ou infracommunales de palier au biais qui pourrait être lié à la présence d'établissements accueillant des personnes âgées dans un quartier par exemple (les personnes âgées résidant dans ces établissements sont à âge égal en général en moins bonne santé que celles restant à domicile). En France, l'Insee calcule le taux de mortalité prématurée parmi la population âgée de moins de 65 ans. La limite d'âge de 65 ans correspond à l'âge seuil de départ à la retraite. Depuis 2013, suite aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), l'intérêt est aussi porté à la mortalité prématurée des moins de 75 ans.

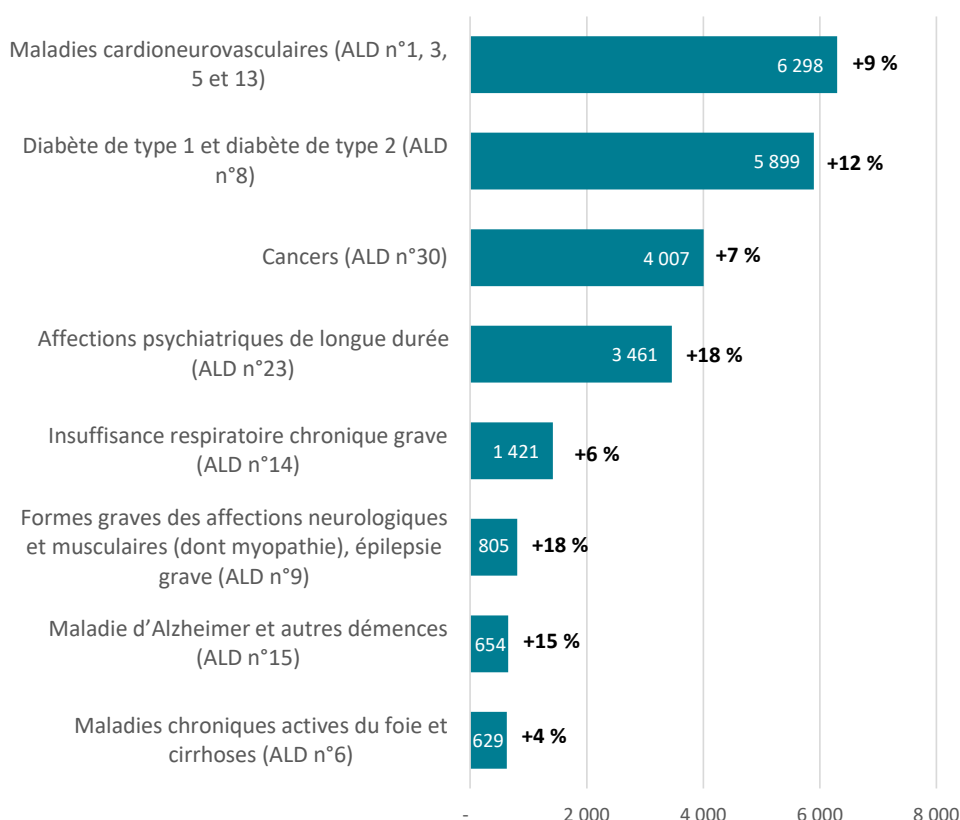
L'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) : Il correspond aussi à une méthode de standardisation (ici indirecte) sur l'âge des données de mortalité, autorisant, comme le taux comparatif de mortalité (TCM) présenté précédemment, les comparaisons spatiales et temporelles. L'ICM convient mieux lorsque les effectifs sont plus faibles. Il s'agit d'un rapport entre des décès attendus et des décès observés multiplié par 100.

La mortalité de référence étant ici la mortalité de Strasbourg, un ICM supérieur à 100 indique qu'il existe un excédent de mortalité dans le quartier par rapport à la ville (surmortalité), tandis qu'un indice inférieur à 100 témoigne d'une situation plus favorable (sous mortalité).

Des tests statistiques sont aussi opérés pour vérifier la significativité.

2. Affections longue durée (ALD)

Graphique 11 : Prévalence des principales ALD à Strasbourg au 31/12/2017 pour 100 000 habitants et évolution depuis le 31/12/2014



Source : CNAMTS-MSA, RSI, exploitation ORS

Au 31 décembre 2017, plus de 62 000 Affections de Longue Durée (ALD) sont enregistrées pour des patients résidant à Strasbourg. Cela correspond à un taux standardisé de prévalence

de 26 596 ALD pour 100 000 habitants ce qui est nettement supérieur au taux observé à l'échelle du Bas-Rhin (+8 %), et du Grand Est (+23 %). Comme partout, depuis 2012, le taux de prévalence a augmenté d'une vingtaine de pourcents (dû à une meilleure survie des patients notamment, mais possiblement à une meilleure déclaration également).

A Strasbourg, en population générale (tous âges), les maladies cardiovasculaires (MCNV) constituent la raison principale de bénéficier d'une ALD. Au 31 décembre 2017, 15 100 patients sont en ALD MCNV (soit 24 % sur l'ensemble des ALD). La prévalence a augmenté de 9 % depuis 2014. Dans la population générale strasbourgeoise, les ALD liées au diabète (+12 %), puis les cancers (+7 %) et les affections psychiatriques de longue durée (+18 %) sont ensuite les principales ALD.

Certaines Affections de Longue Durée (ALD) sont des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, donnant droit à une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à la prise en charge par l'Assurance Maladie de la partie des dépenses de santé qui incombe normalement à l'assuré (et qui peut être pris en charge par une complémentaire santé). Les pathologies concernées sont présentes sur une liste établie par le Ministère en charge de la Santé (Liste ALD 30).

Les données de prévalence ALD renseignent ainsi sur le nombre minimal de cas d'une pathologie à une date donnée. En effet, si toutes les personnes en ALD sont bien atteintes, certaines personnes atteintes peuvent ne pas recourir à l'ALD (non connaissance de leur pathologie, méconnaissance de leurs droits, pas besoin d'une prise en charge ALD, etc.). Comme pour la mortalité, des taux standardisés sont calculés pour éliminer les effets de structures d'âges des populations et des tests statistiques sont opérés pour vérifier la significativité (les effectifs présentés ici étant relativement élevés, les différences mêmes minimales en % sont souvent significatives).

3. Dépistages individuels et organisés des cancers

Tableau 8 : Dépistages des cancers 2020

	Col de l'utérus		Sein		Colorectal	
	Femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années		Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage individuel ou organisé		Population consommande de 50 à 74 ans ayant eu un dépistage du CCR au cours des deux dernières années	
	Effectifs	Part des femmes de 25 à 65 ans	Effectifs	Part des femmes de 50 à 74 ans	Effectifs	Part de la population consommande de 50 à 74 ans
Strasbourg	41 307	54,0%	20 716	58,2%	14 325	27,4%
1e couronne	19 541	56,0%	11 957	62,8%	8 924	32,7%
2ème couronne	16 264	64,6%	10 732	68,6%	8 289	37,3%
Eurométropole	77 112	56,5%	43 405	61,8%	31 538	31,0%
Bas-Rhin	ND	60,4%	ND	63,5%	ND	35,8%
Grand Est	ND	55,8%	ND	61,5%	ND	34,3%

Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à juin 2020), exploitation ORS

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus s'adresse aux femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans. Le rôle des professionnels de santé y est déterminant. Ce cancer est l'un des seuls dont le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans en diminution. L'objectif du programme national est d'augmenter le taux de couverture de 20 points pour atteindre 80 %. A Strasbourg, en 2020 le taux est inférieur de 6 points au taux départemental (54 vs. 60 %). A Strasbourg, en 2011², le taux de participation aux campagnes de dépistages organisés était inférieur de 12 points à la valeur départementale (60 vs. 72 %) et on observait un réel gradient social quant au taux de participation avec des participations plus importantes au sein des quartiers de type aisé (62 % de la population cible ayant participé à un dépistage organisé).

Au niveau national, en 2017, le taux de participation (taux brut) de la population-cible du dépistage organisé du cancer du sein était de 49,9 %. Ce taux est en baisse à l'échelle française depuis une dizaine d'années. Pourquoi les femmes sont-elles si peu nombreuses à faire l'examen ? Premier obstacle : la douleur dont se plaignent certaines patientes et qui peut faire peur. Par ailleurs, les détracteurs du dépistage évoquent le risque de sur-diagnostic, et par conséquent de sur-traitement et d'opération inutile. Néanmoins, une part de la population féminine a recours au dépistage individuel. A Strasbourg en 2020, 58 % des femmes de 50 à 74 ans ont participé à un dépistage individuel ou organisé, soit 5 points de moins qu'au niveau départemental. A Strasbourg en 2011, le taux de participation à un dépistage organisé des quartiers de types « moyen aisé » et « aisé » atteignaient les valeurs départementales et régionales de 56 % de taux de participation de la population cible.

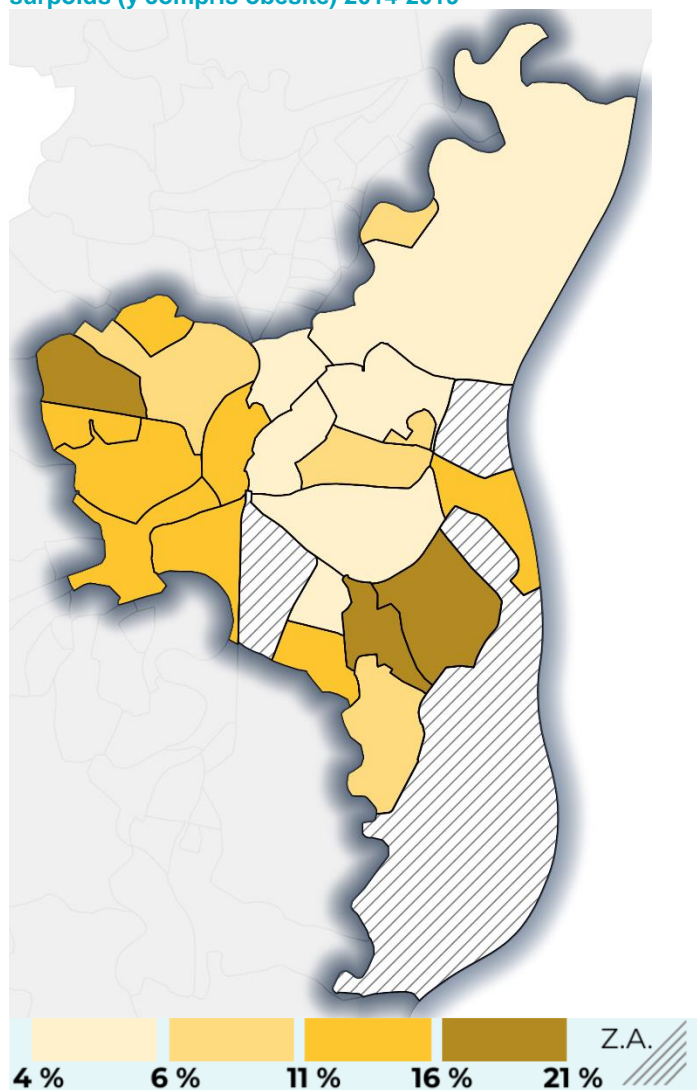
Le cancer colorectal, ou cancer du côlon-rectum, touche chaque année près de 45 000 personnes en France. Il est responsable de près de 18 000 décès par an. Près de 95 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués après 50 ans, chez les hommes comme chez les femmes. C'est pourquoi le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans et qui ne présentent ni symptôme, ni facteur de risque particulier. Les instances européennes ont recommandé un minimum de 45 % pour qu'un programme soit efficient. En 2020, ce seuil n'était atteint dans aucun des

² Suite au regroupement des associations de dépistage organisé et du contexte actuel, celles-ci n'ont pas été en mesure de nous transmettre de données plus récentes que 2011 à l'échelle infra communale.

territoires de référence de l'étude. A Strasbourg, 27 % des 50 à 74 ans ont eu un dépistage au cours des deux dernières années, soit près de 9 points de moins qu'au niveau départemental. En 2011, le taux de participation au dépistage organisé était de 39 % de la population cible à Strasbourg vs. 45 % dans le Bas-Rhin, et le plus important était enregistré au sein des quartiers « moyens aisés » avec 41 % de la population cible.

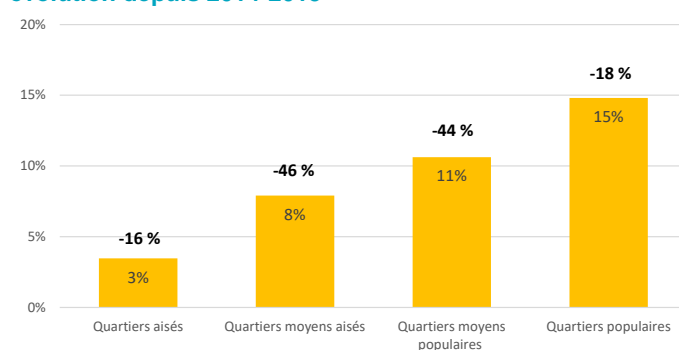
4. Santé des enfants

Carte 7 : Part des élèves de grande section de maternelle en surpoids (y compris obésité) 2014-2019

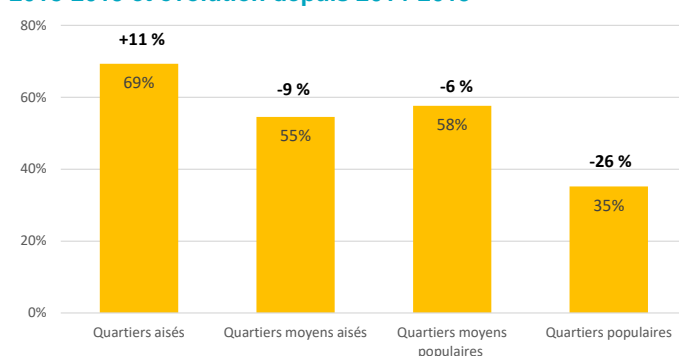


Source : Maidis, Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS

Graphique 12 : Part des élèves de grande section de maternelle en surpoids (y compris obésité) 2018-2019 et évolution depuis 2014-2015



Graphique 13 : Part des élèves de grande section de maternelle se brossant les dents au moins deux fois par jour 2018-2019 et évolution depuis 2014-2015



Source : Maidis, Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS

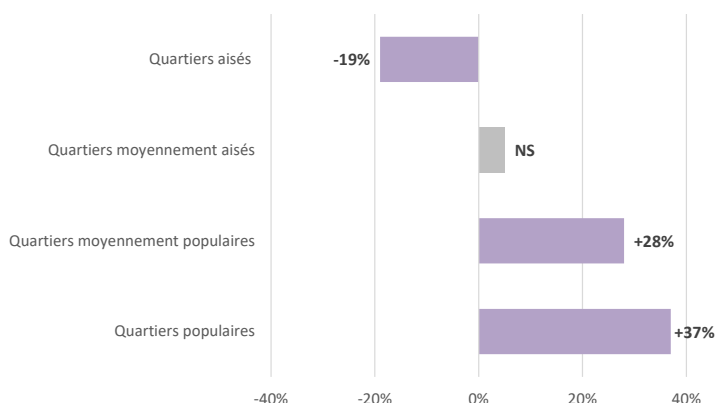
Sur la période 2014-2019, environ 1 élève de grande section de maternelle (GSM) sur 10 est en surpoids à Strasbourg (y compris obésité) soit 1 750 enfants. On observe un réel gradient social sur cet indicateur, et la valeur la plus élevée est enregistrée au sein du quartier Neuhof-Polygone (quartier de type « populaire ») avec plus d'un élève sur 5 en surpoids. Sur l'année scolaire 2018-2019, on comptait 15 % des élèves de GSM des quartiers populaires en surpoids (y compris obésité). Cette proportion est en baisse depuis l'année scolaire 2014-2015, avec une baisse plus marquée dans les quartiers de type « moyens ».

A Strasbourg, sur la période 2014-2019, 55 % des élèves de GSM se brossent les dents au moins deux fois par jour. On observe également un gradient social sur cet indicateur, bien que moins marqué, mais la tendance montre que le gradient s'accroît avec la période étudiée. Sur l'année scolaire 2018-2019, 70 % des élèves des quartiers « aisés » effectuaient un brossage des dents régulier (+11 % depuis 2014-2015, soit une amélioration) contre 35 % des élèves des quartiers « populaire » (-26 % depuis 2014-2015, soit une dégradation).

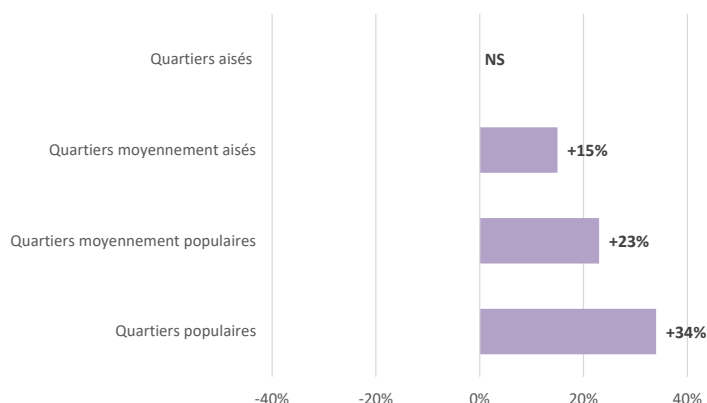
Le logiciel MAIDIS développé par la ville de Strasbourg permet la centralisation des informations collectées par l'ensemble des acteurs du champ de la santé et de la prévention. Dans le cadre de leur activité, les infirmiers et les médecins scolaires de la Ville de Strasbourg utilisent cet outil afin de consigner les examens médicaux réalisés sur les élèves des écoles maternelles de la Ville de Strasbourg.

V. Consommation de soins

Graphique 14 : Indices comparatifs de de consommation de soins (consultations et visites) de la population couverte en médecine générale libérale en 2014³ – Ecart observés (en %) par rapport à la population de référence : Alsace



Graphique 15 : Indices comparatifs de de consommation de soins (consultations et visites) de la population couverte en médecine spécialisée libérale en 2014 – Ecart observés (en %) par rapport à la population de référence : Alsace



Source : Insee, CPAM 67, exploitation ORS

En ce qui concerne la consommation de soins, un gradient social est également constaté, que ce soit sur la consommation en médecine générale libérale ou la consommation de médecine spécialisée libérale. La population couverte des quartiers dits « populaires » ont une consommation de soins en médecine générale supérieure de 37 % à la valeur alsacienne et de 34 % en ce qui concerne la médecine spécialisée. Cela s'explique notamment par leur état de santé plus dégradé, en lien avec leurs conditions socio-économiques plus défavorables.

Dans le détail, les quartiers « populaires » et « moyens populaires » présentent une consommation plus importante en direction des cardiologues, gynécologues, ophtalmologues et cardiologues tandis que les quartiers « aisés » et « moyens aisés », une consommation plus importante en direction des psychiatres et pédiatres.

³ Suite à la nouvelle réforme sur les données de santé, la CPAM n'est plus en mesure de transmettre des données à une échelle infracommunale.

**Tableau 9 : Indicateurs de recours aux antidiabétiques et de surveillance médicale du diabète traité en 2014**

	Indices comparatifs d'assurés sous traitements antidiabétiques * Ecart à l'Alsace	Pourcentage de patients diabétiques ayant eu selon le cas** au moins un remboursement dans l'année					
		ECG ou consultation cardiologique	Fonds d'œil ou consultation ophtalmologique	Hémoglobine glyquée	Lipides	Microalbuminurie	Créatinine
Quartiers aisés	-35%	50%	52%	70%	78%	42%	88%
Quartiers moyens aisés	+3%	47%	42%	71%	77%	49%	88%
Quartiers moyens populaires	+41%	44%	40%	69%	80%	45%	88%
Quartiers populaires	+76%	43%	37%	68%	80%	49%	89%
Strasbourg	+13%	46%	42%	70%	78%	47%	88%
1ère couronne	+12%	48%	48%	74%	80%	45%	91%
2ème couronne	-11%	49%	53%	75%	84%	37%	91%
Eurométropole	+3%	49%	50%	75%	81%	42%	91%
Alsace	-	45%	48%	76%	81%	41%	90%

* Assurés du régime général ayant bénéficié en 2014 d'au moins trois remboursements d'antidiabétiques oraux ou d'insuline

** Proportion de personnes ayant eu au moins un remboursement d'Électrocardiogramme ou consultation cardiologique ; un fond d'œil ou consultation ophtalmologique ; de dosages lipidiques, de microalbuminurie ; et de créatinine ; ou proportion de personnes ayant eu au moins deux remboursements de contrôle de l'hémoglobine glyquée HbA1c parmi les patients ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques oraux et/ou insuline.

Source : Source : Insee, CPAM 67, exploitation ORS

La ville de Strasbourg compte davantage d'assurés sous traitements antidiabétiques qu'en moyenne en Alsace (+13 %). Au sein des quartiers, on note encore une fois un réel gradient social, avec un indice comparatif d'assurés sous traitements antidiabétiques supérieur de 76 % à la valeur alsacienne au sein des quartiers dits « populaire » et à l'inverse, inférieur de 35 % au sein des quartiers dits « aisé ».

Toutefois, le suivi médical des patients diabétiques des quartiers les moins aisés est comparable à celui de l'ensemble de l'Eurométropole, au moins pour ce qui relève des examens prescrits par le généraliste. Quel que soit le territoire considéré, les recommandations de suivi médical du diabète sont plutôt bien respectées en ce qui concerne le contrôle glycémique, les bilans lipidiques et le dosage de la créatinine, soit pour le suivi qui relève principalement du médecin généraliste. Les patients diabétiques des quartiers « populaires » réalisent les contrôles de l'HbA1c (l'hémoglobine glyquée) pour 68 % d'entre eux (contre 70 % pour les patients des quartiers « aisés »).

A l'inverse certains examens de dépistage précoce des complications cardiovasculaires (électrocardiogramme de repos ou consultation cardiologique) et complications ophtalmologiques du diabète sont moins fréquemment réalisés (relevant d'un suivi de spécialistes) et en particulier moins réalisés par les patients des quartiers plus populaires. Ainsi, 43 % des patients des quartiers « populaires » réalisent un ECG ou une consultation en cardiologie dans l'année pour le suivi du diabète alors que c'est le cas pour 51 % dans les quartiers « aisés ».

RESULTATS DES APPROCHES QUALITATIVES ET DOCUMENTAIRES

Les entretiens réalisés et les documents étudiés ont été analysés sous l'angle de différents prismes, allant du cadre posé par le CLS (gouvernance et volonté politique) aux stratégies mises en œuvre sur le terrain pour réduire les ITSS (approche globale de la santé, culture commune, proximité et universalisme proportionné).

L'hypothèse retenue est que le CLS est un outil pertinent pour réduire les ITSS si les conditions décrites ci-dessous correspondent bien à celles énoncées dans les travaux d'évaluation et la littérature internationale pour lutter contre les ITSS.

I. Cadre et gouvernance du CLS : volonté politique et mise en commun sur l'objectif de réduction des ITSS

La démarche induite par un CLS, de par son cadrage et sa gouvernance, a pour objectifs de co-construire et de mettre en œuvre un programme d'actions de santé pluriannuel dans l'optique de passer d'une logique institutionnelle à une logique de territoire de santé. Il doit ainsi favoriser le dialogue et la mise en cohérence des leviers d'actions de chacun, et ce dans une logique de réduction des ITSS.

On interroge ici la volonté politique sur l'objectif de réduction des ITSS dans le cadre et la gouvernance du CLS et la mise en commun des leviers et forces de chacun autour de cet objectif.

1. Un projet politique et commun autour de la santé et des problématiques d'ITSS

UNE VOLONTE POLITIQUE PARTAGEE SUR LE CLS ET L'OBJECTIF DE REDUCTION DES ITSS

Tout d'abord, la réduction des ITSS est un objectif affiché et principal du CLS. Il est formalisé dans le document cadre comme étant un **objectif transversal et prioritaire** devant être travaillé et décliné de différentes manières. S'il n'est pas formalisé tel quel dans la présentation des institutions signataires, on constate néanmoins une volonté partagée de financer et prioriser des actions qui touchent des publics défavorisés. Cette priorisation se retrouve également dans la quasi-totalité des fiches-actions inscrites dans le CLS.

Le CLS est porté politiquement par la Ville de Strasbourg, avec des élus considérés comme « *moteurs* », et un réel investissement de la Ville qui porte directement un grand nombre d'actions et d'expérimentations. **Le pilotage technique du CLS est réalisé en binôme par la Direction Territoriale du Bas-Rhin (DT 67) de l'ARS et le service santé et autonomie de la Ville et Eurométropole de Strasbourg**, un mode de coordination politico-technique à deux têtes, considéré, selon les entretiens réalisés, comme indispensable et globalement efficace par les pilotes.



Le CLS est également **investi et soutenu politiquement par l'ensemble des signataires**, représenté par des interlocuteurs à des niveaux techniques mais aussi stratégiques. Entre le CLS de première et de deuxième génération, le nombre de signataires a doublé, passant de sept à quatorze partenaires institutionnels. De plus, au cours du CLS, le Conseil Régional Grand Est a intégré la contractualisation par voie d'avenant et a développé des actions en cohérence avec les axes travaillés dans le CLS (investissement dans les MUS, Maison Sport Santé, actions dans la jeunesse ou santé environnementale, participation à des groupes de travail, etc.).

UN CADRE SOUPLE ET EVOLUTIF QUI FAVORISE UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE ET COLLABORATIVE

Au moment de l'écriture du CLS, un **bon équilibre a été trouvé entre un cadre posé** avec des objectifs et des groupes de travail associés, **et suffisamment de souplesse**, de marge de manœuvre pour construire de manière collaborative les fiches-actions dans la durée. Le CLS est à ce titre, aidant sans être figé, avec un mode de financement commun parfois même non fléché. Ainsi, les actions peuvent évoluer, des dynamiques peuvent se créer ou se renforcer sur des projets et d'autres acteurs ou financeurs peuvent se joindre à la démarche contractuelle.

Par ce cadre évolutif et ses instances de gouvernance associées, **le CLS a favorisé une dynamique commune, permettant aux partenaires de travailler ensemble et d'échanger autour d'objectifs communs**. Même si les relations ne sont pas toujours fluides, le CLS offre des espaces de coopération et un cadre commun où les partenaires « se mettent autour d'une table » et « apprennent à travailler ensemble ». Les relations de travail sont considérées comme plus collaboratives, opérantes et lisibles.

Ce travail commun peut impliquer de la négociation entre partenaires et, en cas de désaccords, l'outil CLS peut être un appui pour alerter sur une problématique, échanger ou trouver des solutions communes.



Exemple : les spécificités en matière de démographie médicale de certains quartiers strasbourgeois (notamment les quartiers prioritaires), n'avaient pas été suffisamment prises en compte, notamment dans les contrats d'engagement de service public des internes en médecine (CESPC). Des jeunes médecins ne pouvaient donc pas venir s'installer dans des quartiers QPV (Quartiers Priorités de la Ville) strasbourgeois dans le cadre des bourses CESPC. La Ville a pu alerter l'ARS et la CPAM au cours des échanges engagés dans le cadre du CLS, en s'appuyant sur les données de l'observatoire mis en place, ce qui a permis d'échanger sur cette problématique et envisager des solutions. (Extrait synthèse d'entretien pilote)

En ce sens, **l'outil CLS a participé à structurer puis renforcer un partenariat autour de la santé sur le territoire et à créer des relations partenariales plus « installées »**. Cette dynamique partenariale s'illustre par exemple par la création d'un comité partenarial d'instruction dans le cadre des appels à projets sur des actions de nutrition, ou la convention cadre signée entre les Maisons Urbaines de Santé (MUS), les bailleurs et les financeurs pour « fixer » la participation des partenaires, voire l'élargir (Région Grand Est et Conseil Départemental du Bas-Rhin).

UN PROJET COMMUN ET UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTE DANS D'AUTRES POLITIQUES

Grâce à ce processus de négociation et de mise en commun des moyens de chacun, le CLS favorise le dialogue et la mise en cohérence entre le projet stratégique de l'ARS, les politiques locales de la Ville de Strasbourg et les moyens d'action des autres partenaires institutionnels. **Il participe ainsi à construire un projet commun, cohérent et stratégique en matière de santé et autour des problématiques des ITSS sur le territoire.** Le CLS a été moteur pour structurer, financer des actions puis pour les coordonner et organiser sur le territoire de manière cohérente, et éviter ainsi que « chacun développe son projet dans son coin ».

Les deux co-pilotes s'accordent également à dire que le CLS a contribué à ce que la **santé soit mieux prise en compte dans d'autres politiques publiques et infuse dans d'autres champs et compétences** que le domaine sanitaire. Les réflexions sur la santé sont de plus en plus considérées dans le cadre du Contrat-Ville (dont le CLS constitue la partie santé), et s'articulent avec d'autres politiques locales. Le CLS est également mieux identifié par d'autres directions à la Ville ; la transversalité de la santé est donc, dans une certaine mesure, travaillée et permet d'intervenir sur d'autres thématiques qui influent sur l'état de santé de la population.

2. Des points de vigilance dans la gouvernance

CLARIFIER LES ROLES POUR UNE GOUVERNANCE PLUS PARTAGEE

Les rôles de chacun dans la gouvernance semblent à clarifier et à redéfinir afin de permettre plus de co-construction dans les relations entre co-pilotes et avec les cosignataires.

La réorganisation structurelle de l'ARS, suite à la fusion des régions, a eu un impact sur les relations de travail avec la Ville. Les rôles de chacun dans le co-pilotage ARS-Ville sont à discuter et valider par les deux parties de manière à ce que la gouvernance soit partagée et adaptée aux nouvelles modalités de fonctionnement de l'ARS Grand Est.

La place des co-signataires devrait également être clarifiée à la signature de la contractualisation afin qu'ils aient une place à part entière dans la gouvernance. En ce sens, des discussions ont été engagées avec le Conseil Départemental dans le cadre d'un pilotage tripartite.

De la même manière, des relations partenariales pourraient être plus investies et développées avec certains signataires du CLS, et le passage à l'échelle Grand Est a pu déstabiliser certains liens partenariaux, du fait du redimensionnement territorial, ou encore des modifications dans leurs stratégies d'action.

Un autre élément qui peut desservir les dynamiques partenariales lors de la tenue des instances de gouvernance se situe dans le niveau de représentation de certains signataires. L'interlocuteur présent, de par son statut/ses missions, n'est pas en capacité de se positionner pour son institution. Ainsi, il serait pertinent de réinterroger le niveau décisionnel, attendu et idéal, des interlocuteurs dans la gouvernance du CLS, afin que tous puissent intégrer cette dynamique de « co-construction » du local.



DES EVOLUTIONS A PRENDRE EN COMPTE DANS LA GOUVERNANCE DU CLS

De plus, des évolutions qui ont eu lieu au cours du CLS sont à prendre en compte pour la prochaine contractualisation et requestionnent à la fois son cadre et sa gouvernance :

- **L'intégration et la place de la Maison Sport Santé dans le prochain CLS** : La Maison Sport Santé s'est récemment mise en place, elle accueille les dispositifs PRECCOSS, SSSO et ses missions s'articulent autour de la prise en charge, de la recherche et de la formation, ainsi que de l'innovation. Les liens entre le CLS et la Maison Sport Santé nécessitent donc d'être repensés afin d'intégrer ce nouvel acteur et définir sa place dans la gouvernance du prochain CLS.
- **Repenser les liens et la gouvernance entre le CLS Strasbourg-Eurométropole et les autres communes** : Les liens entre les deux déclinaisons des CLS pourraient être mieux précisés et l'adhésion des autres communes de l'Eurométropole non signataires du CLS serait à travailler davantage. Comment impliquer et intégrer les élus et les services des autres communes à la prochaine démarche de contractualisation du CLS Eurométropole ?

II. Les stratégies sur le terrain pour réduire les ITSS : L'approche globale de la santé

Plusieurs types de stratégies pour agir sur les ITSS sont déployés dans les actions inscrites dans les CLS et mise en œuvre sur le terrain. L'approche globale de la santé est l'une d'entre elles, et constitue un prérequis essentiel dans la littérature internationale pour réduire les ITSS.

On interroge ici à quel point le CLS s'inscrit dans une approche globale de la santé, en analysant les déterminants sociaux de santé ciblés et le développement de partenariats intersectoriels.

1. Les déterminants de santé ciblés et travaillés dans le cadre du CLS

LES DETERMINANTS LIES AUX MODES DE VIE ET AUX SYSTEMES DE SANTE

Dans un premier temps, une lecture analytique du document cadre a été réalisée dans le but de mettre en exergue les déterminants de santé les plus ciblés par les fiches actions du CLS. Cette grille de lecture s'inspire de l'article « Repères méthodologiques pour l'évaluation des CLS et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé » (Schapman-Segalie & Lombrail, 2017)⁴, et propose d'interroger chacune des fiches action de la manière suivante : sur quoi veut-on agir ? Que souhaite-t-on changer ?

Elle inclue des items sur les déterminants des inégalités de santé, et les modalités d'actions prévues de la manière suivante :

⁴ Article « Repères méthodologiques pour l'évaluation des CLS et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé », S. Schapman-Segalie, P. Lombrail, Santé publique, vol. 30/ n°1 supplément, mai-juin 2017, p, 49-57

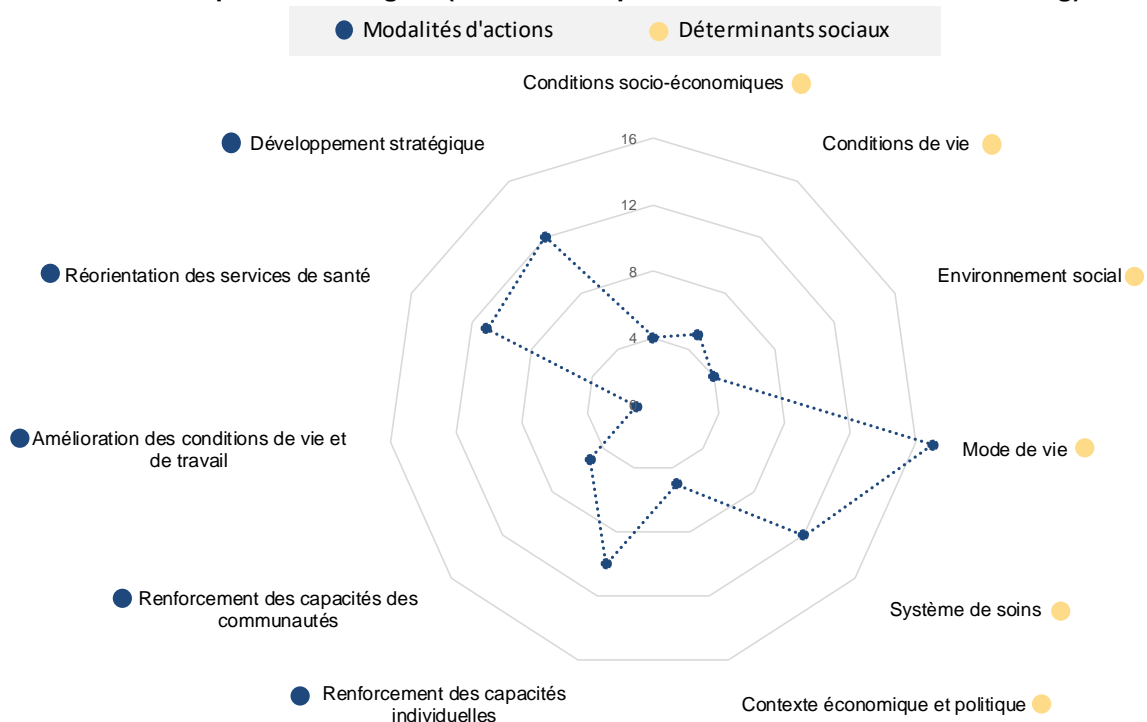
Les déterminants des inégalités de santé	Les modalités d'actions prévues
<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions de vie • L'environnement social • Les modes de vie • Le système de santé • Le contexte économique et politique 	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des capacités individuelles • Le renforcement des capacités des groupes et communautés • L'amélioration des conditions de vie et de travail • La réorientation des services de santé • Le rapprochement et l'adaptation des services aux populations • L'intégration et coordination des soins et des équipes • Le développement stratégique

Le CLS de Strasbourg a été analysé à l'aide de cette grille, dont les résultats sous la forme de représentations graphiques sont exposés ci-dessous. Il est important de préciser que ce travail a été réalisé à partir du document cadre initial produit en 2015, et ne prend pas en compte les évolutions au cours de la contractualisation (nouvelles actions, abandons, évolutions...etc.). Cependant, il permet de montrer la structure globale du CLS et les principaux déterminants de santé ciblés.

La grille d'analyse à partir de laquelle ont été faites ces représentations graphiques, ainsi que les définitions de chaque items (modalité d'action et déterminant) sont détaillées en annexe 1 (p.66).

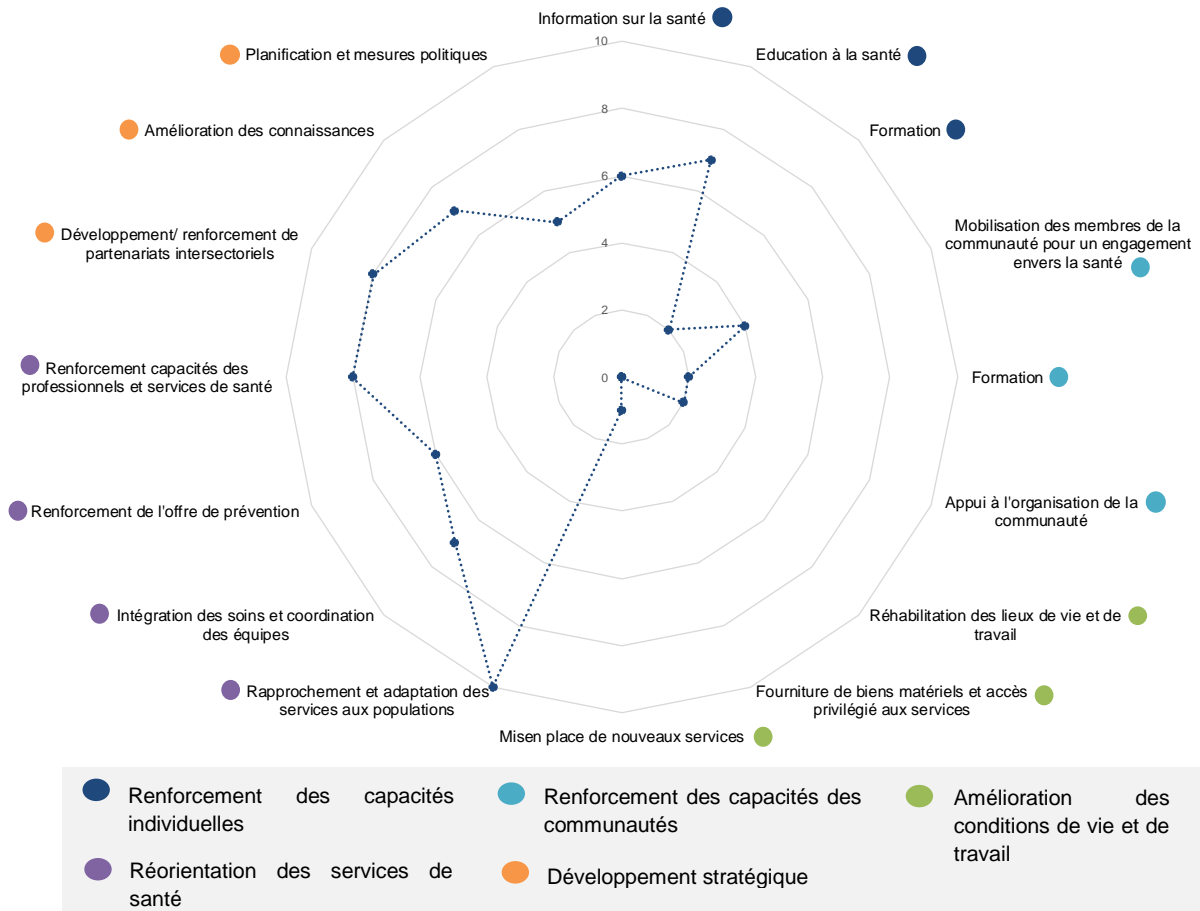
Lecture du graphique : les points qui portent sur les déterminants sociaux ou les modalités d'actions sont situés sur les différents niveaux de cercles (de x-0 à y-16) en fonction du nombre d'actions réalisées dans cet axe.

Sur quoi veut-on agir ? (fiches action présentes dans le CLS de Strasbourg)

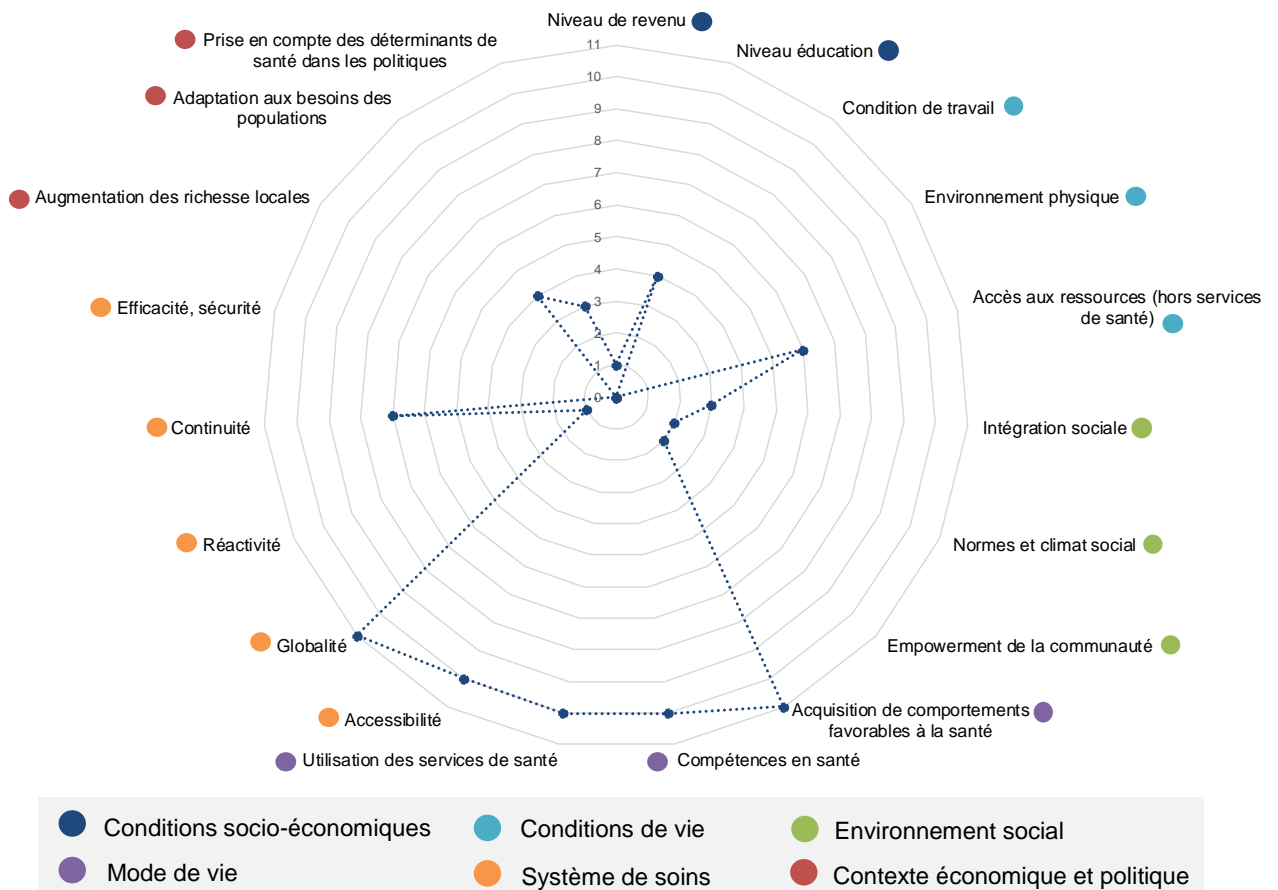




Sur quoi veut-on agir plus précisément ? Modalités d'actions



Sur quoi veut-on agir plus précisément ? (Déterminants sociaux)



A la lecture du CLS, **les modalités d'actions les plus ciblées portent sur le renforcement de capacités individuelles des personnes** via des actions qui visent à éduquer et informer sur la santé, mais aussi et de manière équivalente, sur **la réorientation des services de santé**.

Ainsi, s'il y a une volonté d'agir sur les déterminants liés aux modes de vie des gens, en ciblant en grande partie l'acquisition de compétences dans l'objectif d'adopter des comportements favorables à la santé, l'accent est également mis **sur les systèmes de santé** pour les rendre plus accessibles, adaptés et complets (soins, droits, prévention, promotion de la santé) **et ainsi donner davantage de moyens pour atteindre cet objectif**.

RESSOURCES, PLURIDISCIPLINARITE ET DYNAMIQUE SANTE-ENVIRONNEMENT

Ce travail sur ces déterminants (modes de vie, système de santé) se traduit notamment par de nouvelles ressources sur le territoire. **Le cadre CLS a en effet favorisé l'émergence et/ou la consolidation d'offres de santé supplémentaires**. De nouveaux dispositifs sont apparus sur le territoire, et même si le lien avec le CLS n'est pas toujours direct, celui-ci a souvent eu un rôle « facilitateur » et/ou moteur dans leur mise en place. En effet, les porteurs d'action rencontrés considéraient souvent que, même si des projets auraient pu exister sans le CLS, celui-ci avait permis de mieux les structurer et leur donner plus de « pouvoir d'action ». L'inscription au CLS offre un soutien politique, qu'il est possible de solliciter et interpeller pour demander des financements ou une aide dans la mise en place d'actions.

Exemple : L'implantation des trois Maisons Urbaines de Santé (MUS) dans les quartiers, Neuhof, HautePierre et Cité de l'III préexistait au CLS, pour autant il a encouragé une dynamique commune autour de ces structures et a valorisé leur projet de santé. Le cadre CLS a aussi été facilitateur pour financer et mettre en place des actions de santé publique qui répondent aux problématiques mises en exergue par le Diagnostic Local de Santé (DLS). *« C'est un outil qu'on a la chance d'avoir à Strasbourg, il est aidant dans la mise en place d'actions de santé publique, dans d'autres Maisons de santé, sur d'autres secteurs où il n'y a pas de CLS, on voit que la dynamique en termes de santé publique n'est pas du tout la même. »*. Sans le CLS, certaines actions auraient pu être mises en place mais de manières différentes, avec moins de moyens, elles auraient été moins importantes et moins structurées. Le CLS a également été soutenant sur les projets immobiliers des MUS, objectif qui n'était pas initialement inscrit dans la contractualisation. (Extrait synthèse d'entretiens acteurs)



Autre exemple : Les projets portés par l'association Ithaque, notamment la Salle de Consommation à Moindre Risque (SMCR), ne dépendent pas du CLS et auraient de toute manière existé. Néanmoins, le CLS est reconnu par les porteurs du projet comme un « support politique intéressant », un « tremplin », « à partir du moment où c'est inscrit dans les priorités du CLS, c'est plus difficile de passer à côté... on peut interpeller l'ARS qui est signataire du CLS, solliciter des financements sur des objectifs inscrits au CLS, l'argumentaire est facilité... Et c'est un point important. ». C'est aussi un outil sur lequel il est possible de s'appuyer et « qui peut aider à s'implanter dans un territoire ». (Extrait synthèse d'entretiens acteurs)



De plus, **le CLS soutient des dispositifs qui s'inscrivent dans une approche pluridisciplinaire, favorisant un accompagnement global, coordonné et**



multidimensionnel de la personne. De tels dispositifs permettent d'apporter une attention globale à la santé, et non pas juste une réponse à une problématique isolée. D'autres actions initialement peu pluridisciplinaires tendent à le devenir. C'est le cas de SSSO qui, avec la création de la Maison Sport Santé, a pour objectif de s'ouvrir à une prise en charge plus globale, notamment avec des ateliers diététiques et peut-être d'autres thématiques. Une réflexion sur un programme d'éducation thérapeutique pourrait être également envisagé à moyen terme (Rapport d'activité 2019). Ces dispositifs et évolutions sont donc à soutenir et sont en accord avec la stratégie de l'approche globale de la santé.

Exemple : Dans le dispositif PRECCOSS, **l'équipe est pluridisciplinaire**, et se compose : d'une infirmière coordinatrice, d'un médecin référent, d'une secrétaire assistante, de deux diététiciennes, d'un psychologue et de deux éducateurs médico-sportifs. L'objectif est de prendre en charge de manière globale et cohérente les enfants, adolescents et leurs familles dans le but de favoriser l'acquisition de compétences variées d'ordre psycho-sociales ou « techniques », qui puissent avoir une résonance et être mobilisées dans d'autres domaines de vie. **L'accompagnement est multidimensionnel**, il porte autant sur l'activité physique, la prise en charge diététique et le suivi psychologique des enfants et de leur famille.

De manière transversale, **l'accompagnement cherche à impliquer les parents** : travail de prise de conscience, redonner confiance dans leur rôle parental, créer une dynamique familiale, etc.

Cette prise en charge a **également une attention particulière sur l'environnement des enfants** et des adolescents : accompagnement autour de la réassurance, autour de l'estime de soi, travail sur la socialisation avec d'autres enfants, etc.

Les questions d'équilibre des rythmes de vie dont le sommeil sont également abordées. (Rapports d'activité 2016 et 2019 et recherches existantes sur le dispositif).

Autre exemple : Labellisées en tant que Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les MUS sont implantées en milieu urbain, fondées sur les constats que certains quartiers étaient concernés par des déficits d'offres de santé au même titre que dans des zones rurales.

Les MUS Hautepierre, Neuhof et Cité de L'ill sont des structures de santé pluri-professionnelles. Fondées par la volonté de professionnels de santé libéraux de se regrouper et de proposer un projet de santé en réponse aux besoins de leurs patientèles, elles réunissent en leur sein différentes professions de santé (médecins généralistes, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes...). Pour soutenir l'offre de santé proposée et élargir le prisme d'intervention dans une approche de promotion de la santé, les équipes s'appuient sur les compétences transverses de salariés (coordinatrices, secrétaires et/ou des médiateurs pour certaines). Dans cette même logique, les MUS accueillent également dans leurs locaux des permanences assurées par des professionnels issus d'associations tierces, telles que le réseau de microstructures (vacations de psychologues et travailleurs sociaux pour la prise en charge de situations d'addiction et de précarité), le PAEJ (point d'accueil écoute jeune), des infirmiers du dispositifs Asalée (infirmiers de santé publique), une permanence sur la tabacologie et organisent plusieurs ateliers de promotion de la santé.

Grâce à cette configuration, **les MUS prennent en charge de manière coordonnée et globale les patients, en y intégrant d'autres dimensions que le « soin »**, telles que la prévention, la promotion de la santé ou des dimensions d'accès aux droits de

santé. La prise en charge, le suivi et l'orientation du patient sont facilités, celui-ci est au centre de l'accompagnement et les professionnels se coordonnent autour de ses besoins. (Extrait synthèse d'entretiens acteurs)

Au niveau de l'Eurométropole, **le CLS a favorisé une dynamique santé-environnementale sur l'ensemble du territoire, élargissant ainsi la question des déterminants de santé**. Si cet axe était déjà inscrit dans la contractualisation en 2015, une initiative politique soutenue par le cadre CLS a permis de renforcer la dimension santé-environnementale, par voie d'avenant, et financer de nouvelles actions. « *C'est une dynamique qu'on n'aurait pas eue, qu'on n'aurait pas pu générer sans ce cadre CLS.* » (Extrait entretien acteur). Pour le service « Hygiène et santé environnementale » de l'Eurométropole, le CLS a apporté des ressources pour intégrer une approche de prévention et promotion de la santé dans le portage des actions. Pour les porteurs, le CLS a été un outil dynamisant qui a permis de consolider ou initier de nouvelles actions et d'intégrer ou valoriser la dimension santé pour celles où le lien n'était pas direct.



Exemple : L'association ATMO Grand Est décline des fiches-actions sur plusieurs CLS à l'échelle Grand Est, mais la santé-environnementale n'est pas nécessairement un axe de travail à part entière pour tous. Dans le CLS Eurométropole, ATMO Grand Est porte dix actions « *robustes* », avec « *une cohérence générale et aussi un financement* », il s'agit du CLS pour lequel il décline le plus d'actions. Sur les dix actions, certaines sont financées, d'autres valorisées dans le cadre CLS, celui-ci a un effet « *démultiplicateur* » ou « *générateur* ». (Extrait synthèse d'entretien acteur)



Autre exemple : Deux actions du Syndicat de Lutte contre les Moustiques du Bas-Rhin (SLM67) sont inscrites au CLS Eurométropole, dont, l'action de « sensibilisation et de prévention à destination des jardiniers présents dans les zones colonisées par le moustique tigre au sein de l'Eurométropole ». Cette action auparavant ponctuelle a pu, dans le cadre du CLS, être financée et déployée de manière plus structurée et intensive (mise en place d'actions de prévention individuelles et collectives, vente de matériel à un coût plus avantageux que celui pratiqué dans le commerce etc.). L'inscription au CLS leur a permis de déployer leur action dans une dimension inclusive (prise de contact avec Migrations Santé Alsace pour la traduction des interventions auprès des jardiniers, et la traduction de leur plaquette), mais également d'agir au niveau réglementaire, par l'introduction d'un article spécifique au règlement des jardins familiaux.

Cette action existait et aurait probablement perduré sans l'appui du CLS, mais dans des conditions de mise en œuvre beaucoup plus restreintes, et avec une capacité d'impact moindre. (Extrait synthèse d'entretien acteur)

2. Le développement de partenariats intersectoriels et stratégiques favorisé par le cadre CLS

Le CLS est reconnu comme un **outil de mobilisation transversale** qui permet de réunir et fédérer différents partenaires autour d'un même projet de santé publique, et de favoriser le travail inter-structures. Il **favorise ainsi le dépassement des logiques institutionnelles par des engagements collectifs et partenariaux sur des problématiques de santé, qui ont été nécessaires pour la mise en place et l'aboutissement de certains projets**.



Exemple : La mise en place d'une Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) était un projet phare du CLS, portée par l'association Ithaque. L'inscription au CLS a permis de soutenir collectivement ce projet, sensible à l'époque, « *ce type de projet on ne peut pas les mener seul* ». Le CLS a apporté une reconnaissance politique et un soutien partenarial à la SCMR, mais aussi plus globalement au travail sur la réduction des risques qui reste peu connu dans le champ médico-social, « *c'était important d'appuyer là-dessus, de montrer que ça existe et de le reconnaître [par l'inscription au CLS]* », « *le CLS a permis une reconnaissance et un soutien de ce travail là [sur la SMCR et plus globalement sur la réduction des risques] de par la Ville mais aussi par tous les acteurs qui ont signé le CLS* »

Le CLS a donné une certaine légitimité partenariale au projet SMCR, et a facilité un travail d'information et de communication auprès des partenaires « *ça a facilité la mise en place de la Salle dans un environnement bien défini, et même si on a travaillé cette question-là dans d'autres instances [que le CLS]...l'idée c'était d'être un peu partout et d'expliquer le projet pour éviter des malentendus, des oppositions sur ce qui allait se mettre en place... En 2015, on était dans un instant délicat et ça a aidé* ». (Extrait synthèse d'entretien acteur)



Autre exemple : Le CLS a été déterminant pour un projet à la MUS Neuhof sur les infections pédiculaires et podologiques, pour les patients qui présentent un pied « à risques » mais qui n'ont pas les moyens d'accéder à une consultation libérale de podologie. Il était difficile de faire entendre cette problématique auprès de la Ville, l'ARS ou la CPAM qui répondaient individuellement que ce n'était pas à eux de financer un tel projet. Le fait d'interpeller, via le CLS, plusieurs acteurs sur cette problématique a été la « *bonne porte d'entrée* ». La ville a soutenu le projet et initié une rencontre collective. Le besoin a été entendu, et les permanences ont pu être financées et mises en place. (Extrait synthèse d'entretien acteur)

Par ailleurs, à la lecture des fiches actions, **le développement stratégique est aussi ciblé sous l'angle du « développement et renforcement de partenariats intersectoriels »** (cf. représentations graphiques ci-dessus). Sur le terrain, il y a un travail de synergie et de coordination avec des acteurs issus de différents secteurs.



Exemple : le dispositif MAIA (Méthode d'Actions pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) met en coopération les acteurs des champs sanitaire, social, médico-social pour faciliter le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie. Au cours de la contractualisation, le champ d'intervention du Conseil Départemental s'est élargi, et des liens partenariaux et stratégiques ont été renforcés avec les MAIA dans le cadre du CLS.

Ce travail est **facilité par le cadre CLS qui donne de la légitimité et visibilité à un projet auprès d'autres partenaires, d'autres secteurs**. L'inscription d'une action au CLS « donne du poids », un « soutien politique », elle est valorisante et apporte de la visibilité supplémentaire, du « sens » auprès des partenaires.

Plus spécifiquement, au niveau de l'Eurométropole, le travail de développement de partenariats intersectoriels a été **facilité par la création d'un poste de coordination sur la dimension santé-environnementale du CLS**. Il a été important pour **mettre en lien les porteurs d'action avec les autres communes de l'Eurométropole**, « *sortir de Strasbourg* ».

Les porteurs d'action ATMO et SLM67 ont pu développer des liens avec les maires d'autres communes, et mettre en place des actions où ils étaient initialement peu présents.

Dans cette logique, le CLS sert de catalyseur à **une dynamique autour de la santé et des ITSS qui commencent à se diffuser hors cadre, en lien avec une dynamique territoriale de santé plus spécifique aux quartiers prioritaires et portée par les Ateliers Territoriaux de Partenaires (ATP)**. Les dimensions de santé sont davantage portées et présentes dans des projets (notamment sur le sport) et les acteurs s'approprient mieux les messages d'accompagnement et de promotion de la santé.

3. Des points de vigilance dans l'approche globale

MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES DETERMINANTS SPECIFIQUES AUX PUBLICS VULNERABLES DANS LE CLS ET SON MODE DE FINANCEMENT

Pour agir sur les ITSS, une action doit prendre en compte les déterminants spécifiques aux publics les plus vulnérables, ce qui nécessite du temps et des moyens ; Ces derniers ne sont pas toujours suffisamment considérés et pris en compte dans les modes de financement des dispositifs. « *Le CLS est un outil pertinent pour agir sur les ITSS s'il s'en donne les moyens.* »

En effet, accompagner des personnes précaires vers l'adoption de nouveaux comportements et habitudes demande un travail de terrain différent, qui doit s'inscrire sur la durée et prendre en compte des problématiques multiples et complexes. Les acteurs rencontrés ont parfois mis en avant les difficultés à délivrer de tels accompagnements au regard des moyens alloués, ou de la durée de l'action (non pérennes et/ou reconduction annuelle). « *On répond à la précarité par la précarité* » (Extrait entretien acteurs). Une action courte, sur une année, est insuffisante pour aller vers de réels changements de comportements de la personne.

Les difficultés et le caractère chronophage de l'accompagnement auprès des publics les plus vulnérables sont également des éléments qui ont été mis en avant lors des entretiens collectifs réalisés dans les ATP.



Exemple : Certaines MUS n'ont pas de médiateurs, et pour celles qui ont en, les postes sont précaires et non pérennes (poste adulte-relais CDD 3 ans renouvelable). Alors qu'« *ils ont un rôle essentiel sur les déterminants des ITSS* ». Les médiateurs tissent un lien particulier avec les habitants et les accompagnent sur d'autres dimensions (accès aux droits, accès numérique, difficultés liées à la langue, demandes des habitants etc.). Par ailleurs, le lien de confiance avec les patients se construit dans le temps, « *donc se dire que c'est 3 ans ou 6 ans mais qu'ensuite on n'aura peut-être pas de financement pour pérenniser, ça s'arrête et ça fragilise forcément le poste et la structure.* ». (Extrait synthèse d'entretiens acteurs)



Autre exemple : En 2019, la demande d'autorisation de mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) pour le dispositif PRECCOSS a été validée par l'ARS, ce qui a permis, entre autres, d'officialiser et de mieux définir et encadrer les pratiques et principes déjà inhérent au dispositif. Le forfait pour financer les ETP, calculé par patient, se révèle coûteux, « *c'est cher, mais après si on veut vraiment travailler sur cet objectif [de réduction des ITSS], ça nécessite un accompagnement au long-terme, un travail de terrain différent... et oui c'est bien plus*



cher, mais il faut savoir ce qu'on veut... Si on veut travailler la santé avec des personnes aisées ça suffit. », le dispositif touche des familles avec des niveaux importants de précarité, « il fallait les garder, faire tout un travail d'accompagnement ». (Rapport d'activité 2019 et extrait de synthèse d'entretien)

A noter, que le passage dans un format ETP plus institutionnalisé et plus protocolarisé peut également poser la question de la flexibilité et la souplesse du dispositif, qui est importante pour adapter l'intensité de l'accompagnement selon les problématiques et besoin des familles : en faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin (principe de l'universalisme proportionné cf. plus loin).

FAVORISER L'INNOVATION

Le CLS de première et deuxième générations ont été des lieux d'innovation, qui ont soutenu et porté des actions expérimentales, notamment dans le champ de la nutrition et de la toxicomanie.

Lors d'un entretien avec la personne en charge de la coordination du CLSM, une proposition pour la prochaine contractualisation était **de favoriser aussi l'innovation dans le champ de la santé mentale**. Même si cette idée n'a pas été abordée dans d'autres entretiens, la pertinence et la faisabilité de cette proposition serait à considérer.

Exemple : une amélioration attendue pour le prochain CLS serait de permettre au CLSM de se positionner davantage en laboratoire d'expérimentation. Au-delà du financement des postes, investir dans un fond local d'innovation permettrait de mettre en place des projets expérimentaux de terrain, associatifs. Dans le champ de la santé mentale, les choses avancent lentement, notamment au niveau institutionnel (force d'inertie importante), alors que le monde associatif est dynamique et plein d'idées, mais sans moyens. Autrement dit, les freins financiers ne se trouvent pas dans le fonctionnement du CLSM mais dans la mise en place de projets qui émergent au sein des instances du CLSM. Les projets sont peut-être à mieux structurer, mais le CLSM n'a pas de position juridique lui permettant de le faire, le cadre est celui du CLS. (Extrait synthèse entretien acteur)



ELARGIR LA SANTE AU NIVEAU DU CADRE CLS

Plus globalement, la question de l'approche globale de la santé, et l'élargissement aux déterminants de santé qu'elle implique, se posent également au niveau du cadre stratégique du CLS.

Actuellement, **une grande partie des signataires du CLS sont des acteurs qui œuvrent dans le champ sanitaire, si bien que d'autres déterminants qui influent sur l'état de santé de la population** (exemple : logement, insertion, emploi, social et notamment précarité etc.) **sont encore insuffisamment pris en compte**. Une réflexion plus approfondie devrait être menée sur les acteurs et enjeux en lien avec la santé qui mériteraient d'être intégrés ou mieux articulés au CLS : Faut-il intégrer au cadre CLS de nouveaux signataires, pour agir sur d'autres aspects de la santé et davantage sur l'environnement global des personnes ?

De plus, même si le CLS est mieux identifié par les autres services de la Ville de Strasbourg, **ce travail de transversalité interne est à poursuivre**. Les liens devraient être renforcés avec d'autres services que celui du sport, de manière à ce que des compétences et thématiques plus diversifiées interviennent dans le cadre du CLS, et en lien avec la santé.

Enfin, depuis la contractualisation de 2015, **de nouveaux dispositifs ont émergé sur le territoire et participent à répondre aux enjeux du CLS et du PRS, il convient donc de les articuler ensemble de manière cohérente.** C'est le cas des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui ont été investies et construites progressivement par des professionnels de terrain sur plusieurs communes de l'Eurométropole, avec comme objectifs d'organiser les soins de premiers recours et décloisonner les collaborations, avec différents types de professions, pour appréhender la santé « au sens large » et améliorer le lien avec les hôpitaux. Les CPTS constituent donc de nouvelles ouvertures, qui n'existaient pas en 2015, et qui sont à prendre en compte au regard des prochaines contractualisations Strasbourg et surtout Eurométropole : Comment intégrer ou articuler les différentes CPTS aux prochaines contractualisations ? Les porteurs des CPTS peuvent-ils être des signataires ou partenaires des prochains CLS ?

III. Les stratégies sur le terrain pour réduire les ITSS : l'approche culture commune

Une autre stratégie pour agir sur les ITSS consiste à développer une culture commune et de la coordination entre les acteurs du territoire afin de mettre en place des actions de santé plus cohérentes.

On interroge ici la capacité d'ingénierie du CLS à coordonner les acteurs de terrain, assurer une transversalité dans les actions et à développer des outils et connaissances partagés autour des ITSS.

1. Le CLS favorise la coordination des actions et la culture commune entre acteurs à différents niveaux

LES OUTILS DE DIAGNOSTIC, OBSERVATION ET RECHERCHES AMELIORENT LA CONNAISSANCE SUR LES ITSS ET LA COORDINATION DES ACTIONS

Dans le processus d'élaboration, puis de mise en œuvre du CLS, des outils de diagnostic et d'observation ont été mis en place (Diagnostic Local de Santé, Observatoire local de la santé). Les acteurs de terrain évaluent positivement ces outils, qui ont permis de **reconnaitre des problématiques spécifiques** (santé-environnement, spécificités de quartiers), **les aider dans l'élaboration de leurs projets pour qu'ils répondent aux besoins du territoire, et de compléter leurs propres données de suivi, diagnostic**, « *nous on sait ce qu'on fait et sur quels publics, mais c'est aussi important de savoir dans quel environnement on agit et si on a un impact dessus.* » (Extrait entretien acteur).

Plus globalement, au niveau des co-pilotes, ces outils ont aussi aidé **à élaborer et à réorienter le CLS à partir de données objectivées**, permettant une vision globale et un cadre pour coordonner les actions entre elles.

Le cadre CLS soutient également des travaux de recherche permettant d'élargir les connaissances sur les ITSS. C'est le cas des dispositifs PRECCOSS et SSSO, qui sont suivis par un comité scientifique avec des travaux de recherches associés, ce qui permet d'apporter une réflexivité sur ces actions et d'identifier des freins et leviers sur des questions relatives aux ITSS. La MUS de Neuhof, labellisée « Maison de Santé universitaire » par l'ARS,



développe aussi une activité de recherche sur la santé primaire, et notamment sur la prise en charge de publics spécifiques jusqu'alors peu étudiés par la médecine. Le projet de la mise en place d'une Maison Sport Santé s'inscrit également dans cette optique, puisqu'un de ses objectifs est de développer un pôle de formation, expertise, recherche (institut du sport santé) et d'innovation (laboratoire d'innovation).

UNE CAPACITE D'INGENIERIE DU CLS QUI COORDONNE ET ANIME A DIFFERENTS NIVEAUX

De plus, le CLS est un outil de mise en lien, de coordination et d'animation, qui s'appuie sur une réelle capacité d'ingénierie à différents niveaux et d'un investissement fort de la Ville de Strasbourg.

Le service santé de la Ville porte directement des actions, avec des référents identifiés CLS, il développe le partenariat, coordonne les dispositifs et communique sur ce qui est fait. Au cours de la contractualisation, le poste de coordination CLS a fusionné avec celui des Ateliers Santé Ville (ASV), permettant plus de cohérence entre ces deux dispositifs. L'ASV est un « laboratoire » qui porte des projets innovants à l'échelle de quartiers prioritaires, un travail qui peut donc s'articuler avec le CLS, l'alimenter, mais sans en dépendre.

A travers les ASV, la coordination du CLS se décline et infuse dans les quartiers prioritaires via les Ateliers Territoriaux des Partenaires (ATP), où des chargés de mission référents animent des réseaux d'habitants, de partenaires, d'associatifs et d'institutionnels au sein d'un quartier. Leur rôle est de faciliter des dynamiques territoriales et faire l'interface entre le terrain et les services spécialisés de la Ville, dont le service santé lorsqu'une problématique de santé émerge du terrain. Le CLS n'est pas ressenti comme cadre « rigide », c'est un référentiel adaptable dans la manière d'interagir avec le terrain.

Sur le terrain, les acteurs rencontrés reconnaissent ainsi la plus-value de pouvoir **s'adresser à des interlocuteurs privilégiés et lisibles à différents niveaux (quartiers, service santé Ville, partenaires institutionnels)**, et solliciter ponctuellement ces ressources pour faire remonter des besoins, des idées de projets, se faire accompagner au titre du CLS. Les instances ATP santé sont également jugées pertinentes pour faciliter les échanges avec les partenaires, et d'impulser des dynamiques autour des questions de santé à l'échelle d'un quartier.

Au niveau de l'Eurométropole, l'ingénierie du CLS a été renforcée avec la création d'un poste dédié au suivi et pilotage de l'axe santé-environnement. Ce poste a été important pour proposer un suivi méthodologique aux porteurs d'action, les aider à cadrer et structurer leurs projets et les mettre en lien avec d'autres actions, acteurs.

Ce travail de mise en cohérence et de coordination occupe aussi une place importante dans les actions étudiées. Les acteurs développent le travail partenarial et les liens avec d'autres fiches actions.




Par exemple, le CLS encourage la dynamique des CLSM, qui participent à structurer la santé mentale sur un territoire et proposent des espaces de concertation et coordination entre différents acteurs qui n'interviennent pas dans les mêmes domaines (les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants, les professionnels du territoire) pour travailler ensemble sur des problématiques de santé mentale. (Extrait synthèse d'entretien)


Plus globalement, par ce travail de coordination et de cohérence à différents niveaux et ces espaces de rencontre, **le CLS a favorisé l'interconnaissance entre les acteurs**. Les dispositifs existants et les rôles de chacun sont mieux connus et compris. Les acteurs estiment avoir des échanges plus réguliers, être mieux identifiés ou sollicités, « *tout le monde travaille dans le même sens* » (extrait entretien acteur). Ce constat est également largement ressorti dans les entretiens collectifs réalisés dans les ATP, notamment dans celui de Neuhof (2020).

FAVORISER LA CULTURE COMMUNE ENTRE ACTEURS DE TERRAIN PAR DES FORMATIONS ET PRATIQUES PLURIPROFESSIONNELLES

De plus, certaines actions inscrites au CLS favorisent **le développement d'une culture commune entre acteurs du territoire, en développant des formations et en favorisant des pratiques coordonnées et pluriprofessionnelles**. Ces procédés participent au fait que les professionnels du territoire aient un discours commun et cohérent sur des problématiques de santé et sur les dispositifs existants, ce qui est d'autant plus important face à des publics vulnérables. Ces formations ou rencontres favorisent aussi des réflexions collectives et du partage d'expérience sur des problématiques rencontrées.



Exemple Strasbourg : Les MUS mettent en place des formations communes, accueillent des stagiaires, internes et externes en médecine et organisent des espaces d'échanges entre professionnels en interne, mais aussi avec d'autres partenaires. Les temps communs entre professionnels permettent de mieux connaître le rôle/métier de chacun, et de croiser les regards sur les situations de soins pour une prise en charge plus collective des patients (notamment pour les situations « lourdes », « complexes »). Leur configuration favorise ainsi le développement de pratiques pluriprofessionnelles, complémentaires et coordonnées entre professionnels, mais aussi le travail collectif sur des solutions, outils pour répondre aux besoins et problématiques identifiées dans le parcours des patients. (Analyse documentaire et synthèse entretiens acteurs)



Exemple Eurométropole : Le SLM67 intervient sur une action en collaboration avec le laboratoire d'entomologie médicale, sur le potentiel de colonisation du moustique tigre dans différents ouvrages fixes. Dans le cadre de cette action inscrite au CLS, ils ont travaillé avec l'Eurométropole de Strasbourg, et ont formé les agents des services « voiries, assainissement, jardins familiaux » sur ces problématiques, ils ont également été contactés par d'autres communes pour former les agents municipaux (notamment à Souffelweyersheim). (Extrait synthèse d'entretien acteur)

2. Des points de vigilance dans l'approche culture commune

UN MANQUE DE LISIBILITE SUR L'OUTIL CLS

Cependant, l'évaluation a aussi mis en évidence **un manque de lisibilité et de connaissance sur l'outil et les enjeux du CLS**. Les partenaires et les acteurs de terrain n'ont pas nécessairement une lisibilité et une compréhension suffisante de l'outil CLS, la manière dont il peut être mobilisé et des partenaires qu'il est possible de solliciter dans ce cadre.

Certains porteurs d'action estiment aussi être peu sollicités et/ou avoir peu d'éléments de suivi ou bilan dans le cadre CLS, et souhaiteraient être associés à des points d'étapes.



Ce manque de lisibilité est également ressorti **dans les entretiens avec les chargés de mission ATP, pour lesquels le Service Santé de la Ville en tant que ressource est bien identifié, mais avec une visibilité plus partielle du document socle qu'est le CLS et sur lequel certaines dynamiques et orientations s'appuient.** Ils font le lien avec le service santé lorsqu'une thématique de santé émerge lors des ATP, mais la dimension CLS n'est pas présente à cette échelle. Le CLS peut être considéré comme un outil « abstrait », et son fonctionnement et ses enjeux sont souvent peu connus, « *Le travail avec le CLS, c'est le lien que l'on fait avec le service santé* » (extrait entretien acteur). L'articulation entre les différents dispositifs CLS, ASV et ATP ajoute de la cohérence et évite le saupoudrage des financements, mais peut faire perdre de la visibilité et compréhension sur l'outil CLS en tant que tel.

Ces constats **réinterrogent le statut qu'on souhaite donner à l'outil CLS, et sa stratégie de communication auprès des agents et acteurs de terrain** selon leur niveau d'intervention : auprès de qui et à quel niveau est-il pertinent d'informer davantage sur le CLS ?

RENFORCER UNE CULTURE COMMUNE SUR LES STRATEGIES ET MODALITES D'ACTION POUR REDUIRE LES ITSS

De plus, **une culture commune entre professionnels du territoire sur les connaissances et les modalités d'action pour réduire les ITSS pourrait être renforcée.** Certains porteurs d'action et acteurs de terrain ont été accompagnés par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et des informations sont transmises régulièrement sur ces thématiques (offres existantes, thématiques spécifiques), mais il n'y a pas de formation, outils ou groupe de travail qui portent spécifiquement sur les questions des ITSS. Les ressources existantes gagneraient à être davantage mobilisées afin de mieux sensibiliser et outiller les acteurs de terrain aux stratégies pour réduire les ITSS.

De la même manière, au niveau technique, il existe un outil de suivi global des actions inscrites au CLS, mais celui-ci reste assez peu approprié et renseigné. Il pourrait être retravaillé avec l'ensemble des signataires du CLS, pour un suivi commun et harmonisé, permettant une vision globale de l'évolution des actions. **Les stratégies pour réduire les ITSS pourraient être ainsi mieux pris en compte dans le suivi global des actions** (ex : déterminants ciblés par action).

ALLER PLUS LOIN DANS L'HARMONISATION DES DOSSIERS DE FINANCEMENTS ET DE BILANS ?

Des porteurs d'actions doivent **reconduire des demandes de financement de manière annuelle**, ce qui implique une grande charge de travail administratif, et des délais de réponse et d'instruction parfois importants avant d'obtenir des financements. Ces éléments **participent à précariser ces structures**, et entraînent des difficultés à penser et pérenniser des actions sur plusieurs années, « *on est toujours à essayer de trouver des moyens pour continuer ce qu'on fait déjà, à essayer de maintenir l'existant... et ce temps-là on ne peut pas le consacrer au développement de nouveaux projets, à la consolidation d'actions...* ». (Extrait entretien acteur).

Au cours de la contractualisation, un comité partenarial d'instruction a été constitué et un travail d'harmonisation a été fait pour mettre en place des demandes de financement communes sur des appels à projets, notamment sur l'axe nutrition. Mais même si ce travail a été facilitant, **l'effort d'harmonisation pourrait être renforcé**, les demandes uniques ne concernent pas tous les financeurs, et les porteurs d'actions doivent encore faire des bilans différenciés.

IV. Les stratégies sur le terrain pour réduire les ITSS : proximité et universalisme proportionné

Enfin, pour réduire les ITSS, la question des publics qui bénéficient des actions est fondamentale, mais aussi leur participation et la place qu'ils occupent au sein de ces dispositifs. La quasi-totalité des actions inscrites au CLS sont en direction de publics vulnérables, éloignés des systèmes de santé.


On interroge ici les publics touchés, les stratégies pour y parvenir et l'implication des habitants au sein des actions et plus globalement dans la démarche d'élaboration et de mise en œuvre du CLS.

1. Le CLS s'inscrit dans une approche de proximité et, dans une certaine mesure, dans une logique d'universalisme proportionné

STRATEGIES ET LOGIQUE D'UNIVERSALISME PROPORTIONNE

Dans la littérature internationale, la stratégie considérée comme la plus efficace pour réduire les ITSS est d'agir sur l'ensemble du gradient social, et non exclusivement sur les populations les plus défavorisées. On parle dans ces cas-là d'universalisme proportionné au sens où « *pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale* » (Marmot, 2010).

Le CLS s'inscrit, dans une certaine mesure, dans cette logique d'universalisme proportionné au sens où, la démarche CLS porte sur l'ensemble des habitants du territoire strasbourgeois ou Eurométropole (pour les communes signataires) mais les actions inscrites au CLS sont majoritairement conçues de manière à faciliter l'accès aux populations vulnérables, en direction d'un « *public ASV* ».



Exemple : Le travail de la MUS Cité de l'III consiste à faire en sorte qu'il n'y ait pas de « *perte de chance* », et d'offrir la même qualité dans la réponse au besoin que si le patient avait le choix d'aller autre part. « *La réduction des ITSS ce n'est pas travailler pour les pauvres, c'est d'avoir une réponse qui convienne à tout le monde, dont aux pauvres ! Par la force des choses on attire des pauvres, mais ce n'est pas notre marque de fabrique, notre marque de fabrique c'est la qualité !* ». « *La MUS a été créée car nous avons ce public, plus fatiguant, avec plus de besoins... et être une MUS nous arme davantage pour les soigner comme s'ils n'étaient pas spécifiques... On sait accueillir ce public-là !* ». La MUS est implantée à Cité de l'III (quartier QPV), mais il y a une réflexion sur les liens et ouvertures avec le quartier plus aisé de la Robertsau, afin de garder les spécificités du quartier d'implantation sans pour autant l'enclaver. (Extrait synthèse d'entretien acteur)

Dans les actions étudiées, la logique de l'universalisme est souvent présente et plus ou moins opérationnalisée. A des degrés différents, des **stratégies sont mises en place afin de travailler l'accessibilité du dispositif et prendre en compte les spécificités des publics les plus vulnérables.**



Exemple : le dispositif SSSO a mis en place en 2015 un fonctionnement par tarification solidaire. Autrement dit, la première année est gratuite pour tous les bénéficiaires, et pour la deuxième et troisième année, une participation financière est déterminée sur la base du quotient familial des bénéficiaires. Le calcul fondé sur le quotient familial est réparti en trois tranches (inférieur à 920 euros, entre 921 euros et 1540 euros, et supérieur à 1540 euros) pour une participation financière respective de 20, 50 ou 100 euros. L'aspect financier n'est donc pas un frein dans l'adhésion et la poursuite du dispositif, puisqu'en 2019 seulement 3 personnes sur 366 ont quitté le dispositif en justifiant un motif financier. De plus, le dispositif arrive à toucher un public à faibles revenus, puisqu'en 2019, 47% des personnes qui participent financièrement au dispositif bénéficient des minima sociaux. Depuis 2012, le dispositif semble tendre vers l'inclusion de plus en plus de personnes sans activité professionnelle, et 70% des personnes incluses ont déclaré ne pas avoir d'activité professionnelle (sans emploi, arrêt/invalidité, étudiant, retraité) en 2019. (Rapports d'activité 2016 et 2019).



Exemple : Chaque MUS a développé des stratégies pour faciliter l'accès aux soins, parmi elles : la proximité géographique (implantation dans un QPV), la généralisation du tiers-payant, l'exercice en secteur un (ne pas facturer d'honoraires supplémentaires), le recours à l'interprétariat (appui du dispositif mis en place par l'URPS et de l'expérimentation de Migration Santé Alsace pour les paramédicaux), la mise en place de consultations non programmées en médecine générale et de consultations gratuites de professionnels non pris en charge par la sécurité sociale. La MUS de HautePierre a mis en place un protocole pour les personnes primo-arrivantes afin qu'il y ait un passage systématique auprès de la médiatrice (problématiques de droits, logements, de soins, réussir à savoir ce qui a été fait en termes de vaccins, etc.). (Extrait synthèse d'entretiens acteurs)

MOBILISATION ET PARTICIPATION DES HABITANTS

De plus, le CLS offre un cadre pérenne dans lequel les modalités d'actions évoluent au regard des réalités du terrain. **Le CLS s'inscrit dans une démarche de proximité avec les habitants**, les actions étudiées s'adaptent aux attentes du public et se structurent au regard des besoins exprimés. **La mobilisation et la participation des habitants dans les dispositifs sont recherchées et travaillées** afin de redonner de la capacité d'agir aux bénéficiaires.



Exemple : Dans le dispositif PRECCOSS, les membres de l'équipe cherchent à impliquer et faire participer les enfants, les parents, voire toute la fratrie, pour favoriser des dynamiques familiales dans la construction et la mise en œuvre du parcours de l'enfant. Suite à la réalisation d'un bilan éducatif, les enfants, les familles et les professionnels de santé co-construisent ensemble un programme personnalisé, qui pourra évoluer chaque année et être adapté au regard des besoins et attentes de chacun (Rapport d'activité 2016-2019). Des bénéficiaires du dispositif sont également associés aux réflexions dans les comités techniques et pilotage de l'action. (Extrait synthèse d'entretien)



Autre exemple : l'association ATMO décline dix actions dans le cadre du CLS Eurométropole, la participation des habitants est recherchée pour certaines d'entre elles. Par exemple, le dispositif Pollin'air a pour but d'informer et prévenir les allergies aux pollens. Il est possible de participer à cette action en tant que « sentinelle du pollen » en rejoignant bénévolement un réseau de botanistes professionnels et amateurs pour observer les plantes allergisantes du territoire. Ce dispositif est présenté à des établissements scolaires, sociaux et médico-sociaux, qui le propose ensuite comme une activité « citoyenne » auprès des personnes. Cette activité est généralement très bien perçue et valorisante socialement, notamment dans les maisons de retraite « *il y a un sentiment de participation, d'être utile* ». Dans le cadre du CLS, ATMO a aussi développé plusieurs outils de communication innovants et adaptés selon les publics (ex : création d'un *escape game* sur la qualité de l'air). (Extrait synthèse d'entretien acteur)



Autre exemple : Les ateliers de santé publique des MUS sont élaborés de manière à s'appuyer sur les savoir-faire et savoir-être des participants pour leur redonner de la capacité d'agir. De manière générale, la mobilisation des habitants aux actions est jugée plus dynamique, « *ils s'en emparent de plus en plus* », certains bénéficiaires co-animent des actions et participent aux réunions de pilotage.

Une nouvelle action « la santé ça vous parle » a été mise en place à l'échelle des trois MUS. Cette action permet à des « habitants relais » de participer davantage à la vie des structures et à la construction et l'animation des actions. Ils sont notamment chargés de recueillir la parole d'autres habitants du quartier à partir de deux questions « *qu'est-ce qui vous rend malade ? qu'est-ce qui vous fait aller mieux* », et facilite ainsi le lien et les rencontres avec les équipes de santé. L'objectif est aussi de recueillir directement le témoignage de ces habitants sur leurs besoins, d'alimenter les diagnostics et pouvoir transmettre directement cette parole aux partenaires, notamment ceux du CLS. (Extrait synthèse d'entretiens acteurs).

2. Des points de vigilance

DONNER UNE REELLE PLACE A L'APPROCHE DE L'UNIVERSALISME PROPORTIONNE ET A LA LOGIQUE DE GRADIENT SOCIAL

Cependant, **même si la logique de l'universalisme proportionné est présente, elle ne trouve pas une réelle place dans la stratégie globale du CLS**. Cette approche reste encore peu abordée dans le cadre CLS, ni réellement construite ou théorisée. Les co-pilotes peinent à avoir une vision globale et territoriale des actions ce qui ne permet pas de garantir une équité entre territoires : certains quartiers peuvent être moins investis que d'autres, notamment du fait qu'il y ait moins d'acteurs sur lesquels s'appuyer.

La notion de gradient social est également peu présente dans la réflexion et la mise en œuvre des actions, les réflexions portent le plus souvent sur les territoires QPV ou non QPV. La déclinaison de l'outil CLS dans les ATP tend également à concentrer les actions sur des quartiers prioritaires, sans prendre suffisamment en compte les fragilités des autres quartiers dans une logique de gradient social.



RENFORCER L'APPROCHE PARTICIPATIVE ET COMMUNAUTAIRE

De plus, même si la volonté de faire participer les habitants est présente dans les actions, les acteurs expriment encore souvent des difficultés à ce niveau. **Lors des entretiens collectifs dans les ATP de quartier, et avec les chargées de mission référents, la difficulté à mobiliser les habitants sur des problématiques de santé est largement ressortie.** « *La santé est l'une des thématiques où approcher le public est le plus difficile* » et les acteurs ont exprimé des difficultés à toucher « *ceux qui seraient les plus concernés* ». (Extrait synthèse d'entretiens acteurs).

Les deux co-pilotes s'accordent également à dire que l'approche participative dans les actions et plus globalement dans la démarche d'élaboration et mise en œuvre du CLS reste insuffisante. Le souhait est partagé de renforcer l'approche communautaire et participative du CLS afin de mieux impliquer les professionnels de santé, les associations de quartier et les habitants, « *travailler les actions avec eux et pas seulement pour eux* ».

Un travail sur les techniques d'animation et les démarches d'aller vers semble donc à renforcer pour impliquer davantage les habitants et favoriser l'appropriation des messages et information sur la prévention et promotion de la santé.

V. Synthèse :

Le CLS et l'objectif de réduction des ITSS sont portés politiquement par l'ARS, la Ville et l'ensemble des signataires. En offrant un cadre commun suffisamment souple et des espaces de coopération, le CLS a favorisé une dynamique collaborative et renforcé un partenariat autour de la santé. Il a ainsi participé à organiser sur le territoire un projet commun et cohérent en matière de santé et une prise en compte des questions des ITSS. Néanmoins, l'évaluation a mis en évidence des points de vigilance : des besoins de clarifier les rôles de chacun pour permettre une gouvernance plus partagée et des évolutions au cours du CLS à prendre en compte (place de la Maison Sport-Santé, liens entre le CLS EMS et les autres communes de l'Eurométropole).

Sur le terrain, le cadre donné par le CLS a favorisé de nouvelles ressources de santé sur le territoire et des actions visant les déterminants de santé liés aux modes de vie des gens et au système de santé. Il a également soutenu des dispositifs pluridisciplinaires, en accord avec une attention globale à la santé, et au niveau de l'Eurométropole, le CLS EMS a soutenu une dynamique santé-environnementale. Le CLS est aussi reconnu comme un outil de mobilisation transversale qui facilite le développement de partenariats intersectoriels, stratégiques et des engagements collectifs sur des problématiques de santé. Néanmoins, des points de vigilance et des questionnements ont été mis en avant pour élargir les déterminants de santé au niveau des actions (prises en compte de déterminants spécifiques aux publics vulnérables, actions innovantes) et au niveau du cadre CLS (signataires, travail de transversalité, articulation avec d'autres dispositifs).

De plus, des outils de diagnostic, observation et recherches mis en place ou favorisés par le cadre CLS ont permis d'améliorer la connaissance sur les ITSS et la coordination globale des actions. Le CLS a également facilité la coordination et l'animation à différents niveaux (Eurométropole, Ville, quartier, partenaires institutionnels), par sa capacité d'ingénierie et son articulation avec d'autres dispositifs et a favorisé l'interconnaissance professionnelle entre acteurs. Des actions inscrites au CLS favorisent une culture commune entre acteurs en formant, outillant les professionnels du territoire et en développant des pratiques pluriprofessionnelles. Cependant des points de vigilance ont été mis en lumière sur le manque de lisibilité de l'outil CLS et de culture commune sur les stratégies et modalités d'actions pour réduire les ITSS. Des difficultés ont également été repérées sur l'instruction des dossiers de financements et bilans (reconduction annuelle, effort d'harmonisation).

Enfin, le CLS s'inscrit, dans une certaine mesure, dans une logique d'universalisme proportionné. Sur le terrain, plusieurs stratégies sont mises en place pour travailler l'accessibilité des actions et prendre en compte les spécificités des publics les plus vulnérables. Les actions s'inscrivent également dans une approche de proximité avec les habitants, et leur participation est recherchée et travaillée. Néanmoins, l'approche de l'universalisme proportionné reste encore limitée et n'a pas une réelle place dans la stratégie globale du CLS. En effet, la notion de gradient social est peu présente, et le CLS tend à se concentrer uniquement sur les quartiers prioritaires. L'évaluation a aussi mis en avant des besoins et des souhaits à renforcer l'approche participative et communautaire du CLS.



PROPOSITION DE PISTES DE TRAVAIL

Plusieurs enjeux sont ainsi soulevés, les résultats de l'évaluation et les échanges en comité technique (mars 2021) ont permis d'identifier des pistes de travail à approfondir. Ces pistes ne constituent qu'une première ébauche, leur pertinence devra être analysée et elles ne prétendent pas à l'exhaustivité. Il appartient aux comités techniques et de pilotage de s'en saisir et de les amender et compléter en vue de la troisième contractualisation.

I. Enjeu de consolider les stratégies et renforcer une culture commune pour réduire les ITSS

PISTES DE TRAVAIL 1	CONSOLIDER LES STRATEGIES POUR REDUIRE LES ITSS
<p>Orientations et pistes d'action à explorer</p>	<p>Les actions inscrites au CLS et étudiées dans le cadre de l'évaluation mettent en œuvre différentes stratégies pour réduire les ITSS. Ces stratégies sont à soutenir et à consolider :</p> <p>1/ Soutenir des actions qui s'inscrivent dans une approche globale de la santé</p> <p>Des actions inscrites au CLS favorisent des accompagnements pluridisciplinaires et multidimensionnels de la personne, en accord avec une approche globale de la santé. Cependant, l'évaluation a aussi montré que de tels accompagnements n'étaient pas toujours suffisamment reconnus et/ou traduits dans les modes de financements. Ces dispositifs ou initiatives sont donc à soutenir davantage, voire à renforcer.</p> <p>En ce sens, la création de la Maison Sport Santé, portée par un Groupement d'Intérêt Public (GIP), a permis de formaliser un réseau territorial strasbourgeois de prévention en nutrition à tous les âges de la vie. L'articulation des dispositifs PRECCOSS et SSSO dans ce cadre et l'évolution de SSSO vers une prise en charge plus globale et pluridisciplinaire des personnes sont donc à encourager.</p> <p>De la même manière, le soutien envers les Maisons Urbaines de Santé pourrait être plus engagé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur leur projet immobilier : le CLS soutient déjà les MUS sur leur projet d'extension de leurs locaux, via la convention cadre qui a vocation à donner un cadre et aboutir à un modèle économique viable entre les MUS, les financeurs et les bailleurs. Cependant, les projets immobiliers peinent encore à se concrétiser pour les MUS de Neuhof et HautePierre et/ou ne sont pas toujours suffisamment adaptés aux besoins. - Sur leur modèle économique : la MUS Cité de l'III n'a pas de médiateur, et pour les MUS Neuhof et HautePierre, ce sont des postes qui restent fragiles, précaires, et ne permettent pas toujours de faire face aux demandes des usagers. De la même manière, la MUS de Neuhof n'a pas d'accueil commun

de santé, ne lui permettant pas de faire un travail d'accueil, d'écoute, de compréhension des demandes et d'orientation.

2/ Favoriser des actions innovantes et réfléchir à des moyens pour pérenniser les actions qui se sont révélées pertinentes

Les CLS de première, comme de deuxième génération ont été des lieux d'innovation. Toutefois, si le CLS a permis de soutenir et financer des actions innovantes, il a des difficultés à pérenniser ces expérimentations, à trouver des financements sur le long-terme et les convertir en dispositifs de droit commun. Une réflexion plus approfondie est donc à mener sur cet enjeu : comment accompagner et pérenniser les actions innovantes ? Comment conserver leurs spécificités, notamment leurs caractères multidimensionnels et globalisants, dans les modes de financement ?

De plus, une idée a émergé lors d'un entretien : favoriser l'innovation dans le champ de la santé mentale, et positionner le CLSM comme un laboratoire d'expérimentation en lui donnant les moyens adéquats.

3/ Donner une réelle place à la logique de l'universalisme proportionné

L'approche de l'universalisme proportionné est présente et opérationnalisée dans les actions, à différents degrés, par des stratégies qui visent à faciliter l'accessibilité des dispositifs en direction des publics vulnérables.

Néanmoins, la logique d'universalisme proportionné et la notion de gradient social mériteraient d'avoir des places plus importantes dans la stratégie globale du CLS afin de donner plus à ceux qui en ont le plus besoin, et ce de manière proportionnelle à leur défaveur sociale.



PISTES DE TRAVAIL 2	RENFORCER LA CULTURE COMMUNE ET DES CONNAISSANCES PARTAGEES SUR LES ITSS
<p>Orientations et pistes d'action à explorer</p>	<p>1/ Poursuivre et nourrir les travaux de diagnostics, observations, recherches</p> <p>Les outils de diagnostics et d'observations sont évalués positivement aussi bien par les co-pilotes que par les porteurs d'action. Ces outils et travaux doivent continuer à être nourris, actualisés et valorisés afin que chacun puisse se les approprier, agir à son niveau et/ou réorienter les actions en fonction des besoins repérés.</p> <p>2/ Mieux suivre collectivement les actions inscrites au CLS et prendre en compte les territoires et les modalités d'action/déterminants ciblés</p> <p>A ce jour, un outil de suivi existe, mais il reste peu approprié et renseigné, et ne permet donc pas de suivre les actions au cours de la contractualisation : savoir lesquelles ont été mises en place, lesquelles n'ont pas abouties etc. L'outil de suivi devrait donc être retravaillé avec l'ensemble des signataires et adapté aux échanges d'information entre les différents niveaux (pilotage et portage), afin d'avoir une vision globale et commune de l'évolution des actions.</p> <p>De plus, dans une logique de réduction des ITSS, deux paramètres sont importants à prendre en compte dans le suivi des actions : le territoire où se situe l'action et les modalités d'actions / déterminants ciblés. Ce suivi faciliterait la coordination et la réorientation des actions selon une logique de gradient social (quels sont les territoires plus ou moins investis ?) et selon une logique de déterminants de santé (sur quoi on agit ? et comment ?) ; deux éléments indispensables dans la réduction des ITSS.</p> <p>En ce sens, la grille d'analyse utilisée dans le cadre de l'évaluation (catégorisation des modalités d'actions et déterminants ciblés par action) pourrait être transformée en outil d'analyse et de suivi des actions.</p>
	<p>3/ Renforcer une culture commune sur les modalités d'actions pour réduire les ITSS</p> <p>Sur le terrain, l'accès aux ressources existantes (accompagnement IREPS, informations, diplôme universitaire sur la promotion de la santé...etc) serait à faciliter, optimiser, voire à renforcer afin de mieux sensibiliser, et former les acteurs de terrain aux modalités d'actions pour réduire les ITSS et favoriser ainsi une culture commune autour de ces questions (causes des ITSS, l'approche globale de la santé, les déterminants de santé, etc.).</p> <p>Plus particulièrement, des difficultés à mobiliser des publics vulnérables sur des thématiques de santé ont été mises en avant lors des entretiens réalisés avec les acteurs. Des outils spécifiques à ces problématiques et des formations aux techniques d'animation, mobilisation et/ou au travail d'aller-vers seraient donc à promouvoir ou concevoir.</p> <p>Au niveau technique, la culture commune sur la réduction des ITSS est aussi à poursuivre dans le processus d'élaboration et de suivi des fiches-actions. Les réflexions collectives sur l'opérationnalisation de l'objectif de réduction des ITSS entre financeurs, porteurs d'action et professionnels de terrain sont à favoriser, et ainsi assurer la prise en compte d'éléments tels que la santé globale (les déterminants ciblés), l'universalisme proportionnée (les publics touchés), la coordination entre acteurs etc dans ces réflexions.</p>

II. Enjeu d'améliorer la gouvernance et d'élargir le cadre CLS

PISTES DE TRAVAIL 1	POURSUIVRE ET RENFORCER LA DYNAMIQUE PARTENARIALE DU CLS
<p>Orientations et pistes d'action à explorer</p>	<p>Le CLS est un outil partenarial important qui a permis une dynamique commune entre partenaires et un travail collectif autour d'un projet d'actions, cohérent et stratégique en matière de santé.</p> <p>L'évaluation a néanmoins identifié des pistes d'amélioration pour renforcer ce travail collectif dans le cadre du CLS :</p> <p>1/ Renforcer et/ou investir davantage certains liens partenariaux et re-solliciter des signataires sur des actions en lien avec leur champ de compétence</p> <p>Dans la dynamique partenariale, globalement bonne et efficace, certains liens avec des signataires ont été moins investis que d'autres, et au cours de la contractualisation, le passage à l'échelle Grand Est a également pu déstabiliser certaines relations (redimensionnement territorial, modifications dans stratégies d'actions).</p> <p>Les co-pilotes pourraient engager une réflexion sur les liens avec des signataires du CLS qu'ils seraient pertinents de développer davantage ; puis un travail partenarial avec eux pour les re-solliciter sur des projets et/ou financements en lien avec leur champ de compétence et réétudier leur place dans des actions pour la prochaine contractualisation.</p> <p>2/ Aller plus loin dans l'instruction commune entre signataires</p> <p>Un comité d'instruction partenarial a été mis en place au cours de la contractualisation, avec des efforts d'harmonisation dans les demandes de financements/bilans, mais les acteurs de terrain, et notamment ceux de petites structures, ont encore des difficultés à répondre aux appels à projets. La démarche reste lourde et chronophage, elle demande une charge de travail administratif importante et peut avoir un effet démobilisateur.</p> <p>Il y aurait donc un enjeu à simplifier les démarches d'appels à projets, avec un travail collectif entre financeurs afin d'aller plus loin dans l'instruction commune et proposer des dossiers de financements et bilans communs aux opérateurs.</p> <p>La temporalité des appels à projet serait peut-être également à rediscuter. Les délais entre la réponse à un appel à projet et l'obtention des financements sont parfois long et peuvent mettre les acteurs en difficultés. Le financement annuel d'une action peut aussi avoir des effets délétères : une année est insuffisante pour agir en profondeur sur les comportements/déterminants et le travail administratif pour reconduire annuellement un projet est important. L'enjeu du CLS serait-il de prioriser des actions et d'engager les partenaires sur une durée plus longue qu'une année ?</p>

PISTES DE TRAVAIL 2	ELARGIR ET RENFORCER LE CADRE CLS
<p>Orientations et pistes d'action à explorer</p>	<p>Au cours de la contractualisation, d'autres dispositifs ou démarches ont émergé sur le territoire, qu'il convient donc d'articuler de manière cohérente avec l'outil CLS. Par ailleurs, pour réduire les ITSS, il est nécessaire d'agir sur la santé au sens global, c'est-à-dire, prendre en compte les divers déterminants de santé. Ces réflexions réinterrogent donc le cadre CLS et les acteurs à y intégrer :</p> <p>1/ Travailler l'adhésion et la capacité d'ingénierie des autres communes au CLS Eurométropole et clarifier les liens entre les deux déclinaisons CLS</p> <p>Actuellement, seules les communes de Strasbourg, Schiltigheim et Illkirch sont signataires du CLS Eurométropole. Un travail semble donc nécessaire pour identifier, solliciter et intégrer d'autres communes de l'Eurométropole à la prochaine démarche de contractualisation.</p> <p>Cependant, l'intégration de nouvelles communes au CLS Eurométropole implique aussi des besoins d'accompagnement et de coordination qu'il sera important de prendre en compte. En effet, il est nécessaire que les communes signataires se dotent d'une capacité d'ingénierie suffisante pour le bon fonctionnement et utilisation de l'outil CLS.</p> <p>De la même manière, les liens et notamment la coordination entre les deux déclinaisons de l'outil CLS sur Strasbourg et sur l'Eurométropole (pour les communes signataires) est à reclarifier. En effet, le service santé de la Ville et Eurométropole de Strasbourg a un pouvoir d'action sur la Ville de Strasbourg et des missions Eurométropole, mais son positionnement et son périmètre d'action auprès d'autres communes reste peu clair et parfois complexe à mettre en œuvre.</p> <p>2/ Intégrer la Maison Sport Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) aux prochaines contractualisations</p> <p>La Maison Sport Santé est un nouvel opérateur à prendre en compte dans la prochaine contractualisation de Strasbourg, ce qui demande d'actualiser certaines orientations du CLS en lien avec ses champs de compétences (ex : politique jeunesse).</p> <p>Par ailleurs, des CPTS se sont mises en place sur les territoires de Strasbourg et d'autres communes de l'Eurométropole et leurs objectifs font écho avec ceux des CLS. Il serait donc pertinent de les penser ensemble, de manière cohérente : faut-il imaginer un axe CPTS au CLS de l'Eurométropole ? Les CPTS pourraient-elles être un signataire ou correspondre à une modalité organisationnelle du CLS ?</p> <p>3/ Poursuivre le travail de transversalité interne à la Ville de Strasbourg dans une approche globale de la santé</p> <p>Par rapport à la première contractualisation, le CLS de deuxième génération est de mieux en mieux identifié, la santé est un sujet davantage « porteur » et d'autres services que celui de la santé sont impliqués dans des projets inscrits au CLS.</p> <p>Cet effort (ou ce souci) de transversalité de la santé est encourageant, mais pourrait être encore amélioré, avec un travail sur le croisement de politiques publiques, pour</p>

	<p>impliquer d'autres services afin d'insuffler des thématiques de santé dans d'autres domaines de compétences.</p> <p>Ce travail d'intersectorialité de la santé demande du temps et devrait peut-être être mieux pris en compte dans le pilotage et la coordination de l'outil CLS.</p> <p>4/ Impliquer de nouveaux signataires pour agir sur d'autres déterminants de santé ?</p> <p>Actuellement, les signataires des CLS sont surtout des acteurs qui œuvrent dans le champ sanitaire ; et l'analyse des fiches actions du CLS Strasbourg a mis en évidence les modalités d'actions et les déterminants les plus ciblés, à savoir : le renforcement de capacités individuelles et la réorientation des services de santé pour agir sur les déterminants liés aux modes de vie et aux systèmes de santé.</p> <p>Agir sur de tels déterminants est indispensable pour réduire les ITSS, mais la question de l'élargissement de la santé à d'autres dimensions (logement, emploi, social, etc) peut également se poser. Une réflexion plus approfondie devrait être menée sur les déterminants de santé dans le but de prioriser certains enjeux en lien avec la santé et identifier des acteurs à intégrer ou mieux articuler aux CLS.</p> <p>5/ Quels liens entre le CLS et la démarche Territoire de Santé de Demain (TSD) ?</p> <p>Suite à l'appel à projet lancé par l'Etat, l'Eurométropole de Strasbourg en collaboration avec le territoire du Pays de Saverne, sont labellisés « territoire d'innovation » sur la thématique « la santé de demain ». Un consortium a été mis en place, composé d'acteurs privés et publics clés de la santé, afin de sélectionner et accompagner des projets, et dans le but de développer un modèle de démarche territoriale de santé intégrée. La prévention (activité physique, nutrition), la place des usagers et l'innovation en santé sont au cœur de la démarche, et la réduction des ITSS figure parmi les objectifs. Ce consortium de 31 acteurs réunit certains partenaires du CLS (ARS Grand Est, Ville et Eurométropole de Strasbourg, Conseil départemental du Bas-Rhin, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, etc) et le projet de la Maison Sport Santé s'intègre également dans ce cadre.⁵</p> <p>Cette dimension a été peu discutée lors des entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation, pour autant les liens entre le CLS et le projet Territoire de Santé de Demain (TSD) interrogent. Le lancement de la démarche TSD est récente, et questionne donc les liens avec les dispositifs existants afin de s'appuyer dessus, sans les dénaturer. Autrement dit, comment l'outil CLS s'articule avec le programme d'innovation TSD ? Et comment rendre ces liens lisibles auprès des partenaires ?</p>
--	---

⁵https://www.strasbourg.eu/documents/976405/14334694/Dossier_de_Presse_Territoires_d-Innovation.pdf/9a530660-1cdb-9e9c-bc3b-eacac4384865?t=1609166362608
<https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2020-11/Strasbourg%2C%20la%20santé%20de%20Demain%20%28Grand%20Est%29.pdf>

PISTES DE TRAVAIL 3	CLARIFIER LES RÔLES DE CHACUN DANS LA GOUVERNANCE DU CLS
<p>Orientations et pistes d'action à explorer</p>	<p>Le CLS est porté et co-piloté politiquement et techniquement par l'ARS Grand Est et la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg. Il est aussi investi et soutenu par l'ensemble des signataires. Globalement, la gouvernance est jugée efficace et collaborative.</p> <p>L'évaluation a toutefois mis en avant des pistes de travail pour clarifier les rôles de chacun dans la gouvernance et la stratégie de communication du CLS :</p> <p>1/ Clarifier les rôles pour permettre plus de co-construction entre les signataires</p> <p>Le co-pilotage entre la DT ARS 67 et le service de santé de la ville apparaît globalement efficace, mais avec un point de vigilance sur le fait que les Directions Territoriales dans le cadre de la déclinaison de certaines politiques régionales sont dans un dialogue de gestion avec les différentes directions en charge de thématiques spécifiques. Ce dialogue interne à l'ARS peut engager des « décalages » - de temporalité et décisionnel – avec les discussions menées à l'échelon territorial. La problématique peut être posée au moment de la déclinaison de dispositifs régionaux qui peuvent entrer en « collusion » avec des dispositifs déployés au niveau local, notamment quand certains de leurs objectifs, moyens envisagés et perspectives de développement diffèrent (ex : SSSO et Prescri'mouv). Les missions et les capacités décisionnelles de chacun devraient donc être discutées et clarifier par les deux parties.</p> <p>De la même manière, la place des cosignataires pourrait être plus importante de manière à ce que la gouvernance soit davantage partagée et investie collectivement. Les discussions engagées avec le Conseil Départemental dans le cadre d'un pilotage tripartite vont déjà dans ce sens. L'intégration du Conseil Départemental dans le pilotage pourra aussi davantage ouvrir vers le champ du médico-social.</p> <p>Ces deux points réinterrogent également le niveau de représentation nécessaire des signataires afin que les discussions lors des instances de gouvernance puissent aboutir à des éléments concrets participant à la co-construction. En ce sens, le niveau décisionnel attendu et idéal serait à discuter et préciser lors de la signature des prochaines contractualisations.</p> <p>2/ Définir une stratégie de communication de l'outil CLS selon les niveaux d'implication attendus sur le terrain : porteurs d'actions, acteurs de terrain, chargés de mission ATP, habitants</p> <p>L'évaluation a montré que l'outil et les enjeux du CLS n'étaient pas toujours réellement compris ou lisibles sur le terrain. Certains porteurs d'action estiment aussi être peu sollicités dans le cadre du CLS, et avoir peu d'éléments de suivi et de bilan.</p> <p>La stratégie de communication du CLS et les principaux messages qu'on souhaite faire passer sur cet outil devraient être clarifiés et déterminés en fonction de la place et du niveau d'implication attendu de chacun : porteurs d'actions, chargés de mission ATP, acteurs de terrain, habitants.</p> <p>Autrement dit, sur quoi faut-il communiquer et à qui ? Qui doit-on impliquer et à quel moment dans le processus d'élaboration et de mis en œuvre du CLS ?</p>

BIBLIOGRAPHIE

ARS Grand Est & Strasbourg Eurométropole (2015). Contrat local de santé 2 de Strasbourg 2015-2020. 130 pages.

ARS Grand Est & Strasbourg Eurométropole (2015). Contrat local de santé 2 de l'Eurométropole 2015-2020. 105 pages.

Commission des Déterminants Sociaux de la Santé OMS (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaure l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. En ligne (consulté le 23/02/2021) :

https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

Eurométropole et Ville de Strasbourg. *Territoire de Santé de demain*. En ligne (consulté le 01/04/2021) :

https://www.strasbourg.eu/documents/976405/14334694/Dossier_de_Presse_Territoires_d-Innovation.pdf/9a530660-1cdb-9e9c-bc3b-eacac4384865?t=1609166362608

INEPS (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Santé en Action. 386 pages.

Promotion Santé Suisse (2005). *Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*. 27 pages.

Schapman-Ségalié S. (2014). *Etude sur l'impact des Contrats locaux de Santé sur les inégalités Sociales et territoriales de santé en Ile de France*. 116 pages.

Schapman-Ségalié S. & Lombrail P. (2018). *Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé*. Santé Publique, S1(HS1), p. 47-61.

Service de presse de Matignon (2019). *Territoire d'innovation 24 projets lauréats*. 34 pages.

Whitehead, M. & Dahlgren, G (1991). *What can we do about inequalities in health*. The lancet, n° 338 : p. 1059–1063.



ANNEXES

III. Grille d'analyse des fiches actions du CLS

Les représentations graphiques présentées dans ce rapport (p17 et 18) ont été réalisées à partir de la grille d'analyse et des définitions proposées par les recherches de Sophie Schapman-Segalie et Pierre Lombraïl. Voici des extraits de leur article « Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé », sur lequel ce travail s'appuie.

Vous trouverez ci-dessous la grille hiérarchisée telle qu'ils l'ont élaborée et la citation de l'ensemble des définitions des items proposées.

Grille d'analyse des fiches action :

Sur quoi veut-on agir ?	Sur quoi veut-on agir plus spécifiquement ?		
Conditions socio-économiques	Niveau de revenu		
	Niveau d'éducation		
Conditions de vie	Conditions de travail		
	Environnement physique	Air	
		Sol	
		Eau	
		Logements	Qualité de l'air intérieur, humidité, sécurité énergétique, etc.
	Accès aux ressources (hors services de santé)	Transports et aménagement du territoire	
		Logement	
		Emploi	
		Services sociaux et éducatifs	
		Alimentation	
Loisirs			
Environnement social	Autres		
	Intégration social		
	Normes et climat social		
	Empowerment de la communauté	Participation des habitants Organisation de la communauté	
Mode de vie	Acquisition des comportements favorables à la santé	Consommation d'alcool	
		Consommation de tabac	
		Addictions	
		Comportements sexuels	Prévention des IST, des grossesses
		Alimentation	
		Exercice physique	
		Autres	
	Compétences en santé	Connaissances	
		Compétences psychosociales	
		Autres compétences	Parents, patients, etc.
	Utilisation des services de santé	Recours aux soins	
Recours à la prévention			
Système de soins	Accessibilité	Géographie	Distance
		Administrative	Ouverture/ maintien des droits
		Financière	Coût des soins, coût des déplacements
		Socio-culturelle	
	Organisationnelles	Disponibilité temporelle des services, culture du staff, mécanismes adéquats d'identification et orientation, autres	
Globalité	Synergie des composantes		
	Offre de prévention		
	Prise en compte des conditions sociales		

		Respect des attentes des patients	
		Satisfaction des patients	
	Continuité	Informationnelle	
		Relationnelle	
		Clinique	
	Efficacité, sécurité		
Contexte économique et politique	Augmentation des richesses locales		
	Adaptation aux besoins des populations		
	Prise en compte des déterminants dans les politiques		
Renforcement des capacités individuelles	Information sur la santé	Réunions d'information, campagnes, etc.	
	Education à la santé	Séances individuelles, collectives, ateliers pratiques (cuisine, exercice physiques, distribution matériel de prévention, etc. y compris l'élaboration d'outils	
	Formation		
Renforcement des capacités des communautés	Mobilisation des membres de la communauté pour un engagement envers la santé	Information sur la santé	
		Ateliers	
		Participation au CLS et autres	
	Formation	Des pairs/ relais	En santé ou autres compétences (animations, gestion de projet, recherche de financement, etc.)
		Des leaders	
		Des membres de la communauté	
Appui à l'organisation de la communauté	Soutien à la mise en place de structures communautaires et groupes d'entraide	Groupe d'entraide/ associations, comités, etc.	
	Appui technique et financier aux projets émergeant de la communauté		
Amélioration des conditions de vie et de travail	Réhabilitation des lieux de vie et de travail	Quartier	
		Logement	
		Bureaux	
		Autres	
	Fourniture de biens matériels et accès privilégié aux services	Nourriture	
		Logement	
		Accès services (loisirs, transports, restauration scolaire, emploi ...)	
		Autres	
	Mise en place de nouveaux services	Marchés	
		Maison des jeunes	
		Moyens de transport	
		Pistes cyclables	
Autres			
Réorientation des services de santé	Rapprochement et adaptation des services aux population	Développement de consultations/ services hors structures de santé	Marade, équipe mobile, consultations avancées (dans foyers migrants, maison des jeunes, points jeunes, écoles, etc.)
		Mise en places de mécanismes/ structures spécifiques	Espace santé jeunes, carte santé pour jeunes/ précaires, autres
		Informations adaptées aux populations	Documents bilingue, recours à des relais, pairs
		Conseil et soutien	Soutien aux aidants, point écoute, consultation psy., etc.
		Accompagnement/ suivi social	Permanence sociale pour droits
		Aménagement des services	Changement plages horaires, aménagement espace pour PA, etc.
	Intégration des soins et coordination des équipes	Développement de la multidisciplinarité	Consultations interdisciplinaires, structures pluridisciplinaires, etc.
		Coordination/ partenariat	Groupe de travail (réunion concertation, échanges sur les pratiques), outils (cadre méthodologiques, système informatique, etc.)



		Mise en place de dispositifs intégrés	Réseau, plateforme, etc.
	Renforcement de l'offre de prévention	Renforcement des pratiques cliniques préventives	Counseling, dépistage, vaccination, médication préventive
		Bilans généraux	Bilan CPAM, autres bilans
		Sensibilisation personnel santé	
	Renforcement des capacités des professionnels et des services de santé	Sensibilisation du personnel de santé	
		Formation du personnel de santé	Formation continue, stages, etc.
		Renforcement services/ Mise en place de nouveaux services	
		Recrutement de personnel	
		Appui financier ou matériel	
Développement stratégique	Développement/ renforcement de partenariats intersectoriels	Mobilisation de nouveaux acteurs	Lobbying, plaidoyer
		Coordination des acteurs sanitaires et non sanitaires	
		Mise en place de dispositifs partenariaux	
		Formation des acteurs hors santé	
	Amélioration des connaissances	Analyse de situation	Enquêtes, répertoires, observation locale santé, etc.
		Etude de faisabilité	
		Evaluation des résultats d'actions pilotes	
		Evaluation impact sur la santé	
	Planification et mesures politiques		Arrêtés municipaux, signature chartes, intégration dans dispositifs comme « villes OMS », etc.

Définitions :

La première partie de la grille (« sur quoi veut-on agir ? Que veut-on changer ? ») inclut les déterminants des inégalités sociales de santé.

Les conditions économiques

Cette rubrique envisage les actions éventuelles sur le niveau de revenu et le niveau d'éducation des individus. Elle n'est pas détaillée car il est difficile de les modifier par une action locale.

Les conditions de vie

Les conditions de vie sont constituées par l'environnement quotidien des individus et les circonstances qui peuvent être influencées de façon immédiate par l'individu. Elles recouvrent les conditions de travail, l'environnement physique et urbain (transports, cadre de vie dans le quartier, etc.), l'accès aux ressources favorisant la santé : accès au logement décent et abordable financièrement, aux services sociaux et éducatifs (école, garde d'enfant), à l'alimentation ou aux loisirs.

L'environnement social

On entend ici, tout ce qui a trait à la cohésion, l'intégration et le soutien social, comprennent notamment le sens de la communauté et de la solidarité entre ses membres ainsi que les normes socio-culturelles et le climat social. L'environnement recouvre notamment l'empowerment des groupes et communautés, condition indispensable pour une bonne santé qui constitue en cela un objectif à part entière.

Les modes de vie

Cette notion intègre les comportements adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la santé et ceux qui sont adoptés indépendamment des conséquences pour la santé pouvant être qualifiés de comportements favorables à la santé eux-mêmes et des compétences en matière de santé au sens d'« aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé ». Est également rangé dans cette rubrique, l'utilisation des services de santé, car on peut considérer qu'elle fait appel à un certain nombre de caractéristiques individuelles qui conduisent les individus à décider de recourir ou non aux soins et à la prévention. Il s'agit notamment de leur niveau de « Health literacy ».

Le système de santé

Il s'agit de l'ensemble des services de santé qui ont pour principales fonction la prestation d'interventions préventives, curatives et palliatives, en réponse à des besoins spécifiques de santé dans leur accessibilité.

Contexte économique et politique

[...] il s'agit du contexte social, économique, politique et culturel prévalant dans l'ensemble de la société, sur le plan local comme au niveau régional et national. La plupart des leviers relatifs à cette catégorie de déterminants se trouvent au niveau national, mais le niveau local peut, à son échelle, avoir une influence sur certains de ces facteurs qu'il s'agisse du contexte macro-économique impliquant la volonté d'augmenter les richesses du territoire en attirant notamment de nouvelles ressources comme des investisseurs ou des entreprises ou des politiques publiques avec notamment la volonté politique et stratégique d'adapter les interventions aux besoins des populations, en tenant compte du gradient social.

Seconde partie : « sur quoi veut-on agir ? »

Elle porte sur les modalités d'action que les CLS sont supposés mettre en place afin de traiter les problématiques soulevées préalablement. [...]

Renforcement des capacités individuelles

[...] il s'agit de renforcer les capacités des individus afin qu'ils aient des compétences en matière de santé et puissent adopter des comportements favorables à leur santé. Les moyens envisagés sont l'information, l'éducation pour la santé et la formation des individus, qu'elle porte sur des questions de santé précises (apprentissage du secourisme par exemple), ou qu'elle vise plus largement à leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences à valoriser sur le plan professionnel.

Renforcement des capacités des groupes et communautés

On cherche à renforcer les capacités des groupes et des communautés dans le but de créer de la cohésion et du soutien social et ainsi, agir contre l'exclusion de la capacité des communautés à se mobiliser pour améliorer la santé de leurs membres.

Amélioration des conditions de vie et de travail

Il s'agit à ce niveau, de créer des environnements favorables à la santé afin de diminuer les expositions aux risques des habitants et de favoriser l'accès aux biens et services ainsi qu'à des comportements favorables à la santé. Les réponses consistent entre autres en :

- la réhabilitation des lieux de vie et de travail,
- la fourniture de biens matériels aux individus afin d'améliorer leur quotidien (tickets alimentaires), ainsi que l'accès privilégié à des services au moyen de tarifs préférentiels ou de subventions (restauration scolaire, logement, loisirs, etc.),
- la mise en place de nouveaux services, par exemple pour faciliter la pratique d'une activité physique ou l'accès à une alimentation de qualité (ex : implantation d'un marché de fruits et légumes). Ces nouveaux services ont aussi vocation à rendre moins difficile le quotidien des habitants de certains quartiers (nouvelle ligne de bus, murs antibruit, etc.) et de favoriser l'accès géographique à d'autres services et notamment les services de santé. [...] intègre également à ce niveau la mise en place de structures comme des maisons des jeunes qui favorisent à la fois le lien social dans le quartier mais aussi le contact avec des professionnels éducatifs et/ou de santé susceptibles de les orienter vers des services, si nécessaire.

Réorientation des services de santé

Ces services doivent permettre l'accès pour tous à des soins de qualité. Pour cela, ils doivent soutenir les individus et groupes dans une recherche d'une vie plus saine. [...] détaillé plus finement car cet objectif de la charte d'Ottawa fait encore l'objet d'interrogations de la part des services concernés comme de ceux, utilisateurs comme décideurs, qui ne savent pas précisément quoi en attendre.

Le rapprochement et l'adaptation des services aux populations.

Cela comprend :

- Développement de services et/ou consultations en dehors des structures de santé. Il s'agit d'aller à la rencontre des publics qui se trouvent à l'écart des circuits de soins et de proposer des services sur leurs lieux de vie ou d'activités (consultations organisées dans les foyers de



migrants, maraude, équipes mobiles ...) On inclura également les consultations ou points écoute jeunes organisés dans les écoles ou dans les maisons de jeunes.

- Mise à disposition d'informations adaptées aux populations. Cela englobe la traduction multilingue de documents, mais aussi le recours à des médiateurs culturels et issus de la communauté.
- Mise en place de dispositifs de soutien et d'accompagnement aux personnes et groupes qui en éprouvent le besoin, comme les aidants familiaux, les personnes souffrant de cancers, etc. Ceci comprend les groupes de paroles mais aussi des consultations et suivis psychologiques.
- Mis en place de mécanismes/services/structures spécifiques aux publics pouvant connaître des difficultés d'accès aux soins, notamment les jeunes ou les populations vivant dans des conditions précaires.
- Accompagnement et suivi social pour aider les personnes à naviguer au sein du système de soins peu connu et de faire valoir leurs droits.
- Aménager des services afin de prendre en compte les contraintes de certains groupes d'utilisateurs, des aménagements de matériels facilitant l'accès pour les personnes handicapées au changement de la plage horaire des services.

Intégration et coordination des soins et des équipes :

Développement de la multidisciplinarité et création de structures d'exercice pluri-professionnel.

- Mise en place de dispositifs intégrés, comme les réseaux, avec en amont l'organisation de groupes de travail, d'échanges sur les pratiques.
- Développement d'outils de travail favorisant l'intégration : cadre méthodologique, système informatique, répertoires, etc.
- Renforcement des capacités des professionnels et des services de santé au travers de formations et de sensibilisation notamment sur les ISS et sur la nécessité de travailler de manière globale et en réseau, mais aussi création/ appui aux services de santé, recrutement de personnels et appui matériel (ex : offre de local pour la permanence de médecins bénévoles, appui en médicaments, etc.)

Développement stratégique

En sus des actions correspondant aux catégories identifiées dans la première partie, et parfois pour créer leurs conditions de possibilité, une approche globale est nécessaire. Au niveau local, il s'agit de développer des partenariats intersectoriels afin d'aboutir à une action impliquant les secteurs sanitaires et non-sanitaires dans le but de lutter contre les inégalités de santé en combinant les moyens d'actions de chacun de ces secteurs au niveau de la ville ou d'une agglomération. Cela passe par des actions variées de lobbying et de plaidoyer mais également par une amélioration des connaissances sur l'intérêt des collaborations intersectorielles, notamment dans les diagnostics locaux de santé, avec une focalisation sur la problématique de l'équité en santé.

Cela comprend également les évaluations des actions en vue de leur ajustement ou de leur transfert, ainsi que les évaluations d'impact sur la santé et sur les inégalités sociales de santé.

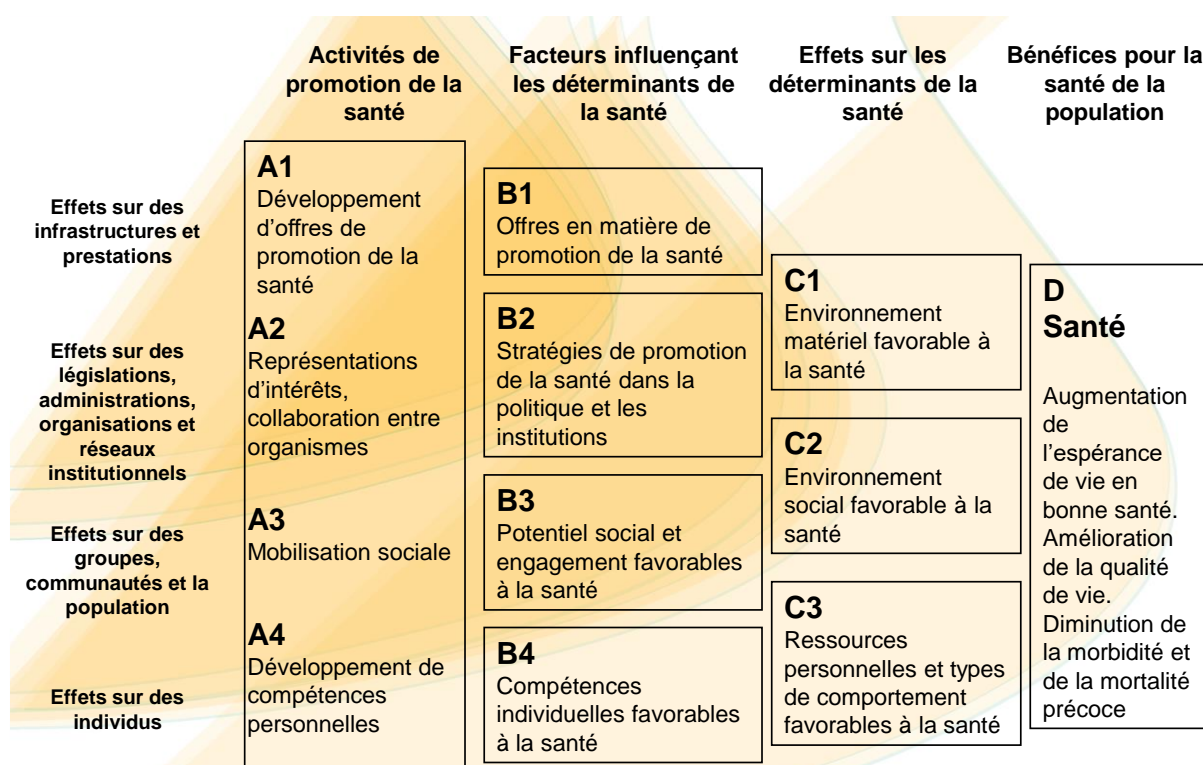
Participe aussi de ce registre les actions de planification et mesures politiques, comme les arrêtés municipaux, l'élaboration de programme et leur inscription dans des dispositifs tels que « ville santé-OMS » ou autres qui mettent un accent particulier sur la réduction des inégalités sociales de santé.

IV. Outil de catégorisation

Le modèle de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention a été développé par Promotion Santé Suisse en collaboration avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne. Il repose sur le « outcome model » du Professeur Don Nutbeam.

Ce modèle est basé sur l'hypothèse qu'une action ou programme portant sur plusieurs déterminants de santé va permettre d'atteindre les objectifs attendus en termes de résultats à long terme même si ceux-ci ne sont pas évaluables sur le court terme. Ainsi, si les interventions prévues ont atteint les résultats attendus en termes d'amélioration de plusieurs déterminants d'un problème de santé (ici la réduction des ITSS), on peut considérer avoir participé à l'amélioration du problème.

C'est un instrument d'analyse utile au développement de la qualité. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités et d'autre part avec des problèmes de santé. Il permet de déceler les interactions et l'impact des projets et des programmes.



Source : Promotion santé suisse 2005. Adapté pour la France par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), disponible sur www.inpes.sante.fr



Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est)

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1^{er} étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 11 69 80

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 67 68 69

Site internet : www.ors-ge.org – E-mail : contact@ors-ge.org