



CONTRAT LOCAL DE SANTÉ 2 2018 - 2024

CONTRAT LOCAL DE SANTE 2 DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES 2018-2024

Entre

Saint-Quentin-en-Yvelines, représentée par son Président, Monsieur Jean-Michel FOURGOUS, dûment habilité par délibération n° 2017-95 du Conseil Communautaire du 29 mai 2018,

Ci-après désigné « SQY » d'une part,

Et

L'ETAT, représenté par Monsieur Jean-Jacques BROT, Préfet des Yvelines

Ci-après désigné « l'Etat », d'autre part

Et

L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE (ARS Île-de-France), représentée par Monsieur Christophe DEVYS, Directeur général de l'Agence

Ci-après désigné « ARS-IDF », d'autre part

Et

La **CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES YVELINES** (CPAM), représentée par Monsieur Patrick NEGARET, Directeur Général

Ci-après désigné « CPAM », d'autre part

Et

Le **CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES** (CD 78), représenté par Monsieur Pierre BEDIER, Président

Ci-après désigné « CD 78 », d'autre part

Et

Le CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES (CHV), représenté par Monsieur Guillaume GIRARD,
Directeur par intérim

Ci-après désigné « CHV », d'autre part

Et

L'Institut MGEN de La Verrière (IMLV), représentée par Monsieur Fabien JUAN, Directeur
général

Ci-après désigné « IMLV », d'autre part

Et

L'HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN (HPOP), représentée par Monsieur Julien AGUILAR,
Directeur général

Ci-après désigné « HPOP », d'autre part

Et

L'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), représentée par Monsieur
Alain BUI, Président,

Agissant tant en son nom qu'au compte et pour le compte de **l'UFR des sciences de la
santé Simone Veil** (UFR SSSV) représenté par Monsieur Djillali ANNANE.

Ci-après désigné « UFR des Sciences de la Santé », d'autre part

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
L'ARTICULATION DE POLITIQUES PUBLIQUES POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	7
EVALUATION DU 1^{er} CONTRAT LOCAL DE SANTE 2011-2017	15
FOCUS SUR L'ARTICULATION ENTRE SQY ET COMMUNES DE SQY.....	17
Bilan synthétique des actions pilotes de l'IPS 2011-2017.....	19
LE DIAGNOSTIC SANTE DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES	26
LES ENJEUX CLES EN MATIERE DE SANTE SUR LE TERRITOIRE DE SQY.....	28
Focus sur le Réseau Français des Villes Santé OMS (RFVS).....	29
LES PRINCIPES D'ACTIONS PARTAGEES.....	30
ARTICULATION AVEC LES DIFFERENTS DISPOSITIFS.....	32
PERIMETRE GEOGRAPHIQUE DU CLS 2	36
Focus sur l'Institut de Promotion de la Santé (IPS)	37
LES AXES STRUCTURANTS DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2.....	39
PILOTAGE DE L'ASSOCIATION DES PARTENAIRES.....	41
LES MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU CLS 2	43
DUREE ET REVISION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2.....	43
ANNEXES	44
Synthèse des Axes, Objectifs et Actions.....	45
Les Fiches Actions Opérationnelles.....	55
Le Diagnostic santé de Saint-Quentin-En-Yvelines	72
Les indicateurs de la CPAM	105
Les indicateurs santé de l'UFR des Sciences de la santé	107
Signataires	108

PREAMBULE

Conformément à la loi « Hôpital, Patients, santé, Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009, **l'Agence Régionale de Santé** d'Ile-de-France a souhaité s'engager de façon volontariste dans la signature de Contrats Locaux de Santé avec différentes collectivités d'Ile-de-France.

Ces Contrats Locaux de Santé constituent pour l'Agence l'un des outils privilégiés pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé qui caractérisent la région.

Ce deuxième Contrat Local de Santé (CLS2) Le CLS 2 de Saint-Quentin-en-Yvelines s'inscrit dans le Projet Régional de Santé 2 (PRS 2) défini par l'Agence pour 2018-2022, ainsi que dans les plans et schémas qui en découlent (Schéma Régional de Santé 2018-2022 - SRS - et Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies 2018-2022 - PRAPS)

L'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines, engagée de longue date dans une politique locale de santé publique, voit dans le renouvellement de la signature d'un Contrat Local de Santé une opportunité de conforter et développer les actions qu'elle mène ou soutient sur le territoire, porté de manière transversale par l'Institut de Promotion de la Santé en partenariat avec les communes, institutions et associations locales.

L'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines compte 12 communes. Elle porte un Contrat de Ville intercommunal et un Atelier Santé Ville (ASV), un Plan Climat Air Energie territorial qui s'articulent avec le CLS 2.

La réforme de l'Assurance Maladie de 2004 a donné pour objectifs aux **Caisses Primaires d'Assurance Maladie** de consolider trois de ses piliers fondamentaux : l'égalité, l'accès aux soins à tous les citoyens quel que soit leur lieu de résidence sur le territoire et quels que soient leurs revenus, la qualité des soins délivrés par les professionnels de santé et la solidarité, chacun devant contribuer à l'Assurance Maladie selon ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins. C'est fort de ces objectifs que la CPAM des Yvelines s'associe à cette démarche du CLS 2.

Le CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES (CD 78), mène une politique volontariste en matière de solidarité incluant l'action sociale, l'insertion professionnelle et la prévention en matière de santé afin de répondre aux besoins des Yvelinois.

En matière de santé, la législation donne au département des missions autour des déterminants de la santé par la prise en charge directe ou indirecte de la santé des enfants,

des adolescents, des femmes enceintes, des mères, des couples, des personnes en situation de handicap, des personnes âgées, des personnes en situation de précarité et/ou d'insertion. Ces missions s'intègrent dans les orientations définies dans la Stratégie nationale 2018-2022, le PRAPS 2 et le PRS 2.

Dans ce contexte, le Département des Yvelines, au-delà de ses missions obligatoires, soutient depuis de nombreuses années l'action des communes et des acteurs associatifs en matière de développement social sur les territoires et de soutien à la parentalité.

Le conseil départemental s'associe de fait à la démarche du CLS 2 en participant au parcours de santé des personnes vulnérables.

Le Préfet des Yvelines est garant de la cohérence de l'ensemble des politiques publiques.

Le Centre hospitalier de Versailles est porteur du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT), instauré dans le cadre de la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. A ce titre, il souhaite s'associer à la démarche du CLS 2 afin de concourir au parcours de santé coordonné du patient.

L'Institut MGEN de La Verrière (IMLV), est partie prenante au Contrat Local de Santé 2 en tant qu'offreur territorial de soins afin de participer à la réduction des inégalités d'accès aux soins, d'améliorer la coordination du parcours de santé, et de renforcer la démocratie sanitaire. Partenaire de longue date de l'agglomération de Saint Quentin en Yvelines, l'établissement est inscrit dans la dynamique du GHT et des réseaux locaux.

L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien (HPOP), créé en 1975, est aujourd'hui le seul établissement MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) présent sur l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines (227 427 habitants).

Les spécialités représentées au sein de l'établissement couvrent un large champ des disciplines chirurgicales, médicales et obstétricales. Ces spécialités sont structurées en pôles. Ces pôles, centrés sur une typologie de patients, ont été envisagés dans le but de favoriser une prise en charge coordonnée et globale des patients ; ils proposent toutes les modalités de prises en charge possibles pour chaque pathologie traitée au niveau local et dans le cadre de réseaux de soins.

L'établissement joue par ailleurs un rôle décisif dans les missions de service public sur le bassin de population. En effet, l'HPOP s'est impliqué depuis de nombreuses années dans de nombreuses missions (cf. Article L6112-1 de la loi du 21 juillet 2009) telles que la permanence des soins, la formation universitaire et post-universitaire, des actions de prévention et d'éducation pour la santé (détail en annexes).

L'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil, implantée au cœur de l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines, a pour mission sociétale de promouvoir la santé des populations, en développant sur le territoire une offre de formation aux professions de santé, de qualité, en participant aux actions de prévention et d'éducation à la santé, en promouvant la recherche et l'innovation sur le territoire. Aussi, l'UFR des Sciences de la Santé souhaite jouer un rôle important dans le cadre du contrat local de santé 2.

L'ARTICULATION DE POLITIQUES PUBLIQUES POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France définit les grandes orientations de la politique de santé de la région Île-de-France dans le cadre du Projet Régional de Santé.

Le Contrat Local de Santé décline territorialement le Projet Régional de Santé, depuis la loi HPST conforté par la loi de janvier 2016, avec un objectif général de réduction des Inégalités de santé, et de renforcement de la prévention, en agissant non pas uniquement sur les soins mais sur l'ensemble des déterminants de la santé « la santé dans toutes les politiques ».

Pour l'ARS-IDF le dispositif CLS permet de prendre en compte plusieurs enjeux :

- mettre en cohérence le projet régional (PRS) de l'agence avec les politiques de santé menées par les collectivités ;
- mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé.
- consolider par contrat les partenariats locaux et inscrire la démarche dans la durée.

Le CLS, un outil souple, modulable qui établit le lien entre le PRS et les projets portés par les collectivités qui vise à :

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

Concernant les données de santé, l'ARS s'est doté d'un nouvel outil « SantéGraphie » (Système d'Information Géographique – SIG), WEB Régional de santé commun à l'ARS et à Sesan (Service numérique de santé) destiné aux acteurs de santé d'Île-de-France.

La signature d'une convention avec SQY et l'ARS pour le partage et l'utilisation de données est un objectif du présent CLS 2.

L'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines a défini la prévention et la promotion de la santé comme étant ses deux priorités. Dans cette perspective, elle a créé l'Institut de Promotion de la Santé (IPS) en 2001. C'est à la fois un équipement hébergeant vingt-trois structures dédiées, un accueil tous publics (17 000 actes d'accueil en 2017) et un service de six professionnels impliqués dans la mise en œuvre de la politique de santé de la collectivité.

Dans le prolongement de ses orientations, l'agglomération est depuis 2006 adhérente au Réseau Français « Ville santé » (RFVS) de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et membre du bureau de ce dernier depuis fin 2012. Forte de ce label, Saint-Quentin-en-Yvelines s'est engagée dans de nombreuses actions avec une approche « déterminants de la santé » en direction des habitants mais également des professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire.

Le Conseil départemental :

Pour favoriser la proximité, le Conseil départemental a créé, en lien avec ses directions centrales, 5 Territoires d'Action Départementale (TAD) pour mettre en œuvre les politiques publiques relevant de ses compétences. Le territoire d'intervention du TAD de Saint-Quentin-en-Yvelines correspond à celui des 12 communes de l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines.

Dans chaque TAD, le Pôle Santé, en lien avec les autres Pôles Enfance-Jeunesse, Social, Autonomie, Insertion et Développement participe et contribue au développement de l'Action sanitaire et sociale en :

- Assurant à la fois des activités de prévention dans le cadre de consultations, de Visites à domicile, des activités de dépistages en centre de PMI et/ou dans les écoles maternelles, d'agrément d'assistants maternels ;
- Contribuant à la protection de l'enfance par le repérage et dépistage de situations préoccupantes, par l'évaluation de compétences ;
- Contribuant à la mise en place d'actions de prévention santé en faveur des personnes en situation de handicap, des personnes âgées, des personnes en situation de précarité et/ou d'insertion.

Le Conseil Départemental propose également des outils tels que l'appel à projet Maisons de Santé, le Contrat Yvelines Territoire, l'Appel à Projet (AAP) Solidarité, ou l'AAP de la Conférence des financeurs.

Axes de travail avec le Conseil Départemental

- Co-élaboration d'un dispositif d'accompagnement psycho-social ciblant les travailleurs éloignés de l'emploi (ex : bénéficiaires du RSA), et en particulier les publics invisibles ;
- Mise à disposition d'un travailleur social pour une permanence au sein de l'IPS et/ou au sein du réseau des MSP ;
- Projets autour de l'autonomie (show-room domotique, appartements connectés, aide aux aidants, parcours de santé...) ;
- Réflexion commune et coordination autour de l'attractivité du territoire pour les Professionnels de santé et leur installation ;

- Réflexion commune autour du projet « sport/santé » : déploiement de parcours de santé en libre accès sur le territoire, partenariat dans le cadre du projet « Sport sur ordonnance » et sa déclinaison régionale « Prescri'forme » ;
- Conférence des financeurs : SQY propose de porter la coordination et le financement des projets des communes dans le cadre d'une politique de santé globale en faveur des seniors.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Yvelines (CPAM 78) :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Yvelines souhaite renforcer ses actions de prévention en s'appuyant sur une stratégie multipartenaire et en tenant compte des spécificités des territoires avec comme exigence la réduction des inégalités sociales de santé.

Axes de travail avec la CPAM des Yvelines :

- Echanger des données de santé conformément à la fiche action 1.
- Renforcer la prévention secondaire et tertiaire notamment en matière de dépistage des cancers, de lutte contre le tabagisme, de protection vaccinale et d'accompagnement aux maladies chroniques ;
- Etre en appui au dispositif « Prescri'forme » ;
- Etre en relais des actions mises en place à l'Institut de Promotion de la Santé ;
- Accompagner l'installation des offreurs de soins et le développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires en concertation avec l'ARS.

Le Centre Hospitalier de Versailles (CHV) :

Le CHV est l'établissement support du GHT et porteur à ce titre du projet médical de territoire par filières. Les établissements publics de santé du Sud des Yvelines¹, et notamment sur le territoire Saint-Quentinois, les Centres Hospitalier de Versailles et de Plaisir, ont donc à construire un Projet Médical Partagé, devant permettre d'apporter une réponse adaptée et graduée sur le territoire aux besoins de santé de la population du Sud des Yvelines. Le GHT entend co-construire cette approche avec l'ensemble des acteurs et offreurs de soins

¹ : CH Versailles, CH Rambouillet, HGMS Plaisir, CH Charcot Plaisir, CH de la Mauldre, HPR Bullion, Hôpital Houdan, HG Chevreuse, EHPAD Viroflay, EHPAD Ablis, Hôpital du Vésinet.

du territoire (autres établissements de santé, collectivités territoriales, organismes d'HAD - Hôpital à Domicile -, médecine de ville...).

Par ailleurs, et dans la continuité d'une organisation territoriale de santé mentale portée par le GCS-RPSM78, il est membre fondateur, avec le Centre Hospitalier de Plaisir et l'Institut MGEN de La Verrière (MGEN), d'une Communauté Psychiatrique de Territoire Préfiguratrice, en charge de l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale pour les Yvelines Sud.

Axes de travail avec le C.H de Versailles

- Echanges de données : indicateurs ciblés (indicateurs expérimentaux) ;
- Au sein de l'IPS, hébergement d'une antenne CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), d'une antenne CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) et de la MDA – Maison des Adolescents (désormais rattachée au CHV) au sein de l'IPS ;
- Articulation du CLS 2 avec le projet médical partagé de territoire du GHT 78 Sud ;
- Réflexion commune autour d'un projet de télémédecine dans le cadre de la filière de gériatrie ;
- Poursuite de la réflexion sur la santé mentale, en particulier sur les questions de l'accès aux soins et de l'inclusion sociale des personnes présentant une fragilité psychique, de la santé mentale des adolescents et des conduites addictives ;
- Partenariat dans le cadre du projet « Sport sur ordonnance » et sa déclinaison régionale « Prescri'forme » ;
- Centre de consultations non programmées adossé aux Urgences du CHV
- Possibilités de partenariat avec les MSP installées sur le territoire de SQY dans les domaines d'expertise spécifiques du CHV non couverts par l'HPOP et la MGEN
- Dispositif de soins partagés entre les médecins généralistes du territoire et les structures de santé mentale ;
- Lien ville hôpital et lisibilité des actions : annuaire des ressources et plateforme d'informations ; rencontres avec les libéraux (l'UFR des Sciences de la santé est intéressé pour participer à cette réflexion)

L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien (HPOP) :

L'HPOP est un établissement pluridisciplinaire de proximité au service d'un large bassin de population. La structure est fortement engagée dans les missions de service public, notamment au travers des actions de prévention, de formation des acteurs sanitaires, et

dans l'innovation des prises en charge et parcours de soins (urgences, cancérologie, maternité, maladies chroniques, réanimation...).

Ces axes font partie intégrante de la stratégie de l'établissement.

L'HPOP souhaite donc poursuivre cette démarche qui s'inscrit parfaitement dans les axes du Contrat Local de Santé 2.

Par ailleurs, l'HPOP poursuit son plan d'investissement avec notamment la réfection complète de son service d'urgences constituant la pierre angulaire de l'établissement et qui permettra assurément d'améliorer encore le service rendu à la population.

Axes de travail avec l'HPOP

- Articulation autour du projet « sport santé » : partenariat dans le cadre du projet « Sport sur ordonnance » et sa déclinaison régionale « Prescri'forme » ;
- Soutien à la permanence d'assistante sociale au sein de l'HPOP ;
- Partenariat avec l'IPS via des ateliers et tenues de stands pour des actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique, notamment sur les domaines de spécialité de l'établissement ;
- Articulation avec la MSP de Trappes en cours de création ;
- Mobilisation dans le cadre d'un CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ;
- Réflexion commune autour des projets « Innovation en santé » notamment sur les questions de télémédecine ;
- Liens privilégiés entre l'HPOP et l'offre de soins libérale => ex : consultations avancées en cabinets regroupés et/ou en MSP ;
- Mobilisation autour des parcours coordonnés de santé ;
- Mobilisation autour du parcours coordonné de formation initiale et continue des professionnels de santé et auxiliaires médicaux (stages, service sanitaire, DPC, emploi...)

➤ **L'Institut MGEN de La Verrière (IMLV) :**

L'institut MGEN de La Verrière est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), accessible à l'ensemble des assurés sociaux, proposant des soins totalement conventionnés et assumant des missions de service public.

Il intervient dans les spécialités suivantes :

- Santé mentale, adolescent, adulte et personne âgée
- Addictologie
- Médecine et soins de suite gériatriques
- Soins palliatifs
- Personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'établissement déploie une offre hospitalière et ambulatoire, avec notamment des consultations ouvertes aux habitants du territoire. L'établissement dispose également d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

L'établissement est en cours de reconstruction complète. A compter de 2020, il comptera 485 lits, 45 places d'hôpital de jour, un centre médico-psychologique et un centre de consultations.

Axes de travail avec l'IMLV

- Transmission de données pour le tableau de bord santé du territoire ;
- Partenariat avec l'IPS via des ateliers et tenues de stands pour des actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique, notamment sur les domaines de spécialité de l'établissement ;
- Mobilisation dans le cadre d'un Groupe de travail « santé et offre de soins » ;
- Faciliter le parcours de santé de publics prioritaires (réduire les inégalités sociales de santé) : la MGEN mène des activités ressources de territoire (ex : soins et réintégration professionnelle et/ou scolaire). Un travail de lien avec les associations locales est à mener ;
- Renforcer la prévention et la prise en charge des addictions ;
- Appui à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé : mise à disposition d'un bâtiment de consultation => travail de mobilisation pour développer l'accueil de praticiens de santé ;
- Organisation de formations sur les thèmes de spécialité de l'établissement ;

- Participation à des innovations dans la prise en charge des patients, notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS (parcours coordonné ville-hôpital) ;
- Mobiliser les étudiants de l'IFSI pour des actions de santé publiques, dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé.

L'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des Sciences de la Santé Simone Veil

L'UFR des sciences de la santé Simone Veil a fait le choix depuis plus de 10 ans de renforcer son rôle auprès des populations au-delà du CHU. C'est pour cela qu'elle a fait le choix de s'implanter sur la commune de Montigny-le-Bretonneux, en dehors du CHU, au cœur de la ville. Ouverte sur son territoire, elle ambitionne de contribuer à l'amélioration de la santé des populations de son territoire, en favorisant la démographie locale des professionnels de santé, en offrant aux jeunes du territoire un accès à des formations de qualité et aux professionnels installés un accès au développement professionnel continu, en développant des actions de prévention et d'éducation à la santé, en stimulant la recherche et l'innovation en santé sur le territoire.

Axes de travail avec l'UFR des Sciences de la Santé

- L'UFR des Sciences de la Santé propose de créer un hôpital virtuel dont les missions seront de :
 - Renforcer la formation initiale des étudiants en santé et offrir aux professionnels de santé exerçant au sein de la communauté d'agglomération, un accès au développement professionnel continu grâce à une plateforme de simulation haute sensibilité ;
 - Mettre à disposition des entreprises locales impliquées dans le champ de la santé un living lab pour expérimenter en condition « quasi réelle » leurs innovations, et faciliter l'émergence de nouvelles « jeunes pousses » dans le domaine de la santé digitale ;
 - Offrir à la population un accès à la prévention et à l'éducation thérapeutique par la mise à disposition de cabines de téléconsultations et de conseils en prévention et éducation thérapeutique.
- Mener une collaboration commune avec l'ensemble des partenaires concernant le déploiement local du service sanitaire ;

- Mener en collaboration une réflexion sur l'implantation et la formation continue des professionnels de santé ;
- Mettre en place un outil permettant d'assurer le soutien et la coordination des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (et des regroupements médicaux) ;
- Collaborer au projet « sport/santé » porté par SQY ;
- Mener conjointement de grandes opérations de prévention, des colloques et des manifestations ;
- Former des professionnels en pratiques avancées, notamment en oncologie, santé mentale et maladies chroniques.

Pour cela, l'UFR des Sciences de la Santé propose de mettre en place un groupe de travail santé permettant de travailler sur la continuité du parcours de soins et l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé/auxiliaires médicaux.

EVALUATION DU 1^{er} CONTRAT LOCAL DE SANTE 2011-2017

Le CLS 1 de Saint-Quentin-en-Yvelines a été le premier signé en Île-de-France, le 2 décembre 2011.

Cette démarche traduit la politique volontariste de SQY, laquelle ne s'est jamais démentie tout au long de ces six dernières années, notamment en termes d'approche novatrice de la santé (portage par une intercommunalité de la politique de santé), de sensibilisation aux déterminants de la santé, de montée en compétence des professionnels et bénévoles du territoire selon une méthodologie d'empowerment (travail en réseau, etc.).

Le CLS 1 a été élaborée autour de 5 axes :

- AXE STRATEGIQUE 1 : Améliorer l'observation de l'état socio-sanitaire de la population, la définition des besoins pour favoriser l'évaluation et l'adaptation des actions
- AXE STRATEGIQUE 2 : Fluidifier les parcours en santé mentale,
- AXE STRATEGIQUE 3 : Améliorer le parcours de santé des populations Vulnérables,
- AXE STRATEGIQUE 4 : Favoriser l'implantation et l'implication en santé publique des professionnels de santé,
- AXE STRATEGIQUE 5 : Réduire les inégalités sociales de santé en lien avec l'environnement.

Le Contrat Local de Santé 1 a fait l'objet d'ajustements, notamment en 2013, avec la signature d'un avenant qui a permis de :

- Favoriser une meilleure articulation et lisibilité de l'Atelier Santé Ville (ASV)/CLS 1 : l'ASV a été intégré complètement dans le CLS 1 ;
- Développer une réflexion plus approfondie autour des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM) dans le cadre de l'axe 2 ;
- Prendre en compte l'approche « déterminants de la santé » avec l'ajout d'un objectif 5 dans l'axe 3 (santé globale) ;
- Elargir le projet « santé dans l'habitat » à l'habitat privé et aux ERP (Etablissements Recevant du Public) notamment de la petite enfance (axe 5).

Un **bilan** d'étape du CLS 1 a été conduit en 2015. Il a permis de faire les analyses suivantes :

Points forts :

- Le CLS 1 légitime sur l'ensemble du territoire les actions de santé menées en partenariat à partir d'objectifs partagés ;
- Le CLS 1 met l'accent sur l'amélioration du parcours de santé notamment des populations en difficulté, en allant de la prévention, aux soins et suivis-accompagnement ;
- Le CLS 1 et l'Atelier Santé Ville (ASV) sont deux outils mobilisateurs notamment sur les 2 communes et dans les quartiers de la Politique de la ville dont la population est la plus précaire ;
- Le CLS 1 facilite le développement de réflexions et d'actions autour d'une approche globale sur l'ensemble des déterminants de la santé et une mobilisation active des partenaires ;
- Coordination en place : un Groupe de Travail (GT) santé intercommunal, rencontre « associations en santé », GT parcours de soins en santé mentale... ont permis d'améliorer la lisibilité des missions, dispositifs et structures ;
- Le calendrier de réalisation prévu est globalement respecté sur le territoire.

Points d'amélioration

- Concernant l'Architecture du document :
 - Le CLS2 est à simplifier par rapport au CLS 1, notamment sur l'axe 3 (parcours de santé des populations vulnérables) et l'axe 4 à repositionner (offre de soins) ;
 - Les axes correspondent à la réalité des besoins mais les objectifs spécifiques sont à revoir ;
 - Le CLS 1 a permis (outre le fait d'être une ville santé OMS) de travailler à partir des déterminants sociaux de la santé avec une approche globale or les appels à projets actuels de l'ARS ne permettent pas toujours d'obtenir des financements dans le cadre de cette approche (approche populationnelle privilégiée).
- Concernant la Gouvernance :
 - Les associations et les habitants ne sont pas conviés au comité de pilotage. Il est proposé de développer et légitimer leur participation au CLS 1 ;
 - Les instances de fonctionnement sont à simplifier ;

- Le nombre réduit de signataires ne reflète pas la réalité des partenaires impliqués dans la conduite des actions du CLS.

Fort de ces constats, validés en comité de pilotage, le CLS 2 intègre les évolutions suivantes :

- Perspectives d'un document cadre avec 3 axes stratégiques au lieu de 5 ;
- Inviter les partenaires institutionnels du territoire à être signataire du CLS 2 : Conseil Départemental des Yvelines, Centres hospitaliers publics et privés locaux, Education Nationale, CPAM, afin de contractualiser les engagements et permettre un travail en réseau ;
- Elargissement des membres du comité de pilotage (ouverture aux associations du territoire).

En 2016, le territoire de SQY s'est élargi passant de 7 à 12 communes. Pour permettre d'ajuster au mieux les orientations et les projets un diagnostic santé des douze communes a été réalisé. Il a permis notamment de mettre en place le projet « sport santé », de déployer le projet santé santé/autonomie et de conforter le travail sur l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.

FOCUS SUR L'ARTICULATION ENTRE SQY ET COMMUNES DE SQY

Les communes et intercommunalités

SAINT
QUENTIN
EN YVELINES
Terre d'innovations

Les articulations :

Communes :

- Services de proximité auprès des habitants
- Projets avec les habitants
- Mobilisation des habitants
- Bonne connaissance des habitants et des besoins/demandes

**L'élu et référent santé technique
nommés sur chaque commune**

**Rencontres trimestrielles élus et
techniciens de chaque commune**

Intercommunalité :

- Appui aux projets des communes (méthodologie, pilotage, copilotage, partenariat)
- Projets impliquant plusieurs communes (ex : sensibilisation air intérieur auprès des usagers)
- Échelle intercommunale : pertinence pour outils tels que :
 - ✓ Réseau : mise en lien, information, dynamique
 - ✓ Outils de connaissance (tableau de bord, veille des actions)
 - ✓ Outils permettant la montée en compétences : formations, information, échanges de pratiques

Projet de conventions communales mais pas abouti.

Bilan des réalisations IPS/communes (depuis 2011) :

Gouvernance :

- La nomination d'un binôme référent « Elu santé– Technicien » sur chacune des douze communes ;
- Mise en place du groupe de travail santé intercommunal : réunion pilotée par l'élue communautaire en charge de la santé. Trois à quatre rencontres par an avec les binômes santé (élus/techniciens) des douze communes pour faire le point sur les projets respectifs et échanger sur des projets en commun ;
- Rencontre de toutes les communes en individuel une fois par an pour échanger sur l'apport du CLS et les attentes des communes ;

Veille de santé :

- Monographies des douze communes ;
- Diagnostics à la demande (offre de soins sur Trappes et La Verrière, appui aux diagnostics santé communaux de Maurepas, La Verrière, Magny-les-Hameaux) ;

Santé mentale :

- Ancrage du Lieu Ecoute Jeunes sur 3 communes ;
- Appui au développement et participation aux comités de pilotage des 4 Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) en place.

Santé vulnérabilité :

- Diffusion d'information sur les actions menées par différents partenaires santé afin de favoriser l'accroche communale de ces projets (exemple : séance d'information sur la vaccination, conférence CPAM sur le sommeil, bus AVC...) ;
- Appui à l'organisation de forums santé communaux ;
- Mise en place de **GT spécifiques à la demande des communes** => exemple : parcours de santé pour les seniors ;
- Participation des agents communaux aux sessions de formation de l'IPS (conduites à risques, valorisation des compétences, entretien motivationnel...).

Offre de soins :

- Appui à la recherche de praticiens (attractivité), rôle de facilitateur auprès des acteurs santé impliqués dans la structuration et le développement de l'offre de soins ;
- Soutien aux communes dans leur projet de création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) : appui au financement du volet immobilier (vote par SQY d'un fonds de concours plafonné à 800 000 € par commune.
Accompagnement du projet de MSP à Guyancourt porté par 18 professionnels de santé (acquisition des murs par SQY et mise en location aux professionnels de santé à un loyer minoré).

Bilan synthétique des actions pilotes de l'IPS 2011-2017

Axe 1 : Veille de santé

- 3 tableaux de bord santé élaborés et diffusés à plus de 100 exemplaires chacun : éditions 2011, 2014 et 2016 (à l'occasion de l'élargissement du territoire) ;
- Une monographie santé pour chaque commune ;
- Etude santé-précarité réalisée en 2011 auprès de 20 partenaires, ayant débouché sur la mise en place d'un groupe de travail « comment gérer ses frais de santé ? » et publication d'un dépliant apportant des réponses quant à la prise en charge des dépenses de santé ;
- Enquête sur l'offre de soins de 1^{er} recours réalisée en 2012 auprès de 110 professionnels de santé ;
- Etude action sur la santé environnement réalisée en 2012 ayant débouché sur deux actions : création d'un clip vidéo avec des jeunes du Réseau d'aide Santé Sud Yvelines (RESSY) autour de la préservation de l'eau en tant que ressource limitée, et création d'un outil de photo expression sur la santé environnement avec l'Atelier Socio-Linguistique (ASL) de La Verrière ;
- Enquête sur la fragilité du secteur associatif réalisée en 2012 auprès des associations de santé, sociales, habitat et politique de la ville (54 au total) destinée aux services de SQY pour une meilleure prise en compte de leurs besoins ;
- Une Veille des actions mise en place en 2014 avec 200 actions de santé recensées sur le territoire ayant débouché notamment sur la mise en place d'un groupe de travail autour du cancer (au vu des indicateurs de santé et du peu d'actions mises en place) ;
- Diagnostic sur l'offre de soins réalisé en 2015 sur les 12 communes ;
- 2 diagnostics territoriaux réalisés en vue de projets de création de MSP : La Verrière et Trappes en 2016 ;
- Etude sur l'offre de soins de 2nd recours réalisée en 2017.

Analyse/impact des actions menées

Pour une optimisation et une évolution vers l'évaluation de l'impact santé, le travail de veille de santé publique a évolué depuis 2011 :

- Lien entre indicateurs et actions, diagnostics courts et précis à la demande, réactivité ;
- Impulsion par exemple du GT « prévention cancers » ou GT « sport santé ».

Axe 2 : santé mentale

Actions réalisées : 12 actions dont 6 terminées (IPS porteur de 11 actions, politique de la Ville : 1 action), parmi lesquelles :

- 1 campagne d'affichage abris-bus et déclinaisons ;
- 6 conférences (addictions, peurs à l'école, prévention des violences...) ;
- 3 CLSM communaux ;
- Réflexion autour d'un CLSM intercommunal : démarche non finalisée ;
- 1 Groupe de Travail - GT santé mentale et logement avec mise en place d'une charte santé mentale et logement ;
- Copilotage du Lieu Ecoute Jeunes jusqu'en 2017 puis accompagnement du porteur de projet ;
- 310 professionnels mobilisés dans une au moins une des actions déployées et 5 000 personnes sensibilisées.

Analyse/impact des actions menées :

- Transversalité et coordination permettent l'atteinte des objectifs ;
- Importance du partenariat et du réseau ;
- Travailler davantage sur l'articulation social et sanitaire (multitude de partenaires à faire travailler ensemble).

Axe 3 : santé précarité

L'IPS a été porteur de 15 actions ayant touché 14 500 personnes et 2 000 professionnels sensibilisés/rencontrés (doubles comptes possibles au regard de l'impossibilité à mettre en place un système de traçabilité nominatif) ;

- 23 220 plaquettes diffusées (ex : carte « la santé des jeunes »,) ;
- 8 Groupes de Travail (ex : « freins à la santé », « sport santé », etc.) ;



- 1 commission intercommunale d'accessibilité lancée en 2015 (2 dates) ;
- 14 actions en direction et avec les usagers (ex : ateliers santé, co-réalisation exposition prévention cancer avec femmes ressources de Trappes, outil de photo-expression santé environnement, etc.)
- 10 types de formations (conduites à risques, entretien motivationnel, relation d'aide, communication non violente, compétences psychosociales...)
- Soutien aux dispositifs : Lieu Ecoute Jeunes, Médiation santé social, Médecins bénévoles, Maison des Adolescents, ...
- Soutien aux associations (30 associations soutenues par subvention et/ou hébergement au sein de l'IPS)

Analyse/impact des actions menées :

Un volet d'actions est dédié aux professionnels et un volet est dédié aux usagers.

Volet professionnels :

- Les partenaires et communes développent de plus en plus leurs propres actions de santé (centres sociaux, PJJ - Protection Judiciaire de la Jeunesse - CHRS - Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - ...) ;
- Meilleure connaissance des lieux de santé ;
- Meilleure coordination entre acteurs de la santé.

Volet usagers :

- Pertinence de l'avenant autour de la santé globale qui a permis de légitimer une approche « déterminants de la santé » et valorisation des compétences des usagers ;
- Approche populationnelle à revoir (approche déterminants de la santé à privilégier).

Quelques exemples d'actions menées :

Ateliers santé de 2012 à 2017

- Les ateliers santé ont été mis en place fin 2012 avec les ASL de Trappes et le Centre d'Investigation préventive et Clinique (IPC). Ils sont en majorité animés par l'IPS, avec IPC, sur une durée de deux heures ;
- Les thématiques sont : les lieux ressources santé sur SQY, « la santé c'est quoi ? » (photolangage), « le corps humain », comment gérer ses frais de santé ?, le recours aux soins, le bon usage des médicaments, la qualité de l'air intérieur...
- Les publics : groupes constitués d'habitants via les partenaires ;
- Entre fin 2012 et fin 2017, ce sont 162 ateliers qui ont été animés, pour 1 600 participants ;

- Un des points forts est constitué par le recours aux bilans de santé d'IPC. En effet, une évaluation sur la période fin 2012 et fin 2015 a mis en évidence que IPC avait participé à 24 ateliers, avec 175 personnes, 108 RDV pris et 90 bilans de santé effectués.

Formations

L'IPS organise des formations pour monter en compétences les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire. Trente et une formations et près de 400 personnes ont été formées sur la période du CLS1. Il est à noter un élargissement des thématiques proposées entre 2014 et 2017 :

- Relation d'aide, approche compréhensive des addictions : 8 sessions / 112 participants ;
- Compétences psychosociales : 4 sessions / 60 participants ;
- Adolescence et conduites à risques : 3 sessions / 42 participants ;
- Techniques d'Animation : 1 session / 10 participants ;
- Entretien motivationnel : 2 sessions / 24 participants ;
- Communication non violente : 1 session / 12 participants ;
- Réalités virtuelles : 3 sessions / 45 participants ;
- Accueils difficiles : 2 sessions / 28 participants ;
- Nutrition : 1 session / 12 participants ;
- PSC1 (formation premiers secours) pour les jeunes de la Mission Locale : 6 sessions / 55 participants

Axe 4 : l'offre de soins

- Appui au montage de 4 projets de Maisons de Santé Pluridisciplinaires dont trois ont abouti (Guyancourt, Trappes et Montigny-le-Bretonneux) et une est en cours (La Verrière) ;
- Projet « éclair'age » non abouti (projet prématuré/lois ; problématique de pilotage, de gestion des données et de modélisation des remboursements pour le patient) ; (Eclair'âge : expérimentation dans le cadre des projets Investissement d'avenir e-santé 2 pour développer un portail électronique de partage d'informations et d'aide à la décision, avec mise en relation des structures ou services d'accompagnement global, coordonné et permanent pour les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap au domicile) ;
- Accompagnement des communes sur l'attractivité et facilitateur auprès des acteurs institutionnels ou réseaux de professionnels (ARS, Union Régionale des professionnels de Santé...).

Analyse/impact des actions menées :

- Objectifs de l'axe à retravailler car de nombreux projets ont vu le jour mais sont difficilement valorisables (multiplicité d'acteurs, articulation, attractivité...) ;
- Questionner l'implication locale de la collectivité (axe prioritaire ?) ;
- A développer en priorité : coordination des acteurs, lisibilité de la compétence de chacun d'eux, promotion de l'innovation en santé (quel champ d'action possible pour chacun des partenaires ?) ;
- Sollicitation croissante des professionnels de santé pour un accompagnement vers une structure d'exercice collectif hors cadre MSP.

Focus sur l'appui de SQY en matière d'offre de soins :

- L'agglomération, avec ses services et notamment l'Institut de Promotion de la Santé (IPS) accompagne les professionnels de santé et les villes dans une dynamique concourant à une meilleure organisation du système de santé en s'appuyant notamment sur les projets de Maisons de Santé Pluridisciplinaires :
 - Aider au montage de dossiers de MSP : réalisation du diagnostic territorial, soutien méthodologique, facilitateur auprès des instances (Etat, ARS, CPAM...) ;
 - Appuyer le dossier immobilier de regroupements médicaux ;
 - Faciliter l'accueil des stagiaires dans les cabinets médicaux ;

- S'impliquer auprès des professionnels de santé en cours d'installation ;
- Coordonner : mise en lien des professionnels de santé entre eux, lien avec les hôpitaux, etc ... ;
- Développer un espace ressources auprès des professionnels de santé : un tableau de bord des projets permettant des mises en lien, actualité juridique, technique, actualités sur les projets d'innovation.

Quelques exemples d'actions menées :

- Délibération du 20/06/2016 : soutien de SQY aux projets de MSP dans le cadre des fonds de concours à hauteur de 800 000 € par projet labellisé ARS sous conditions ;
- Participation à la **journée des Professionnels de Santé** le 28 janvier 2016,
=> 50 mises en relation ;
- **Travail sur la filière santé à SQY** en lien avec la Direction du Développement Economique de SQY ;
- **Recensement des besoins/demandes** des communes (tableau de bord).

L'IPS est pilote des actions relatives à qualité de l'air extérieur et qualité de l'air intérieur.

- Volet professionnels :
 - **Sensibiliser les professionnels** (bailleurs, travailleurs sociaux, développeurs habitat, professionnels du bâtiment, etc.)
- Volet habitants :
 - Création de la mallette « la famille bon air® » et diffusion auprès de 100 partenaires ;
 - **Sensibilisation via des ateliers : 1 500 habitants** en ont bénéficié ;
 - Expérimentation du dispositif « Conseiller Médical en Environnement Intérieur » porté par la Mutualité Française : 40 visites-diagnostics.

Analyse/impact des actions menées

- Le CLS 1 a permis d'impulser cet axe qui a eu des difficultés à se mettre en œuvre (démarche innovante encore peu intégrée dans les pratiques professionnelles, actions souvent chronophages, clés de financement des actions parfois peu stabilisées) mais qui apparaît comme légitime aujourd'hui ;
- Évolution vers la notion de « protection du cadre de vie » et vers davantage de transversalité ;
- Axe du CLS 1 permettant de légitimer la transversalité : expertise santé dans le PCAET (Plan Climat Air Energie Territorial), l'agenda 21, le PLUI (Plan Local d'urbanisme Intercommunal, etc.) ;
- Développer de nouvelles thématiques : nuisances sonores et risques auditifs, mobilités douces, aménagement urbain, pollutions olfactives...

LE DIAGNOSTIC SANTE DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

Une synthèse du diagnostic est présentée ici : le diagnostic complet se trouve en annexes page 67.

Le territoire est marqué par un **vieillissement de la population** : en 2014, SQY compte 37 000 seniors de 60 ans et plus (16.7%)-dont près de 10 000 âgés de 75 ans et plus- contre 19.8% sur les Yvelines et 18.5% en région Ile de France. L'augmentation des personnes âgées conduit à une hausse des problématiques liées à la **perte d'autonomie** et à une **augmentation des maladies chroniques**, notamment des maladies neurodégénératives (ex : maladie d'Alzheimer).

Le territoire est également marqué par de **fortes inégalités sociales et territoriales de santé** qui se traduisent par :

- Un écart de 5 ans de l'espérance de vie entre les communes ;
- Une part d'habitants en quartiers Politiques de la Ville variant de 0 à 75% selon les communes ;
- Un IDH² (Indice de Développement Humain) variant de 0,35 à 0,82 ;
- Un seuil de pauvreté allant de 2% à plus de 24% selon les communes.

Le tableau de bord santé fait ressortir certaines pathologies marquantes à SQY :

- Les **maladies chroniques** en général : la prévalence des Affections Longue durée (ALD) y est plus élevée que dans les Yvelines ;
- Les **maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risques**, notamment **diabète** et **hypertension** (prévalence et mortalité plus élevées que dans les Yvelines) ;
- Les **cancers** (incidence élevée dans certaines communes) ;
- **L'asthme** (prévalence importante).

Les **addictions** sont également un problème de santé publique significatif à SQY avec une mortalité plus élevée qu'en Île-de-France.

- ² L'IDH-2 agrège les indicateurs de trois dimensions (santé, éducation, niveau de vie)

Concernant l'**offre de soins libérale de 1^{er} recours**, on peut retenir une offre en généralistes, dentistes et orthophonistes comparable à la région et au département, mais avec de fortes disparités communales et une offre en infirmiers et kinésithérapeutes plus faible à SQY.

Le territoire de Saint-Quentin-en-Yvelines compte par ailleurs **4 091 bénéficiaires du RSA (BRSA)** soit 18 % des BRSA du Département (oct. 2017). Parmi eux, 3 879 BRSA sont soumis à des Droits et des Devoirs (droits ouverts et versables, obligation d'effectuer des démarches d'insertion).

Dans ce parcours d'insertion socio-économique, des difficultés sont relevées quant au volet santé des BRSA : **difficulté dans la compréhension et l'acceptation de la démarche, difficulté d'accès aux soins**, rupture de soins, prise en charge de maladies chroniques chronophage pour le bénéficiaire, addictions, santé mentale ...

Les problématiques ophtalmologiques, dentaires ou de nutrition sont relevées très souvent dans les besoins à traiter avant et/ou parallèlement à la recherche d'emploi. Le travail sur l'image et la confiance en soi sont des axes souvent répertoriés en termes de besoins.

Près de 3 000 enfants sont dépistés chaque année dans le cadre des bilans en école maternelle entre 3 et 4 ans. Parmi eux près de 50% relèvent d'un bilan en orthophonie. Les dépistages visuels et la prise de poids sont effectués. Un repérage de handicap est réalisé.

LES ENJEUX CLES EN MATIERE DE SANTE SUR LE TERRITOIRE DE SQY

Le Tableau de Bord Santé, les rencontres avec les partenaires et l'évaluation intermédiaire du premier Contrat Local de Santé permettent d'affiner les enjeux du territoire.

L'évaluation intermédiaire a démontré la nécessité de délimiter plus précisément les priorités pour un projet global plus efficient. Ainsi l'accent est porté sur l'observation des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap ainsi que celles atteintes de maladies chroniques ou d'addictions par rapport à l'offre de soins.

Ces priorités se déclinent dans le présent document par les orientations suivantes :

- ⇒ Permettre un **parcours de vie de qualité** à l'ensemble de la population du territoire : la santé est une dimension de ce parcours ;
- ⇒ **Réduire les inégalités de santé** infra territoriales ;
- ⇒ Améliorer l'état de santé des populations et notamment **des populations vulnérables** ;
- ⇒ Faire face aux besoins induits par le **vieillessement** de la population ;
- ⇒ Favoriser le **maintien à domicile** dans de bonnes conditions des personnes en perte d'autonomie ;
- ⇒ Préserver une **offre de soins** de 1^{er} recours de qualité et suffisamment nombreuse ;
- ⇒ Conforter le **maillage** sanitaire, médico-social et social existant ;
- ⇒ Conforter la filière santé de SQY en lien avec la Direction du Développement Economique en faveur des entreprises locales pour le développement de l'innovation en santé.

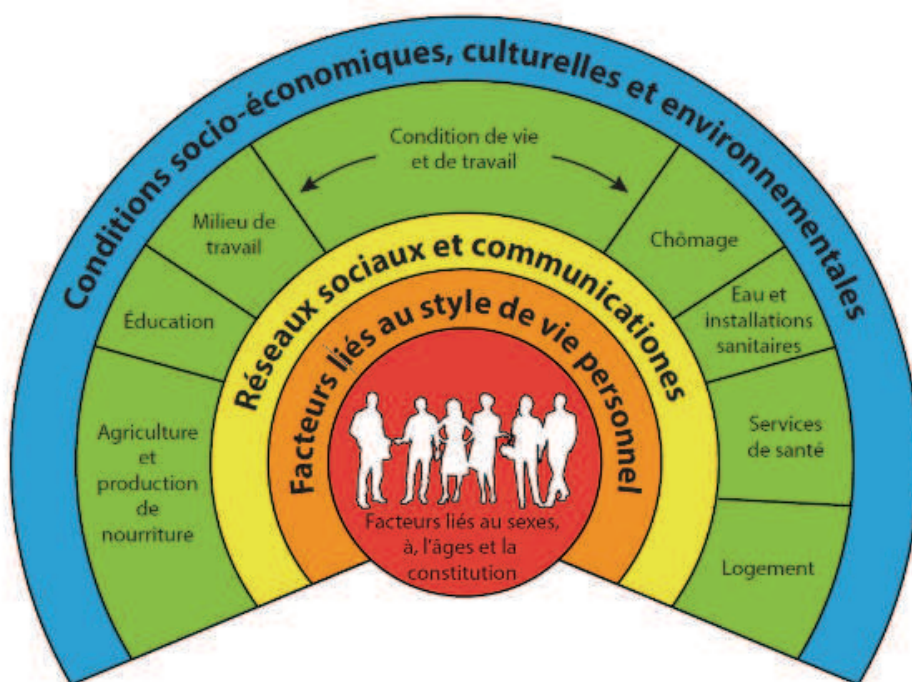
Focus sur le Réseau Français des Villes Santé OMS (RFVS)



Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) a pour objet de soutenir la coopération entre les villes ou les établissements publics de coopération intercommunale qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la **santé et à la qualité de**

- En permettant une **coopération** entre ses villes membres, notamment :
 - Des échanges d'expériences,
 - Des échanges de données,
 - Des rencontres,
 - Des actions communes.
- En facilitant les **échanges** entre les Villes-Santé françaises et l'OMS Europe ainsi que les partenaires nationaux.

L'agglomération de SQY est depuis 2006 adhérente au Réseau Français « Ville santé » (RFVS) de l'OMS et membre du bureau de ce dernier depuis fin 2012. Forte de ce label, Saint-Quentin-en-Yvelines s'est engagée dans de nombreuses actions en direction des habitants mais également des professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire.



LES PRINCIPES D' ACTIONS PARTAGEES

Les signataires du CLS 2 souhaitent s'inscrire dans la durée en partant d'une évolution mise en évidence par les différents indicateurs de santé, les données sociales, économiques et démographiques du territoire, pour tendre à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Les signataires souhaitent que le Contrat Local de Santé 2 respecte plusieurs principes, qui seront déclinés dans le cadre des fiches actions :

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé :

Le CLS 2 est un outil décisif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce cadre, il doit permettre d'agir sur certains déterminants sociaux et environnementaux de santé, par une mobilisation convergente des signataires mais aussi des autres acteurs des politiques publiques. A ce titre, l'action en faveur de l'universalisme proportionné sera privilégiée.

Attention portée aux personnes éloignées de la prévention ou de l'accès aux soins :

C'est aussi à ce titre que le CLS 2 doit s'attacher à ce que les actions développées en son sein atteignent significativement et prioritairement les groupes d'habitants ou les quartiers spontanément éloignés de la prévention et de l'accès aux soins (quartiers prioritaires de la Politique de la Ville notamment).

Continuité du parcours de santé :

Le CLS 2 doit favoriser la mise en œuvre à l'échelle du territoire local de parcours cohérents de santé, allant de la prévention primaire à la prise en charge en passant par les soins. Cet effort de cohérence doit bénéficier en particulier aux personnes pour lesquelles les difficultés sociales conduisent à une fragmentation ou à des lacunes dans la prise en charge.

Démarche transversale :

Le CLS 2 doit s'efforcer de faciliter les démarches transversales, pour dépasser les fonctionnements cloisonnés qui caractérisent parfois le système de santé. A ce titre, il s'articule avec l'ensemble des Politiques publiques en faveur de la santé : les signataires souhaitent œuvrer ensemble pour mutualiser les moyens et dispositifs permettant une meilleure lisibilité des actions engagées (« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »).

La démarche participative :

Les habitants, qu'ils soient usagers du système de santé ou destinataires des politiques de prévention, et les professionnels de tout exercice doivent être associés à l'ensemble de la démarche. Les signataires s'engagent à ouvrir leurs réseaux et réflexions dans le cadre de groupes de travaux élargis pour mener des projets de manière participative et ainsi répondre aux besoins et demandes locaux.

Cette volonté s'inscrit dans le cadre de la démarche de démocratie sanitaire souhaitée par l'ARS.

Renforcement des capacités, « empowerment » :

Le renforcement des compétences des citoyens et notamment de ceux éloignés des processus de décision est un moyen efficace de réduire les écarts de santé. Ce renforcement doit permettre, d'une part de mieux prendre en compte les capacités de chacun mais également de donner la juste place des habitants dans la continuité du parcours de santé ; ce principe d'empowerment doit également être utilisé pour donner la place à tous les partenaires dans le réseau local de santé/prévention.

Favoriser les démarches innovantes et expérimentales de santé :

L'ensemble des partenaires portent ensemble l'émulation d'un grand projet de santé pour le territoire. Territoire qui se porte candidat pour mener des démarches expérimentales en faveur de ses habitants, de ses professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) et de ses entreprises. La force d'un CLS signé de manière conjointe et pluridisciplinaire par 9 partenaires doit permettre ce déploiement.

Volonté d'observation et d'évaluation :

Le contrat est l'occasion pour les signataires non seulement de s'accorder sur des priorités partagées, mais aussi de mesurer les résultats des actions engagées, et éventuellement de les réorienter ou de les moduler en fonction de cette évaluation.

« Accompagnement de nos talents de la formation initiale à l'installation » :

Favoriser l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé et auxiliaires médicaux nécessite un parti pris et un focus particulier dans l'attention qui leur est portée. La santé de demain ne peut se faire sans eux et sans une organisation et une mobilisation commune. Aussi les signataires souhaitent mobiliser leurs compétences, créativité et énergie pour permettre d'accompagner au mieux les « talents » à l'ancrage sur le territoire.

ARTICULATION AVEC LES DIFFERENTS DISPOSITIFS

Ce deuxième Contrat Local de Santé (CLS2) de Saint-Quentin-en-Yvelines s'inscrit dans le Projet Régional de Santé 2 (PRS 2) défini par l'Agence pour 2018-2022.

Le PRS 2, réformé, est ainsi constitué :

- **D'un Cadre d'Orientation Stratégique (COS),**
- **D'un Schéma Régional de Santé (SRS).**

Et d'un programme régional relatif **à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).**

Le SRS, est établi pour 5 ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

Le PRAPS est dédié aux personnes en situation en grande pauvreté. Sa vocation est de renforcer l'accès aux soins et à la santé, dans le système de santé de droit commun, de ces publics en vulnérabilité sociale.

La politique de santé publique de SQY se déploie dans le cadre du **Contrat Local de Santé 2 (CLS 2) et est portée techniquement par l'Institut de Promotion de la Santé.**

Cette politique publique se décline dans le Contrat de ville intercommunal :

- **Le Contrat de Ville intercommunal 2017-2020** de SQY impacte **7 quartiers prioritaires** de la Politique de la Ville (+ 1 quartier en veille active de 3 700 habitants à Magny-les-Hameaux), représentant **34 502 habitants**, soit **16 % de la population totale** du territoire ;
- **Le Contrat de ville intercommunal comporte la thématique santé dans le pilier 1 (cohésion sociale)** pour les populations des quartiers prioritaires avec l'Atelier Santé Ville (ASV). Il s'agit du principal outil proposé dans le cadre du Contrat de ville ;
- **L'ASV est partie intégrante du CLS 2.** L'Atelier Santé Ville a été initié en 2006 à Saint-Quentin-en-Yvelines et vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ainsi qu'à faciliter l'accès à la santé (prévention et soins) de la population en situation de précarité. Outil structurant de la Politique de la Ville, il priorise les actions dans les quartiers Politiques de la Ville.

- **L'objectif de l'ASV est de favoriser l'accès à la santé des publics fragilisés**, de sensibiliser les habitants à la santé, d'accompagner les professionnels sanitaires, sociaux ou médico-sociaux dans leurs projets, ainsi que de coordonner une stratégie globale de recours aux soins de proximité sur le territoire en fédérant les acteurs concernés.

Cette politique publique se décline dans le Plan Climat Air Energie Territorial (PCAET)

Le plan climat air énergie territorial (PCAET) est défini à l'article L. 222-26 du code de l'environnement et précisé aux articles R. 229-51 à R.221-56.

Ce document-cadre de la politique énergétique et climatique de la collectivité est un projet territorial de développement durable **dont la finalité est la lutte contre le changement climatique et l'adaptation du territoire**. Il doit être révisé tous les 6 ans.

Le PCAET est un projet territorial de développement durable. **À la fois stratégique et opérationnel**, il prend en compte l'ensemble de la problématique climat-air-énergie autour de plusieurs axes d'actions :

- La réduction des émissions de gaz à effet de serre (GES),
- L'adaptation au changement climatique,
- La sobriété énergétique,
- La qualité de l'air,
- Le développement des énergies renouvelables.

Le Plan Régional Santé Environnement 3 – PRSE 3 (2017-2021) :

Co-pilotés par l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Environnement et de la maîtrise de l'Energie d'Île-de-France (DRIEE), les PRSE visent à limiter l'impact de l'environnement sur la santé à l'échelle de la région.

Ils assurent la mobilisation des acteurs des territoires autour des préoccupations de santé environnement propres aux spécificités de chaque région. Il place au cœur de ses priorités la réduction des inégalités sociales et environnementales de santé **et la** maîtrise des risques émergents.

L'Institut Marcel MGEN La Verrière (IMLV) :

Ce Contrat Local de Santé 2 s'inscrit en cohérence avec le projet d'établissement qui, lui-même, prévoit un renforcement de la présence territoriale de l'établissement.

L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien (HPOP) :

Ce Contrat Local de Santé 2 s'inscrit en cohérence avec la Convention Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), le projet d'établissement et la stratégie globale du groupe RAMSAY GENERALE DE SANTE, qui prévoient un renforcement de la présence territoriale de l'établissement sur le bassin de population et les missions spécifiques les plus nécessaires.

L'HPOP est intégré dans le pôle IDF OUEST du groupe RAMSAY GENERALE DE SANTE, composé de 4 établissements :

- ✓ L'HPOP,
- ✓ L'Hôpital Privé de Parly 2,
- ✓ L'Hôpital Privé de Versailles comprenant la Clinique des Franciscaines et la Clinique de la Maye.

A ce titre, une logique territoriale et de parcours coordonné de santé est déjà mis en place sur certaines pathologies ou prises en charge, telles que la cardiologie, la cancérologie, ou encore la réanimation.

Au même titre que le GHT, le pôle IDF OUEST de RAMSAY GENERALE DE SANTE fonctionne au travers d'un projet médical de pôle structuré autour d'axes stratégiques réfléchis sur les besoins de la population et les liens de collaboration nécessaires pour y répondre efficacement, au travers de réseaux et filières de prises en charge.

Le Groupement Hospitalier de territoire Yvelines Sud :

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) est une innovation de la loi de modernisation de notre système de santé. Le GHT a vocation à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée du patient, à travers l'élaboration d'un projet médical partagé.

La création du GHT Yvelines Sud prend appui sur l'existence de coopérations structurées par deux groupements de coopérations sanitaires orientés, pour l'un, autour du projet de soins en santé mentale (Communauté psychiatrique du territoire Yvelines Sud) et, pour l'autre, sur des parcours patients territorialisés et la mutualisation de ressources et compétences rares (GCS Yvelines sud). Ces deux GCS regroupent les établissements publics parties du GHT Yvelines sud mais également des ESPIC.

Le projet médical partagé doit permettre l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, dans une approche orientée vers le patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Cette organisation tend à offrir les meilleurs soins, au meilleur moment et au meilleur endroit pour les patients du GHT.

Le Projet Médical Partagé (PMP) continuera de s'inscrire dans une démarche de construction commune avec l'ensemble des établissements partenaires et des professionnels libéraux comme cela a été le cas, jusqu'alors, grâce aux deux GCS existants.

Focus sur le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) :

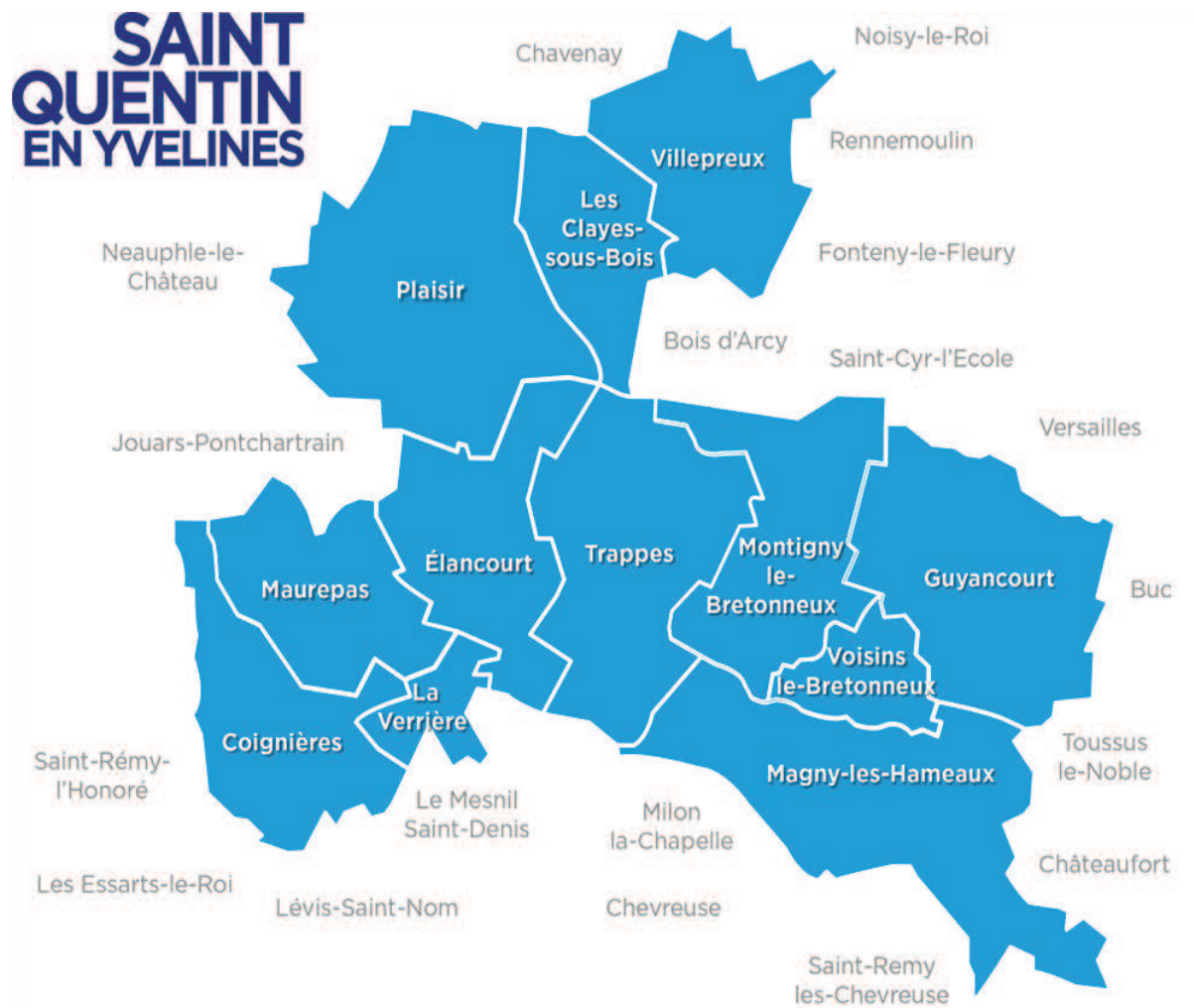
- Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire et le service de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée.

Cet espace de concertation :

- Intègre obligatoirement les usagers et les habitants ainsi que tous les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires,
 - Permet la planification et le développement des politiques locales de santé.
-
- Le CLSM a une action de décroisement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires (conventions, création de structures répondant aux besoins locaux, etc.) ;
 - Trois Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) communaux sont actuellement à Trappes, à La Verrière et à Guyancourt. Les communes d'Elancourt et Plaisir souhaitent également mettre en place un CLSM communal.

PERIMETRE GEOGRAPHIQUE DU CLS 2

Le présent Contrat Local de Santé 2 concerne le territoire de Saint-Quentin-en-Yvelines, comportant 12 communes et en particulier les 7 quartiers prioritaires.



Focus sur l'Institut de Promotion de la Santé (IPS)

Créé en 2001, l'IPS est le service de l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines qui met en œuvre les missions qui lui sont confiées dans le cadre du CLS 2.

Il est domicilié au centre-ville de Trappes.

Son équipe est composée à ce jour de **6 ETP (Equivalent Temps Plein) opérationnels**.

L'Institut de Promotion de la Santé (IPS) met en œuvre une politique de santé territorialisée par une mobilisation partenariale, multisectorielle, selon la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'IPS n'est pas un service à vocation sanitaire (il ne réalise pas en tant que tel des actes médicaux ou paramédicaux).

Concrètement, l'IPS est à la fois : un service mettant en œuvre la politique locale de santé ; un accueil spécialisé en promotion de la santé ; un espace qui héberge une vingtaine d'acteurs de santé locaux.



L'IPS a pour missions :

- **De fédérer et développer le réseau des acteurs de la santé, du médico-social et du social** : mise en relation, information, échanges de pratiques, formations ;
- **D'accompagner les porteurs de projet et développer les partenariats** : mutualisation des initiatives et des moyens, apport en expertise, méthodologie ;
- **De coordonner et faire connaître l'offre de services des partenaires** (notamment associatifs) et des professionnels de santé sur le territoire dans un objectif de complémentarité ;
- **De proposer une offre de services (ex : ateliers santé) à la demande, adaptée aux besoins des communes et des partenaires associatifs.**

L'IPS c'est aussi :

- **L'hébergement de 23 partenaires** institutionnels ou associatifs intervenant dans le champ de la santé ;
- 1 200 m², 33h d'ouverture de l'accueil, **17 000 actes d'accueil en 2017** (8 000 en 2012)

LES AXES STRUCTURANTS DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2

Au regard des éléments du tableau de bord santé de 2016 de Saint-Quentin-en-Yvelines, des problématiques prioritaires qui s'en dégagent à ce jour, des priorités rappelées par les élus et partenaires du territoire de SQY, les signataires du présent CLS 2 ont retenu 3 axes de travail prioritaires :

Axe stratégique 1 : Améliorer l'observation de l'état socio-sanitaire de la population, la définition des besoins pour favoriser l'évaluation et l'adaptation des actions

Depuis presque dix ans, Saint-Quentin-en-Yvelines s'est doté d'une veille de santé publique proposant trois outils :

- Un tableau de bord permet l'analyse d'une cinquantaine d'indicateurs grâce à la collecte de données issues des principaux acteurs de santé (CPAM, ORS, hôpitaux...) et de l'INSEE ;
- Des enquêtes qualitatives sont menées par l'IPS (santé environnement, santé précarité, offre de soins...) ;
- Recueil des besoins identifiés par le réseau de partenaires.

Ces outils ont pour objet de favoriser la prise de décision politique par une analyse objectivée qualitative et quantitative des priorités.

Axe stratégique 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables

Le parcours de santé des saint-quentinois est au cœur des priorités. A ce titre deux volets sont développés :

- Un volet en direction des professionnels avec la coordination d'un réseau de 600 professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux et le développement d'outils adaptés à leurs demandes (sessions d'échanges de pratiques, formation, conférences...) ;
- Un volet en direction des habitants avec la mise en place d'actions en proximité et en partenariat (forums, dépistages, ateliers...)

L'approche « déterminants de santé » et « santé globale » est privilégiée.

Axe stratégique 3 : Favoriser l'offre de soins et l'innovation en santé locale

La question de la désertification médicale se pose à SQY, comme partout ailleurs en France dans un contexte de vieillissement de la population et de besoin de prise en charge en terme d'accompagnement à l'autonomie.

Des politiques d'intervention volontaristes facilitant le financement des projets immobiliers des MSP et cabinets médicaux regroupés ont été développés par l'ARS, le Conseil Régional, le Conseil Départemental et SQY notamment.

Elles ont permis l'installation de maisons de santé sur le territoire.

Aujourd'hui, le souhait des signataires du CLS 2 est de consolider cette politique.

Les pistes de travail évoquées portent notamment sur l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé et auxiliaires médicaux mais également sur le lancement de solutions innovantes en santé (chariots de télémédecine mais également de showrooms domotiques, etc.).

Cette réflexion passe par la concertation et la mise en place d'un groupe de travail entre les différents protagonistes.

PILOTAGE DE L'ASSOCIATION DES PARTENAIRES

COMITE DE PILOTAGE

Le Contrat Local de Santé 2 sera suivi par un Comité de pilotage qui se réunira au moins une fois par an pour suivre son avancement.

Instance en charge de la stratégie du CLS 2, il statue sur le bilan de l'année écoulée, valide les orientations de l'année à venir, donne mandat aux groupes projets et à la coordination du CLS 2 pour développer les axes stratégiques.

Ce Comité de pilotage est co-présidé par le Président de Saint-Quentin-en-Yvelines, le Délégué départemental de l'ARS, la sous-préfète chargée de la politique de la ville, le Directeur de la CPAM, le Président du Conseil Départemental, la Directrice du Centre Hospitalier de Versailles, le Directeur Général de l'Institut MGEN, le Directeur Général de l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, le Doyen de l'UFR des Sciences de la Santé ou leurs représentants désignés.

Sont invités à minima (outre les décideurs signataires) :

- Les acteurs locaux de la santé, du social et du médico-social,
- Les représentants des professionnels de santé libéraux locaux,
- Les associations,
- Les institutionnels,
- Les représentants des usagers (associations agréées et associations d'habitants),
- Les partenaires départementaux en lien avec les thématiques du CLS 2 : éducation, habitat...

Le comité de pilotage est également en charge, à travers chacun de ses membres, de l'articulation avec les cadres spécifiques à chacun des signataires (PRS - Projet régional de Santé -, PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) pour l'ARS par exemple, et les autres cadres de contractualisation (Contrat de Ville intercommunal unique 2017-2020, Plan Climat Air Energie Territorial, etc.).

Le (la) coordinateur/trice anime le pilotage global du CLS 2 (mise en œuvre et évaluation) pour le compte des signataires du contrat, et leur rend compte des actions engagées, notamment lors des comités de pilotage.

Le poste de coordinateur/trice du CLS 2 peut, selon les conditions, faire l'objet de cofinancements (collectivités, CGET - Commissariat Général à l'Egalité des Territoires - et ARS).

COMITE TECHNIQUE

Le comité technique se réunit autant que de besoin et au minimum une fois par an en amont au comité de pilotage.

Le Comité technique permet aux signataires du CLS 2 d'échanger sur la gouvernance, le bilan des actions engagées et les orientations à venir.

Le comité technique a pour mission de mettre en œuvre les décisions prises par le comité de pilotage :

- Propositions de définition de la stratégie et des priorités pour chaque axe du CLS 2,
- Validation du contenu des fiches actions et des indicateurs d'évaluation,
- Détermination du pilote de chaque fiche action,
- Contrôle de la mise en œuvre, du bilan et indication des perspectives pour chaque axe du CLS 2.

GROUPES DE TRAVAIL

Les groupes de travail par action ou thématiques constituent quant à eux la structure de base de la « production » du CLS 2, puisque c'est la structure d'exécution opérationnelle des actions : ils se réunissent autant que de besoin.

Certaines actions ont d'ores-et-déjà donné lieu à l'établissement de fiches-actions. D'autres seront très prochainement développées.

LES MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU CLS 2

La démarche d'évaluation portera sur la stratégie globale du CLS 2, sur les actions et leurs effets sur la population.

Chacune des actions inscrites au CLS 2 est dotée d'un ensemble d'indicateurs d'évaluation : indicateurs de mise en œuvre, indicateurs d'activité et indicateurs de résultats.

Des évaluations globales d'impact en santé pourront être diligentées par ailleurs.

Chaque action fera l'objet d'un bilan intermédiaire et annuel, élaboré par le coordinateur du CLS 2, en fonction des indicateurs définis dans les fiches actions.

DUREE ET REVISION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2

Le présent Contrat Local de santé 2 est conclu pour la période 2018-2024 en référence à la durée du Plan Régional de Santé (2018-2022). Il sera soumis à une révision à cette échéance.

Toutefois, les signataires considèrent que ce CLS 2 traduit l'engagement d'une démarche partagée et évolutive, et se réservent la possibilité de rajouter des avenants à ce contrat en fonction de l'évolution des actions mises en œuvre et des orientations données par le Comité de Pilotage.

Le CLS 2 sera amené à évoluer en fonction des nouveaux cadres de convention réglementaires.

ANNEXES

Synthèse des axes, objectifs et actions

Fiches actions déjà produites

Tableau de bord santé (synthèse)

Stratégies et Orientations des partenaires signataires

Synthèse des Axes, Objectifs et Actions

Axe 1 : Améliorer l'observation de l'état socio-sanitaire de la population, la définition des besoins pour favoriser l'évaluation et l'adaptation des actions

Fiche action 1 : convention d'échanges de données

Depuis 2008, l'IPS a développé une Veille de santé publique permettant d'identifier ou affiner les besoins du territoire en matière de santé. Dans ce cadre, de nombreux outils d'observation sont mis en place, tels que le tableau de bord santé ou des enquêtes / études / diagnostics thématiques (précarité, offre de soins...).

Le recueil et le partage de données sur l'état de santé (ALD, consommation de médicaments...) ou l'offre et le recours aux soins doit être facilité par le CLS 2.

Partenariats : CPAM, CD78, ARS, CHV, UFR SSSV

Fiche action 2 : tableau de bord santé

Voir fiche action détaillée

La Veille de santé publique a mis en place un tableau de bord santé, actualisé tous les 3 ans. Dans le cadre de l'élargissement du territoire en 2016, la 3^{ème} édition a été élaborée. Les indicateurs recueillis sont des indicateurs de routine, quantitatifs, à l'échelle des communes et des quartiers quand cela est possible, et avec les territoires de référence en comparaison (Yvelines, IDF). Les données et analyses sont organisées autour de chapitres thématiques ou populationnelles, selon les axes du CLS 2.

Partenariats : ORS, CPAM, ARS, CHV, CD78, UFR SSSV

Fiche action 3 : diagnostics à la demande

Depuis la mise en place de la Veille de santé publique, et dans l'objectif de compléter le tableau de bord santé, des études, diagnostics et enquêtes sont menées, sur des thématiques précises. Dans ce cadre, ont été menées : une enquête dans les foyers de travailleurs migrants, des diagnostics sur l'offre de soins, une étude sur la santé environnement...

Partenariats : communes, CLSM, CPAM, UFR sciences de la santé...

Les échanges indiqués dans les fiches actions 1 et 2 vont permettre d'affiner et/ou d'investir sur certaines thématiques pour établir des diagnostics complémentaires spécifiques.

Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables

Fiche action 4 : faciliter la pratique sportive en lien avec une alimentation équilibrée et une mobilité accrue => déploiement de « Precri'forme, déclinaison régionale de « sport sur ordonnance »

Voir fiche action détaillée

Développer une démarche de prévention et de préservation de la santé par la mise en place d'un projet « sport santé » à travers l'accompagnement des publics avec une pathologie chronique (avec ou sans ALD) vers une activité physique adaptée, des actions en faveur d'un retour ou d'un maintien de l'équilibre alimentaire.

Le dispositif est développé en partenariat avec les acteurs locaux engagés dans la démarche de promotion de la santé tels que la CPAM, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), le Comité Départemental Olympique Sportif (CDOS), le Conseil départemental (publics en insertion, BRSA, PA...), l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, l'UFR des sciences de la santé, les communes et les acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux du territoire.

Partenariats : UFR Sciences de la santé, CD, IMLV, HPOP, IMLV, CPAM, ARS, CHV, DDCS

Fiche action 5 : dérouler un parcours de santé lisible concernant des maladies chroniques

Développer des actions pour prévenir ou repérer l'apparition de maladies chroniques mais également réduire les facteurs de risques liées aux maladies chroniques par la mise en place d'actions d'information et de sensibilisation, de dépistage, d'éducation à la préservation de la santé et d'accompagnement ciblées pour les professionnels et les habitants avec les partenaires locaux tels que la CPAM (via l'outil Sophia), l'AFD78, la maison du diabète des Yvelines...

Partenariats : CPAM, UFR SSSV, CD, HPOP, ARS, IMLV

Fiche action 6 : action en faveur des publics pour l'autonomie

Voir fiche action détaillée

Promouvoir le vieillissement en bonne santé des personnes avancées en âge par la mise en place d'actions ciblées envers les professionnels et les habitants concernés à travers la mobilisation et la sensibilisation des professionnels de santé et des associations, la prévention et l'accompagnement des maladies chroniques, la coordination des acteurs, l'accompagnement, l'information et l'éducation des habitants à la préservation de leur santé, en partenariat avec le Département, les communes et les acteurs de l'accompagnement.

La Conférence des financeurs, animée par le Conseil départemental et l'ARS, rassemble l'ensemble des financeurs potentiels dans le cadre du cofinancement d'actions de préventions à destination des personnes âgées (PA) de plus de 65 ans ; chaque année sur le site de l'ARS et du CD78 est publié un AAP lancés à ce titre. La CA de SQY est membre de cette conférence depuis 2018.

Partenariats : CD, ARS, UFR SSSV

Fiche action 7 : prévenir, prendre en charge les conduites à risques (sexualité, addictions)

Voir fiche action détaillée

Action menée en direction des professionnels et du grand public.

Dans le champ des conduites à risques, l'IPS mène des actions en direction des professionnels et des habitants. Il organise des formations, sessions d'échanges de pratique, journées de sensibilisation ou colloques pour les professionnels et bénévoles (relation d'aide, approche compréhensive des addictions ; les addictions chez les adolescents...). Pour les habitants de SQY, les actions sont principalement en direction des collégiens (spectacle, sensibilisation en demie classe...)

Sur la sexualité : le CEGIDD Sud Yvelines permet une approche préventive et un accompagnement. Une antenne est située à l'IPS.

Des actions de sensibilisation et de prévention à la sexualité sont également menées en direction des jeunes (collégiens notamment par le CD 78).

Partenariats : Education Nationale, Structures sanitaires en addictologie présentes sur le territoire, ANPAA, ARS, CD, IMLV, UFR SSSV ...DDCS , PJJ, associations

Financement via crédits MILDECA

Fiche action 8 : mener un travail de concertation en santé mentale

Voir fiche action détaillée

La santé mentale est une problématique par nature transversale. Le CLS 2 doit permettre de renforcer la mise en synergie et la coordination des acteurs et développer des projets et actions dans ce domaine et en faveur des publics vulnérables. Le CLS 2 doit également permettre de faciliter la lisibilité du parcours de soins coordonné, de garantir sa continuité et l'accompagnement des CLSM communaux.

L'un des enjeux des cinq prochaines années pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique sera la mise en œuvre d'une politique d'orientation ambulatoire de l'offre d'accompagnement social et médico-social. La réussite de cette politique d'inclusion sociale implique la mise en lien de tous les acteurs en charge de la cohésion sociale et de la compensation du handicap, afin de construire des solutions de soutien à d'hébergement, au développement du lien social, de promotion de la santé et de prévention des crises, de facilitation de l'accès aux soins, etc. Dans ce contexte, c'est au plus près du terrain que les besoins peuvent être repérés et les recherches de solution initiées. Cet objectif requiert une mobilisation concertée de ressources multiples.

Partenariats : CD78, AORIF, UFR SSSV, CHV (Communauté Psychiatrique de Territoire), CCSM, ARS, IMLV

Le CD 78 participe au repérage des besoins en santé mentale sur le territoire par sa mission d'évaluation dans l'ensemble de ses services à destination de tous les publics et tous les âges.

Fiche action 9 : actions en faveur des publics en situation de précarité

Voir fiche action détaillée

Projet d'accès à la santé et d'amélioration de l'état de santé des publics en situation de précarité, notamment les publics dits « invisibles », développé dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS « Coopérative d'acteurs ». Sur 3 ans, ce projet vise à améliorer la coordination entre les différents acteurs, notamment ceux constituant le « noyau dur » (IPS, PSP, Médecins bénévoles, Croix-Rouge, ACR) et les orientations et la prise en charge des publics cibles. Plusieurs outils seront développés, notamment consultations, bilans de santé, maraudes...Le CD finance ACR.

Des actions de soutien au logement des personnes présentant une fragilité psychique seront développées selon les principes de la charte Santé Mentale et logement travaillée dans le CLS 1.

Partenariats : ARS, CD, UFR SSSV, CHV, IPC, MGEN, ACR, Croix-Rouge, PSP, communes, Médecins bénévoles, CPAM, MGEN, ...

La CPAM des Yvelines sera présente dans le cadre du dispositif de la PFIDASS (Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé) afin d'accompagner les assurés sociaux dans leurs démarches de soins pour ceux qui y auraient renoncé.

Fiche action 10 : l'équipement IPS, un outil de mobilisation vers la santé

L'équipement qui accueille l'IPS est un bâtiment de 1 200 m² permettant d'accueillir 23 structures de santé (institutions, associations) soit plus de 80 professionnels et bénévoles. La coordination du site, la proximité géographique permettent des mises en liens et projets en commun. L'équipement dispose également d'un accueil de promotion de la santé permettant l'écoute, l'orientation des habitants et des partenaires.

Partenariats : tous les partenaires associatifs ou institutionnels du territoire

Fiche action 11 : coordonner le parcours de santé sur le territoire

La lisibilité et la coordination du parcours de santé des habitants est au cœur des projets de l'IPS. A ce titre, 8 annuaires thématiques de structures d'accompagnement de droit commun du territoire sont produits et mis à jour régulièrement (annuaires handicap ; personnes âgées ; cancer ; santé mentale ; santé physique ; sexualité et vie affective ; addictions ; santé et prévention). Ces flyers sont disponibles sur la page Internet de l'IPS et sur les sites des structures partenaires.

Ils sont accompagnés d'ateliers de sensibilisation, de forums santé, de conférences pour les habitants et de formations pour les professionnels (tels que les EPU (formation continue des professionnels de santé) à l'HPOP).

Par ailleurs, les guichets intégrés tels que le Pôle Autonomie territorial ou la MAIA, les réseaux, les équipes mobiles, la filière gériatrique labellisée sud Yvelines (Rambouillet / Hôpital de Plaisir), participent fortement à une meilleure coordination du parcours de santé en autonomie.

D'autres actions sont engagées telles que des communications via des flyers et journaux scientifiques à parution trimestrielle, de prévention et sensibilisation du grand public sur les dépistages (cancer colorectal, cancer du sein, insuffisance rénale et diabète,) mais aussi au travers de circuits courts de prise en charge tels que celui du dépistage du cancer du sein en 48/72h.

Partenariats : ARS, CD, IMLV, HPOP

Fiche action 12 : développement des compétences psycho-sociales et sensibilisation à la santé des habitants

L'IPS agit auprès de l'ensemble des habitants, avec un focus sur les QPV (Quartiers Politique de la Ville), selon le principe d'Universalisme proportionné* : focus sur les publics en situation de précarité, mais aussi les autres publics invisibles (Personnes âgées, jeunes déscolarisés, femmes/mères isolées...). Dans ce cadre, plusieurs projets sont développés avec et en direction des habitants : ateliers santé autour de diverses thématiques, élaboration de projets participatifs, organisation de forums santé...

** Universalisme proportionné : « des programmes, des services et des politiques qui sont universels, mais selon une échelle et une intensité proportionnelles au degré de défavorisation ».*

Partenariats : CD, communes, IPC, ARS, UFR SSSV, ...

Fiche action 13 : outils de montée en compétence des professionnels

L'IPS met en place des formations, des sessions d'échange de pratique et des conférences destinées aux partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire.

Les thématiques sont : les compétences psycho-sociales, les addictions chez les adolescents, la santé mentale, la nutrition...

L'IPS a également un rôle de coordination, fédération et appui aux projets des partenaires par l'ingénierie de projets et l'animation du réseau partenarial.

L'Institut MGEN, au travers de son Institut de Formation en Soins Infirmiers et son centre de formation continue est en capacité d'accompagner la montée en compétence des professionnels et de développer des formations sur mesure pour le territoire.

L'HPOP contribue également à la formation continue des professionnels de santé. Il collabore efficacement avec l'UFR des Sciences de la Santé et les IFSI dans l'accueil et l'accompagnement de stagiaires et jeunes diplômés.

Partenariats : ANPAA, AFDEM, IMLV, HPOP, UFR SSSV, ...

Fiche action 14 : soutien à la vie associative

Il existe près de 140 associations intervenant en santé sur le territoire de SQY. Certaines sont professionnalisées, d'autres composées de bénévoles.

SQY soutient financièrement une trentaine d'entre elles (subvention et/ou hébergement), en complément d'autres partenaires : ARS via le FIR, la Conférence des financeurs, AAP solidarité du CD78, le CGET...

Toutes œuvrent avec engagement au bien-être des saint-quentinois. Leur spécificité demande un accompagnement particulier tel que la coordination pour des projets en commun ou encore des mises à disposition de salles...

Partenariats : Guichet Unique de la Vie Associative de SQY, DLA, ARS, Conférence des Financeurs, CD78, CGET

Fiche action 15 : réduire les inégalités sociales de santé en lien avec l'environnement : mise en œuvre du PCAET (Plan Climat Air Energie Territorial) en lien avec le PRSE

Voir fiche action détaillée

Les questions de santé en lien avec l'environnement prennent toute légitimité ici (santé logement, bruit, aménagement).

SQY porte un PCAET où les questions de santé environnementales sont largement abordées et transversales. L'IPS jouera un rôle d'expert auprès d'instances (PLUI, PLH (Plan local de l'Habitat)...). L'IPS est également copilote des fiches actions sur la qualité de l'air extérieur et intérieur dans le cadre du Plan Climat Air Energie Territorial (PCAET). Certains sujets tels que l'urbanisme favorable à la santé, qui sont éminemment transversaux seront abordés (par exemple : couverture de la RN10).

Partenariats : partenaires du PCAET, ARS

Fiche action 16 : réduire les inégalités sociales de santé en lien avec l'environnement : sensibilisation des habitants

La santé environnementale implique des actions de sensibilisation et d'adaptation aux changements en direction des habitants conformément aux axes de travail du PRSE

Des ateliers type « les bons gestes pour un air intérieur de qualité », ou « lutte contre la précarité énergétique », ou « les mobilités douces à SQY » ... pourront être mis en place.

Partenariats : CD78, CCSM, ARS, UFR SSSV, ...

Axe 3 : Favoriser l'offre de soins et l'innovation en santé locale

Fiche action 17 : renforcer l'attractivité du territoire

La désertification médicale et paramédicale préoccupe SQY depuis plusieurs années. SQY, en collaboration avec les acteurs majeurs de santé locaux, souhaite renforcer l'attractivité de son territoire par une action concertée et coordonnée.

A ce titre, un travail sur l'immobilier est mené mais également sur les autres leviers de l'attractivité favorable à l'installation des professionnels de santé.

La lisibilité des actions engagées sera recherchée en lien étroit avec les professionnels de santé et paramédicaux libéraux.

Accompagnement concerté avec l'ARS sur les MSP :

- Maison de santé Pluridisciplinaires (MSP) de Guyancourt ouverte en 2017 / MSP de Montigny le Bretonneux ouverte en multi-sites depuis fin 2017 (travaux d'un local en cours pour regroupement en 2019)
- MSP ouverte en 2018 : MSP à Trappes (février 2018).
- Projet de consultations avancées à Magny-les-Hameaux avec l'HPOP.
- En cours : accompagnement de la commune, en lien avec l'URPS et le CD78, pour un projet de maison médicale à Plaisir.
- En cours : accompagnement de la mairie de la Verrière, en lien avec la mairie du Mesnil-Saint-Denis et la MGEN pour lutter contre la désertification médicale.
- Projets de MSP à Elancourt ;

Partenariats : ARS, CD, CHV, UFR Sciences de la Santé, HPOP, IMLV

Fiche action 18 : favoriser l'organisation des soins via la mise en place d'un groupe de travail dédié

Voir fiche action détaillée

Un groupe de travail initié par l'UFR des Sciences de la Santé et à destination des partenaires et signataires souhaitant s'impliquer sera développé afin de favoriser l'organisation des soins sur le territoire.

Partenariats : UFR des Sciences de la Santé, à compléter

Fiche action 19 : innovation en santé

Voir fiche action détaillée

La réponse sur les questions d'offre de soins passe également par le levier des innovations en santé avec notamment des solutions coordonnées de télémédecine ou de soins partagés MG/Psy (en lien avec le Groupement Hospitalier de Territoire et l'HPOP notamment).

Les questions d'autonomie sont également abordées avec les solutions domotiques permettant de faciliter le retour et/ou l'accompagnement le plus longtemps possible au domicile.

Une connaissance approfondie de la filière santé en copilotage avec la Direction du développement économique, permettra de mobiliser les entreprises et start-up locales.

SQY et ses partenaires mobiliseront les conditions proposées par l'article 51 de la LFSS 2018 qui prévoit un financement pour les "expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé", en dérogation aux règles actuelles de tarification, pour une durée "qui ne peut excéder cinq ans".

Partenariats : ARS, CD, CHV, HPOP, IMLV, CPAM, UFR SSSV....

Fiche action 20 : accompagner nos « talents » sur le territoire

Réflexion avec l'UFR des Sciences de la santé de Saint-Quentin-en-Yvelines pour réfléchir à comment inciter les futurs médecins formés à l'UFR des SCIENCES DE LA SANTE à rester sur le territoire.

Cette réflexion associera l'Ecole d'ergothérapie (portée par l'Ecole d'Assas) dans les locaux du Mérontais.

Partenariats : UFR des Sciences de la Santé, HPOP

Fiche action 21 : mise en place d'un show-room domotique dédié à l'autonomie

Voir fiche action détaillée

Les questions d'autonomie sont également abordées avec les solutions domotiques permettant de faciliter le retour et/ou l'accompagnement le plus longtemps possible au domicile.

Un show-room dédié sera développé au sein du Mérantais permettant de présenter les solutions locales et efficaces d'autonomie en direction des habitants, des aidants, des étudiants et des professionnels.

Ce travail sera opéré en lien avec les entreprises et start-up locales.

Des appartements connectés pourront également être équipés à titre expérimental.

L'ancrage local de services hospitaliers doit permettre la continuité du parcours de soin.

Partenariats : CD78, CHV, HPOP, IMLV, CPAM, ARS

Les Fiches Actions Opérationnelles

⇒ Axe stratégique	Axe 1 : Améliorer l'observation de l'état socio-sanitaire de la population, la définition des besoins pour favoriser l'évaluation et l'adaptation des actions
⇒ Intitulé de l'action : Fiche action 2	Tableau de bord santé
⇒ Porteur	IPS
⇒ Durée	Pluriannuelle Date : depuis 2008, mise à jour tous les 3 ans
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	Besoin de données quantitatives en matière de santé sur le territoire comme outil d'aide à la décision et à l'action
⇒ Public visé	Elus communautaires de SQY, élus communaux des 12 communes, agents de SQY et des communes, partenaires de l'IPS (décideurs tels que l'ARS et acteurs de terrain)
⇒ Etat d'avancement	Action en cours : Tableaux de bord 2010, 2013, 2016
⇒ Description Objectif stratégique	Améliorer la connaissance du territoire, en matière de santé : état de santé des Saint-Quentinois et offre / recours aux soins
Objectifs opérationnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposer d'une photographie socio-démographique et sanitaire du territoire 2. Permettre la définition et la priorisation des besoins en matière de santé 3. Permettre la définition, la priorisation et le réajustement des actions adaptées aux besoins 4. Permettre l'évaluation des actions
Déroulé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recueil de données via la CPAM, internet (Ameli, INSEE, PMSI...), l'ORS, le CD 78 (PMI, PF, bilan des 4 ans, BRSA) ... 2. Traitement et analyse des données, cartographie externalisée 3. Relecture et complément d'analyse par les partenaires 4. Validation par SQY
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	CPAM, ARS, CD78, communes, hôpitaux... CPAM : convention de partenariat pour les données ORS : facturation de données (ALD, mortalité) et expertise
Lien avec Politique de la Ville	Focus sur les QPV pour toutes les données disponibles à cette échelle Financement du poste de coordinatrice ASV (chargée de mission en charge de l'observatoire) par le CGET
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Non
Freins rencontrés ou envisagés	Travail chronophage Décalage entre année des données disponibles et année de mise à jour (principalement données de

	I'INSEE et Programmes de Médicalisation des Systèmes d'Information - PMSI)
Leviers rencontrés ou envisagés	Structuration du tableau de bord déjà effectuée, mise à jour facilitée Partenariat fluide avec la CPAM Beaucoup de données disponibles sur internet
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Observations des acteurs : présentations en COPIL, GT, participation à l'analyse
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respect du calendrier ➤ Difficultés rencontrées ➤ Points forts
Indicateurs d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de réunions ➤ Nombre d'indicateurs ➤ Nombre de partenaires mobilisés ➤ Nombre de tableau de bord diffusés
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre d'actions / GT mis en place / réajustés en fonction de l'identification des besoins ➤ Nombre de partenaires exploitant les données du tableau de bord

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action ⇒ Fiche action 4	Faciliter la pratique sportive en lien avec une alimentation équilibrée et une mobilité accrue => déploiement de « Prescri'forme »
⇒ Porteur	IPS
⇒ Durée	Pluriannuelle Date : à partir de 2018
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	Taux des St-Quentinois en ALD supérieur à la moyenne des Yvelines (en 2014) et en augmentation avec l'âge. Prévalence supérieure pour le diabète et l'hypertension artérielle
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ? Si oui, lesquelles ?	Oui, les communes en Politique de la ville sont les plus concernées par les ALD
⇒ Public visé	Saint-Quentinois touchés par les ALD (Affections de Longue Durée), plus les personnes souffrant de surpoids, d'obésité ou d'hypertension, et sédentaires
⇒ Etat d'avancement	Action en cours : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marches découvertes santé ➤ Conférence de sensibilisation « sport sur ordonnance » ➤ Deux séances d'activité physique adaptée en place dans deux communes en avril 2018

⇒ Description Objectif stratégique	Initier une démarche de promotion de la santé et du maintien du capital santé par la pratique de la marche à pied et la mise en place d'un dispositif de prescription médicale d'une activité physique adaptée à l'état de santé des personnes visées.
Objectifs opérationnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place des actions favorisant les mobilités actives pour les habitants 2. Sensibiliser et éduquer à un mode de vie sain (équilibre alimentaire, limitation des comportements sédentaires, socialisation...) 3. Favoriser la pratique d'activités physiques ou sportives adaptées aux situations de santé par des séances « forme et bien-être » 4. Mobiliser les professionnels de santé et les associations sportives à la démarche « sport sur ordonnance », reconnue par la Loi Santé comme thérapie non médicamenteuse 5. Orienter les participants pris en charge vers une pratique autonome et pérenne
Déroulé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en œuvre de marches découverte santé 2. Mise en œuvre de sessions de formation nutrition 3. Mise en place d'une conférence inaugurale de sensibilisation et de présentation du dispositif « sport/ordonnance » 4. Accompagnement de la démarche par la formation des animateurs/entraîneurs sportifs 5. Mise en œuvre de programmes d'ateliers « Forme et bien-être » en partenariat avec le Comité Départemental Olympique et Sportif des Yvelines (CDOS 78) 6. Sensibilisation des professionnels de santé 7. Mise en relation avec des professionnels de santé et les associations sportives locales pour le maintien d'une activité sportive adaptée aux besoins 8. Déploiement des programmes passerelles
Partenaires Organisation du partenariat (COPIL, GT...)	ARS, CD78, communes, DDCS, CDOS, CPAM, professionnels de santé, médicosociaux et sociaux, hôpitaux, clubs et associations sportives
Lien avec Politique de la Ville	Attention portée sur les quartiers politiques de la Ville Co-financement des actions par le CGET
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Oui, les habitants sont acteurs de l'action (pratique sportive)
Freins rencontrés ou envisagés	Travail chronophage Mobilisation des médecins et des médecins du sport Engagement des communes à long terme Prise en charge financière de l'activité physique

Leviers rencontrés ou envisagés	Partenariats engagés avec les hôpitaux, les acteurs institutionnels (ARS, DDCS, CD78 et CDOS), les communes, la CPAM Lien et mobilisation des associations de professionnels et de bénévoles de l'accompagnement des publics vulnérables
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recensement du nombre de rencontres et de réunions avec les acteurs ➤ Feuilles d'émargement ➤ Questionnaire d'évaluation
Indicateurs d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de marches découverte santé ➤ Nombre de plan pédestres distribués ➤ Nombre de communes engagées ➤ Nombre de professionnels d'associations sportives formés ➤ Nombre de participants aux séances forme et bien-être ➤ Assiduité des participants ➤ Nombre de prescriptions sport sur ordonnance ➤ Nombre de programmes passerelles mis en place
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autonomie et pérennité des pratiques d'activités physiques ➤ Réduction des facteurs de risque liés aux maladies chroniques, à la sédentarité ➤ Modification des comportements

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action ⇒ Fiche action 6	Action en faveur des publics pour l'autonomie - Développer des actions d'aide aux aidants (en faveur des publics seniors...)
⇒ Porteur	IPS
⇒ Durée	Pluriannuelle à partir de 2018
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	<p>Le Tableau de bord santé, mis à jour en 2016, fait ressortir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Un vieillissement de la population <ul style="list-style-type: none"> • Une hausse des problématiques liées à la perte d'autonomie et une hausse des maladies chroniques, notamment d'Alzheimer et assimilées ➤ Certaines pathologies marquantes : <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence des ALD y est plus élevée que dans les Yvelines, • Maladies cardio-vasculaires, notamment diabète et hypertension (prévalence et mortalité plus élevées que dans les Yvelines), • Cancers (incidence élevée dans certaines communes) • Prévalence importante de l'asthme ➤ Les actions d'aide aux aidants deviennent plus prégnantes sur le territoire.
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?	Oui, les personnes en perte d'autonomie de condition modeste sollicitent moins les services d'aide à la

	personne et ont moins recours au système de soins (isolement des aidants familiaux)
⇒ Public visé	Toutes les personnes aidantes qui soutiennent un parent âgé, malade ou en situation de handicap, en prenant en compte la diversité des problématiques du point de vue de l'aidant non de la maladie ou du handicap seuls
⇒ Etat d'avancement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réunions d'un groupe de travail dédié à l'aide aux aidants ➤ Démarrage et mise en place du premier programme d'actions en 2017
⇒ Description Objectif stratégique	Favoriser la prévention des risques sociaux et de santé des proches aidants
Objectifs opérationnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre un programme d'actions diversifiées et complémentaires visant à apporter aux personnes une palette d'aides adaptées à chacune sous forme de soutien, d'information et de répit. 2. Piloter un groupe de travail de professionnels et bénévoles représentant les champs de la gérontologie et du handicap
Déroulé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place de café/rencontres thématiques 2. Mise en œuvre d'ateliers pratiques de ressourcement et de détente ou de mise en pratiques de conseils 3. Création de groupes d'expression, d'écoute et de soutien 4. Pilotage d'un groupe de travail de professionnels et bénévoles représentant les champs de la gérontologie et du handicap
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	Communes, professionnels de santé, personnels médicosociaux et sociaux, EHPAD, CPAM (ateliers destinés aux « jeunes de plus de 60 ans »)
Lien avec Politique de la Ville	Oui
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Oui, participation active des proches aidants, favorisée par la mise en place régulièrement d'espaces d'échanges libres Participation à l'organisation des actions
Freins rencontrés ou envisagés	Difficulté de mobilisation des publics Difficulté d'accès aux actions faute de solutions de répit ou de transport
Leviers rencontrés ou envisagés	Partenariats engagés avec les communes, les associations ou services de professionnels et de bénévoles de l'accompagnement des publics en manque d'autonomie Pertinence des sujets proposés en réponse aux besoins relevés Mobilisation des acteurs intervenant aux actions Antériorité des actions pour mobiliser les financeurs
➤ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Feuilles d'émargement Questionnaires d'évaluation à l'issue du programme d'actions
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respect du calendrier prévisionnel ➤ Mobilisation et implication des partenaires

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobilisation et assiduité des proches aidants participants ➤ Identification des points forts et difficulté rencontrées
Indicateurs d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de réunions du groupe de travail ➤ Nombre de partenaires contribuant au groupe de travail ➤ Nombre d'actions ➤ Nombre total de participants aux actions ➤ Nombre de rencontres avec les acteurs de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduction des facteurs de risque liés à l'aide soutenue apportées par les aidants à leur proche ➤ Solitude atténuée et entraide favorisée entre pairs aidants ➤ Prise de recul et déculpabilisation ➤ Connaissances acquises par les participants sur les aides existantes

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action – Fiche action 7	Prévenir et prendre en charge les addictions
⇒ Porteur	IPS
⇒ Durée	Pluriannuelle
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	Problématiques d'addictions chez les jeunes, notamment alcool, cannabis, jeux vidéo (écrans) ; Chez les adultes : surmortalité liée au tabac et à l'alcool à SQY par rapport à l'IDF (données ORS, 2008-2012)
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ? Si oui, lesquelles ?	Les communes de Trappes et Plaisir ont un ICM (Indice Comparatif de Mortalité) lié au tabac plus élevé sur la période 2008-2012. Concernant l'alcool, des taux de mortalité plus élevés observés à Trappes, Magny, Guyancourt et Plaisir.
⇒ Public visé	Habitants, notamment les collégiens Partenaires de l'IPS
⇒ Etat d'avancement	Action en cours Actions reconduites depuis plusieurs années, mais évolutives
⇒ Description Objectif stratégique	Renforcer la prévention et améliorer la prise en charge des addictions
Objectifs opérationnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibiliser les collégiens du territoire aux addictions par la représentation d'un spectacle et l'intervention de l'ANPAA en classes 2. Sensibiliser la population aux addictions et les informer sur les lieux ressources du territoire 3. Renforcer la formation des professionnels sanitaires et sociaux du territoire aux questions d'addictions 4. Renforcer le partenariat entre les différents acteurs

Déroulé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation de spectacles « Gueule de bois » (troupe Compagnie des contraires) avec l'ANPAA auprès des collégiens 2. Organisation de séances de sensibilisation avec les classes suite au spectacle 3. Organisation d'ateliers santé autour des addictions auprès de groupes d'habitants (jeunes en insertion...) 4. Organisation de stands d'information et de prévention des addictions sur des forums et autres événements de partenaires 5. Organisation de formations, de sessions d'échanges de pratiques et de colloques autour des addictions à destination des acteurs
Partenaires Organisation du partenariat (COPIL, GT...)	ANPAA : sensibilisation dans les collèges, animation de formations à destination des professionnels CSAPA : ateliers addictions Troupe Compagnie des contraires : spectacle « Gueule de bois » Autres partenaires : MDA, Hôpital de Plaisir, CPAM (lutte contre le tabagisme), Institut MGEN de la Verrière... DDCS : programme 7- 11 ans.
Lien avec Politique de la Ville	Focus dans les collèges des QPV (co-financement CGET) Forte part des partenaires formés et sensibilisés intervenant dans les QPV
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	
Freins rencontrés ou envisagés	
Leviers rencontrés ou envisagés	Des acteurs sur le territoire, notamment le CSAPA hébergé à l'IPS Partenariat fort avec l'ANPAA 78
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Questionnaires de satisfaction / d'évaluation
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respect du calendrier ➤ Difficultés rencontrées ➤ Points forts
Indicateurs d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de réunions, GT, participants ➤ Nombre d'interventions ➤ Nombre de participants / bénéficiaires
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amélioration du partenariat ➤ Augmentation des orientations ➤ Amélioration des connaissances

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action Fiche action 8	Mener un travail de concertation en santé mentale
⇒ Porteur	IPS- CPT (communauté psychiatrique de territoire)
⇒ Durée	Pluriannuelle
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	Il est noté des réponses insuffisantes dans les champs de la santé mentale (2 000 saint-quentinois en affection longue durée psychiatrique en 2011). Il apparaît également un besoin de renforcer et coordonner le parcours de santé mentale. Il est fait état également d'un manque de lisibilité sur le parcours de soins en santé mentale et le besoin de mieux cerner les rôles et missions de chacun (acteurs sociaux et psychiatrie)
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ? Si oui, lesquelles ?	Les ALD psychiatriques sont plus élevées sur les 5 communes avec quartier politique de la ville
⇒ Public visé	Habitants, via notamment les services à la population (CD78, ..) Partenaires de l'IPS
⇒ Etat d'avancement	Action en cours Actions reconduites depuis plusieurs années, mais évolutives
⇒ Description Objectif stratégique	Renforcer la mise en synergie et la coordination des acteurs
Objectifs opérationnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des projets et actions dans ce domaine et en faveur des publics vulnérables. 2. Faciliter la lisibilité du parcours de soins coordonné, 3. garantir sa continuité et l'accompagnement des CLSM communaux.
Déroulé	A définir en GT
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	Partenariats : CD78, AORIF, UFR SSSV, CHV (Communauté Psychiatrique de Territoire), CCSM, ARS, IMLV
Lien avec Politique de la Ville	Oui
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	
Freins rencontrés ou envisagés	manque de relais en santé mentale sur le territoire (CMP, libéral, centre de santé) ou relais non adapté aux problématiques (psychotraumas, précarité, approche culturelle)
Leviers rencontrés ou envisagés	Installation de la CPT et mobilisation des partenaires
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Questionnaires de satisfaction / d'évaluation
Indicateurs de processus	➤ Respect du calendrier

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficultés rencontrées ➤ Points forts
Indicateurs d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de réunions, participants ➤ Qualité des projets et partenariats mis en places
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amélioration du partenariat ➤ Augmentation des orientations ➤ Amélioration des connaissances interprofessionnelles

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action	Actions en faveur des publics en situation de précarité
⇒ Fiche action 9	
⇒ Porteur	IPS
⇒ Durée	Pluriannuelle
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	Des difficultés d'accès à la santé de plus en plus prégnantes Des problématiques de santé accrues chez les publics en situation de précarité
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ? Si oui, lesquelles ?	De fortes disparités socio-sanitaires à SQY : Un écart de l'espérance de vie de 5 ans entre Trappes et Elancourt IDH2 variant de 0,35 à Trappes à 0,82 à Voisins Taux de pauvreté proche de 25% à Trappes et La Verrière Taux de bénéficiaires de CMUC variant de 0,9% à Voisins à 11,3% à Trappes Taux de couverture complémentaire santé déclarée variant de 70,4% à Trappes à 84,6% à Villepreux
⇒ Public visé	Personnes en situation de précarité Résidents de FTM (Foyer Travailleurs Migrants) / résidences sociales Migrants Personnes isolées Personnes sans couverture sociale Personnes au chômage de longue durée Travailleurs pauvres
⇒ Etat d'avancement	Démarrage 2018
⇒ Description Objectif stratégique	Améliorer l'accès à la santé et l'état de santé des personnes en situation de précarité
Objectifs opérationnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repérer et mobiliser les publics éloignés de la santé 2. Améliorer la coordination entre les acteurs, les orientations des publics 3. Faciliter la lisibilité du parcours de santé
Déroulé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repérer et mobiliser les acteurs 2. Recruter un médiateur / coordinateur 3. Organiser le parcours de santé 4. Mettre en place des outils

	Déjà mis en place : COTECH avec 6 partenaires ; réunions de coordination ; financements 2017 reçus ; recrutement du médiateur / coordinateur en cours
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	Partenaires COTECH : ➤ ARS ➤ IPC ➤ Médecins bénévoles ➤ POINT Services aux Particuliers (PSP) ➤ Croix-Rouge Autres partenaires : ➤ CD78 ➤ CPAM ➤ CHIMM...
Lien avec Politique de la Ville	Focus dans les QPV (actions communes avec ASV, co-financement CGET) Financement (ARS) « coopérative d'acteurs »
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	
Freins rencontrés ou envisagés	Charges de travail, notamment PSP et structures bénévoles comme Médecins bénévoles
Levers rencontrés ou envisagés	Partenariats forts, IPS rôle fédérateur, projet innovant
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Questionnaires de satisfaction / d'évaluation
Indicateurs de processus	➤ Respect du calendrier ➤ Difficultés rencontrées ➤ Points forts
Indicateurs d'activités	➤ Nombre de réunions, GT, participants, partenaires mobilisés ➤ Nombre d'interventions ➤ Nombre de participants / bénéficiaires
Indicateurs de résultats	➤ Amélioration du partenariat ➤ Nombre d'orientations ➤ Amélioration des connaissances en matière de droits, prévention

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action ⇒ Fiche action 15	Réduire les inégalités sociales de santé en lien avec l'environnement : mise en œuvre du PCAET (Plan Climat Air Energie)
⇒ Porteur	Saint-Quentin-en-Yvelines
⇒ Durée	Pluriannuelle Date : 6 ans à compter de janvier 2019
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	Les démarches visant à s'adapter et à atténuer les impacts du changement climatique sont transversales et influent sur la santé des usagers d'un territoire. Elles sont en lien étroit avec la santé environnementale que cela soit par exemple via la qualité de l'air (intérieure et extérieure), la précarité

	<p>énergétique mais également le développement des mobilités douces (activité physique).</p> <p>L'aménagement du territoire a également un rôle important pour atténuer les effets du changement climatique, en végétalisant pour lutter contre les Ilots de Chaleur Urbain, ceci pour un meilleur cadre de vie et dans une recherche de bien-être des usagers.</p>
<p>Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?</p> <p>Si oui, lesquelles ?</p>	NC
⇒ Public visé	Tous les acteurs/usagers du territoire comprenant les élus communautaires de SQY, élus communaux des 12 communes, agents de SQY et des communes, les citoyens, les salariés, les entreprises, les associations, le public scolaire, etc....
⇒ Etat d'avancement	<ul style="list-style-type: none"> - Phase 2 du PCAET en cours (stratégie territoriale : enjeux et orientations) - Phase 3 du PCAET Mai/Juin 2018 : définition du programme d'actions - Vote : Septembre 2018 - Mise en œuvre des actions sur 6 ans : 2019 à 2024.
⇒ Description Objectif stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre en compte la santé environnementale et l'impact sur la santé dans les orientations et actions du PCAET
Objectifs opérationnels	-
Déroulé	SQY porte un PCAET où les questions de santé environnementales sont largement abordées et transversales. L'IPS jouera un rôle d'expert auprès d'instances (PLUI, PLH (Plan local de L'Habitat...)). L'IPS est également copilote des fiches actions sur la qualité de l'air extérieur et intérieur dans le cadre du Plan Climat Air Energie territorial (PCAET). Certains sujets tels que l'urbanisme favorable à la santé, qui sont éminemment transversaux seront abordés (par exemple : refonte de la RN10).
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	Bailleurs, services de SQY (habitat, aménagement, transports, ...), associations, entreprises,
Lien avec Politique de la Ville	
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	
Freins rencontrés ou envisagés	<p>Financier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de panneaux de jalonnement piétons <p>Culturels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et mise en place d'actions sur une thématique tel que la qualité de l'air qui est bonne sur SQY peut paraître plus compliqué que si elle était mauvaise <p>Santé environnement thématique souvent éloigné des cœurs de métiers des acteurs</p>

Leviers rencontrés ou envisagés	<ul style="list-style-type: none"> - Chercher des co-financements ex via la Région ou le Département <p>La sensibilisation et l'acculturation sont deux axes de fond du PCAET</p>
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La méthode d'évaluation est globale au PCAET, les fiches actions comprendront des indicateurs tels que le nombre de marche santé mises en place, ou l'évolution de la qualité de l'air à SQY
Indicateurs de processus	Respect du calendrier et du budget
Indicateurs d'activités	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions mises en place ➤ Nombre de marche santé mises en place
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'utilisation des véhicules personnels - Augmentation du nombre de voyageurs dans les TC - Réduction des effets canicules dans les quartiers ➤ Réduction du nombre de personnes admises pour problèmes respiratoires

⇒ Axe stratégique	Axe 3 : favoriser l'offre de soins et l'innovation en santé locale
⇒ Intitulé de l'action ⇒ Fiche action 18	Favoriser l'organisation des soins via la mise en place d'un « groupe de travail santé territoriale » dédié
⇒ Porteur	Coportage de l'action par l'UFR Sciences de la Santé/ARS/SQY
⇒ Durée	Pluriannuelle
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	<p>Saint-Quentin-en-Yvelines est confronté à des inégalités d'accès aux soins par une diminution de professionnels de santé de proximité sur le territoire alors même que les besoins de la population ne cessent d'augmenter. En effet, l'analyse du tableau de bord santé fait apparaître les tendances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vieillessement de la population (avec augmentation des besoins/demandes de soins) ➤ Diminution de l'offre de soins (la population soignante vieillit simultanément) <p>De manière plus focale sur la question de l'offre de soins, les besoins actuels sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les freins à l'installation des professionnels de santé (loyers élevés, tâches administratives nombreuses, souhait de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle parmi les professionnels de santé...) ➤ L'accessibilité des locaux des professionnels de santé à mettre aux normes (certains professionnels de santé prennent plus tôt leur retraite pour éviter le coût des travaux ou déménagent dans des locaux adaptés sur d'autres communes)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le manque de visites à domicile notamment en direction des personnes en perte d'autonomie qui retardent de fait les soins et voient leur état de santé se dégrader (constat réalisé également par les structures autonomie) ➤ Urgences engorgées <p>Ces besoins sont constatés nationalement et l'IPS est régulièrement interpellé à ce propos.</p> <p>La loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016 va dans ce sens avec un axe fort autour de l'innovation (métiers du futurs, innovation dans le parcours de soin, stratégies de prévention innovantes, e-santé, recherche ...)</p> <p>Par ailleurs, la Direction du développement économique de SQY travaille sur la filière santé conjointement avec l'IPS. Il s'avère que tous les acteurs de la filière santé sont représentés de l'amont à l'aval de la filière, représentant ainsi 6 500 emplois.</p>
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?	Oui, inégalités d'accès à la santé
⇒ Public visé	Professionnels de santé et auxiliaires médicaux
⇒ Etat d'avancement	Démarrage en octobre 2018
⇒ Description Objectif stratégique	Lutter contre la désertification médicale
Objectifs opérationnels	Favoriser une meilleure organisation des soins Faciliter le lien ville/hôpital Réfléchir en mode think-tank sur des solutions innovantes permettant de fluidifier le parcours de santé (accords inter-hospitaliers, applications, télémedecine, coordination, ...)
Déroulé	Un groupe de travail initié par l'UFR des Sciences de la Santé et à destination des partenaires et signataires souhaitant s'impliquer sera mis en place dès 2018
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Non
Freins rencontrés ou envisagés	Coûts et prises en charges
Leviers rencontrés ou envisagés	Mobilisation forte des partenaires, portage fluide et complémentaire dans les compétences
➤ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Evaluation qualitative et quantitative
Indicateurs de processus	⇒ Respect du calendrier, recherche de financements
Indicateurs d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de réunions du GT ➤ Nombre de propositions innovantes
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de projets engagés ➤ Augmentation du nombre de professionnels de santé (PS) et auxiliaires médicaux (AM) sur le territoire ➤ Qualité des projets valorisant l'innovation y compris organisationnelle ➤ Changement de catégorie du zonage (données de l'ARS)

⇒ Axe stratégique	Axe 3 : favoriser l'offre de soins et l'innovation en santé locale
⇒ Intitulé de l'action ⇒ Fiche action 19	Innovation en santé
⇒ Porteur	Les membres du GT « santé territoriale » et notamment l'UFR Sciences de la Santé/ARS/SQY
⇒ Durée	Pluriannuelle
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	<p>Saint-Quentin-en-Yvelines est confronté à des inégalités d'accès aux soins par une diminution des professionnels de santé de proximité sur le territoire, alors même que les besoins de la population ne cessent d'augmenter. En effet, l'analyse du tableau de bord santé fait apparaître les tendances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vieillissement de la population (avec augmentation des besoins/demandes de soins) ➤ Diminution de l'offre de soins (la population soignante vieillit également) <p>De manière plus focale sur la question de l'offre de soins, les besoins actuels sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les freins à l'installation des professionnels de santé (loyers élevés, tâches administratives nombreuses, souhait de qualité de vie...) ➤ L'accessibilité des locaux des professionnels de santé à mettre aux normes (certains professionnels de santé prennent plus tôt leur retraite pour éviter le coût des travaux ou déménagent dans des locaux adaptés sur d'autres communes) ➤ Le manque de visites à domicile notamment en direction des personnes en perte d'autonomie qui retardent de fait les soins et voient leur état de santé se dégrader (constat réalisé également par les structures autonomie) ➤ Urgences engorgées <p>Ces besoins sont constatés nationalement et l'IPS est régulièrement interpellé à ce propos.</p> <p>La loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016 va dans ce sens avec un axe fort autour de l'innovation (métiers du futurs, innovation dans le parcours de soin, stratégies de prévention innovantes, e-santé, recherche ...)</p> <p>Par ailleurs, la Direction du développement économique de SQY travaille sur la filière santé conjointement avec l'IPS. Il s'avère que tous les acteurs de la filière santé sont représentés de l'amont à l'aval de la filière, représentant ainsi 6 500 emplois sur le territoire.</p>
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?	Oui, inégalités d'accès à la santé

⇒ Public visé	Professionnels de santé et auxiliaires médicaux
⇒ Etat d'avancement	Mise en route en 2019 (suite aux travaux du GT)
⇒ Description Objectif stratégique	Faire du territoire un espace d'expérimentation ouvert à tous les innovateurs en offrant les conditions de l'innovation en télémédecine
Objectifs opérationnels	A définir selon orientation du Gt « santé territoriale »
Déroulé	A définir selon orientation du Gt « santé territoriale »
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	Membres signataires du CLS 2
Lien avec Politique de la Ville	Non
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Non
Freins rencontrés ou envisagés	Coûts
Leviers rencontrés ou envisagés	Complémentarité des partenaires, Groupement Hospitalier Territorial (GHT)
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Evaluation qualitative et quantitative
Indicateurs de processus	➤ A définir
Indicateurs d'activités	➤ A définir
Indicateurs de résultats	➤ A définir

⇒ Axe stratégique	Axe 3 : favoriser l'offre de soins et l'innovation en santé locale
⇒ Intitulé de l'action ⇒ Fiche action 21	Mise en place d'un show-room domotique dédié à l'autonomie
⇒ Porteur	SQY
⇒ Durée	Pluriannuelle Début : dernier trimestre 2018
⇒ Diagnostic Quels sont les principaux éléments du diagnostic qui justifient l'action ?	<p>Saint-Quentin-en-Yvelines doit aujourd'hui faire face à de nouveaux défis de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le vieillissement de sa population ➤ Les inégalités d'accès aux soins ➤ L'augmentation des maladies de longues durées <p>SQY compte 15.4% de personnes âgées de plus de 60 ans contre 20.7% dans les Yvelines avec un indice de vieillissement en forte hausse à SQY.</p> <p>Le Tableau de bord santé, mis à jour en 201, fait ressortir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une hausse des problématiques liées à la perte d'autonomie et une hausse des maladies chroniques, notamment d'Alzheimer <p>Certaines pathologies marquantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévalence des ALD y est plus élevée que dans les Yvelines ➤ Maladies cardio-vasculaires, notamment diabète et hypertension (prévalence et mortalité plus élevées que dans les Yvelines) ➤ Cancers : incidence élevée dans certaines communes

Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?	Non
⇒ Public visé	Les étudiants en formation Les prescripteurs : CCAS, SSIAD.... Les bailleurs sociaux Les usagers
⇒ Etat d'avancement	Lancement du projet en cours
⇒ Description Objectif stratégique	Objectif stratégique : ➤ Faciliter/accompagner les professionnels, les étudiants dans les métiers de l'aide à la personne et de l'autonomie et le grand public dans leur détermination des besoins dans l'aménagement et l'adaptation du logement
Objectifs opérationnels	Objectifs opérationnels : ➤ Mettre en place un show-room domotique dédié à l'autonomie ➤ Mettre en place des actions de formation et de démonstration ➤ Développer une coordination locale des acteurs publics et privés impliqués dans l'accompagnement de la perte d'autonomie
Déroulé	Le site du Mérantais, dont SQY est propriétaire, dispose de deux appartements aménagés. L'un de ces deux appartements est dit pédagogique (avec du mobilier « comme à la maison ») et l'autre est dit thérapeutique (avec du mobilier adapté aux personnes âgées et/ou handicapées en perte d'autonomie). Les locaux du Mérantais sont une opportunité pour mettre en place une expérimentation de showroom domotique : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Il permet de passer de la théorie à la pratique ➤ Il permet de servir de lieu de formation (étudiants) et de démonstration (public) Le projet pourrait également être expérimenté à domicile.
Partenaires Organisation du partenariat (COPIL, GT...)	L'Association Insertion Education Soins (AIES) est missionnée par SQY pour assurer la coordination des partenaires présents sur le site du Mérantais : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ecole d'ASSAS : animation du show-room ➤ PAT/CD78 : mobilisation des habitants ➤ Les communes de SQY : mobilisation via leurs CCAS ➤ HPOP, CHV, MGEN, hôpital de Plaisir : partenariat dans le cadre du retour à domicile et parcours de soins coordonnés ➤ Entreprises sélectionnées via un appel à projets
Lien avec Politique de la Ville	Oui
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Non
Freins rencontrés ou envisagés	Coût des installations

Leviers rencontrés ou envisagés	Continuité du parcours d'autonomie et accompagnement par la mobilisation de l'ensemble des partenaires
▷ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs Indicateurs qualitatifs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fiche d'évaluation à chaque passage habitant ➤ Rencontres trimestrielles du « jury/partenaires »
Indicateurs de processus	➤ Respect du calendrier, respect du budget et des moyens alloués
Indicateurs d'activités	➤ Nombre de visites ➤ Nombres d'étudiants formés
Indicateurs de résultats	➤ Amélioration des conditions d'autonomie à domicile ➤ Qualité et complémentarité des technologies présentées ➤ Satisfactions des usagers

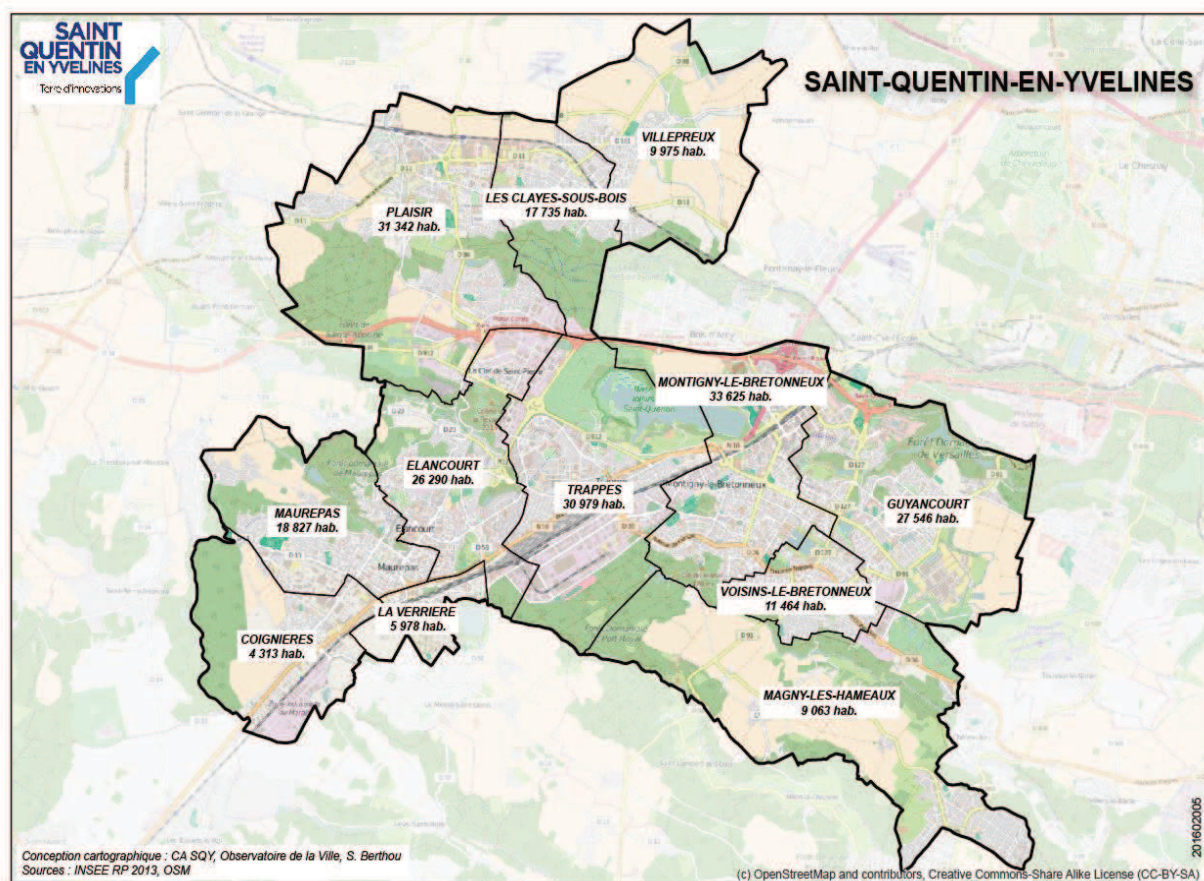
Le Diagnostic santé de Saint-Quentin-En-Yvelines

Données issues du tableau de bord santé 2016 de SQY

Contexte sociodémographique de SQY

➤ La population

En 2014, Saint-Quentin-en-Yvelines compte **227 427 habitants**, répartis sur 12 communes, sur un territoire de 120,08 km², soit une densité de 1 892 habitants/km² (contre 621 habitants/km² pour les Yvelines et 996 habitants/km² pour l'Île-de-France).

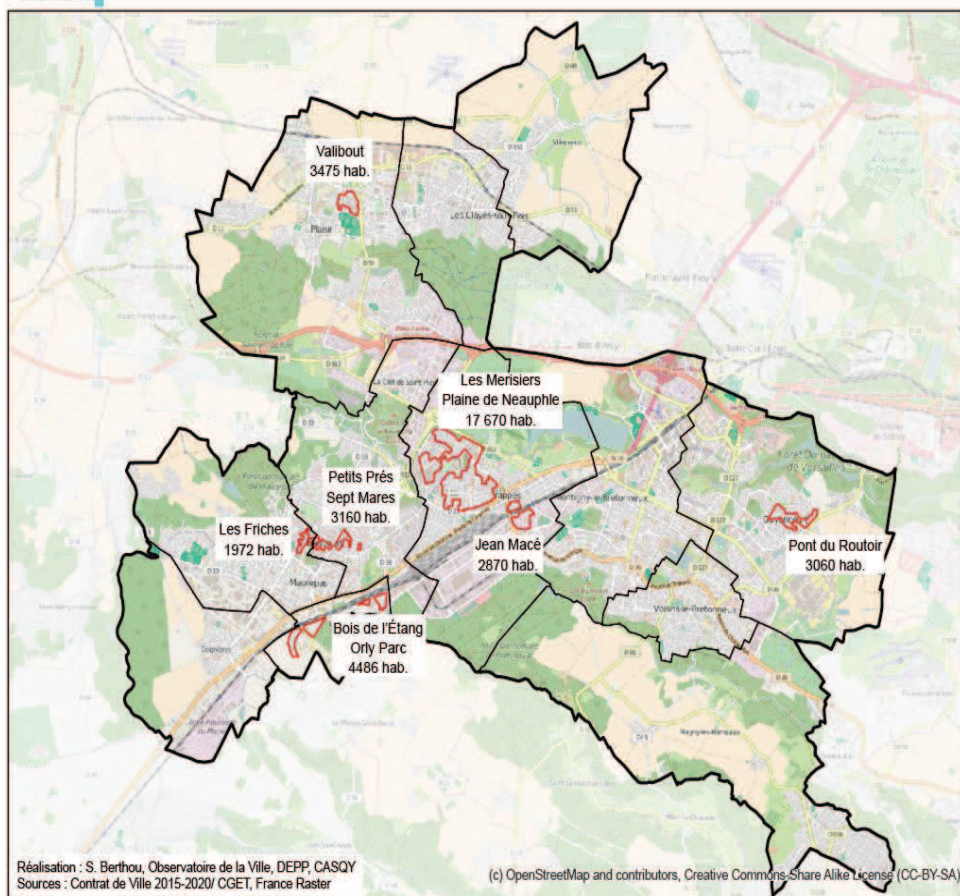


➤ Population des quartiers prioritaires

Saint-Quentin-en-Yvelines compte 7 quartiers prioritaires Politique de la Ville, représentant **34 500 habitants**, soit **16 % de la population totale** du territoire. Un territoire, sorti de la Politique de la Ville en 2015, est en « veille active » : Le Buisson, à Magny-les-Hameaux, avec 3 781 habitants.



Population des quartiers prioritaires



La population correspond aux années entre 2011 et 2014 selon les sources

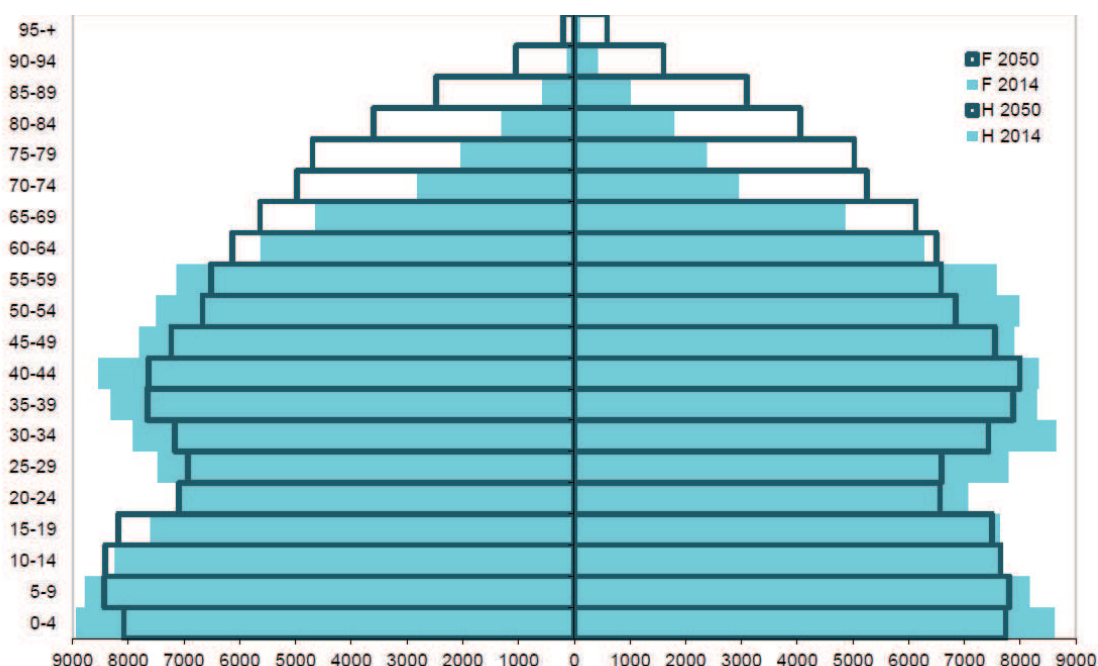
Précision : La population correspond à l'IRIS VALIBOUT et non au QP (mais 98% du QP est contenu dans l'IRIS)

201602003

➤ La population âgée

En 2014, SQY compte 37 000 personnes âgées de 60 ans et plus, dont 9 800 de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement (rapport entre les 65 ans et plus et les moins de 20 ans) est en augmentation dans toutes les communes de SQY, même si en 2012, seules Les Clayes-sous-Bois et Maurepas étaient au-dessus des territoires de référence (Yvelines et IDF).

Pyramide des âges de la population saint-quentinoise en 2014 et 2050 (projection OMPHALE, Insee)



➤ Espérance de vie

Saint-Quentin-en-Yvelines connaît de fortes disparités communales en terme d'espérance de vie. Quatre communes se démarquent par une espérance de vie inférieure aux références franciliennes et yvelinoises : Coignières, Plaisir, Trappes et La Verrière.

Espérance de vie par commune sur la période 2009-2012



Source :

INSEE

➤ Mortalité

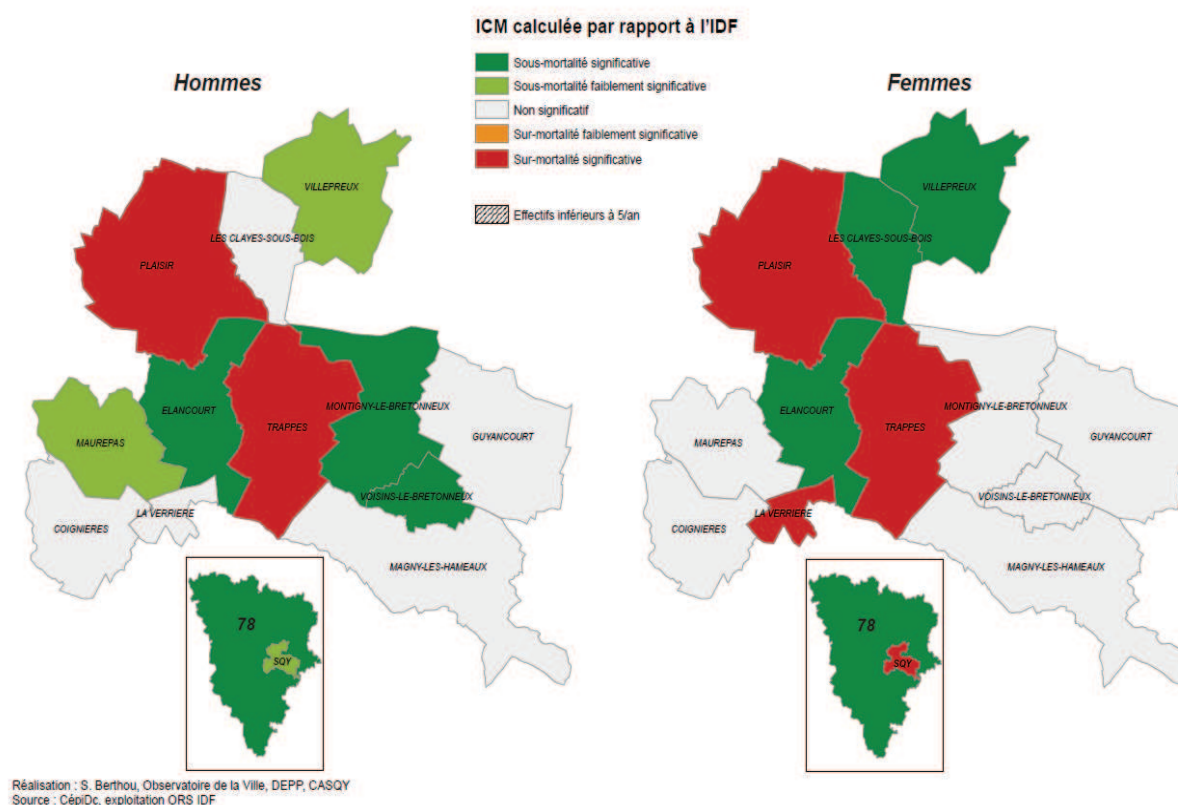
Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique (commune ou arrondissement) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est significative.

Toutes causes confondues, sur la période 2008-2012, sont observées :

- Deux communes en surmortalité chez les hommes : Trappes et Plaisir.
- Trois communes en surmortalité chez les femmes : Trappes, Plaisir et La Verrière.



Indice Comparatif de Mortalité, toutes causes confondues (période 2008-2012)



Source : CépiDc

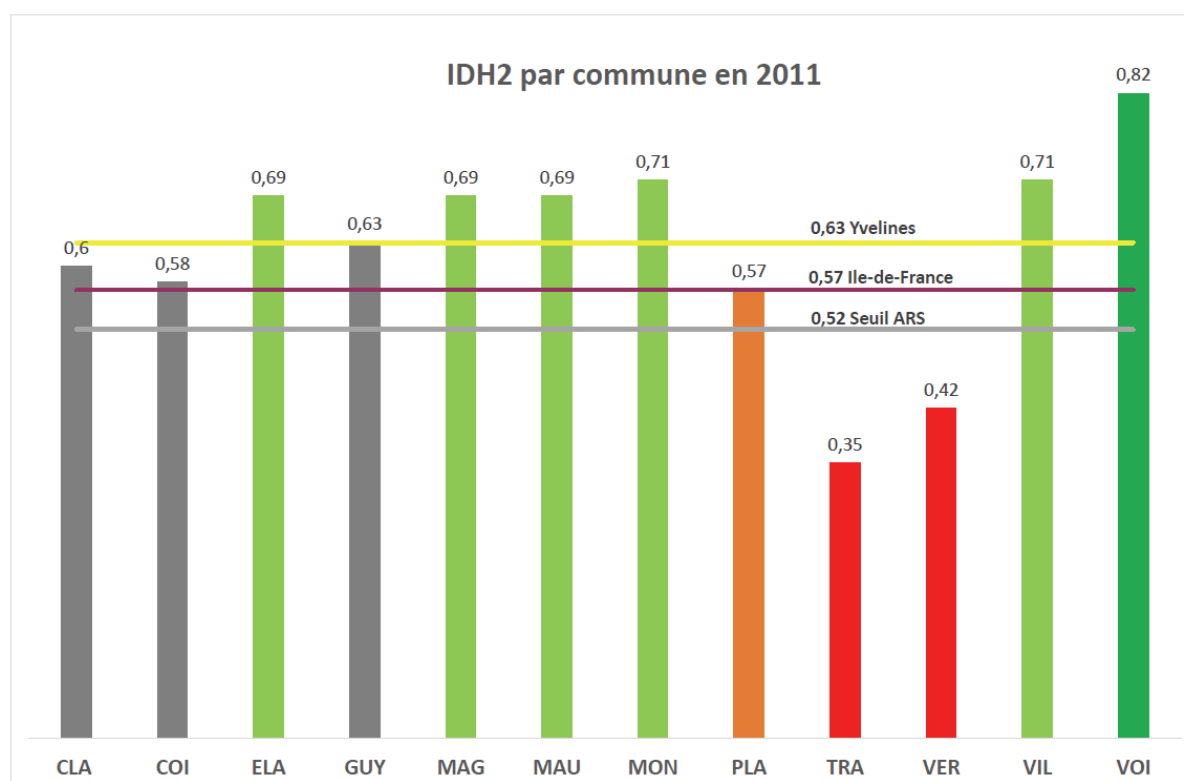
Concernant **la mortalité prématurée - avant 65 ans -**, Trappes connaît un indice supérieur à la région hommes et femmes confondus, et Plaisir pour les femmes.

➤ IDH2

L'Indice de Développement Humain 2 (IDH2) est un indicateur prenant en compte 3 dimensions : la santé (espérance de vie à la naissance), l'éducation (part de la population de plus de 15 ans sortie du système scolaire et diplômée), le niveau de vie (revenu médian des ménages par unité de consommation). Il est un indicateur de référence pour l'ARS, qui priorise les communes ayant un IDH2 inférieur à 0,52.

Il existe une corrélation entre la valeur de l'IDH2 et l'état de santé de la population, un IDH2 faible étant souvent corrélé à un état de santé moins favorable.

L'IDH2 le plus élevé est observé à Voisins-le-Bretonneux, tandis que **les plus faibles sont observés à Trappes et La Verrière**. Ces deux communes sont les seules de l'agglomération à se situer au-dessous de la moyenne francilienne et du seuil de « précarité » de 0,52 fixé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Par ailleurs, cinq communes ont un IDH2 inférieur à la moyenne départementale : Les Clayes-sous-Bois, Coignières, Plaisir, Trappes et La Verrière.



Source : ORS

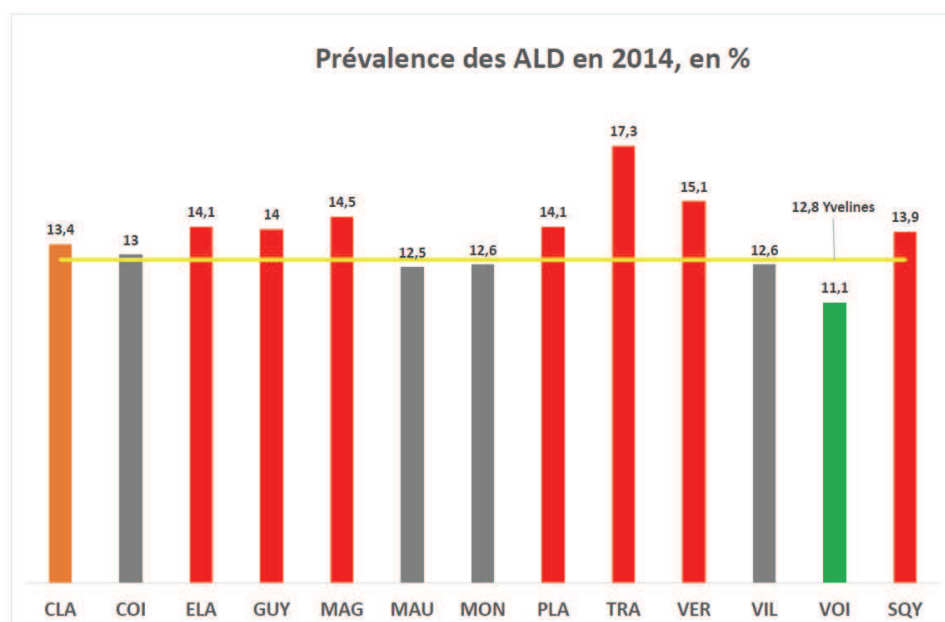
Etat de santé

⇒ Maladies chroniques et ALD

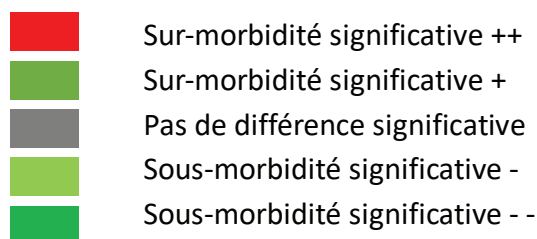
Une Affection Longue Durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés et coûteux. La reconnaissance d'une ALD donne droit à une prise en charge à 100 % des dépenses de santé liées à cette pathologie. Il existe une liste de 29 pathologies définie par le Ministère de la santé.

Sept communes ont une prévalence d'ALD significativement supérieure au département (territoire de référence). Il s'agit des communes qui ont par ailleurs les taux de bénéficiaires de la CMUC et de ménages vivant sous le seuil de pauvreté les plus élevés.

Saint-Quentin-en-Yvelines a un taux standardisé d'ALD de 13,9 %, contre 12,8 % dans les Yvelines.



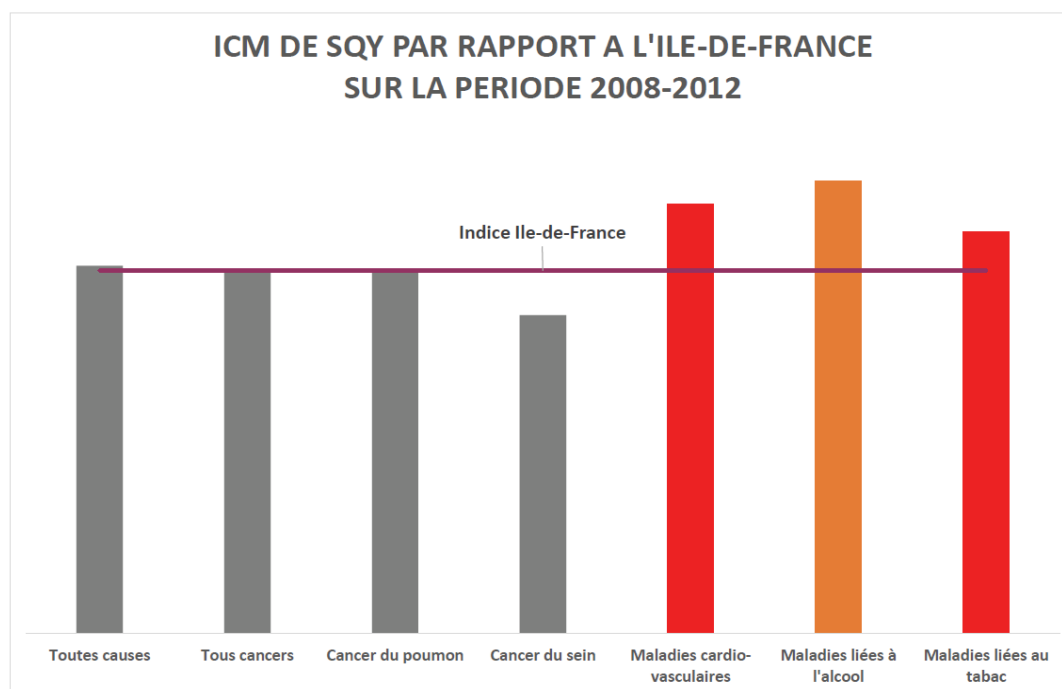
Source : CPAM



⇒ Principales causes de mortalité

L'ICM de Saint-Quentin-en-Yvelines est supérieur à celui de la région pour les **maladies cardio-vasculaires**, les **maladies liées au tabac** et celles **liées à l'alcool**.

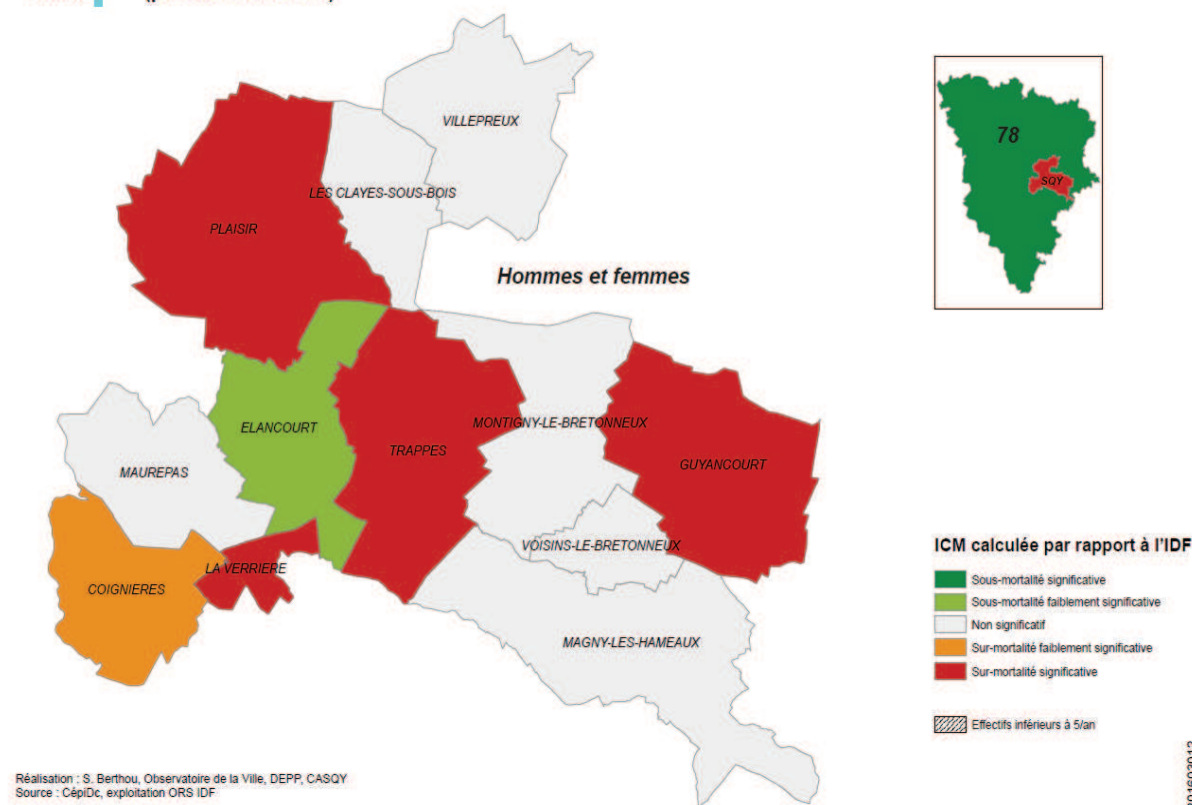
SQY est un territoire urbanisé. Les principaux facteurs de risques sont une mauvaise alimentation, la sédentarité, le tabagisme et l'alcool (OMS, 2016).



- Sur-mortalité significative ++
- Sur-mortalité significative +
- Pas de différence significative
- Sous-mortalité significative -
- Sous-mortalité significative - -

Source : ORS IDF

Indice Comparatif de Mortalité cardio-vasculaire (période 2008-2012)



⇒ Le diabète

Huit communes ont un taux de prévalence significativement supérieur au département et trois ne se démarquent pas. Sur l'ensemble du territoire, **4,3 % de la population est traitée pour un diabète**, contre 3,6 % dans les Yvelines.

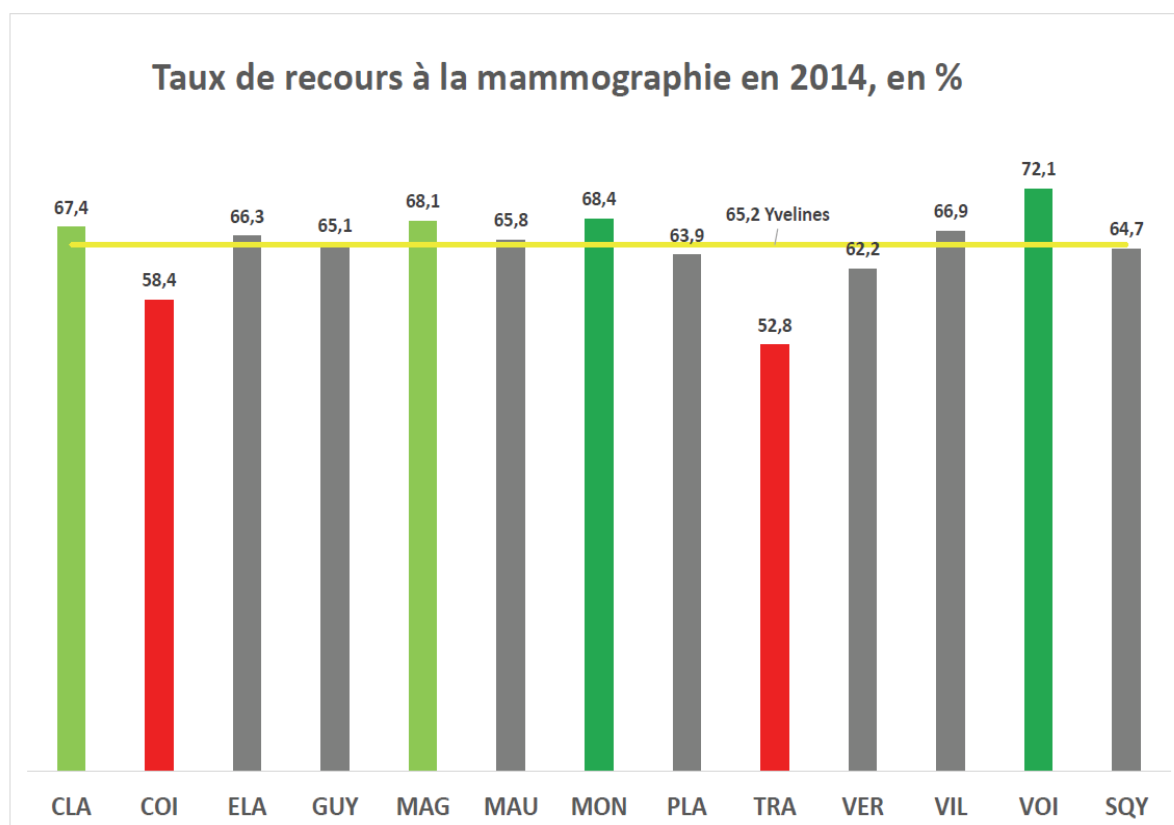
La prévalence du diabète augmente avec l'âge. A Saint-Quentin-en-Yvelines, moins de 1% de la population est traitée pour un diabète avant 40 ans, contre **15 % chez les 60-79 ans**.

Les facteurs de risques peuvent être génétiques (pour le type I, qui touche davantage les enfants et jeunes adultes), ou dus au surpoids, à l'obésité, à la sédentarité (pour le type II, qui touche davantage les adultes). La synthèse épidémiologique de l'InVS (Institut National de Veille Sanitaire) de novembre 2010 rapportait un risque de diabète deux fois plus élevé chez les femmes d'origine maghrébine.

La prévalence devrait augmenter du fait du vieillissement de la population, de l'allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques (meilleure prise en charge) et de l'augmentation de la fréquence de l'obésité.

Recours et accès à la santé

⇒ **Recours à la mammographie, un exemple de disparité communale d'accès à la santé**

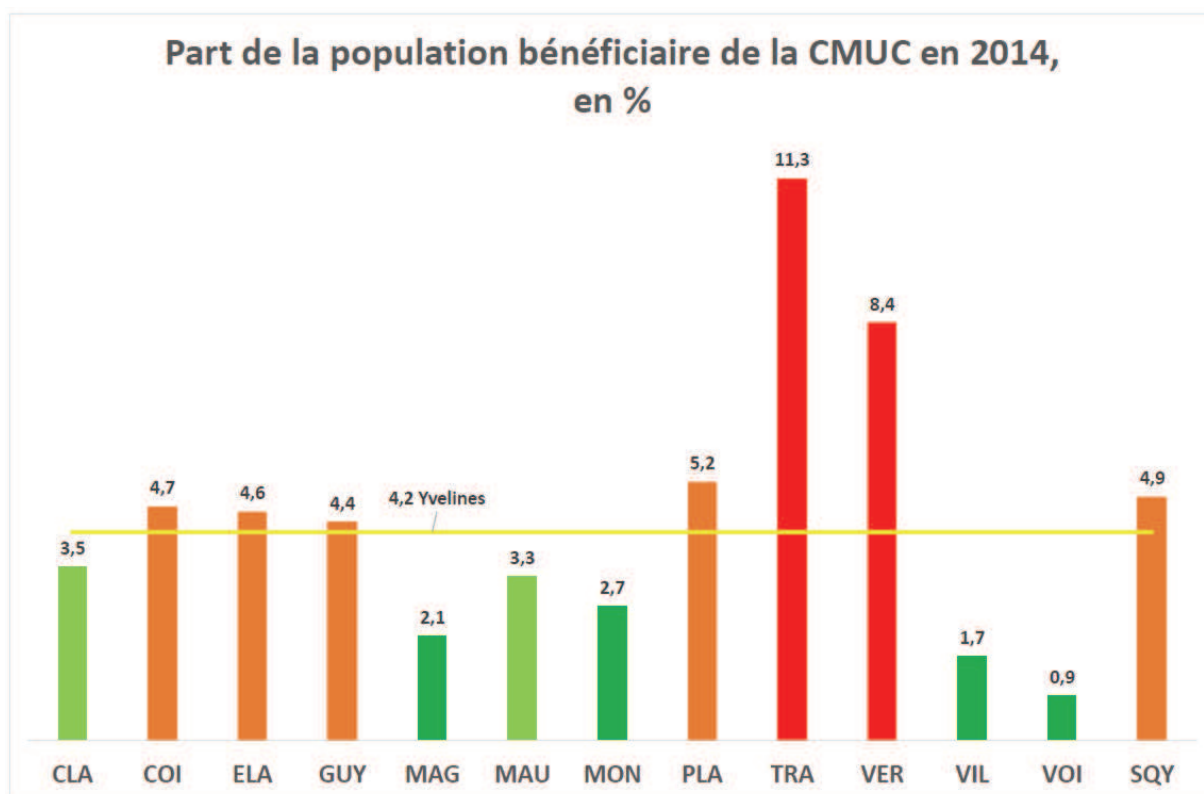


Source : CPAM

⇒ CMUC et couverture santé

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), destinée aux plus démunis (sous conditions de ressources), permet une prise en charge à 100 %, sans avance de frais, des honoraires des professionnels de santé, des médicaments (...). Cette couverture complémentaire gratuite est gérée par chaque régime d'assurance maladie. Cependant, une majorité de ces bénéficiaires sont affiliés au régime général (comme l'ensemble des assurés en général).

Avec **une moyenne de 4,9% de la population bénéficiaire de la CMUC** en 2014, Saint-Quentin-en-Yvelines connaît de fortes disparités communales. Les taux varient de 0,9 % à Voisins à 11,3 % à Trappes.

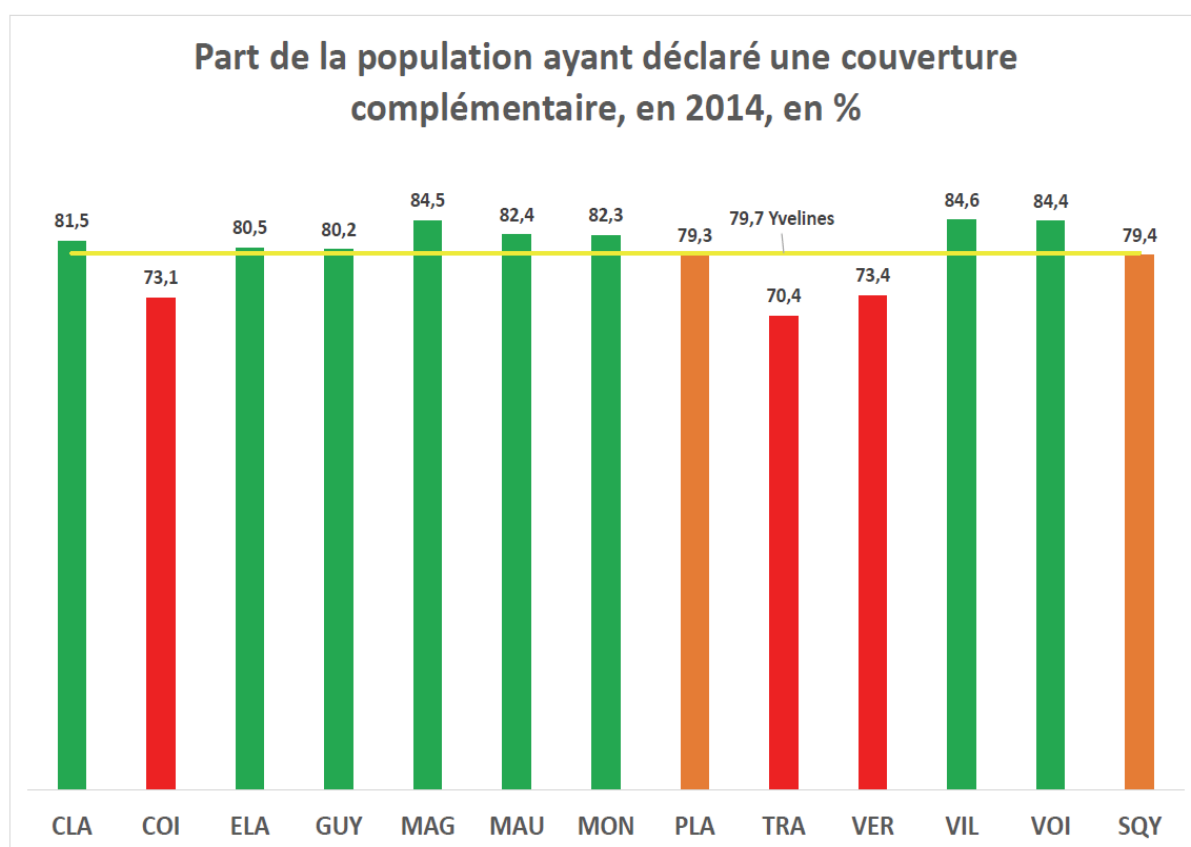


Source : CPAM

Les habitants de Coignières, Trappes et La Verrière ont des taux de couverture complémentaire nettement inférieurs aux Yvelinois.

Sur l'ensemble de Saint-Quentin-en-Yvelines, en 2014, **79,4 % de la population a déclaré une couverture complémentaire**, taux proche de celui du département (79,7 %).

La couverture complémentaire est un indicateur pertinent dans l'accès aux soins, sachant que le renoncement aux soins est nettement plus élevé chez les personnes sans couverture et que cela a des conséquences sur l'état de santé.



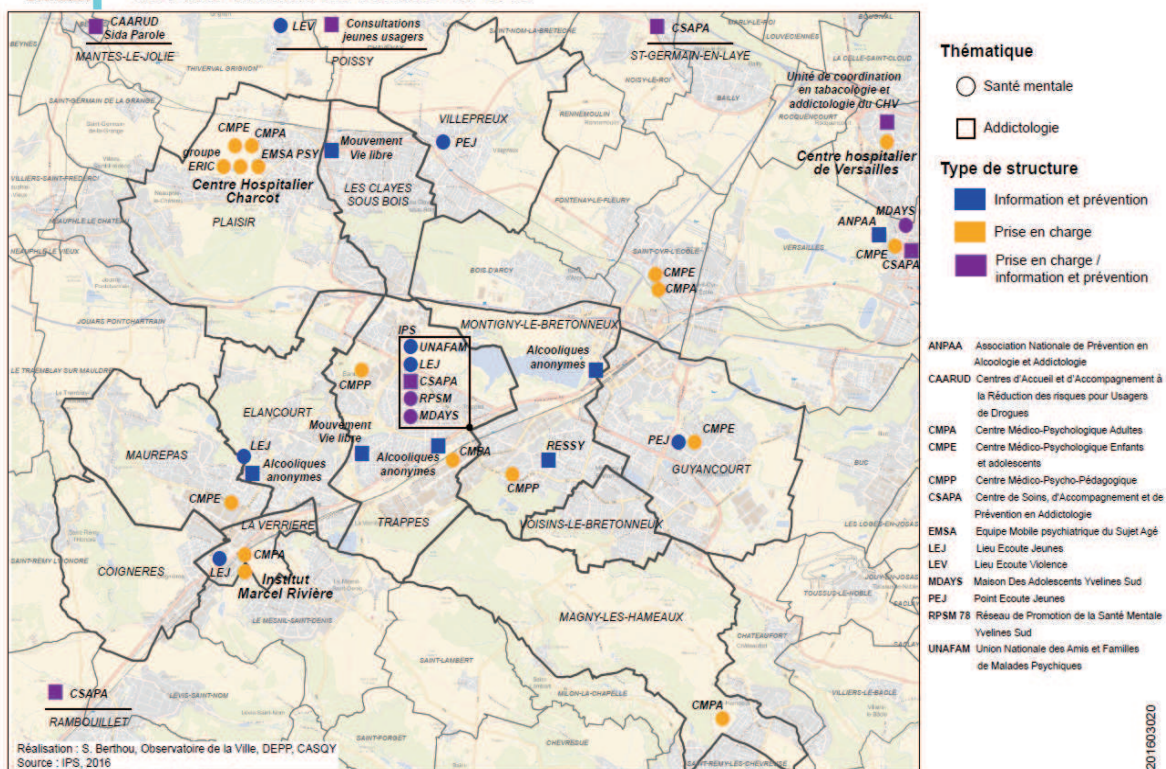
Source : CPAM

L'offre de soins

⇒ Santé mentale et addictions



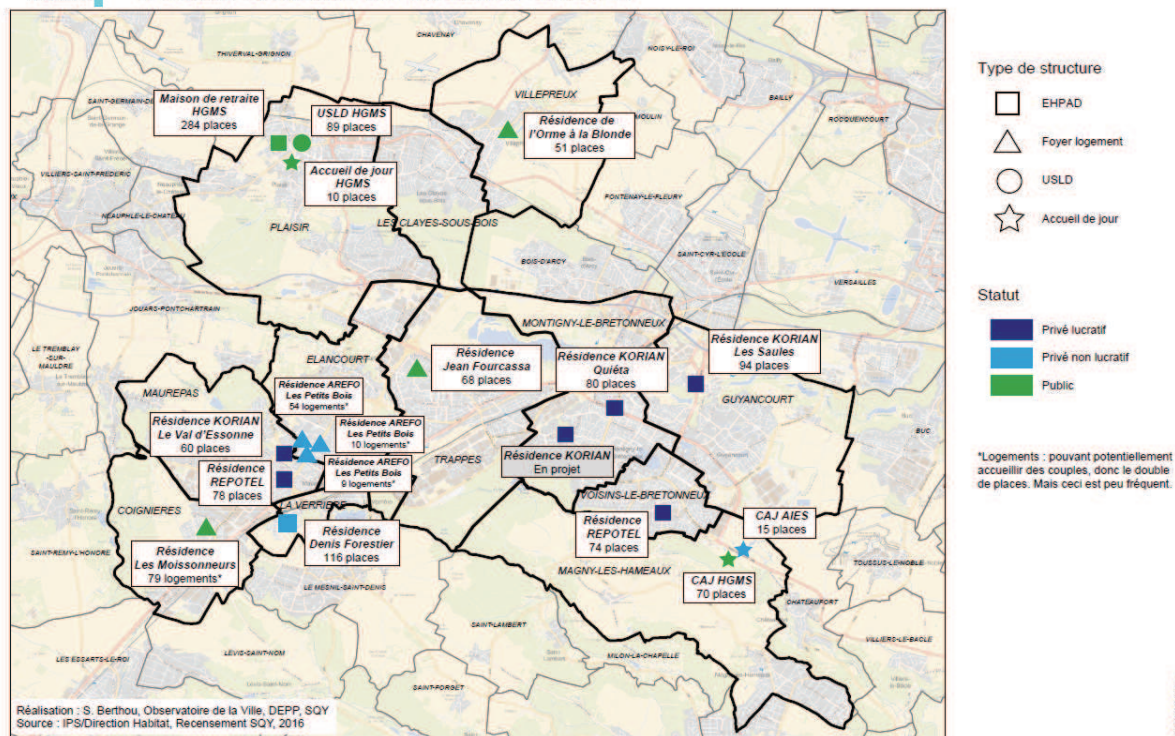
Offre de soins en santé mentale et en addictologie pour les habitants de Saint-Quentin-en-Yvelines en 2016



⇒ **Offre Médico-sociale**

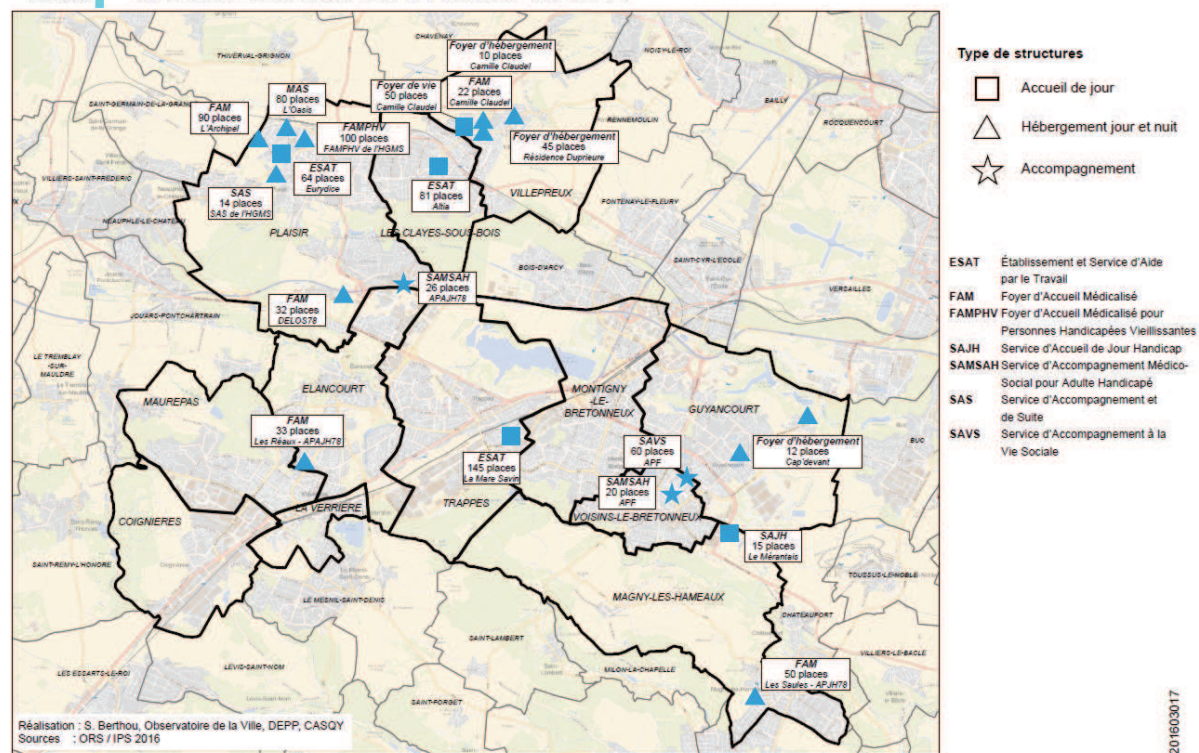
**SAINT
QUENTIN
EN YVELINES**
Terre d'innovations

Localisation des établissements pour personnes âgées à Saint-Quentin-en-Yvelines en 2016

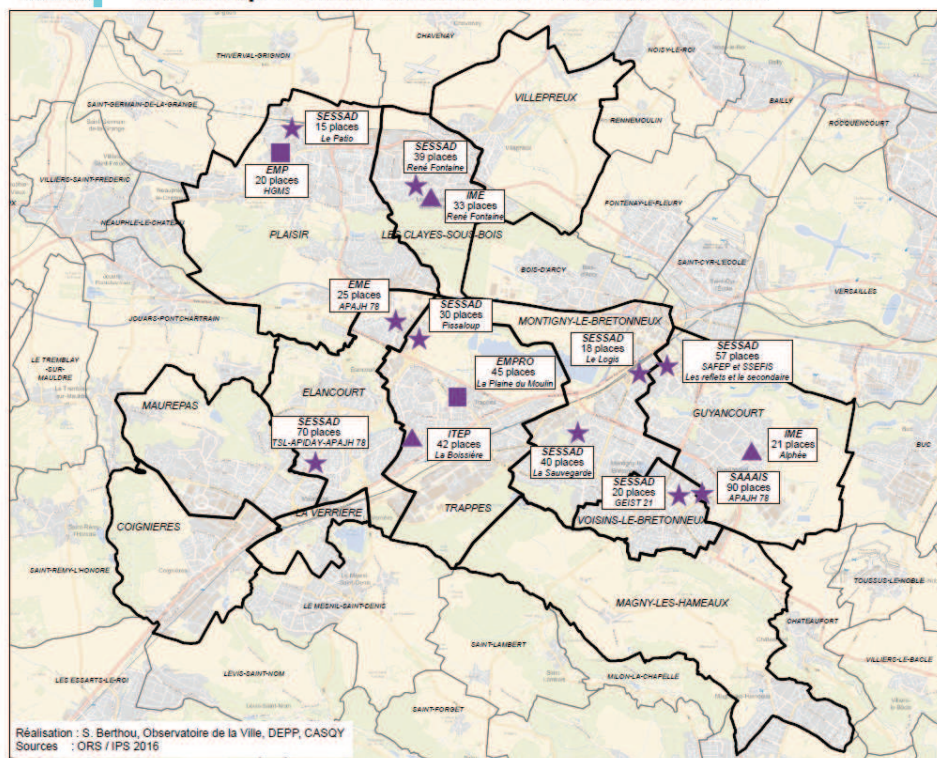


**SAINT
QUENTIN
EN YVELINES**
Terre d'innovations

Offre médico-sociale pour les adultes en situation de handicap à Saint-Quentin-en-Yvelines en 2016



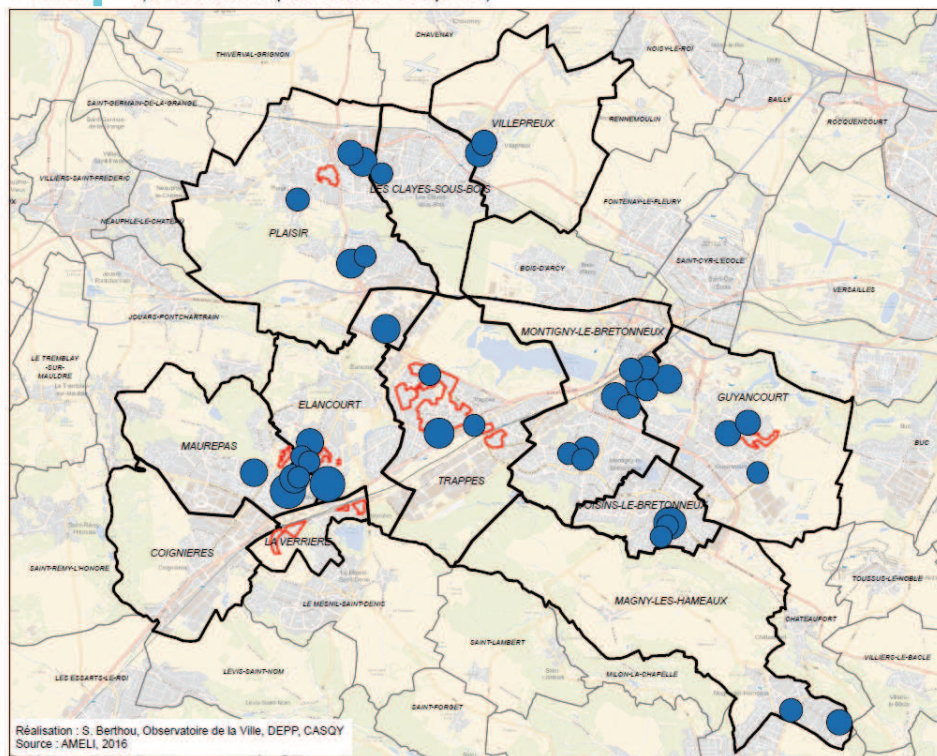
Offre médico-sociale pour les enfants et les adolescents en situation de handicap à Saint-Quentin-en-Yvelines en 2016



201603016

⇒ Offre de soins libérale

Localisation des cabinets médicaux à Saint-Quentin-en-Yvelines en 2016 (Cabinets de 5 professionnels et plus *)

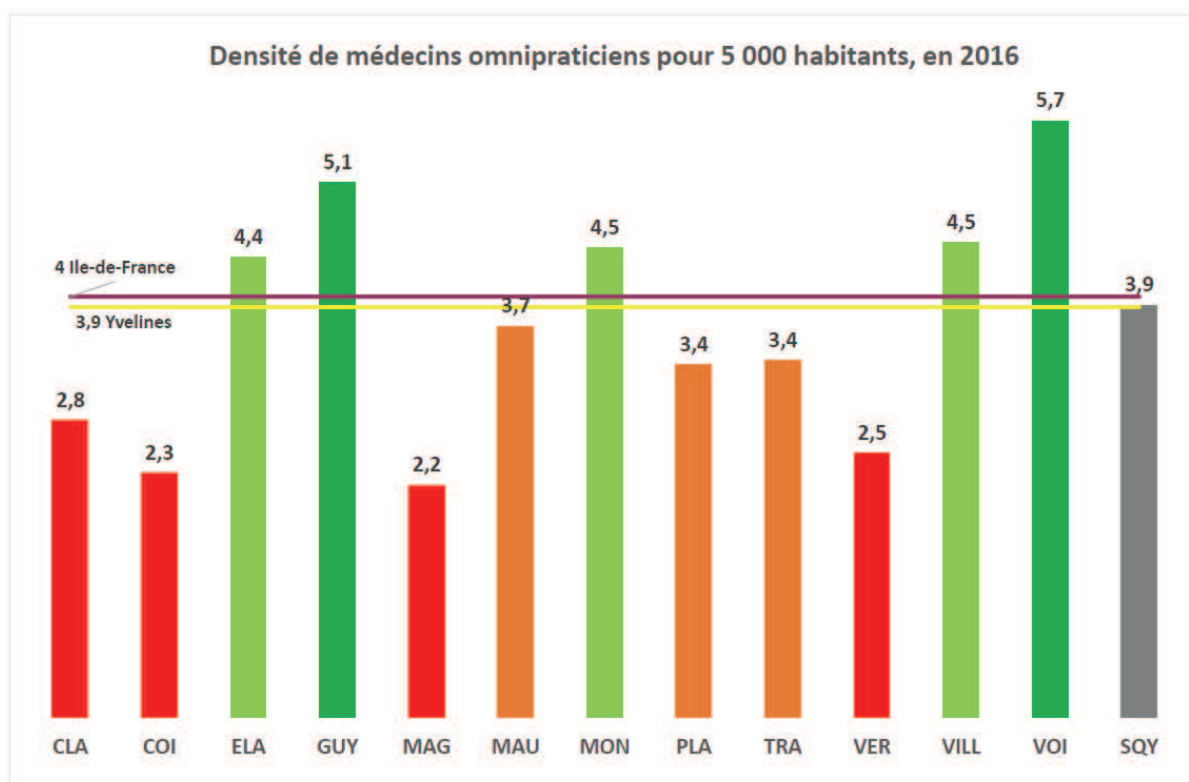


201603005

En février 2016, Saint-Quentin-en-Yvelines compte **178 omnipraticiens**, dont **132 médecins généralistes** et **46 médecins exerçant un mode particulier** (médecine d'urgence, acupuncture, médecine du sport, allergologie...).

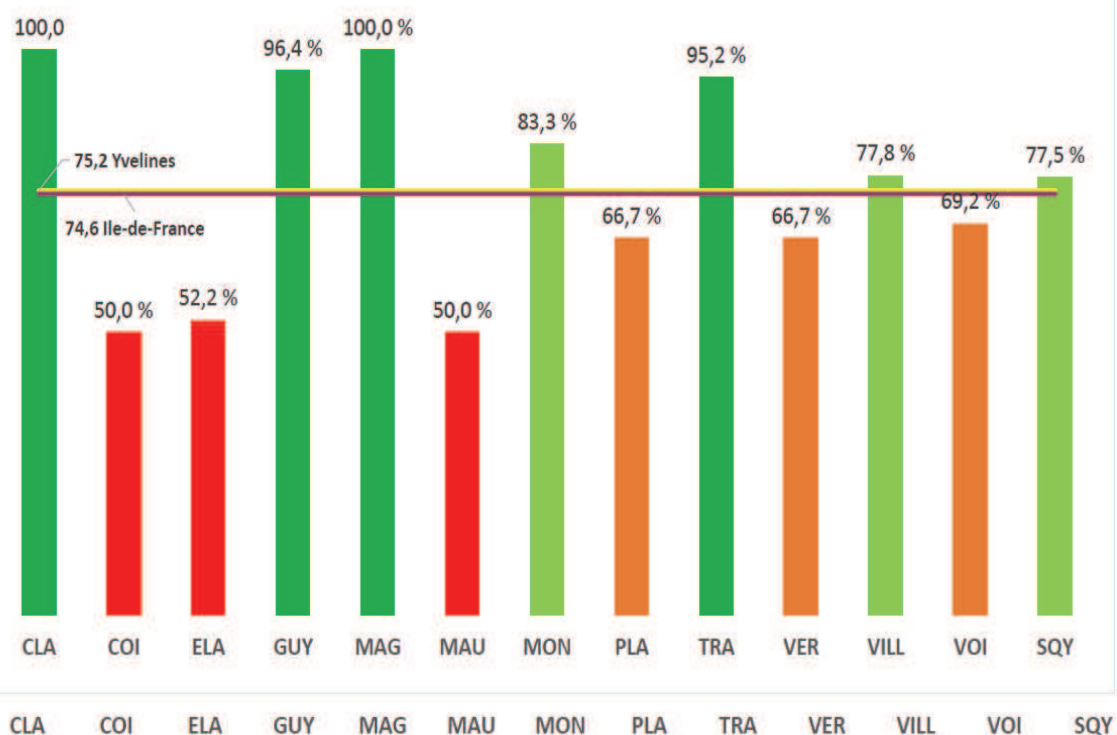
Guyancourt et Voisins sont très bien dotées en omnipraticiens et généralistes. Les Clayes-sous-Bois, Coignières, Magny-les-Hameaux et La Verrière ont une faible densité d'omnipraticiens et de généralistes. La densité médicale de Trappes chute pour les médecins généralistes : sur 21 omnipraticiens, seuls 8 exercent la médecine générale (exclusivement) en ville.

Saint-Quentin-en-Yvelines se situe dans la moyenne départementale et francilienne pour les omnipraticiens, et un peu en dessous pour les généralistes.

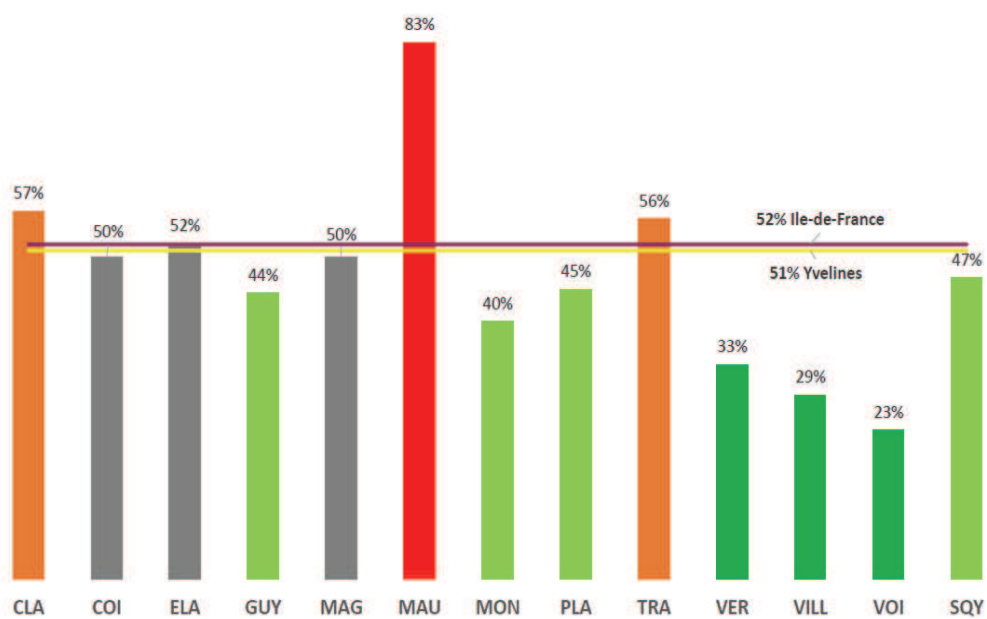


Source : CPAM

Part des médecins omnipraticiens en secteur 1 en 2015



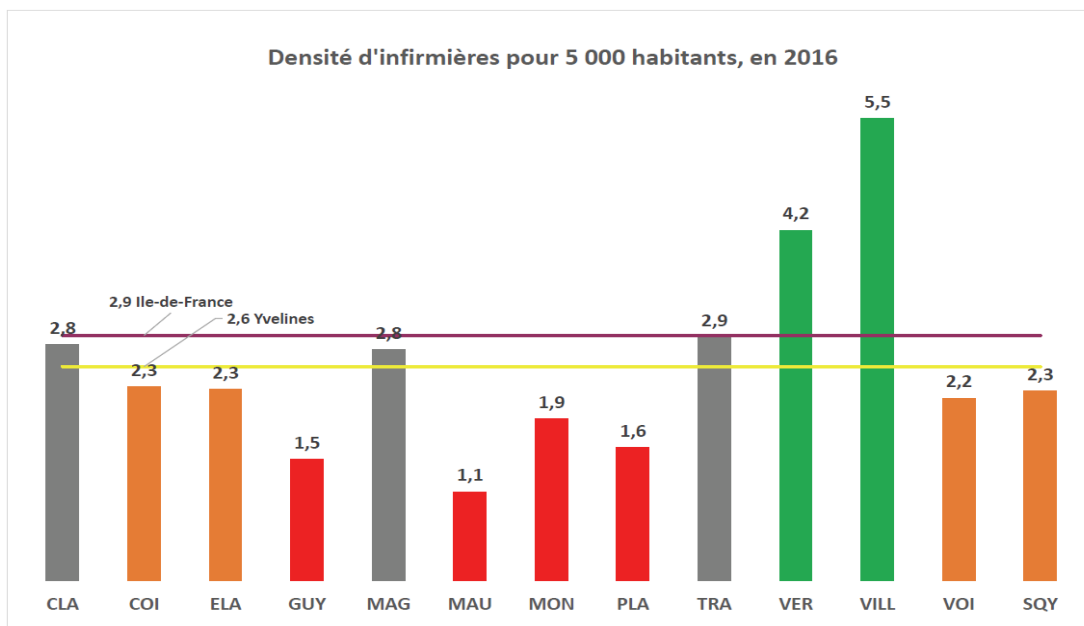
Part des médecins omnipraticiens libéraux de 55 ans et plus, en 2014



En février 2016, **103 infirmières** exercent en libéral à Saint-Quentin-en-Yvelines.

La consommation en soins infirmiers augmentant considérablement avec l'âge*, la densité en infirmières est à interpréter en fonction de la structure démographique de chaque commune. Les communes de Maurepas, des Clayes-sous-Bois et Villepreux ont une forte part de seniors. La densité d'infirmières très faible à Maurepas est donc accentuée.

A l'inverse, la population est plus jeune à Trappes, Guyancourt et Montigny, ce qui pondère les densités moyennes ou faibles.

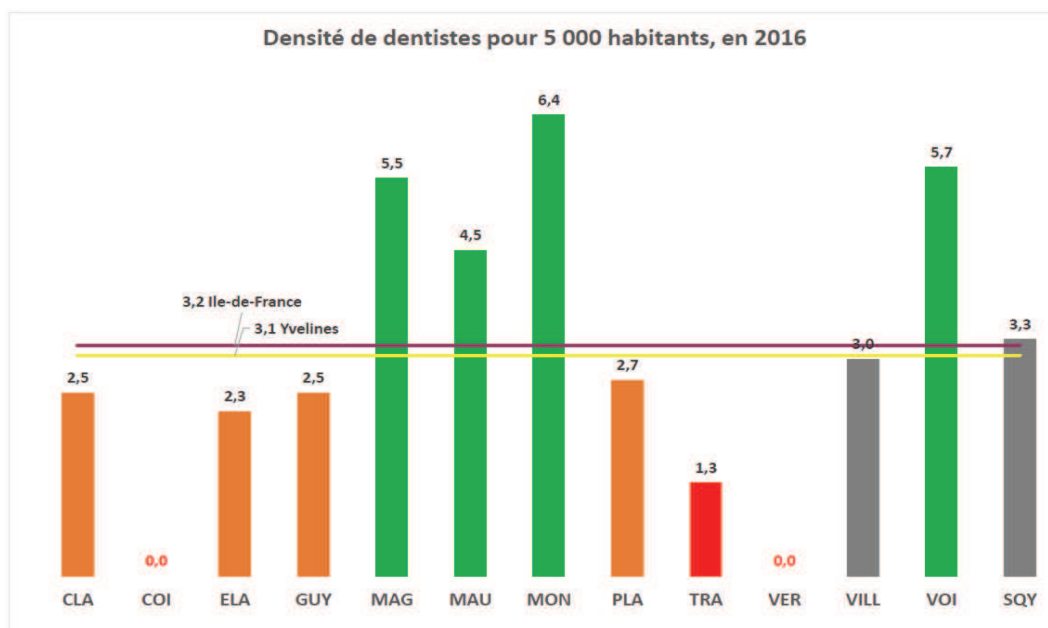


En février 2016, **174 kinésithérapeutes** exercent en libéral à Saint-Quentin-en-Yvelines.

La densité est très faible, voire nulle, à La Verrière, Les Clayes-sous-Bois et Coignières. Les plus fortes densités sont observées à Elancourt et Montigny, où des kinésithérapeutes sont regroupés dans les cabinets Jean Rostand et Mauriac à Montigny, et au centre paramédical Saint-Pierre à Elancourt.

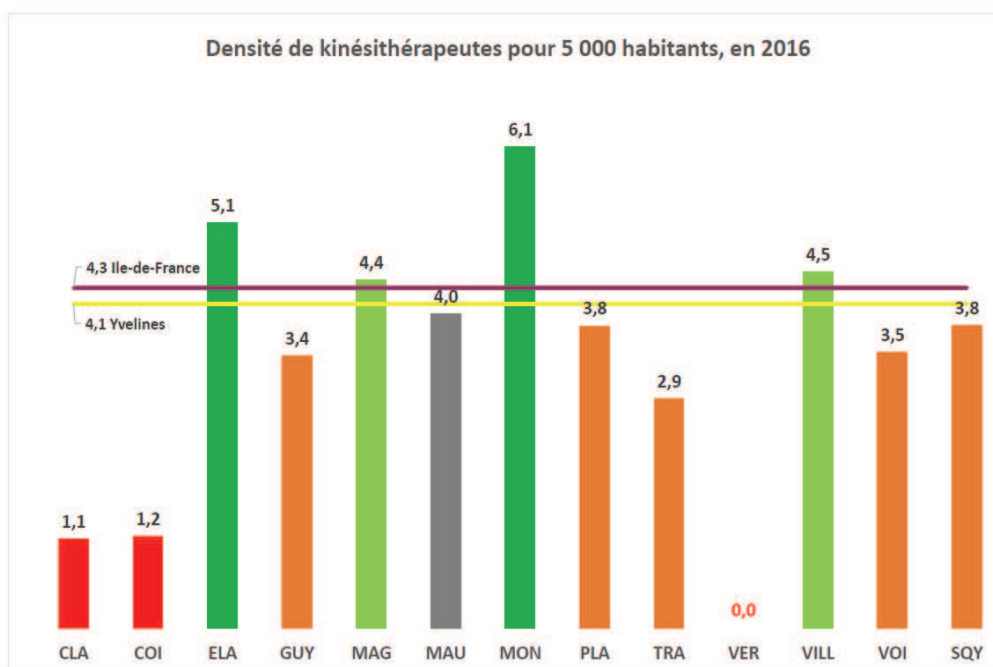
La moyenne saint-quentinoise (3,8 pour 5 000) est inférieure aux moyennes yvelinoise et francilienne.

Source : CPAM



En février 2016, **149 dentistes** exercent en libéral à Saint-Quentin-en-Yvelines.

La densité est très faible, voire nulle, à La Verrière, Trappes et Coignières. Les plus fortes densités sont observées à Magny, Maurepas, Voisins et Montigny. La moyenne saint-quentinoise (3,3 pour 5 000) est légèrement supérieure aux moyennes yvelinoise et francilienne.



La politique de santé publique du Conseil Départemental

Le CD78 s'associe à la mise en œuvre des 3 axes stratégiques retenus dans le CLS 2.

Axe 1 : Le CD78 est en cours d'élaboration de nouveaux outils d'évaluation de ses actions territoriales. Pour cela, il cherche à définir des indicateurs pertinents qui doivent pouvoir s'articuler avec les indicateurs des acteurs locaux.

Exemple : Les PMI/les bilans des 4 ans/PF sont de véritables outils d'observation de l'état de santé des 0-6 ans et des jeunes. **La définition d'indicateurs pertinents peut participer au Tableau de bord santé de l'IPS.**

En lien avec le site Santé graphie développé par l'ARS et avec les outils des partenaires locaux, **le CD78 peut participer aux instances de suivi d'observation pour définir les indicateurs et formaliser un reporting annuel.**

Axe 2 : Le CD78 participe :

- Au parcours de vie des populations vulnérables (période prénatale, post-natale, enfance, personnes en situation d'insertion, de handicap et personnes âgées).
- À la coordination des actions de prévention santé envers les Personnes âgées en présidant la Conférence des financeurs et au financement de certains acteurs de coordination sur le territoire (exemple de la Maison des adolescents).

Par le développement de ses missions, le TAD de SQY est intégré dans les parcours de santé des publics cibles : 0-6 ans, Jeunes 11-17 ans dont les jeunes confiés à l'ASE, jeunes adultes de 16 à 25 ans, publics les plus éloignés de l'emploi dont les BRSA, les femmes victimes de violences, les seniors et les habitants QPV.

Le CD78 intervient ainsi :

- À travers le cofinancement d'actions de partenaires via notamment l'AAP Solidarités
- À travers des actions de prévention menées par le département
- À travers le cofinancement d'actions des acteurs intervenant sur le territoire tels que :

Pour les enfants et les jeunes :

- Du fun pour tous – accueil de jour et le LAEP
- 4 actions développées par le RESSY
- Projet « Parler Bambin » : amener le langage dès le plus jeune âge
- Soutien d'actions de santé dans les maisons de quartier (centre social de la Verrière)
- Maison des parents de Trappes – Ecole des parents de Guyancourt
- Agir Combattre et Réunir (ACR) - Plateforme "santé et mieux être"
- IFAC (organisme de formation)

Pour les seniors :

- Mission d'information et d'orientation du Pôle autonomie (PAT) et de la Conférence des financeurs

Pour les femmes :

- Exemple du Projet du CIDFF dans le cadre de l'AAP Solidarités 2018 - Ateliers (18) de levée des freins à l'emploi liés à l'isolement social et à la prise en charge de problèmes de santé physique ou mentale

Dans les Quartiers Politique de ville :

- Projet de mise en place fin 2018 d'un plan d'actions de solidarité territoriales dans les QPV en lien avec la politique départementale d'aménagement de territoire (soutien à l'équipement local, soutien de la rénovation urbaine)
- Potentiel partenariat sur le projet « sport santé »

Pour les BRSA

- Actions d'Activity et réflexion autour des modes de gardes et de l'activité sportive

➤ A travers des actions de prévention menées par le département

Public Enfance – Jeunesse :

Le CD78 a redéfini sa politique envers les enfants, les pré-ados, les ados, les jeunes adultes et leurs familles en améliorant ses pratiques en matière de protection de l'enfance et en mettant en place une politique d'amont.

Le CD78 a créé au sein des TAD, un Pôle Enfance-Jeunesse avec des équipes dédiées, articulé avec le Pôle Santé et le Pôle social pour permettre la coordination des mesures de protection, la mise en œuvre de mesures de milieu ouvert et la prévention précoce.

L'enjeu consiste à :

- Construire un parcours de vie pour les plus fragiles, prenant en compte l'intégralité de leurs besoins, au premier rang duquel se trouve la prise en charge des traumatismes subis.
 - Mieux mobiliser les familles à la compréhension et à la prise en compte des besoins de l'enfant
 - Défendre l'idée d'une politique d'amont à destination de la jeunesse en dépassant l'Aide Sociale à l'Enfance et touchant l'ensemble des tranches d'âge dès le prénatal, à la naissance, en post-natal immédiat, en Maternelle, Primaire et Collège, afin d'agir bien en amont du traumatisme
- Revoir complètement la politique de protection de l'Enfance.

Public 0-6 ans

La PMI intervient dans le parcours du jeune enfant par ses compétences en matière de prévention (repérage, dépistage de handicap, vaccinations obligatoires...), de parentalité (lien d'attachement mère-enfant, accompagnement psycho-social...), d'information, d'orientation avec une approche plus spécifique envers les familles en situation de vulnérabilité ou habitant dans des quartiers QPV.

La période du CLS 2 doit être mise à profit pour le développement des partenariats avec les libéraux (cabinets regroupés, Maisons Pluri-professionnelles de santé...) dans le cadre de leurs actions de santé publique pour fluidifier les parcours de prévention, les parcours d'accompagnement et les parcours de soins.

Public Pré-ados et Ados

Le CD78 intervient auprès des Pré-ados et Ados à plusieurs niveaux :

- Dans les collèges et lycées, par les centres de planification, et par des soutiens aux acteurs locaux (associations ...) ;
- Dans les collèges, le CD78 a recruté 2 médiateurs pour les collèges de Trappes travaillant au sein des établissements auprès des collégiens et des professionnels dans le cadre plus spécifique de la citoyenneté. Ils ont un rôle également d'information et d'orientation qui doit être renforcé en termes de prévention et de promotion de la santé (santé mentale, addictions, planification, infections sexuellement transmissibles, sport-santé...) ;

- Les Centres de Planification accueillent les ados dans le cadre du développement de leur vie affective, de la contraception et les informent au sein des centres ainsi que par des actions au sein des établissements (actions collectives dans les classes et forums) notamment ceux relevant des quartiers en politique de la ville ;
- Le CD78 soutient des actions de prévention auprès du public jeune en subventionnant des associations (Le RESSY, MDA...) : prévention des addictions, bien-être, estime de soi, ...).

Le lien avec les structures de 1ers recours doit être développé (MSP, cabinets regroupés, Centres de santé notamment universitaire).

Public ASE

Sur le TAD de SQ, Le CD78 a près de 300 enfants en protection de l'enfance bénéficiant d'une mesure ASE de placement pour lesquels la loi prévoit la mise en place d'un projet pour l'enfant comprenant un plan de santé garantissant un accès aux soins et son suivi.

Ce plan doit débiter par un bilan à l'entrée dans la mesure puis un suivi des préconisations. Les relations avec les structures de prévention et de soins doivent être répertoriées, définies et protocolisées afin de garantir une prise en charge adaptée sans rupture (lien avec CDS, MSP, IPC pour les plus de 16 ans, PMI, Médecins bénévoles ...).

Public Femmes victimes de violence

Le 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019) doit permettre à toutes les femmes victimes de violences d'accéder à leurs droits, le droit d'être protégées, le droit d'être accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire.

Le plan fixe **trois objectifs** :

- Assurer l'accès aux droits et sécuriser les dispositifs qui ont faits leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences
- Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants
- Déraciner les violences, la lutte contre le sexisme qui banalise la culture des violences et du viol.

Si la question des violences intrafamiliales demeure une compétence de l'Etat, la mise en œuvre de cette politique repose en partie sur les collectivités territoriales. Le Conseil départemental a pour mission généraliste d'accueillir et accompagner toute personne se présentant auprès de ses services.

A ce titre, les professionnels du Conseil départemental sont sollicités dans le cadre de l'accès aux droits ou dans le cadre de la protection de l'enfance.

Un colloque sur les violences intrafamiliales a été organisé en septembre 2013 par le Conseil départemental (SAS de Trappes). L'objectif était de renforcer la connaissance des professionnels sur cette problématique et permettre une meilleure prise en charge des victimes, notamment des femmes et des enfants qui subissent de manière directe ou indirecte ces violences au sein de la sphère familiale.

A l'issue de cette journée, un groupe de travail partenarial (commune, pôle psycho-social du commissariat de Trappes, CAF, associations locales...) s'est mis en place avec pour objectif d'élaborer un outil de travail en direction des professionnels, tel qu'un guide des procédures, en vue de proposer un accompagnement qui soit le plus pertinent et le plus efficient possible pour les victimes et d'identifier un réseau partenarial permettant aux professionnels d'échanger et d'accompagner de manière plus efficiente les personnes victimes de violences intrafamiliales.

Dans la période d'application du CLS 2, ce travail doit être renforcé et aboutir à des actions formalisées permettant de mieux identifier les besoins locaux, de mieux repérer les ressources au niveau des services du département et de contribuer à une animation locale sur la thématique.

Par ailleurs, dans le cadre d'un appel à projet 2018, le TAD de SQY soutient le projet « solidarités et réinsertion sociale des femmes » porté par le CIDFF dont les objectifs sont de :

- Renforcer la prise en charge globale sur la base d'un diagnostic individuel des besoins sociaux et santé.
- Favoriser l'estime de soi et la reprise de lien social.
- Favoriser l'accès à la santé et de l'accès aux droits.
- Accompagner la parentalité.
- Favoriser la mobilité.
- Favoriser la participation à la vie sociale et culturelle.

Public en perte d'autonomie : Handicap et gérontologie

Personnes en situation de handicap

La PMI du Territoire d'Action Départemental (TAD) de SQY intervient dans le cadre du repérage, du dépistage et de l'accompagnement des enfants en situation de handicap et dans le cadre de la prévention et/ou à l'évaluation des troubles de la parentalité liée à cet handicap.

Le PAT peut intervenir dans l'orientation vers les structures adaptées de prise en charge des soins. **Les liens avec les structures de soins doivent être renforcés**

Personnes âgées

- Le TAD de SQY, à travers la Conférence des financeurs, agit en amont de la dépendance (exemple du soutien de 3 actions de prévention sur le territoire de SQY à hauteur de 29 750 euros en 2017). La CA de SQY est un des membres de la conférence des financeurs depuis 2018 ;
- Le CD78 a une politique volontariste en matière d'utilisation numérique et peut soutenir des initiatives innovantes de prise en compte de la dépendance telle que l'utilisation de la domotique dans les logements (projet de participation du CD78 au Showroom domotique au Mérantais) ;
- Pour améliorer la prise en charge à domicile des personnes dépendantes, le développement de l'accès aux métiers de l'aide à la personne pour les BRSA est en cours de réflexion et l'étude du besoin est engagée. Ces métiers sont en tension actuellement.

Public en insertion : QPV et BRSA

Public BRSA

Le Conseil départemental participe activement à la lutte contre l'exclusion en pilotant notamment le dispositif RSA (Revenu de Solidarité Active). Celui-ci remplace, depuis juin 2009, le RMI (Revenu Minimum d'Insertion) et l'API (Allocation Parent Isolé). Le Conseil départemental finance l'allocation, accompagne les bénéficiaires dans leur parcours d'insertion. Il développe grâce à son agence départementale d'insertion, Activit'Y des actions en partenariat avec les entreprises, notamment pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté.

Pour rappel, tous BRSA soumis à droits et devoirs doit bénéficier d'une orientation et d'une référence unique. L'orientation consiste à définir l'axe principal de son projet et de son accompagnement : social ou emploi. La référence unique désigne le service, et donc le professionnel, en charge d'accompagner le bénéficiaire.

Pour chaque bénéficiaire, un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) est établi. Celui-ci comprend souvent une approche santé, le bénéficiaire ne pouvant accéder à l'emploi sans avoir accompli certaines démarches santé.

Une réflexion autour de la proposition aux demandeurs de RSA d'un bilan ou d'un diagnostic santé en lien avec l'employabilité pourrait être menée avec par exemple des associations telles que l'Association IPC.

Dans ce contexte, le projet « diagnostic des besoins social et santé » porté par ACR dans le cadre de l'AAP 2017 et 2018, met en place une plateforme de mobilisation et de santé en direction des publics fragilisés du territoire.

Les objectifs sont de rompre leur isolement, restaurer leur confiance en eux et en leurs compétences, hiérarchiser leurs problèmes en mettant en place un ordre de priorités, enclencher une dynamique de réinsertion. Ce projet comprend 2 fiches actions : un diagnostic santé social et une plateforme de mobilisation notamment vers la santé (plateforme mobilisation dynamique santé et mieux être).

Une psychologue a intégré l'équipe et les équipes d'ACR travaillent en étroite collaboration avec l'IPS. Les objectifs étant de faire face à la souffrance psycho sociale en ouvrant sur un suivi individuel, faciliter l'accès aux soins, travailler avec les bénéficiaires sur les questions de santé et orienter, éclaircir et expliquer l'organisation de la santé dans toutes ses dimensions...

Le sport participe à la bonne santé et à l'insertion sociale (projet de mise en place de moyens de mobilités douces - vélos - avec pour objectifs, en lien et au-delà du développement durable, de favoriser la mobilité et la sociabilité dans le cadre des démarches d'emploi ou administratives, de favoriser la santé. L'UFOLEP est le porteur identifié par Activity).

Axe 3 :

Dans le cadre de sa décision prise en juin 2017 d'aide à l'installation et au maintien de professionnels de santé, le CD78 contribue à la lutte contre la désertification médicale sur son territoire pour garantir un accès à des soins médicaux et paramédicaux de qualité dans les territoires ruraux et urbains présentant un déficit d'attractivité pour les professionnels de santé.

Les deux aides mises en œuvre sont :

- L'appel à projet de soutien départemental aux maisons médicales,
- L'aide à un poste de secrétariat médicale.

Dans le cadre de sa politique de soutien à l'équipement local finançant les projets structurants des territoires cohérents avec les orientations stratégiques de développement du Département des Yvelines, le CD78 propose plusieurs dispositifs :

- Contrat Yvelines territoire – négociation des projets en cours
- Plan d'amorce rénovation urbaine – Négociation des projets en cours
- Prior'Yvelines

Le CD78 participe à la formation des professionnels de santé (SF, puéricultrices, infirmières, médecins) par l'accueil de stagiaires dans les centres de PMI en articulation avec l'UFR des Sciences de la Santé de SQY.

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action	Mises en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus
⇒ Porteur	CD78, ARS
⇒ Durée	AAP publié chaque année Date : fenêtres AAP de la conférence des financeurs 3 actions ont déjà été financées en 2017
⇒ Diagnostic	Plus de 35 000 personnes de SQY sont âgées de 60 ans et plus.
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ? Si oui, lesquelles ?	Maurepas et les Clayes-sous-Bois ont la plus forte part de PA de 60 ans et plus. Chez les 60 ans et plus, les communes de Trappes et la Verrière connaissent un taux de pauvreté nettement plus élevé que les moyennes départementales et francilienne. Le taux de pauvreté concerne davantage les femmes notamment celles vivant seules. En comparaison avec les Yvelines et l'IdF, les nouvelles admissions en ALD Alzheimer et autres démences sont supérieures dans toutes les communes de SQY.

⇒ Public visé	Partenaires locaux ayant des actions en faveur des PA
⇒ Etat d'avancement	Action en cours : renouvelée chaque année depuis 2016
⇒ Description Objectif stratégique	Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus,
Objectifs opérationnels	<p>Les actions de prévention collectives destinées aux personnes de 60 ans et plus et leurs aidants visent à les informer, à les sensibiliser, ou à modifier des comportements individuels en vue d'éviter, de limiter, ou de retarder la perte d'autonomie. Elles peuvent également viser à identifier les destinataires de ces actions.</p> <p>Les actions devront permettre de développer une « prévention globale » entendue comme la gestion active et responsabilisée de son « capital autonomie » par chaque personne ou groupe de personnes.</p> <p>Elles devront s'inscrire dans les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer sur les moyens et les dispositifs existants, ➤ Sensibiliser les concitoyens sur leur nécessaire responsabilité, ➤ Repérer au plus tôt les signes de fragilités des personnes âgées afin de mieux les accompagner en engageant des actions dès ce repérage, <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etablir une logique graduée de prévention selon les 3 étapes qui la constitue : <ul style="list-style-type: none"> • Primaire : améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie, • Secondaire : prévenir les pertes d'autonomies évitables, • Tertiaire : éviter l'aggravation des situations d'incapacités, ➤ Modifier les comportements individuels.

Déroulé	AAP annuel
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	Partenaires de la conférence des financeurs
Lien avec la Politique de la Ville	
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Via les associations
Freins rencontrés ou envisagés	Diffusion de l'information de l'ouverture de l'AAP puis mise en place des actions
Leviers rencontrés ou envisagés	Communication via les médias locaux, journaux de SQY, du CD78 et des communes ... Enveloppe budgétaire significative dans le cadre de cette orientation
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Suivi dans le cadre de la conférence des financeurs
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respect du calendrier ➤ Difficultés rencontrées ➤ Points forts
Indicateurs d'activités	
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de partenaires concernés et financés ➤ Nombre d'actions financées ➤ Nombre d'actions réellement développées, réajustées en fonction de l'identification des besoins ➤ Nombre de PA touchées

⇒ Axe stratégique	Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables
⇒ Intitulé de l'action	Suivi de Santé des enfants confiés à l'ASE
⇒ Porteur	CD78
⇒ Durée	Pluriannuelle
⇒ Diagnostic	Près de 300 enfants de 0-18 ans sont confiés à l'ASE dans le département des Yvelines, dans le cadre de la protection de l'enfance
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ? Si oui, lesquelles ?	Public provenant de toutes les communes de SQY, suivi de santé complexifié par le parcours du jeune
⇒ Public visé	Jeunes confiés à l'ASE
⇒ Etat d'avancement	Action en cours
⇒ Description Objectif stratégique	Améliorer le parcours de santé des jeunes de 0-18 ans confiés à l'ASE
Objectifs opérationnels	Etablir des procédures conventionnelles pour les bilans d'entrée et le suivi des enfants

Déroulé	Définir les partenariats possibles, établir des conventions de suivi
Partenaires Organisation du partenariat (COFIL, GT...)	IPC, Santé scolaire, libéraux via les MSP, CPAM, ARS, SQY, communes, hôpitaux...
Lien avec Politique de la Ville	
Participation des habitants Si oui, de quelle nature ?	Les professionnels de santé libéraux
Freins rencontrés ou envisagés	Difficulté à déterminer les modalités de partenariats possibles
Leviers rencontrés ou envisagés	Nombreux acteurs locaux
⇒ Suivi, évaluation, réajustement Méthodes d'évaluation prévues / utilisées	Diagnostic des besoins à réaliser Déterminer les partenaires possibles Etablir les procédures de suivi
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficultés rencontrées ➤ Points forts
Indicateurs d'activités	➤ Nombre de partenaires mobilisés
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de partenaires impliqués, ➤ Nombre d'enfants ayant pu bénéficier d'un suivi

Situation géographique centrale de l'HPOP au sein du territoire de SQY

Les pôles collaborent en interne pour favoriser des soins de qualité : assistance médicale, avis de spécialistes. Ils sont composés de la façon suivante :



Pôle Appareils locomoteurs

- Orthopédie, chirurgie de la main, rhumatologie, kinésithérapie, médecine du sport

Pôle Neurologique et Sensoriel

- Neurologie, Rachis, ORL, Ophtalmo, Stomato, Chirurgie Esthétique

Pôle Digestif – Gastro – Entérologie

- Chirurgie digestive, Gastro-entérologie

Pôle Maternité, Gynécologie Fonctionnelle

- Obstétrique, Gynécologie médicale, néonatalogie, pédiatrie

Pôle Chirurgie Gynécologie

Pôle Thoracique et Vasculaire

- Cardiologie, Endocrinologie, Pneumologie, Vasculaire

Pôle Urologie

Pôle Hémodialyse

Pôle de sécurité

Réanimation polyvalente et surveillance continue

Service d'Urgences

Continuité Médicale

Anesthésie 7/7irs – 24/24h

Pôle Diagnostique

Imagerie :

2 Scanners 2 IRM

Radiologie

Pôle Cancérologique

Hémato-Oncologie
(chimiothérapie)

Le plateau technique complet comprend :

- Un bloc opératoire composé de 15 salles d'intervention dont 1 salle de césarienne ;
- Un bloc endoscopique composé de 2 salles ;
- Un bloc obstétrical équipé de 4 salles de naissance à proximité directe du bloc opératoire ;
- Des équipements permettant de réaliser des examens de cardiologie non invasifs et invasifs : échographie doppler, holter, cathétérisme et pose de pacemakers ;
- Un EEG (électroencéphalographe) et un EMG (électromyographe).

L'établissement joue par ailleurs un rôle décisif dans les missions de service public sur le bassin de population. En effet, l'HPOP s'est impliqué depuis de nombreuses années dans les missions suivantes (cf. Article L6112-1 de la loi du 21 juillet 2009) :

- Permanence des soins : avec pas moins de 3 spécialités en nuit profonde (chirurgie orthopédique, SOS mains et chirurgie digestive) ;
- La prise en charge des soins palliatifs : avec la reconnaissance de 4 LISP (Lits Identifiés de Soins Palliatifs) délivrée en juin 2016 ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire : l'HPOP fait de ce thème un axe prioritaire au travers de l'accueil d'internes sur 2 spécialités ayant obtenu l'agrément (SOS mains et anesthésie) ainsi que la réalisation d'EPU (Enseignement Post-Universitaire) trimestriels à destination des professionnels de santé de ville ;
- La recherche : avec promotion de publications et participations à certains essais cliniques ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, au travers des EPU, ayant obtenu l'agrément DPC (Développement Professionnel Continu) ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence : au travers de nos plans annuels de formations et de nos programmes DPC notamment sur la prise en charge médicamenteuse ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination : l'HPOP constitue un acteur de référence dans ce domaine, au travers des 2 programmes d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) autorisés par l'ARS (diabète de tout type – taux de prévalence du diabète sur Trappes parmi les plus élevés d'IDF – et insuffisance rénale chronique) ;

- L'aide médicale urgente : l'HPOP est le 2^{ème} SAU (Service d'Accueil des Urgences) des Yvelines avec plus de 50 000 passages/an et le 2^{ème} SAU privé d'IDF ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination : dans ce domaine l'HPOP a développé un réseau efficace permettant une accessibilité financière et une prise en charge des plus démunis. Pour exemple, certains praticiens de l'HPOP ont signé une convention de partenariat avec la mairie de Trappes pour garantir un reste à charge zéro pour les patients orientés par le CDS (Centre de Santé) de Trappes (un représentant par spécialité), ou encore avec la PMI pour la maternité. Par ailleurs, l'efficacité de l'assistance sociale de l'établissement permet une réponse adaptée et rapide aux besoins des patients démunis (pour rappel, le taux de CMU est plus élevé que dans d'autres territoires, et encore plus au sein de notre maternité où le taux de prise en charge de CMU est de 28%) ;
- Les actions de santé publique avec une implication forte dans tous les événements nationaux tels que Mars bleu, Octobre rose, Journée hygiène des mains, Journée mondiale de l'obésité, du VIH ... ; en partenariat avec toutes les associations concernées (ADMY, IPS ...), avec qui l'HPOP coordonne ses actions ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, au travers par exemple d'une collaboration efficace avec la maison d'arrêt de Bois d'Arcy.

Les indicateurs de la CPAM

Les indicateurs de la CPAM pour le tableau de bord :

Données transmises par la CPAM à la CASQY

- ❖ Données par commune (Elancourt, Guyancourt, Magny-les-Hameaux, Montigny-le-Bretonneux, Trappes, La Verrière, Voisins-le-Bretonneux) + total département des Yvelines.
- ❖ Distinction bénéficiaires de la CMU-C et bénéficiaires avec et sans mutuelle quand cela est possible.
- ❖ Tranches d'âge (agrégées lorsque le secret statistique ne permet pas la transmission des données détaillées) :
 - 0 à 9 ans
 - 10 à 19 ans
 - 20 à 29 ans
 - 30 à 44 ans
 - 45 à 59 ans
 - 60 à 74 ans
 - 75 ans et +

1 – Assurés :

- Nombre de bénéficiaires (assurés + ayant-droits).
- Nombre de bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant.
- Nombre de bénéficiaires sans une mutuelle complémentaire.
- Nombre de bénéficiaires avec une mutuelle ayant déclaré un médecin traitant.
- Nombre de bénéficiaires de l'AME, de la CMU et de la CMU-C.
- Nombre de bénéficiaires avec la CMUC ayant déclaré un médecin traitant.
- Nombre de personnes en ALD (toutes ALD confondues)
- Nombre de bénéficiaires en arrêt de travail de longue durée (supérieure à 6 mois).

2 - Offre de soins :

Nombre et mode conventionnel :

- Médecins généralistes,
- Spécialistes, toutes spécialités confondues,
- Gynécologues,
- Ophtalmologistes,
- Psychiatres,
- Dermatologues,
- Cardiologues,
- Pédiatres,
- Sages-femmes,
- Infirmiers,
- Masseurs-kinésithérapeutes,
- Pharmaciens,
- Chirurgiens-dentistes,
- Orthophonistes.

Par commune d'exercice des médecins :

- Nombre d'actes (consultations et visites) des médecins généralistes et spécialistes de la liste mentionnée ci-dessus.
- Nombre de patients vus par les médecins généralistes et spécialistes de la liste mentionnée ci-dessus.
- Communes de provenance des patients pour les professionnels de santé de la liste mentionnée ci-dessus de la Communauté d'agglomération : répartition des actes par communes de provenance des patients.

3 – Consommation de soins et recours aux soins

Par commune de résidence des patients :

- Commune de consultation : répartition des actes selon la commune d'implantation des professionnels de santé de la liste mentionnée ci-dessus
- Nombre de consultations chez les professionnels de santé de la liste. Avec la répartition des consultations en fonction de la commune d'exercice des médecins.
- Dépense de santé moyenne, par habitant, chez les généralistes et chez les spécialistes.
- Remboursements de médicaments (code ATC) : nombre de consommateurs
 - Médicaments du diabète : A10A / A10B / A10X (séparés)
 - Antihypertenseurs : C02
 - Alzheimer : N06DA + N06DX01 (réunis)
 - Antipsychotiques (tous psychotropes confondus + antipsychotiques)
 - Antidépresseurs : N06A

4 – Prévention, dépistage

Par commune de résidence des patients : Dépistage du cancer du sein (dernières années disponibles, à la date des soins) :

- Nombre de femmes de 50 à 74 ans bénéficiaires du Régime Général.
- Nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie dans le cadre du DO.
- Nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie hors DO.
- Nombre total de femmes ayant réalisé une mammographie dans l'année.

Par commune de résidence des patients : Vaccination contre la grippe (dernières années disponibles) :

- Nombre de personnes de plus de 65 ans bénéficiaires du Régime Général.
- Quantité de vaccins contre la grippe pris en charge par l'assurance maladie pour les plus de 65 ans.

Les indicateurs santé de l'UFR des Sciences de la santé

Les indicateurs de l'UFR Sciences de la santé sont précisés comme suit :

- Nombre étudiants dans chaque filière de formation, et origine géographique,
- Taux de fuite des étudiants (i.e. suivi du lieu d'installation des étudiants qui ont validé leur second cycle avant 2013,
- Nombre de maitres de stage universitaire et d'étudiants réalisant un stage chez un professionnel libéral du territoire,
- Nombre de manifestations/événements Grand public, professionnels de santé,
- Nombre d'étudiants effectuant leur service sanitaire sur le territoire de la communauté d'agglomération,
- Nombre de contrats de partenariat avec industriels du territoire.

Signataires



SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

Monsieur Jean-Michel FOURGOUS
Président



PREFECTURE DES YVELINES

Monsieur Jean-Jacques BROT
Préfet



AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE DE FRANCE

Monsieur Marc PULIK
Délégué départemental des Yvelines



CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES YVELINES

Monsieur Patrick NEGARET
Directeur Général



CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES

Monsieur Pierre BEDIER
Président



CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

Monsieur Guillaume GIRARD
Directeur par intérim



L'INSTITUT MGEN DE LA VERRIÈRE

Monsieur Fabien JUAN
Directeur Général



HOPITAL PRIVÉ DE L'OUEST PARISIEN

Monsieur Julien AGUILAR
Directeur Général



UNIVERSITE VERSAILLES SAINT QUENTIN EN YVELINES

Monsieur Alain BUI
Président

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Monsieur Djillali ANNANE
Doyen

SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

1, rue Eugène-Hénaff
BP 10118
78192 Trappes Cedex
Tél. : 01 39 44 80 80
sqy.fr

COIGNIÈRES
ÉLANCOURT
GUYANCOURT
LA VERRIÈRE
LES CLAYES-SOUS-BOIS
MAGNY-LES-HAMEAUX
MAUREPAS
MONTIGNY-LE-BRETONNEUX
PLAISIR
TRAPPES-EN-YVELINES
VILLEPREUX
VOISINS-LE-BRETONNEUX

