



3^{ème} CONTRAT LOCAL de SANTE de SAINT-DENIS

2019/2022

Entre

Monsieur le Maire de Saint-Denis,

Monsieur le Préfet de Seine-Saint-Denis,

Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

Monsieur le Président du Conseil Général de Seine-Saint-Denis,

Monsieur le Directeur Général de la CPAM de Seine-Saint-Denis,

Monsieur le directeur du Centre Hospitalier de Saint-Denis,

Il a été convenu de signer le présent

Contrat Local de Santé

Portant sur la Commune de **Saint-Denis (93200)**

Et dont le contenu est décrit dans le présent document.

Le Maire de Saint-Denis

Le Préfet
de la Seine-Saint-Denis

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé

Le Président du Conseil
Départemental de Seine-
Saint-Denis

Le Directeur Général
de la CPAM de Seine-Saint-Denis

Le Directeur du Centre Hospitalier
de Saint-Denis

Sommaire général du CLS3 de Saint-Denis

Les préambules des signataires

| | |
|---|----|
| PREAMBULE DE LA VILLE DE SAINT-DENIS | 2 |
| PREAMBULE DE L'ARS, AGENCE REGIONALE DE SANTE | 4 |
| PREAMBULE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE SEINE-SAINT-DENIS | 7 |
| PREAMBULE DE L'ASSURANCE MALADIE DE SEINE-SAINT-DENIS..... | 9 |
| PREAMBULE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS..... | 12 |

Introduction du CLS3

| | |
|--|----|
| DES CLS AMBITIEUX..... | 15 |
| LES PRINCIPES QUI GUIDENT LE TROISEME CLS | 17 |
| OBSERVATOIRE DE SANTE | 23 |
| L'ENJEU DE LA PREVENTION | 25 |
| DEVELOPPER DES PARCOURS COORDONNES DE SOINS..... | 30 |
| L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE | 36 |
| LA SANTE LIEE A L'ENVIRONNEMENT | 40 |
| LA SANTE MENTALE..... | 44 |
| ANNEXE 1 – LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE | 46 |
| ANNEXE 2 – LES INSTANCES DE PILOTAGE DU CLS | 53 |
| ANNEXE 3 – DES ARTICULATIONS RENFORCEES AVEC LES DIFFERENTS SERVICES ET DIRECTIONS..... | 58 |
| ANNEXE 4 – INSCRIPTION DANS LE CONTRAT UNIQUE PLAINE COMMUNE - POLITIQUE DE LA VILLE | 62 |

Fiches actions

| | |
|---|-----|
| AXE STRATEGIQUE : LES INDICATEURS DE SANTE | 66 |
| AXE STRATEGIQUE : PREVENTION | 70 |
| AXE STRATEGIQUE : PARCOURS COORDONNES | 105 |
| AXE STRATEGIQUE : OFFRE DE SOINS DE 1 ^{ER} RECOURS | 132 |
| AXE STRATEGIQUE : SANTE LIEE A L'ENVIRONNEMENT | 147 |
| AXE STRATEGIQUE : SANTE MENTALE | 161 |

Préambule de la Ville de Saint-Denis

La Ville de Saint-Denis s'est engagée de longue date en matière de santé, et ce bien au-delà des compétences réglementaires des communes. Elle a développé depuis l'après-guerre une offre de soins conséquente autour de 4 centres municipaux de santé.

La ville agit également fortement dans le champ de la prévention avec une circonscription municipale conventionnée avec le Conseil Départemental, composée de 6 PMI, et de 4 centres de planification familiale. Le modèle de la promotion de la santé a inspiré le développement en 2001 au sein de la direction municipale d'une Unité Ville et Santé qui porte la démarche d'ateliers santé ville depuis 2014. Saint-Denis agit également sur les questions de santé environnementale avec un service regroupant agents d'enquêtes et inspecteurs de salubrité.

La ville a souhaité s'engager dès 2011 dans la signature d'un Contrat local de santé, car il donne un cadre indispensable aux partenariats. Poursuivre cet engagement au travers d'un troisième CLS relevait de l'évidence.

Plus que jamais, l'état de santé de nos habitants nécessite une mobilisation aussi déterminée qu'ambitieuse et plus encore, une action publique d'importance. Nous exigeons pour notre territoire le déploiement des moyens à la hauteur des besoins. Le récent rapport Cornut-Gentille¹ a objectivé le rattrapage nécessaire en matière de service public sur le département de Seine-Saint-Denis. La santé est aussi concernée.

Les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent particulièrement fortes. Agir pour réduire ces inégalités, c'est lutter pour que chacun puisse atteindre effectivement cet état complet de bien-être physiologique et psychique, pour que chacun soit libre de construire sa vie et s'épanouisse au sein d'une cité que nous voulons solidaire et où l'avenir s'invente.

La santé n'est pas une compétence obligatoire des villes, pourtant Saint-Denis s'implique plus que jamais notamment en coordonnant les acteurs nombreux et divers du territoire et en jouant le rôle de médiateur entre les habitants et les institutions parfois éloignées du terrain.

Notre connaissance fine de la population dionysienne nous incite à défendre des démarches participatives comme les Ateliers Santé Ville dont nous souhaitons qu'elles soient pérennes et leur soutien confirmé par les crédits politique de la ville. L'échelle municipale permet d'inventer des solutions qui correspondent aux besoins des habitants.

Par ailleurs, au croisement de toutes les politiques, la ville peut introduire les enjeux de santé, qui n'appartiennent pas qu'aux soignants, dans de nombreux domaines d'action (habitat, urbanisme, personnes âgées, jeunesse...). En faisant de la santé un enjeu pour toutes les politiques publiques, elle contribue à mettre en œuvre de véritables projets de prévention et à améliorer les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé.

Ce CLS3 innove car il ambitionne une réelle structuration des parcours des patients à l'échelle du territoire de la ville en intégrant prévention, dépistage et prise en charge médicale et sociale. Celle-ci

¹ Rapport d'information du 31 mai 2018 - Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis et présenté par MM. François CORNUT-GENTILLE et Rodrigue KOKOUENDO, Députés.

visé à simplifier pour les habitants, notamment les plus vulnérables, l'accès aux soins et éviter les ruptures de prise en charge et les renoncements aux soins.

La mise en commun par tous les signataires (Ville-ARS-Préfecture-CPAM-Conseil Départemental-Hôpital de Saint-Denis) des données de santé ainsi que leur analyse doit permettre d'affiner la connaissance des besoins des dionysiens et à terme d'améliorer leur état de santé.

L'ensemble des projets et actions décrits dans ce CLS se réalisera grâce à l'action déterminée de tous les acteurs, qui sur cette ville, peuvent agir au service d'une meilleure santé de tous et de chacun. Qu'ils soient, par avance, remerciés pour leur engagement.

Laurent Russier
Maire de Saint-Denis

Elisabeth Belin
Maire-adjointe à la Santé

Préambule de l'ARS, Agence Régionale de Santé

Introduit par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 et confortés par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016, les Contrats Locaux de Santé (CLS) permettent la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS) et constituent les volets santé des Contrats de Ville. Ils peuvent aussi porter autant sur la prévention et la promotion de la santé, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une collectivité territoriale, ils sont l'expression de dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires de terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près et avec les populations.

▪ Un outil de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les CLS constituent des outils de mobilisation et de coordinations privilégiés pour lutter contre les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) qui caractérisent la région d'Ile de France.

Afin de participer à la réduction des ISTS, les CLS se doivent notamment de favoriser l'action sur les déterminants de santé, le développement des démarches intersectorielles et s'appuyer sur le principe d'universalisme proportionné.

Dans ce cadre, les CLS doivent s'attacher à ce que les actions développées atteignent les personnes fragiles, défavorisées et éloignées de la prévention et/ ou de l'accès aux soins.

▪ Un outil pour favoriser la mise en place d'un parcours de santé cohérent.

Les CLS doivent favoriser, à l'échelle de son territoire, la mise en œuvre de parcours de santé cohérents, allant de la prévention à la prise en charge globale en passant par les soins, en agissant sur la lisibilité, l'accessibilité et la qualité de ces derniers.

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.

Les habitants, qu'ils soient usagers du système de santé ou destinataires de politiques de prévention, doivent être associés dans l'ensemble de la démarche.

▪ Un outil de mobilisation des professionnels, des citoyens et des usagers.

Les CLS sont fondés sur une démarche participative et de co-construction. Ils doivent ainsi mobiliser tant que possible la participation des habitants. A ce titre, les CLS doivent permettre d'agir sur certains des déterminants sociaux et environnementaux de santé par une mobilisation convergente des signataires- mais aussi par la participation de l'ensemble des acteurs intervenant dans les champs sanitaires/ sociaux et médico-sociaux, des habitants et des usagers.

▪ L'articulation de politiques publiques pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé avec le Projet Régional de Santé 2018-2022.

Les CLS représentent un outil de déclinaison territoriale du Projet Régional de Santé 2 défini par l'ARS d'Ile de France pour la période 2018-2022. Ce PRS est guidé par trois objectifs majeurs ;

- . Renforcer la prévention et la promotion de la santé pour préserver le capital santé et bien-être et éviter d'être soigné,

- . Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dans une région marquée par de forts contrastes en la matière,

- . Adapter les actions et les politiques aux spécificités locales, en cherchant notamment une meilleure coordination des acteurs.

Par ailleurs l'Agence a fait le choix de structurer son Projet Régional de Santé autour de cinq axes de transformation du système de santé ;

- . Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires,
- . Une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente,
- . Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche,
- . Permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé,
- . Inscrire la santé dans toutes les politiques.

Cette approche transversale s'appuie par ailleurs sur huit thématiques de santé identifiées comme prioritaires : périnatalité et santé des enfants jusqu'à 6 ans- santé des adolescents et des jeunes adultes- santé et autonomie des personnes âgées- santé, autonomie et insertion des personnes handicapées- cancer- maladies neuro-dégénératives- santé mentale- maladies chroniques et métaboliques.

Les évaluations régionales des CLS1 et CLS2 ont permis de mettre en exergue et renforcer les points forts des CLS :

- . Une augmentation significative des collaborations entre acteurs de secteurs variés et de l'approche par déterminants,
- . Une amélioration des parcours de santé en luttant contre la fragmentation et le découplage des réponses sur un territoire de proximité,
- . Le développement de l'approche de politiques transversales.

Ces évaluations successives ont aussi montré la nécessité de renforcer certains éléments de pilotage des CLS, notamment :

- . L'ingénierie de projet, et plus particulièrement en termes de suivi et d'évaluation,
- . L'animation territoriale, notamment au niveau départemental, ainsi que la sensibilité du ciblage territorial,
- . La visibilité au niveau régional du suivi des actions des CLS,
- . Un renforcement spécifique sur certaines thématiques, dont la participation des habitants et la notion de parcours de santé.

Le renforcement des fonctions de soutien des CLS à l'émergence et à la mise en synergie de différents dispositifs locaux de santé publique représente une orientation stratégique des CLS3. Il concerne notamment :

- . Les coopératives d'acteurs en promotion de la santé,
- . Les CLSM qui constituent le volet santé mentale des CLS,
- . Les CLS facilitateurs à l'élaboration des CPTS.

▪ **Le département de Seine-Saint-Denis se caractérise par :**

- . Une moyenne de l'Indice de Développement Humain inférieur à la moyenne régionale, permettant de classer les territoires municipaux en CLS prioritaires ou renforcés,
- . Une population plus jeune que la moyenne régionale, fortement impactée par les ISTS dans un contexte social et migratoire particulier,
- . Des indicateurs de santé les plus fragiles de la région,
- . Une sur-incidence de pathologies infectieuses,
- . Une prévalence forte du diabète, de l'hypertension artérielle sévère, des insuffisances respiratoires graves et des troubles psychiques,
- . Des pollutions environnementales préoccupantes,
- . Une offre de soins fragilisée par une faible démographie médicale,
- . 43% en Politique de la ville.

■ **Fondement de la démarche CLS sur la ville de Saint-Denis**

L'ARS Ile de France souhaite poursuivre son engagement dans la signature d'un CLS avec **la Ville de Saint-Denis** avec une volonté de déclinaison territoriale de son **Projet Régional de Santé** défini pour la période 2018-2022.

En encrant ses actions dans une perspective globale intersectorielle et avec l'objectif d'améliorer les parcours de santé est favorable, le CLS de **Saint-Denis** est aussi garant de la déclinaison des plans nationaux **Priorité Prévention, Ma santé 2022, la Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024, le plan Santé sexuelle** ainsi que les plans régionaux tels **Prescri'Forme, le Plan Régional de lutte contre les Violences faites aux femmes**.

Le CLS de **Saint-Denis** constitue également un outil de déclinaison de la **Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté** du fait de sa volonté à ce que les initiatives locales de son territoire atteignent prioritairement les publics défavorisés- ainsi qu'un outil d'articulation entre politiques publiques, en favorisant la déclinaison locale de **conventions partenariales avec l'Education Nationale ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse**.

Compte-tenu de la prévalence d'indicateurs de santé défavorables, le département de Seine-Saint-Denis représente un territoire favorable aux expérimentations telles que **Mission retrouve ton cap et Dites non au diabète**.

Préambule du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis

Le Département de la Seine-Saint-Denis s'engage dans la **cosignature** des **Contrats Locaux de Santé** au titre de ses compétences réglementaires et de sa politique volontariste en matière de santé.

En effet, il est un **acteur incontournable de santé publique** sur son territoire, de par ses compétences (PMI, autonomie des personnes âgées et handicapées, accès aux droits dont ceux de santé) mais aussi par son implication historique en faveur du bien-être et de la santé des séquanodionysiens.

Aussi, à travers ses différentes politiques publiques, il se mobilise contre les inégalités sociales et territoriales de santé, enjeu renouvelé dans le cadre du PRS2.

▪ Vaccination et dépistage pour tous

En délégation de l'Etat, il assure la **promotion de la vaccination** dont le soutien aux séances publiques des communes, le dépistage des cancers, la prévention et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et déploie son programme « *Vers une Seine-Saint-Denis sans Sida* », notamment à travers son *Centre gratuit d'information et de dépistage et de diagnostic* (CeGIDD) et ses antennes habilitées et soutenues par l'ARS, ses *Centres départementaux de prévention-santé*.

Il développe de plus une politique **d'« Aller-Vers »** par des actions Hors les Murs tels que dans le champ des maladies infectieuses : dépistage de la tuberculose, des IST, consultations pour primo-arrivants.etc

▪ La protection maternelle et infantile

Acteur-clef de la périnatalité et de la santé de l'enfant avec sa compétence réglementaire de protection maternelle et infantile et de planification familiale, son service de PMI a élaboré un projet de santé publique qui promeut une approche de la santé à la fois globale et de proximité. Celle-ci est donc déclinée par ses équipes de terrain en complémentarité avec les autres acteurs locaux en matière de consultations médicales, de vaccinations, de visites à domicile, de bilans de santé en maternelle, de lutte contre l'obésité infantile, de contraception et d'IVG mais aussi dans le cadre de la lutte contre les pathologies en relation avec l'habitat, etc

▪ Vers l'autonomie des usagers

Son schéma départemental pour l'autonomie, élaboré de façon partenariale, traduit l'orientation fondamentale des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à savoir favoriser **l'exercice des choix de vie et renforcer l'autonomie de ces personnes dans une société inclusive**. Ce au travers du renforcement de la coordination des acteurs, l'accompagnement des parcours de vie, l'amélioration de l'offre médico-sociale ou encore des dispositifs d'aide aux aidants et de prévention de la maltraitance envers ces personnes vulnérables.

Il est également fortement engagé dans le cadre de la santé mentale au travers de ses différentes politiques et instances : groupe d'appui, Conseils locaux de santé mentale et Projet Territorial de Santé Mentale etc.

▪ La santé bucco-dentaire

Le Département conduit également des politiques volontaristes de promotion de la santé telles que **le programme de santé bucco-dentaire depuis plus de 30 ans**. Fort d'un partenariat avec les acteurs de la Seine –Saint-Denis et les Villes, initialement destiné aux enfants, il s'est récemment élargi en

direction des personnes âgées, handicapées, et public en besoin. Il s'est également engagé dans le **déploiement de mesures innovantes** en matière de santé bucco-dentaire avec la mise en place d'un **bus dentaire et d'unités mobiles** pour des dépistages et des premiers soins.

▪ **La prévention des conduites à risques chez les jeunes**

Acteur de la **prévention des addictions** grâce à la *Mission métropolitaine de prévention des conduites à risque* (MMPCR) et son espace *Tête à Tête*, la santé des jeunes est un axe fort autour de différentes thématiques telles que la sexualité, l'usage des produits psycho-actifs, les réseaux sociaux ou encore les violences. Un des axes de développement en est **l'expérimentation d'une Salle de Consommation à Moindre Risque**. De plus, dans le cadre de son projet éducatif, la mise en d'actions de santé et bien-être pour favoriser l'épanouissement et la réussite des collégiens est favorisée.

▪ **Les actions transversales du Département**

Afin de faciliter l'accès de tous à la prévention et aux soins, il intervient dans le cadre de son *Pacte pour la santé publique* qui comprend plusieurs dispositifs visant à renforcer l'offre en professionnels de santé, déficitaire sur le territoire

Il conduit également des politiques dans des domaines qui sont des déterminants essentiels de la santé : lutte contre les violences envers les femmes à travers un dispositif innovant, protection de l'environnement, accès au logement, lutte contre la précarité énergétique, équilibre alimentaire, développement de la pratique sportive, etc.

Ainsi dans le cadre de son action sociale généraliste, une couverture territoriale au plus proche de la population est assurée pour la protection et l'accompagnement des personnes vulnérables ainsi que l'intervention en santé.

Soucieux de la complémentarité entre les différents acteurs, il soutient le secteur associatif dans le cadre de différents appels à projet sur la santé et ses déterminants.

Ainsi, les **Contrats Locaux de Santé** sont structurés autour d'axes qui recoupent très largement les champs d'action du Conseil départemental. Par leur signature le Département entend donc **confirmer son engagement d'acteur de santé publique** et exprimer sa volonté de s'inscrire dans des dynamiques locales de coopération pour la santé des publics les plus en besoin et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé au travers du renforcement des partenariats de proximité avec tous les acteurs concernés et les communes.

Préambule de l'Assurance Maladie de Seine-Saint-Denis

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis s'est inscrite dès 2012 dans les premiers contrats locaux de santé signés dans le département. Elle entend poursuivre son engagement avec les autres signataires, dans le cadre de ses missions de service public, et en particulier pour améliorer l'état de santé de la population et contribuer à la réduction des inégalités d'accès à la santé.

Sa contribution prend plusieurs formes : elle participe à l'état des lieux des besoins de santé du territoire (1). Elle conduit de nombreuses actions en vue de faciliter l'accès aux droits et aux soins (2). Elle contribue à la prévention et à la promotion de la santé (3). Elle soutient les initiatives visant à améliorer l'attractivité du territoire pour attirer de nouveaux professionnels de santé et soutient et accompagne une meilleure organisation des soins, visant à mieux répondre aux besoins et à fluidifier les parcours de soins (4).

■ Une contribution à l'état des lieux des besoins de santé du territoire

Tout d'abord, la CPAM contribue à l'état des lieux qui permet de définir les priorités et objectifs du contrat local de santé, et d'en mesurer les effets. A cette fin, elle met à disposition des données concernant la commune, accessibles aux partenaires sur le site internet de l'Observatoire départemental des données sociales (ODDS) : www.odds93.fr. Les données mises à disposition portent sur le profil de la population (démographie, accès à une complémentaire santé, déclaration d'un médecin traitant...), l'offre de soins (démographie des professionnels de santé libéraux, répartition géographique...), et intègrent quelques indicateurs sur la santé de la population, le recours aux soins et à la prévention. Cet état des lieux permet de compléter le diagnostic territorial, réalisé avec les partenaires, qui fait ressortir notamment la persistance de difficultés d'accès aux droits, provoquées notamment par la barrière de la langue, l'illettrisme et « l'illectronisme », les ruptures de parcours liées à la pauvreté et à la précarité, et l'augmentation des besoins de prise en charge à domicile consécutive au virage ambulatoire. Par ailleurs, il permet de caractériser, pour la commune, la situation de l'offre de santé, globalement insuffisante en Seine-Saint-Denis pour répondre aux besoins de la population. Il apporte cependant une nuance de taille à une approche uniquement quantitative, en faisant ressortir les particularités de l'exercice en Seine-Saint-Denis : les professionnels de santé ont généralement une forte activité, qui vient compenser leur faible nombre. Les médecins exercent de façon très majoritaire en secteur 1, honoraires opposables, y compris les médecins spécialistes ; les médecins secteur 2 sont majoritairement adhérents à l'OPTAM, et s'engagent ainsi à maîtriser leurs dépassements pour faciliter l'accès aux soins. Le tiers payant est une pratique quasi-généralisée, pour toutes les catégories de professionnels de santé.

Ensuite, la CPAM est impliquée dans la plupart des axes d'intervention du CLS, et en particulier sur l'accès aux droits et aux soins, notamment des publics vulnérables, la prévention et la promotion de la santé, et la lutte contre les conduites à risque.

■ L'accès aux droits et aux soins

Au-delà du service des prestations d'assurance maladie, et des missions de base d'accueil et d'orientation des assurés sociaux, la CPAM engage des démarches partenariales pour faciliter l'accès aux droits des publics les plus éloignés des soins, pour lesquels les démarches administratives constituent un frein. Dans ce cadre, elle propose aux services sociaux des communes, aux centres de santé et aux établissements sanitaires, ainsi qu'à des associations, un partenariat renforcé, par lequel elle s'engage à former des correspondants, et à traiter les demandes qu'ils lui transmettent par un circuit prioritaire, permettant un accès rapide aux droits. Elle met à disposition des professionnels de santé une ligne urgence précarité. Pour faire face aux situations de renoncement aux soins, elle propose aux assurés identifiés un accompagnement personnalisé par des conseillers dédiés : les

conseillers de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS). Dans ce cadre, la CPAM est particulièrement attentive à l'accès aux droits et aux soins des publics vulnérables : femmes enceintes, enfants de l'ASE, migrants, jeunes participant aux dispositifs « Garantie jeunes », dans le cadre la démarche PLANIR (plan local d'accompagnement contre le non recours, les incompréhensions et les ruptures). Elle engage en particulier des actions pour faciliter l'accès à la CMUC, à l'Aide médicale de l'Etat, et généraliser l'accès à une complémentaire santé.

■ **Prévention, promotion de la santé et lutte contre les conduites à risque**

De même la CPAM est particulièrement impliquée sur la prévention et la promotion de la santé. Elle promeut en particulier toutes les offres de service nationales, comme le programme SOPHIA, programme d'éducation à la santé destiné aux personnes atteintes de maladies chroniques (asthme, diabète), et l'accompagnement au retour à domicile après une hospitalisation (programme PRADO). Sur le bucco-dentaire, en appui du dispositif d'examen buccodentaire triennal (EBD), étendu aux enfants et aux jeunes de 3 à 24 ans, elle organise et soutient des opérations de sensibilisation et de dépistage dans les classes de maternelle et de CP, en partenariat avec l'Education nationale. Elle expérimente sur le territoire plusieurs programmes innovants et ambitieux, comme le programme « Mission retrouve ton cap », destiné à prévenir l'obésité des enfants de 3 à 8 ans, et le programme « Dites non au diabète », qui propose un coaching collectif en santé à des adultes à haut risque de diabète. Elle expérimente également le dépistage systématique des troubles du langage, de la communication et de la vue, pour les enfants scolarisés en petite section de maternelle, avec les orthophonistes et les orthoptistes du département. Elle promeut la participation systématique à la vaccination contre la grippe pour les publics prioritaires, contribue au respect de l'obligation vaccinale, et soutient la participation aux différents dépistages organisés des cancers (dépistage des cancers du sein, colorectal, et du col de l'utérus). Elle contribue et participe à ce titre à de nombreux forums santé en partenariat avec les municipalités.

La CPAM dispose d'un centre d'examens de santé, implanté à Bobigny et à Montfermeil, mais susceptible de réaliser des examens de prévention en santé « hors les murs », au plus près des habitants de la commune. Ce centre propose également des ateliers d'éducation à la santé, des séances d'éducation thérapeutique du patient et de l'aide au sevrage tabagique.

■ **Attractivité du territoire et organisation des soins**

Enfin, la CPAM entend également appuyer la commune dans ses démarches visant à améliorer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, et contribuer à une meilleure organisation des soins.

Elle promeut ainsi les aides conventionnelles mises place pour attirer de nouveaux professionnels de santé dans les zones insuffisamment pourvues. En Seine-Saint-Denis, la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne d'Ile-de-France, et cette faible densité se retrouve au niveau de la commune, ainsi que pour la plupart des autres professions de santé. Cette situation, qui va de pair avec le vieillissement des professionnels de santé et le non remplacement des départs à la retraite, génère des difficultés croissantes d'accès à un médecin traitant, à un médecin spécialiste (dermatologue, ophtalmologue...) et à certains auxiliaires médicaux (orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes en particulier...). La CPAM s'engage à faciliter l'installation de nouveaux professionnels de santé, et à promouvoir des modes d'exercice pluri-professionnels.

Elle accompagne en particulier, avec l'Agence régionale de santé, les professionnels souhaitant créer une maison de santé pluri-professionnelle, ou mettre en place une organisation de télémedecine. Elle contribue à la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé dans le cadre de l'accord national interprofessionnel négocié par l'UNCAM. Elle accompagne les innovations dans l'organisation des soins et la prévention, et peut soutenir des projets éligibles à un financement dérogatoire, comme par exemple le dépistage par TROD du VIH dans les officines. Enfin la CPAM s'engage à poursuivre ses démarches proactives pour aller au-devant des potentiels bénéficiaires

d'aides conventionnelles, et à accompagner les nouveaux installés pour qu'ils puissent être rapidement opérationnels.

Ainsi, la CPAM confirme-t-elle son engagement dans la dynamique portée par les contrats locaux de santé. Elle s'associe aux autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'une politique de santé efficace, qui s'engage à répondre aux besoins du territoire, autour d'objectifs partagés : garantir un accès universel à des soins de qualité, soutenir l'innovation, réduire les inégalités d'accès à la santé, tout en promouvant une utilisation responsable et pertinente du système de soins.

Direction générale adjointe
CPAM 93

Préambule du Centre Hospitalier de Saint-Denis

En tant qu'offreur de soins, le Centre Hospitalier s'est engagé dans une politique volontariste de partenariat et de coopération avec l'ensemble des acteurs de son territoire. Si le décloisonnement des parcours, les coopérations Ville-Hôpital, font partis des dispositifs au cœur de la réforme du système de santé en cours, ils constituent une véritable nécessité pour répondre aux besoins des Dionysiens. Le constat d'indicateurs de santé dégradés par rapport aux moyennes nationales et franciliennes, mettant en avant une surmortalité significative, implique une attention particulière à l'offre en santé et à l'accompagnement des habitants dans les prises en charge.

Les liens historiques avec la Ville de Saint-Denis justifient, comme une évidence, la participation du Centre Hospitalier au Contrat Local de Santé :

- Une action conjointe dans le domaine de l'addictologie ou de la psychiatrie
- Le partage de temps médicaux entre l'hôpital et les Centres municipaux de Santé
- L'organisation de journées de réflexion thématique (réunions EFGH, Ateliers Santé Ville)
- La coordination des actions pour une meilleure prise en charge des personnes précaires (PASS de Ville, PASS hospitalière, dispositif LAMPE)
- La constitution d'une offre ambulatoire d'urgence avec la Maison Médicale de Garde

Afin de s'accorder sur les enjeux, de confirmer le partage d'objectifs et d'afficher leur action conjointe, le Centre Hospitalier et la Ville de Saint-Denis ont signé une convention d'objectifs en mars 2018.

Dans ce contexte, le Centre Hospitalier souhaite renforcer les liens existants, selon trois orientations :

▪ Développer, renforcer et fluidifier les parcours de soins

L'objectif majeur d'une coopération en santé est de garantir la cohérence des parcours et sécuriser les prises en charge. Cela impose de s'engager dans une démarche de construction commune et coordonnée des réponses à apporter aux besoins des territoires avec les acteurs de la Ville, en :

- facilitant l'accès des médecins aux différents services du CHSD : avis et conseil, faciliter les admissions directes pour leur patient, programmation facilitée de consultation
- rendant l'offre de soins du territoire plus lisible pour les patients avec des parcours de soins coordonnés.

▪ Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé

Une démographie médicale défavorable associée à une population socialement et économiquement vulnérable impose d'agir sur l'attractivité du territoire. Rendre attractif le territoire dionysien pour les professionnels est un enjeu majeur pour garantir la pérennité de prises en charge adaptées et de qualité. L'objectif est de constituer un écosystème favorable, répondant aux aspirations des professionnels.

Ces derniers plébiscitent notamment un exercice mixte (hospitalier-salarié) qui doit donc être favorisé. C'est le sens des réflexions communes engagées pour multiplier le nombre de postes médicaux partagés.

Le développement d'une offre de formation est également un levier d'action non négligeable pour attirer sur le territoire et créer des liens entre les hospitaliers et la Ville.

▪ Faciliter la coopération des professionnels de santé

Une des conditions nécessaire au renforcement des liens entre la Ville et le Centre Hospitalier est l'organisation d'échanges, de réflexion et de travail constructif et durable entre les professionnels. Il

s'agit donc de créer des espaces communs de concertation entre les acteurs afin de « faire vivre » cette coopération territoriale. L'engagement de réflexions autour d'une Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS) va dans ce sens. L'organisation d'un séminaire annuel Ville-Hôpital en est également l'un des catalyseurs.

Les axes développés au sein du Contrat Local de Santé 3 traduisent une véritable ambition de coopération et d'action pour la santé sur le territoire.

Ainsi, le Centre Hospitalier de Saint-Denis confirme son engagement auprès des autres signataires du Contrat Local de Santé 3 et réaffirme son souhait de travailler en étroite collaboration avec chacun d'entre eux pour garantir aux Dionysiens des prises en charge de qualité et conformes à leurs attentes.

Jean PINSON
Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Denis

Introduction du CLS3 de Saint-Denis

| | |
|---|-----------|
| DES CLS AMBITIEUX..... | 15 |
| ▪ UN ENGAGEMENT ANCIEN DE LA VILLE EN MATIERE DE SANTE | 15 |
| ▪ UN CLS3 QUI S'INSCRIT DANS LA LIGNEE DES CLS PRECEDENTS AUX BILANS POSITIFS | 15 |
| LES PRINCIPES QUI GUIDENT LE TROISEME CLS | 17 |
| ▪ LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE AU CŒUR DES PREOCCUPATIONS..... | 17 |
| ▪ INSCRIRE LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES PUBLIQUES..... | 17 |
| ▪ UN ENJEU D'INFORMATION ET DE COORDINATION DES ACTEURS DU TERRITOIRE..... | 18 |
| ▪ PROPOSER UNE INFORMATION ADAPTEE ET PLUS SYSTEMATIQUE AUX HABITANTS ET SOUTENIR LEUR IMPLICATION | 19 |
| ▪ UN CLS QUI PORTE UNE ATTENTION PARTICULIERE A DES POPULATIONS PRIORITAIRES | 20 |
| ▪ LES MODALITES DE GOUVERNANCE ET DE REVOYURE..... | 21 |
| OBSERVATOIRE DE SANTE | 23 |
| ▪ DISPOSER D'UN OUTIL DE SUIVI DE NOTRE POPULATION ET DE NOTRE TERRITOIRE PARTAGE AVEC LES SIGNATAIRES..... | 23 |
| ▪ SOUTENIR LES ARBITRAGES, IDENTIFIER LES PRIORITES D' ACTIONS ET RENFORCER LES PLAIDOYERS..... | 23 |
| ▪ SOUTENIR DES RECHERCHES LOCALES | 24 |
| L'ENJEU DE LA PREVENTION | 25 |
| ▪ LA VILLE OPERATEUR DE PREVENTION..... | 25 |
| ▪ FAVORISER LES DEMARCHES QUI PRENNENT EN COMPTE LES SPECIFICITES DE NOTRE TERRITOIRE ET DE SES HABITANTS..... | 27 |
| ▪ FACILITER L'INFORMATION ET LA COORDINATION SUR LE TERRITOIRE | 28 |
| DEVELOPPER DES PARCOURS COORDONNES DE SOINS..... | 30 |
| ▪ UNE VOLONTE DE STRUCTURER DES PARCOURS AU TRAVERS DE FICHES ACTIONS SPECIFIQUES | 30 |
| ▪ RENDRE LISIBLES LES PARCOURS EN AYANT UNE VIGILANCE PARTICULIERE POUR LES PATIENTS LES PLUS VULNERABLES | 30 |
| ▪ ACCOMPAGNER DANS L'ACCES AUX DROITS SANTE, POINT D'ENTREE DANS LES PARCOURS..... | 30 |
| ▪ CINQ PARCOURS THEMATIQUES | 31 |
| ▪ LES ARTICULATIONS VILLE / HOPITAL SUR CES PARCOURS..... | 33 |
| L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE | 36 |
| ▪ UNE OFFRE DE SOINS LIBERALE EN BAISSSE TRÈS INÉGALEMENT RÉPARTIE SUR NOTRE TERRITOIRE..... | 36 |
| ▪ DES BESOINS DE SOINS NON COUVERTS..... | 36 |
| ▪ UNE OFFRE DE SOINS, NOTAMMENT DES CENTRES DE SANTE MUNICIPAUX, | 36 |
| ▪ SOUTENIR LES PROFESSIONNELS LIBERAUX QUI INSCRIVENT LEURS PRATIQUES DANS LE TERRITOIRE | 37 |
| ▪ FAVORISER UNE STRUCTURATION TERRITORIALE DES ACTEURS DES SOINS PRIMAIRES | 38 |
| LA SANTE LIEE A L'ENVIRONNEMENT | 40 |
| ▪ SANTE ET ENVIRONNEMENT, DES PROBLEMATIQUES EMERGENTES..... | 40 |
| ▪ UN ENGAGEMENT POLITIQUE FORT ET ANCIEN SUR LES QUESTIONS DE SANTE ET D'ENVIRONNEMENT QUI SE TRADUIT NOTAMMENT PAR LA MISE EN PLACE D'UN CONSEIL LOCAL EN SANTE ENVIRONNEMENTALE | 40 |
| ▪ LES ENJEUX D'UN AXE SUR LA SANTE LIEE A L'ENVIRONNEMENT..... | 41 |
| ▪ FORMALISER LA COORDINATION TERRITORIALE AUTOUR DE LA SANTE DANS L'HABITAT | 42 |
| LA SANTE MENTALE..... | 44 |
| ▪ SOUTENIR DES DYNAMIQUES A L'ECHELLE DE NOTRE TERRITOIRE A TRAVERS LE CLSM..... | 44 |
| ▪ UNE STRATEGIE SPECIFIQUE AUTOUR DE L'AUTISME | 45 |

ANNEXES.....

ANNEXE – LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE 46

- DES DIFFICULTES SOCIALES ET ECONOMIQUES PREGNANTES 46
- DES INDICATEURS DE SANTE PREOCCUPANTS..... 48
- UNE POPULATION JEUNE ET QUI VA AUGMENTER DANS LES PROCHAINES ANNEES 50
- DES DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX INQUIETANTS 50
- UNE OFFRE DE SOINS LIBERALE FRAGILE 50
- DES DIFFICULTES PARTAGEES AU NIVEAU DEPARTEMENTAL SUR LA PSYCHIATRIE 51

ANNEXE – LES INSTANCES DE PILOTAGE DU CLS 53

- LE PILOTAGE GLOBAL DU CLS 53
- LE PILOTAGE DES FICHES ACTIONS 53

ANNEXE – DES ARTICULATIONS RENFORCEES AVEC LES DIFFERENTS SERVICES ET DIRECTIONS 58

ANNEXE – INSCRIPTION DANS LE CONTRAT UNIQUE PLAINE COMMUNE - POLITIQUE DE LA VILLE 62

→ Abréviations

ACS aide à la complémentaire santé
ALD affection longue durée
AME aide médicale d'Etat
AP activité physique
ARS agence régionale de santé
ASV atelier santé ville
CCAS centre communal d'action sociale
CeGIDD centre gratuit d'information et de dépistage et de diagnostic
CHSD centre hospitalier de Saint-Denis
CLSPD Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance
CLS contrat local de santé
CLSE conseil local en santé environnementale
CLSM conseil local en santé mentale
CMP centre médico-psychologique
CMPP centre médico-psycho-pédagogique
CMS centre municipal de santé
CPAM caisse primaire d'assurance maladie
CPEF centre de planification et d'éducation familiale
CPS compétences psychosociales
CPTS communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DSL développement social local
EFGH enseignement, formation, généralistes-hospitaliers
EMS école municipale des sports
IDE infirmier diplômé d'Etat
IDH2 indice de développement humain 2
IST infections sexuellement transmissibles
ISTS Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
MFPP mouvement français pour le planning familial
MPE maison du petit enfant
MSP maison de santé pluri-professionnelle
ORS observatoire régional de la santé
PASS permanence d'accès aux soins de santé
PMI protection materno-infantile
PRAPS programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRE programme réussite éducative
PRS projet régional de santé
PTSM projet territorial de santé mentale
RESAD Réunions d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté
SDRE soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat
USE unité santé environnementale
UVS unité ville santé

Des CLS ambitieux

▪ Un engagement ancien de la Ville en matière de santé

La Ville de Saint-Denis s'est engagée de longue date sur les questions de santé, et ce bien au-delà des compétences réglementaires des communes. Elle a développé depuis l'après-guerre une offre de soins conséquente au travers de 4 centres municipaux de santé fréquentés par près du quart des Dionysiens. La ville agit fortement dans le champ de la prévention avec une circonscription municipale de 6 PMI conventionnée avec le Conseil Départemental, et 4 centres de planification familiale. Le modèle de la promotion de la santé a inspiré le développement en 2001 au sein de la direction municipale d'une Unité Ville et Santé qui porte la démarche d'ateliers santé ville depuis 2014. Saint-Denis agit également sur les questions de santé environnementale avec un service regroupant agents d'enquêtes et inspecteurs de salubrité.

La Ville a aussi souhaité s'engager dans les Contrats Locaux de Santé (CLS) en signant dès 2011 un 1^{er} CLS puis un second en 2015 confirmant sa volonté d'améliorer et d'approfondir la réponse publique apportée aux besoins de santé de la population dionysienne.

▪ Un CLS3 qui s'inscrit dans la lignée des CLS précédents aux bilans positifs

L'ARS et la Ville de St-Denis ont signé en 2011 le 1er CLS, avec la préfecture de Seine-Saint-Denis. Le second contrat 2015/2017 a élargi les partenaires signataires et les champs d'intervention. Des évolutions ont été actées à travers différentes rencontres. Ce second CLS s'articule donc en 10 axes et 23 fiches actions. Au vu des priorités énoncées et des dynamiques engagées, la CPAM, le Conseil départemental 93 et le Centre Hospitalier de Saint-Denis ont rejoint les signataires du second CLS. Ce second CLS a fait l'objet d'un bilan en novembre 2018, à la fois sur des dimensions transversales et pour chaque fiche projet sur des points précis concernant les actions prévues et les actions effectivement mises en œuvre sur la période précédente. Ce document a été travaillé par les porteurs de chaque axe thématique et partagé avec les différents partenaires. Ce bilan de plus de 70 pages met en lumière de nombreux points forts, notamment dans les dynamiques qui ont été induites ou renforcées.

L'élaboration du CLS a facilité la concertation et la mise en réseau. Le fait qu'il s'agisse d'un contrat signé avec l'ARS et la Préfecture a facilité sans aucun doute le dialogue avec certains acteurs institutionnels.

Les CLS de Saint-Denis s'inscrivent dans une conception de la santé définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *un complet état de bien-être physique, psychique et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Les actions intégrées dans les CLS ont pour ambition de prendre en compte cette vision globale et de ne pas se limiter aux questions de l'accès aux soins. Les priorités, repérées dans ces contrats et les actions en découlant, l'ont été de façon partenariale avec les signataires et en lien étroit avec un ensemble d'acteurs institutionnels ou locaux qui dépassent les seuls acteurs du soin.

La démarche de définition commune de priorités de santé pour le territoire que traduit le CLS a permis ensuite un engagement mutuel des partenaires pour atteindre les objectifs et une stabilisation voire un développement des moyens. Le CLS a été un levier pour mobiliser des financements, tant au niveau de la Ville qu'au niveau de l'ARS ou de la Politique de la Ville.

Des dispositifs ont pu être développés ou élargis : la 'PASS de ville' pour permettre l'accès aux droits et aux soins de personnes sans droits ouverts à l'Assurance Maladie ; un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux, les services de psychiatrie publique, les usagers et les aidants ...

Les différents temps (copils, cotechs, groupes de travail mais aussi rencontres sur le terrain) permettent d'affiner les diagnostics et de proposer des actions innovantes. Ces projets, nés de la dynamique partenariale et de la concertation ne sont pas nécessairement portés par la Ville. L'objectif n'est pas de se substituer au droit commun mais de le renforcer, en y inscrivant les projets lorsqu'ils ont fait la preuve de leur pertinence. L'un des enjeux du CLS 3 sera aussi de poursuivre l'évaluation et la pérennisation des projets innovants qui ont démontré leur intérêt et de veiller à ce que des financements pérennes leurs soient alloués. C'est notamment le cas de la pass ambulatoire, de la plateforme santé mentale et logement et d'un certain nombre d'autres projets développés dans le CLS2 et réinscrits dans le CLS3.

Les principes qui guident le troisième CLS

▪ La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé au cœur des préoccupations

Comme le rappellent l'ARS et la Ville dans leurs préambules, les CLS sont l'un des outils privilégiés de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). C'est à l'aune de la réduction de ces inégalités qu'ont été pensées à la fois la démarche de ce CLS (et des deux premiers CLS) et les actions prioritaires qui sont proposées.

Les habitants de Saint-Denis, de par leurs caractéristiques sociales, économiques (...) sont extrêmement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé, comme en témoigne l'indice de développement humain (IDH²) en 2013 de 0.34 (0.36 pour le département, 0.65 pour la Région Ile de France). Tous les indicateurs à notre disposition (situation économique et sociale, indicateurs de santé, déterminants environnementaux, offre de soins libérale...) témoignent d'ailleurs d'une situation souvent plus mauvaise que la situation départementale, et a fortiori régionale (cd. Annexe « *Des spécificités démographiques, sociales et économiques en lien avec les inégalités sociales et territoriales de santé qui rendent indispensables un CLS 3* »).

Afin de participer à la réduction de ces inégalités, le développement des démarches intersectorielles a été particulièrement travaillé, y compris dans la phase de bilan du CLS2 et de réflexion sur le CLS3 et ont donné lieu à une déclinaison de proposition d'articulations avec de nombreux services de la Ville notamment (Cf. infra la santé dans toutes les politiques).

Les inégalités de santé sont aggravées par les inégalités d'accès au système de santé, et pour certaines formes d'entre-elles émergent de cet inégalité d'accès; C'est pourquoi ce CLS souhaite renforcer les actions autour de l'accès : aux droits, aux soins de premier recours... et travailler à la continuité de parcours de santé à travers un axe spécifique sur ces parcours.

Ces accès et cette continuité doivent être particulièrement améliorés pour les personnes fragiles et vulnérables, plus sensibles aux ruptures. La réduction des écarts entre les groupes de population est un objectif de chacune des actions conduites. Les populations les plus vulnérables (personnes âgées isolées, jeunes en rupture, femmes seules en situation de migration...) qui cumulent des difficultés sont ciblées dans de nombreuses actions sans néanmoins que des entrées populationnelles n'aient été retenues pour ce CLS3 (Cf. point infra sur les populations).

▪ Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques

Le Contrat Local de Saint-Denis s'inscrit, dès son origine, dans la conception de la santé définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un complet état de bien-être physique, psychique et social déterminé par l'accès au logement, à la culture, à l'emploi, à un cadre de vie favorable à la santé.... L'amélioration de la santé relève donc de la mise en œuvre de l'ensemble des politiques publiques qui impactent les déterminants sociaux, territoriaux ou environnementaux de la santé. Dans cette perspective, la démarche initiée par le CLS appelle à un renforcement des pratiques et des démarches intersectorielles chaque fois que possible et nécessaire.

² IDH2 : l'IAU IdF a adapté cet indicateur qui réunit trois dimensions : santé, éducation, revenu. Pour la dimension « santé », l'indicateur retenu est l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes; pour la dimension « éducation », c'est le « pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme »; pour la dimension « revenu », l'indicateur retenu est la « médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation ». Les indicateurs représentatifs de chacune de ces trois dimensions sont chacun ramenés à un indice compris entre 0 et 1. La valeur de l'IDH-2 est la moyenne des trois indices ainsi obtenue

Différents services de la Ville de Saint-Denis participent depuis plusieurs années aux rencontres et suivis sur certaines thématiques des CLS1 et 2 (sports, jeunesse, Solidarités...).

La démarche de production du CLS3 a eu pour objectifs de renforcer ces liens avec les élus et les différentes directions afin de nourrir ou développer les articulations et de faciliter l'inscription de la santé dans toutes les politiques publiques mises en œuvre au niveau de la Ville comme de l'agglomération.

Des temps de rencontre avec chaque direction ont été proposés sur le dernier trimestre 2018 et début 2019 afin de présenter le CLS et de travailler les propositions d'articulations. Chaque axe du CLS3, et chaque fiche action a fait l'objet d'une proposition de liens avec différents services (une dizaine) qui ont été présentés et validés en présence des élus et des principales directions concernées (Cf. annexe).

Les interactions se font à différents niveaux : participations d'agents aux groupes de travail ou comités techniques, représentations des directions sur les cotechs et des élus sur les copils et pour les actions les plus intégrées, coportage des fiches actions.

▪ **Un enjeu d'information et de coordination des acteurs du territoire**

Le fonctionnement du CLS de Saint-Denis s'inscrit dans le référentiel CLS de l'ARS³ qui précise la démarche des CLS et notamment son caractère partenarial et intersectoriel qui, au-delà des signataires, associe des acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques.

→ **De nombreux acteurs présents et investis dans le CLS**

Au-delà de la présence d'un important secteur hospitalier public et privé (Hôpital De Saint-Denis, Clinique Cardiologique du Nord, Etablissement d'hospitalisation de Ville Evrard...), et la présence de structures à vocation départementale comme Casado (maison des adolescents), la maison des femmes, le CeGIDD (...) le territoire est salué pour la vitalité de ses acteurs associatifs notamment l'ACSBE/La Place Santé, Médecins du Monde (caso et mission Banlieue), l'Amicale du Nid (accueil de jour), le Secours Islamique, les Restos du Coeur, le Secours Catholique... Il est impossible d'en dresser une liste exhaustive tant ils sont nombreux et investis dans un dialogue avec notamment les porteurs des axes du CLS.

Il est remarquable de constater que ces différents acteurs des champs sanitaire, médico-social, social se rencontrent régulièrement dans différentes instances de concertations mises en œuvre depuis de nombreuses années et préexistant au 1^{er} CLS. Ces liens de proximité ont permis l'actualisation des diagnostics, le repérage de difficultés et l'émergence de projets portés par la direction Santé ou par d'autres acteurs.

Différents espaces de concertation formalisés existent (groupes de travail, cotech ou copil...) dans lesquels sont présents selon les thématiques, de très nombreux partenaires. Ils ont contribué au bilan du CLS2 à travers des échanges en direct ou leur participation au copil global en oct 2018 de bilan du CLS2 auquel étaient présents près de 80 partenaires représentant plus de 50 structures différentes.

L'un des objectifs du CLS3 est bien sûr de renforcer ces dynamiques partenariales dans les différentes instances de concertation du CLS en renforçant les liens existants, ou en intégrant les nouveaux acteurs.

³ Janvier 2016

→ Une démarche partenariale qui produit de la connaissance et de l'innovation

L'une des plus-values du CLS réside dans la capacité sur chaque thématique de mise en lien d'acteurs de champs différents, qui n'ont pas nécessairement l'habitude de se côtoyer et d'échanger, et qui ne relèvent pas uniquement du champ de la santé.

Le principe central et commun aux CLS précédents comme à ce 3^{ème} CLS est de travailler dans une démarche partenariale, au-delà des seuls acteurs du soin ou de la santé. Ceci se traduit pour chaque axe par la mise en œuvre des groupes techniques (comités techniques, groupes de travail...) associant les acteurs du territoire : services municipaux mais aussi acteurs associatifs, acteurs hospitaliers ou libéraux... cf. annexe sur les instances de suivi des fiches actions

Ces rencontres peuvent produire une meilleure connaissance du territoire (ses besoins, les ressources potentielles), améliorer la fluidité des parcours et des orientations, et éventuellement faire émerger de nouveaux projets portés par la ville ou par d'autres acteurs.

Cela a été le cas, par exemple, dans le champ de la santé mentale, avec des dynamiques impulsées dans les instances du conseil local en santé mentale (CLSM) qui ont favorisé les échanges entre le sanitaire et le médico-social ; et permis à différents acteurs de se positionner sur un appel à manifestation d'intérêt de l'ARS en 2019⁴.

→ Pour la Ville, un rôle pivot de coordination pour favoriser les liens et l'équité territoriale

La multiplicité des acteurs qui interviennent, dans différents domaines, est une chance ; elle porte aussi en elle le risque de perte d'informations, de cloisonnement des acteurs et d'inéquité territoriale (en laissant de côté des quartiers plus périphériques et moins couverts par les acteurs et partenaires).

Les précédents CLS ont renforcé la position de la Ville comme coordinateur pour faire du lien entre les acteurs et nourrir le diagnostic permettant d'alerter sur les disparités territoriales. L'expertise développée par la Ville, en particulier à travers la mise en œuvre des CLS, a permis que la Ville émette un avis au printemps 2018 sur le PRS2. Cet avis a été très largement diffusé aux différents acteurs du territoire, renforçant encore la légitimité et le positionnement de la Ville en matière de santé publique.

L'ambition du CLS3 est de renforcer encore ce positionnement de la ville, en ouvrant sur de nouveaux enjeux (en particulier l'organisation de l'offre de soins avec les CPTS et les parcours).

- **Proposer une information adaptée et plus systématique aux habitants et soutenir leur implication**

→ Proposer une stratégie de communication intégrée aux actions du CLS

La nécessité de mieux communiquer en direction des partenaires et des habitants eux-mêmes a été soulignée par l'évaluation de processus de 2017 des CLS (ARS). Ce besoin a également été exprimé par les partenaires lors du comité de pilotage de bilan du CLS2 en octobre 2018 mais aussi lors d'une rencontre en mars 2019 avec des représentants des conseils citoyens. Il est essentiel de proposer une réflexion intégrée au niveau de chaque axe sur les modalités de communication en direction des

⁴ Plateforme ISIS (inclusion sociale et inclusion scolaire) qui associe la pédopsychiatrie, l'IME Adam Shelton, le SESSAD Denisien, le CMPP Camille Claudel sur un objectif d'inclusion sociale et scolaire d'enfants porteurs de handicap de 0 à 12 ans

habitants, mais aussi des différents acteurs, afin de les informer des actions mais aussi de susciter éventuellement de nouveaux liens et partenariats.

→ **Encourager la mobilisation et l'implication des habitants**

Au-delà de la communication, l'implication des habitants dans le diagnostic comme dans le montage et la mise en œuvre de projets de santé est un enjeu central du CLS.

Cependant, cette participation ne peut se décréter ou s'imposer. Elle demande à être travaillée dans la durée, en s'appuyant sur des projets spécifiques. Elle est aujourd'hui effective sur la santé des femmes avec la mise en œuvre d'un groupe d'habitantes. Les instances du CLSM accueillent ponctuellement des représentants du groupe d'entraide mutuelle. Deux groupes de travail de CLSE (Conseil Local en Santé Environnementale) sont composés d'habitants et d'associations du territoire.

Il est important de relancer la réflexion sur chaque fiches-projet et au sein des instances d'élaboration et de suivi du CLS (groupes de travail, cotech et copil) sur la place des habitants, le niveau d'intégration et l'accompagnement qui est proposé.

Une réflexion spécifique sera mise en œuvre au sein des équipements municipaux (PMI, CMS). La dynamique doit être relancée, la forme et les modalités de participation des usagers doivent être repensées avec les équipes (médicales et administratives). Un travail spécifique sur ce sujet sera proposé aux équipes de CMS et de PMI avec des formations, des rencontres d'autres équipes de soins primaires (CMS, MSP) afin de travailler sur des formats acceptables et adaptés à chaque équipe dans le cadre du CLS3.

▪ **Un CLS qui porte une attention particulière à des populations prioritaires**

Les actions mises en œuvre au titre de ce CLS3 ont vocation à s'adresser à tous, sans distinction.

Certaines catégories de la population font cependant l'objet d'une attention particulière. C'est le cas des enfants et des jeunes, des personnes âgées, mais aussi des personnes en situation de handicap, des femmes enceintes, et de manière transversale des personnes en situation de précarité(s).

Des fiches actions dont les entrées seraient strictement populationnelles paraissent inopérantes. Une personne peut entrer dans plusieurs catégories (être jeune et en situation de handicap par exemple) ou avoir des problématiques de santé spécifiques.

Le CLS3 fait donc le choix d'entrées par thématiques avec une attention particulière sur certaines populations qui sont ciblées en raison de leurs vulnérabilités :

→ **Les enfants et les jeunes sont les populations cibles de plusieurs actions**

En lien en particulier avec les problématiques de santé mentale (plateforme jeunesse et plateforme ISI), les conduites à risque (addictions et sexualité), la prévention en nutrition et le parcours de soins pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses, la prévention bucco-dentaire en direction des plus petits.

→ **Les personnes en situation de handicap**

Elles sont également prises en compte dans différents projets. Un travail spécifique en direction de ce public est proposé dans les interventions en prévention bucco-dentaire, et dans le champ spécifique du handicap en santé mentale.

→ **Les personnes âgées ou vieillissantes**

Elles sont directement ciblées par un parcours de soins qui vise à repérer des personnes vieillissantes en situation de vulnérabilité(s) avec des problèmes de santé.

→ Les femmes

Elles sont la cible des fiches sur la périnatalité mais aussi celle de la santé des femmes. Le projet va débiter par une réflexion concertée concernant le cancer du sein.

→ Les personnes en situation de précarité

Comme en témoignent les différents indicateurs⁵, la précarité est prégnante sur notre territoire (précarité économique, sociale...).

Dans la mesure où elle impacte tous les professionnels et tous les dispositifs du territoire, la prise en compte de la précarité doit être systématique, et intégrée dans toutes les réflexions et tous les axes de travail du CLS.

Elle devra également être inscrite comme un élément de contexte central dans tous les projets de recherche sur le territoire.

▪ Les modalités de gouvernance et de revoyure

→ Des instances de concertations à différents niveaux

Les instances de travail, de concertation et de validation s'inscrivent dans le référentiel CLS (ARS 2016) avec à la fois des instances au niveau de différents axes ou thématiques, et une gouvernance globale du CLS.

La gouvernance du CLS 3 relève du Comité de pilotage de gouvernance, chargé de formuler les orientations stratégiques. Il se réunit tous les 18 à 20 mois.

Pour le préparer, deux instances spécifiques se réunissent :

Le Comité de pilotage des signataires

Le Comité technique des services ; composé des membres de l'équipe projet CLS des différents services et directions concernées.

Selon les sujets et fiches actions, des instances de concertations avec les acteurs de terrain sont créées reprenant l'organisation copil (avec des élus et partenaires signataires), cotech et groupes de travail. (Cf. *Annexe – les instances de concertation du CLS* qui précisent les différents espaces de dialogue et leur composition).

→ Un portage politique fort et partagé

Au sein de la commune, le Maire est le signataire du Contrat par lequel il engage la collectivité et mobilise les services. L'adjoint.e à la santé est informée régulièrement par les services de l'état d'avancement du CLS et de ses différentes actions.

L'information en direction des élus est un enjeu central du CLS3 de la Ville de Saint-Denis. Elle se fera à travers les procédures classiques (notes, rapports d'orientations) et des temps spécifiques selon les sujets. La participation des élus à la gouvernance globale du CLS3 (Copil de gouvernance) est actée et va être préparée très en amont avec les différents services concernés.

Les signataires seront également, en dehors du comité des signataires et du copil de gouvernance, régulièrement informés de l'état d'avancement du CLS.

Une attention particulière sera portée à l'articulation CLS/ASV/CLSM/Contrat de ville pour ne pas multiplier les instances de travail et assurer la cohérence d'ensemble du projet de territoire visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

⁵ Annexe - Des spécificités démographiques, sociales et économiques en lien avec les inégalités sociales et territoriales de santé qui rendent indispensables un CLS 3

➔ **Un temps de revoyure fixé à l'été 2020**

Un premier copil de gouvernance est fixé à l'automne 2020 de manière à faire un bilan de l'état d'avancement du CLS3.

Il permettra d'intégrer des perspectives de travail liées à ce bilan et des amendements éventuels dans la suite des élections de mars 2020.

Observatoire de santé

Mieux documenter avec les partenaires les évolutions du territoire en matière de santé

- **Disposer d'un outil de suivi de notre population et de notre territoire partagé avec les signataires**

Les habitants de Saint-Denis, de par leurs caractéristiques sociales, économiques (...) sont extrêmement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé⁶.

Les données démographiques, économiques, sociales, de santé (...) qui en témoignent sont collectées et diffusées par différentes sources : le recensement de la population par l'INSEE en 1^{er} lieu, la CNAF, CNAV, CPAM (la direction de la coordination de la gestion du risque) ou des organismes qui collectent et retravaillent les données (l'ORS – observatoire régional de la santé avec notamment les sites Intersanté et Intersanté jeunes), carto santé de l'ARS mais aussi des monographies par ville (de l'ARS, de la CPAM 93)....

Ces données sont souvent éparpillées et disparates, notamment parce qu'elles sont produites sur des échelles qui sont rarement celles de la commune ou du quartier.

A l'inverse, des données à une échelle plus fine peuvent être produites localement dans le cadre de projets spécifiques pour en faciliter le suivi et l'évaluation (des questionnaires...) ou être des données d'activités de services comme les CMS, les différents services hospitaliers ou des données liées à des projets spécifiques (dépistage buccodentaire par exemple ...). Certaines de ces données peuvent également améliorer la compréhension plus globale du territoire à certaines conditions, dont celle de pouvoir en renouveler la collecte.

Il est essentiel de rassembler les principaux indicateurs démographiques, économiques, environnementaux et de santé. Ceci facilitera une vision d'ensemble de ces indicateurs et de leurs évolutions dans le temps pour dresser une photographie de nos habitants, de leur situation en matière de santé ou de celle de l'offre de soins par exemple.

Ces données permettent également de mieux caractériser notre territoire y compris relativement aux territoires de proximité de l'agglomération, du département et de la région et d'en suivre les évolutions sur plusieurs années.

Il est indispensable que cet outil et le choix des indicateurs collectés fasse l'objet d'une réflexion préalable partagée avec les signataires du CLS (qui disposent chacun de données) en lien avec le service des ressources locales de la Ville.

- **Soutenir les arbitrages, identifier les priorités d'actions et renforcer les plaidoyers**

Idéalement, et si elles permettent une connaissance suffisamment fine, certaines données peuvent également contribuer à identifier des territoires infra-communaux ou des publics à cibler, et constituer une aide à l'arbitrage sur les actions à développer.

C'est le cas par exemple en matière d'offre de soins. L'accompagnement des professionnels de santé libéraux sera notamment priorisé sur les quartiers les plus fragiles à partir d'une analyse fine de la situation du territoire en matière de démographie médicale.

⁶ Cf. Annexe - Des spécificités démographiques, sociales et économiques en lien avec les inégalités sociales et territoriales de santé qui rendent indispensables un CLS 3

Des plaidoyers pour des demandes d'intervention ou de financements peuvent aussi s'adosser aux données qui témoignent de besoins spécifiques, d'une nécessité de rattrapage par rapport à d'autres territoires...

▪ Soutenir des recherches locales

Des données (quantitatives et qualitatives) peuvent également être produites dans le cadre de recherches sur notre territoire.

Ces enquêtes pourraient permettre de mieux documenter des besoins de santé, des pratiques des professionnels et des habitants, les particularités de certaines populations (les jeunes, les personnes vieillissantes..), ou se centrer sur certains parcours de soins aux difficultés particulières comme les arrivées tardives dans les suivis de grossesse des femmes enceintes, les suivis tardifs de cancers du sein...

Il est essentiel que soient travaillées en amont les modalités de restitution des résultats de ces recherches aux commanditaires mais aussi aux élus, aux professionnels concernés ou intéressés et aux habitants.

Ces projets peuvent être travaillés, en lien avec le service des ressources locales de la Ville de Saint-Denis avec :

- Les services concernés des signataires : services hospitaliers, service technique de la CPAM, Conseil départemental (sur les données sociales, PMI, ASE ou environnementaux)...
- Des professionnels de santé de la ville, notamment les infirmières en pratique avancées, les médecins partagés Ville/hôpital dont les postes intègrent des volets de recherche en santé publique
- Les départements facultaires de médecine générale en particulier de Paris 6, Paris 7 et Paris 13 (mémoires de thèses ou de stages) dans une optique de renforcement de la filière universitaire de recherche clinique de médecine générale
- Les universités, en particulier Paris VIII, sur des sujets de sociologie, géographie de la santé, santé environnementale...

Axe stratégique : les indicateurs de santé

Fiche action 1 : Observatoire de santé

66

L'enjeu de la prévention

Les mauvais indicateurs de santé en témoignent (Cf. annexe), la population de Saint-Denis a besoin, plus sans doute que beaucoup d'autres, que lui soient proposées des actions de prévention qui l'aident à la fois à limiter les comportements à risque et à s'inscrire dans des démarches pour être en meilleure santé.

Plusieurs constats ont été partagés avec les différents acteurs de ce champ :

- Il existe de nombreux acteurs de prévention (institutionnels, associatifs, Ville de Saint-Denis...) qui interviennent sur le territoire, notamment dans les établissements scolaires
- Cependant, leurs interventions ne sont pas nécessairement connues,
- Et leur présence est inégalement répartie sur le territoire et très liée aux opportunités et à la demande des professionnels de terrain (établissements, maisons de quartier...)

▪ La Ville opérateur de prévention

➔ Des actions menées par la direction Santé dans différents domaines

La Ville, avec le soutien financier de l'ARS, de la Politique de la Ville et du Conseil Départemental, a développé un grand nombre d'interventions de prévention en santé en direction notamment des enfants et des jeunes :

- Les interventions en prévention nutritionnelle et activité physique

Elles sont proposées aux élèves de CE2 dans les écoles avec le nutrimobile, dans les collèges et lycées et sur certaines fêtes de quartier. Elles ont vocation à intégrer de plus en plus les familles et à se développer vers le grand public. Elles vont également s'articuler avec les événements organisés en lien ou par la direction des Sports et le centre médico-sportif (agréé centre références-ressources CRR) afin de proposer des interventions (notamment dans la perspective des Jeux Olympiques et Paralympiques 2024).

Les formations des professionnels et acteurs du territoire (éducateurs sportifs, PMI, encadrants des crèches de la petite enfance...) vont également se poursuivre et se développer.

- Les interventions de prévention bucco-dentaire

Les actions en direction des élèves de moyennes sections de maternelle vont se poursuivre, et s'ouvrir plus encore aux publics fragiles : personnes en situation de handicap puis personnes âgées, ce qui répond aux récentes orientations du programme départemental de promotion de la santé bucco-dentaire.

- Les interventions sur les addictions et les conduites à risque

L'animatrice communautaire du CSAPA (également cheffe de projet à la Direction Santé) intervient auprès de publics très hétérogènes, la question des addictions étant transversale et touchant tous les milieux (enfants, jeunes, adultes, personnes âgées, milieu professionnel...). Les actions de prévention peuvent concerner les publics mais également les acteurs de premier recours avec ces publics (professionnels de l'Education, de la jeunesse...). Un partenariat est mis en place, les actions sont co-construites dans la durée et dans une approche territoriale.

- Les interventions autour de la vie affective et sexuelle

Dans le cadre des 4 centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) municipaux, des binômes de professionnels parmi conseillère conjugale, infirmière, médecin interviennent dans les établissements scolaires (collèges et lycées) tout comme de nombreux autres intervenants (Aides, Crips, Maison des Femmes, MFPPF, CeGIDD du département...).

Dans les CPEF, intégrés aux centres municipaux de Santé, un accueil infirmier quotidien permet aux jeunes de rencontrer sans rendez-vous un professionnel de santé pour répondre à leurs questions. De manière au moins hebdomadaire, une plage de consultation à orientation gynécologique dédiée leur est réservée.

L'information sur l'existence de cette ressource doit être améliorée afin que les jeunes puissent s'en saisir de manière optimale.

→ Le soutien d'intervenants

La Ville, avec les appuis financiers de l'ARS et de la Politique de la Ville soutient financièrement des interventions de prestataires auprès d'enfants et de jeunes ou de professionnels.

Ces prestations s'inscrivent notamment dans le travail autour de la gestion du stress au collège, la lutte contre les violences dans les collèges avec des groupes de parole, des ateliers de sophrologie...

Dans le cadre de la réduction des conduites à risque ont été identifiés à la fois des outils et des intervenants qui pourront à la demande et en fonction des besoins être proposés aux professionnels pour les former sur les compétences psychosociales (cf. infra).

→ Une attention particulière sur les interventions en milieu scolaire pour soutenir la coordination et l'équité territoriale

Les thématiques santé (et en particulier les interventions en santé nutritionnelle et buccodentaire) sont inscrites dans le Projet éducatif territorial de Saint-Denis 2018/21.

Cependant, les liens avec les instances de coordination de l'Education Nationale (infirmières scolaires en particulier) sont encore trop ponctuels et mériteraient d'être formalisés afin que l'ensemble des thèmes et modalités d'actions en établissement puissent être évoqués. Il convient de rappeler que la situation de la santé scolaire à Saint-Denis comme sur les autres villes du bassin est extrêmement fragile, avec de nombreux postes d'infirmières et de médecins non pourvus, un turn-over des équipes très fort (de même que pour les assistantes sociales) ce qui constitue un frein important aux perspectives de travail et d'articulation.

Plus globalement, et particulièrement dans le secondaire, les interventions dans les établissements sont souvent dépendantes de la bonne volonté des acteurs (chef d'établissement, infirmières scolaires...). Les collèges et lycées ont en effet une autonomie dans leurs choix de mise en œuvre d'actions de prévention. Certains sont très proactifs et parviennent à mobiliser de nombreux acteurs quand d'autres sont beaucoup moins accompagnés sur ces sujets.

La difficulté à toucher l'ensemble des établissements de la Ville et le risque de délaisser des quartiers ou établissements en grande difficulté sont des constats partagés avec les différentes directions concernées (Santé, Vie Scolaire...).

L'éducation à la santé relève des missions de l'Education Nationale et doit être intégrée dans le parcours de l'élève comme le précise la circulaire du 28 janvier 2016⁷. Le CLS3 propose d'accompagner les actions en milieu scolaire dans cette perspective et sans se substituer aux équipes éducatives. Les actions développées ou soutenues par la Ville en milieu scolaire au titre de la prévention et promotion de la santé devront :

- Se positionner sur des projets pilotes ; les questions de l'évaluation, du transfert à l'Education Nationale et de la replicabilité seront centrales dans l'arbitrage sur le maintien ou la mise en œuvre des actions
- S'inscrire dans le cadre de projets globaux portés par l'établissement scolaire

⁷ **Circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016** : Les actions de promotion de la santé des élèves, assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun, prennent place au sein de la politique de santé à l'école qui se structure selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection. Au sein des écoles et établissements scolaires, l'ensemble de ces actions s'organise au bénéfice de chaque élève pour former un parcours éducatif de santé. Ce parcours vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires.

- Prendre en compte les territoires les moins investis et les moins proactifs en matière de santé et avoir une attention renforcée à l'équité territoriale dans les interventions.

- **Favoriser les démarches qui prennent en compte les spécificités de notre territoire et de ses habitants**

Quelle que soit la forme proposée et le public ciblé, pour que les actions de prévention puissent avoir un impact en termes de changements de comportement, leur objectif final doit toujours être de rendre la personne actrice de sa santé en lui donnant des clés de compréhension et des outils adaptés à son âge, à sa situation, à sa culture, à son parcours...

Pour cela plusieurs leviers ou démarches nous semblent intéressants, qui sont pour certains déjà mis en œuvre et seront renforcés dans le CLS3.

→ **Prendre en compte la personne dans toutes ses dimensions et intégrer la question de la littératie en santé**

De manière générale, une action de prévention (tout comme une action de soins demandant la coopération du patient) déconnectée du milieu de vie, des habitudes et croyances des publics ciblés, ne pourra être efficace. Elle se bornera à des modalités injonctives sans effet de fond sur les habitudes et comportements. Tenir compte, par exemple, des ressources financières et matérielles disponibles pour le ménage, ou du fait que la personne est logée à l'hôtel social, est essentiel pour adapter des propositions sur les aspects nutritionnels, l'accès à une activité physique ou la réduction des risques en matière d'addiction.

La littératie en santé représente « la capacité pour chaque individu d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer ; ceci afin de maintenir et améliorer sa santé tout au long de sa vie » (définition de l'OMS). Le niveau de littératie en santé a donc des répercussions importantes sur la prévention de la maladie et l'amélioration de la santé de chacun.

En écho aux indicateurs témoignant notamment du faible niveau de scolarité de nos habitants (cf. annexe), les études sur la littératie en santé reconnaissent par exemple que les capacités de lecture des patients ont de multiples incidences sur leur santé. Bien souvent, le niveau de compréhension des usagers et leur aptitude à agir en fonction de l'information reçue sont moins élevés que ce que présument les professionnels de la santé par exemple.

Il est donc essentiel que les actions de prévention intègrent ces éléments et adaptent leurs modes de communication au niveau de littératie de leur public. Des actions de sensibilisation et de formation à ce concept seront proposées à la fois aux acteurs de prévention mais aussi aux professionnels de santé très concernés par ce concept.

→ **Inscrire les démarches dans le renforcement des compétences psychosociales**

Les compétences psychosociales (CPS) ont été définies en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme des aptitudes⁸ à développer au cours de l'éducation et tout au long de la vie pour permettre l'adoption de comportements favorables à la santé et au bien-être.

Développer et/ou renforcer les CPS apparaît comme un levier majeur dans les actions de prévention pour prévenir les problèmes d'addiction ou de santé mentale, des comportements sexuels à risques ou des problématiques liées au surpoids ou au manque d'activité physique.

⁸ Apprendre à résoudre des problèmes / apprendre à prendre des décisions / avoir une pensée créative / avoir une pensée critique / savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles / avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres / savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions

Ces CPS peuvent être travaillées tout au long de la vie et dans tous les milieux de vie (famille, école, entreprise ...) puisque ces milieux interagissent pour modeler les CPS d'un individu. Les CPS constituant l'un des facteurs fondamentaux de détermination des comportements sont la pierre angulaire de tout programme de promotion de la santé.

Différentes sensibilisations aux CPS seront proposées aux agents de la Ville et plus généralement aux acteurs du territoire intéressés par ce concept. Des interventions visant à développer les CPS des habitants et professionnels seront déployées sur la ville. Un groupe ressources autour des CPS dans le cadre de la prévention des conduites à risque va être développé (Cf. infra).

▪ **Faciliter l'information et la coordination sur le territoire**

La perspective du service sanitaire⁹ des étudiants en étude de santé (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes...) augmente le risque de multiplication d'actions ponctuelles, sans liens avec les projets des établissements et structures dans lesquelles se font les interventions et sans cohérence territoriale. Aussi les projets de recours au service sanitaire par la ville seront-ils organisés en partenariat avec l'ARS et le Conseil Départemental qui se coordonnent déjà pour le service sanitaire autour des thématiques des IST, des addictions et conduites à risque, du bucco-dentaire et de la PMI. De manière spécifique, et en plus de ses propres interventions, la Ville de Saint-Denis souhaite se centrer sur 4 thématiques. Elle pourra, selon les domaines, faciliter l'information sur les interventions existantes, sur les ressources et intervenants potentiels, proposer une expertise en matière de méthodologie... Plus spécifiquement :

Sur la santé nutritionnelle et l'activité physique,

Les interventions de prévention primaire de la Ville s'articulent avec un travail de structuration des parcours de santé autour du surpoids/obésité (enfants, adolescents et adultes) et du parcours autour des maladies chroniques (diabète).

Sur la prévention bucco-dentaire

Il importe que les interventions soient inscrites dans une réflexion plus globale sur l'accès aux soins dentaires, en particulier pour les plus petits. Un travail de coordination avec les équipes du territoire (CMS mais aussi les nombreux centres dentaires) va être proposé afin de faire un état des lieux de l'accès aux soins pour les petits et améliorer l'accès aux soins effectif.

Sur les addictions et les conduites à risque

La cheffe de projet est en charge de l'animation territoriale à la fois des acteurs de prévention et des acteurs de prise en charge.

Elle va développer spécifiquement une plateforme ressources pour les différents acteurs du territoire autour des compétences psychosociales en matière de prévention des conduites à risque afin de sensibiliser les professionnels en lien avec les enfants et les jeunes, mais aussi les familles, à ces notions et leur proposer des outils adaptés à leurs pratiques ou leurs besoins.

Sur la vie affective et sexuelle

L'objectif de l'animation territoriale est de favoriser une articulation dans le champ des interventions scolaires sur la prévention des risques et la vie affective et sexuelle notamment chez les jeunes publics. Il s'agit à la fois de parler des modalités de protection et des lieux ressources (contraception, VIH / IST, IVG...) mais aussi de leur proposer une vision positive de la vie affective (la question du consentement, le plaisir) qui ne se limite pas aux clichés véhiculés notamment par la pornographie.

⁹ 6 semaines autour de la santé publique avec une formation, un temps d'intervention concrète auprès de publics prédéfinis, notamment en référence à la lutte contre les ISTS sur des thèmes prioritaires (promotion de l'activité physique, information sur la contraception, lutte contre les addictions – tabac, alcool, drogues...).

Afin d'améliorer la coordination des différents acteurs, une journée des centres de planification organisée avec les principaux acteurs (CegiDD, MFPP, CPEF hospitaliers et municipaux, Maison des femmes) va être proposée annuellement. Il s'agira également d'accompagner les professionnels de proximité sur la thématique (antennes jeunesse, maisons de quartier, programme réussite éducative, mission locale, maison des parents) et de promouvoir les actions de lutte contre le VIH (cf. Saint-Denis sans sida du Conseil Départemental).

Sur la santé des femmes

Il convient tout au long de la vie des femmes de favoriser un suivi gynécologique régulier et l'accès aux dépistages des cancers (du col de l'utérus et du sein). L'expérimentation au CMS des Moulins de délégation d'acte sur la réalisation des frottis cervicaux-utérins par les infirmières va se poursuivre.

Il est essentiel de travailler sur l'implication des femmes dans la construction de campagnes qui permettront à la fois d'adapter les messages dans leur forme, dans les outils proposés et dans le choix des lieux de diffusion. L'information sur les lieux possibles de suivi sur le territoire (suivis gynécologiques, IVG...) est également essentielle.

Axe stratégique : Prévention

Fiche action 2 : Santé nutritionnelle

Fiche action 3 : Activité physique, lutte contre la sédentarité

Fiche action 4 : Hygiène bucco-dentaire

Fiche action 5 : Conduites à risques et addictives.

Fiche action 6 : Vie affective et santé sexuelle

Fiche action 7 : Santé des femmes

Fiche action 8 : Maladies émergentes (tuberculose, rougeole...)

Développer des parcours coordonnés de soins

Qui intègrent prévention, dépistage et prise en charge avec une attention particulière pour les populations en situation de vulnérabilité(s)

▪ Une volonté de structurer des parcours au travers de fiches actions spécifiques

En cohérence avec le PRS2, les CLS doivent favoriser à l'échelle de leur territoire la mise en œuvre de parcours de santé intégrant les dimensions de prévention, repérage, dépistage et prise en charge globale (médicale, sociale...). L'objectif est à la fois de rendre ces parcours plus lisibles pour le patient lui-même et pour les professionnels, mais aussi plus accessibles. La structuration des parcours doit permettre d'éviter les ruptures de prises en charge, les risques de détérioration de l'état de santé du patient et d'éviter des hospitalisations¹⁰.

Dans le précédent CLS de Saint-Denis, la dimension de parcours n'était pas absente. Elle était travaillée de manière intégrée au sein de différentes thématiques et notamment la santé mentale, les addictions et conduites à risque, l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Les signataires ont la volonté commune de travailler sur une meilleure lisibilité des parcours en ciblant plusieurs parcours sur lesquels un travail sera mené conjointement avec les professionnels de santé du territoire (CMS, libéraux) et les praticiens hospitaliers.

▪ Rendre lisibles les parcours en ayant une vigilance particulière pour les patients les plus vulnérables

Le parcours de soins (et de santé plus globalement) peut être compliqué à comprendre (médecin traitant, remboursements, démarches...), a fortiori pour les patients souffrant de plusieurs pathologies et donc avec des suivis multiples et des interlocuteurs variés, pour les patients avec une faible littératie en santé (Cf. supra) ou avec des difficultés économiques...

Bien souvent ces vulnérabilités se cumulent, rendant le patient encore plus fragile face à des parcours qui se complexifient et qui sont donc plus encore sujets à ruptures potentielles.

L'enjeu est donc central de la transmission d'une information adaptée et lisible aux habitants sur l'accès aux droits santé, à la prévention et sur le parcours de soins. Cet enjeu est transversal et doit être intégré dans toutes les démarches de structuration de parcours du CLS3.

Des sensibilisations / formations pourront être proposées aux acteurs du parcours sur ces enjeux de communication, la notion de littératie en santé et sa traduction concrète dans le colloque singulier du médecin avec son patient par exemple.

Les parcours doivent être coordonnés, simples et lisibles sur le territoire, en particulier les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) ambulatoire et hospitalière. Il est essentiel de proposer des parcours qui favorisent l'accès aux droits et aux soins sur une unité de temps et de lieu.

▪ Accompagner dans l'accès aux droits santé, point d'entrée dans les parcours

Parmi les freins à l'accès aux soins, l'absence des droits santé reste prégnante, avec une méconnaissance des droits potentiels par les habitants, mais aussi des barrières (administratives...)

¹⁰ A moyen terme les groupes de travail sur les parcours seront intégrés et portés par la Communauté Professionnelle Territoriale de santé (CPTS) en cours de constitution – Cf. infra.

dans la constitution des dossiers ou leurs instructions et un besoin d'être accompagné pour les plus fragiles.

Les femmes enceintes constituent à ce titre un public particulièrement ciblé dans le CLS 3 avec, outre un travail de structuration du parcours des femmes enceintes (et une fiche action sur la périnatalité), la mise en place d'une médiation santé dans les pmi qui va être expérimentée pendant 3 ans.

Sans se substituer à la CPAM, il est essentiel de pouvoir proposer aux habitants les plus fragiles des espaces pour être accompagnés dans leurs démarches, comme les permanences au CCAS ou dans les PMI mais aussi dans les différentes associations qui sur le territoire proposent des soutiens.

L'accès à une complémentaire santé doit aussi pouvoir être travaillé notamment pour certains publics (personnes avec des ALD, personnes avec plusieurs employeurs, bénéficiaires de l'ACS...). Ce développement sera notamment proposé dans le dispositif de PASS de proximité et au CCAS de Saint-Denis.

Des temps d'actualisation des connaissances en articulation avec la CPAM et de formations sur les droits santé (ou des aspects particuliers comme les demandes de séjour pour soins...) vont continuer d'être proposés aux acteurs du territoire.

Il convient de poursuivre la veille sur les conditions d'accès effectives aux droits santé qui sont très évolutives du fait par exemple de modifications réglementaires qui peuvent avoir des impacts négatifs (rallongement des délais d'obtention, demandes de nouvelles pièces justificatives...). Le dialogue régulier entre acteurs du territoire et avec les interlocuteurs de la CPAM est essentiel pour faire évoluer les pratiques voire les réglementations dans un sens plus favorable à l'accès aux droits santé des habitants.

La question de l'accessibilité financière (y compris sur des avances de frais) est aussi centrale dans le parcours de soins. La Ville a d'ailleurs mis en place des services non payants pour les usagers comme les consultations diététiques (enfants et adolescents), les services du centre médico-sportif...

■ Cinq parcours thématiques

Cinq thématiques de parcours ont été identifiées sur lesquelles il est proposé de travailler de manière articulée avec les acteurs concernés qui vont être spécifiques à chaque parcours :

- Les professionnels de santé de l'ambulatoire (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens...)
- Les réseaux de santé (Maia, Arc en Ciel, AcSanté 93) ou les dispositifs spécifiques (microstructures sanitaires, plateformes en santé mentale...)
- Les praticiens hospitaliers des différents établissements du territoire
- Les acteurs du social et du médico-social
- Les associations (Médecins du Monde, la Maison de la Santé, Sport-Santé, l'Amicale du Nid...).

➔ La prise en charge des enfants, adolescents et adultes en surpoids

Même si elles restent insuffisantes face aux besoins, de nombreuses propositions existent aujourd'hui pour les personnes en surpoids :

Des consultations de diététiciennes en CMS pour les enfants et adolescents (non payantes pour les usagers),

Des suivis diététiques et psychologiques avec l'expérimentation « Mission retrouve ton cap » pour les enfants en surpoids de 3 à 8 ans,

Le centre médico-sportif qui est agréé centre référence ressources du dispositif prescri'forme.

Mais aussi des structures associatives comme la Maison de la Santé avec le projet « je bouge pour ma santé » ou l'association du Sport-Santé qui permet une reprise d'activité physique régulière avec le « Défi-Forme Santé ».

A l'hôpital les patients sont pris en charge pour des pathologies associées comme le diabète, avec des propositions d'hôpital de jour et d'éducation thérapeutique, ou le service de chirurgie bariatrique.

L'enjeu de ce parcours réside à la fois dans l'amélioration du repérage précoce des personnes en surpoids et dans leur prise en charge articulée pour favoriser une prévention secondaire efficace et des suivis adaptés, y compris chirurgicaux.

→ Le diabète de type deux

Comme en témoignent différents indicateurs de santé, les ALD (Affections Longue Durée) explosent, la principale ALD étant sur Saint-Denis le diabète (type 1 et 2) (Cf. annexe).

La perspective de ce CLS3 est de structurer le parcours pour le diabète de type 2, depuis le dépistage jusqu'aux organisations de prises en charge conjointes en ambulatoire (médecin, pédicure-podologue, IDE, ophtalmologue, diététiciennes...) et à l'hôpital avec pour ambition de stabiliser les patients et d'éviter les hospitalisations.

Un poste de médecin spécialiste partagé Ville Hôpital a été validé par l'ARS pour 3 ans pour mettre en œuvre une plateforme de diabétologie ambulatoire (PDA) au sein d'un CMS à destination de tous les professionnels (y compris libéraux). Il favorisera une structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile, la promotion des coopérations interprofessionnelles avec une démarche d'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge médico-sociales. Les articulations sur les propositions d'éducation thérapeutique (ambulatoires et hospitalières) et le travail des infirmières asalée sont bien sûr également au cœur de ce parcours.

→ Les personnes âgées vieillissantes

Plusieurs rencontres ont été organisées pour échanger sur la situation des personnes vieillissantes qui commencent à avoir des problèmes de santé, et notamment les personnes de moins de 75 ans qui ne relèvent pas de la gériatrie. Leurs difficultés de santé (mêlant pathologies chroniques et pathologies liées au vieillissement) viennent bien souvent se cumuler avec des problématiques d'isolement ou de fragilités sociales, économiques ou psychologiques.

Un projet d'interventions de professionnels de santé (IDE et psychologue-gérontologue) dans un foyer migrant a été mis en œuvre en 2019 en préfiguration d'un travail plus global sur la structuration du parcours auquel seront associés la coordination Personnes Agées, la Maison des Séniors, le CCAS, mais aussi les services de gérontologie et de médecine interne et le service social de l'hôpital Delafontaine, le Conseil départemental, la MAIA....

→ Les femmes enceintes

Plusieurs enjeux ont été identifiés dans la structuration d'un parcours périnatalité centré sur les femmes enceintes :

- L'articulation des suivis en ville

Les 6 PMI (sages-femmes, médecins gynécologues), les médecins généralistes des CMS et libéraux suivent chacun des femmes enceintes. Ils peuvent dans leurs pratiques être confrontés à des situations de vulnérabilités (violences conjugales, protection de l'enfance...). Les articulations avec les PMI restent peu structurées, alors même que la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité(e) peut s'appuyer sur des équipes pluri professionnelles formées à ces enjeux. Elles vont être travaillées à travers des temps dédiés ouverts aux professionnels (CMS et libéraux) en proximité territoriale des PMI.

Deux parcours feront l'objet d'une attention particulière :

Les femmes qui arrivent tardivement en PMI ou à l'hôpital sans suivi de grossesse :

Le projet Rémi a identifié les facteurs de suivis tardifs (pas de droits ouverts, femmes migrantes...) qu'il s'agira de mieux documenter à travers une étude qualitative des suivis tardifs de grossesse (en ville et à la maternité de Delafontaine) pour identifier les ruptures dans les parcours et cibler les femmes à risque.

Les femmes en situation de surpoids/obésité ou avec un diabète gestationnel :

Des consultations de diététicienne sont ouvertes en CMS mais peu utilisées et avec un important absentéisme. Il importe de travailler le parcours en ambulatoire, mais aussi en amont et aval des deux parcours hospitaliers qui se structurent (hôpital de jour, protocoles de prises en charge...).

→ Les cancers

Selon le CHSD, les patientes atteintes de cancers du sein sont souvent prises en charge à des stades plus avancés que la moyenne nationale. Le CHSD travaille depuis 2013 en partenariat avec l'Institut Curie. Ce dernier apporte son expertise en termes d'organisation des parcours de soins, de pluridisciplinarité, mais aussi d'accès à la recherche clinique et à l'enseignement, tandis que l'hôpital Delafontaine dispose d'une expertise médico-sociale sur un territoire aux fortes particularités socio-culturelles. L'hôpital a par ailleurs mis en place un « centre d'imagerie de la femme ». Des projets de recherche en science humaines et sociales sont en cours, notamment sur les thèmes "précarité et cancer du sein" ou "prise en charge globale du cancer du sein". Il est essentiel que les résultats en soient partagés avec les professionnels de Ville, et que des conclusions opérationnelles puissent en être proposées aux acteurs en ville et à l'hôpital.

Il pourrait aussi être nécessaire de compléter les données existantes par des études plus précises des parcours sur notre territoire des femmes exclues des soins ou des systèmes de dépistage.

▪ Les articulations Ville / hôpital sur ces parcours

→ Des liens avec le Centre hospitalier de Saint-Denis (CHSD) importants et qui vont être renforcés

Les rencontres bimensuelles EFGH (Enseignement, formation, généralistes-hospitaliers) organisées depuis plusieurs années entre praticiens hospitaliers et médecins de ville sont des temps de formation mais aussi d'échanges et de discussion qui permettent d'améliorer l'articulation ville / hôpital. Dans le cadre des suivis hospitaliers, les médecins de Ville ont aussi développé des liens interpersonnels souvent forts avec certains praticiens.

Des praticiens hospitaliers participent régulièrement à des comités et groupes de travail (sur la santé mentale bien sûr avec la pédopsychiatrie, mais aussi sur l'alimentation, la précarité...). Le CLS2 est inscrit dans une convention Ville/hôpital plus globale signée en 2018 qui prévoit de conforter les coopérations déjà existantes et de développer de nouveaux axes de coopérations renforcées, qui font notamment écho à la proposition de travailler sur des dimensions de parcours de soins.

La rédaction des fiches actions sur les parcours du CLS3 a donné lieu à des échanges avec les praticiens hospitaliers concernés et la direction de l'hôpital et à un séminaire en septembre 2019 entre les acteurs municipaux (professionnels de santé des CMS et PMI, santé publique), des professionnels libéraux et ceux de l'hôpital, avant d'étendre cette démarche aux autres acteurs du territoire.

Le projet médical de l'établissement s'inscrit dans le virage ambulatoire annoncé dans la loi de modernisation de notre système de santé (janv. 2016). Il prévoit notamment de développer l'activité ambulatoire dans toutes les spécialités médicales et de formaliser les parcours patients. De manière transversale, chaque parcours sera l'occasion, en écho aux ambitions du projet d'établissement du CHSD sur ses articulations Ville/hôpital, de travailler sur :

- > La fluidité des échanges entre médecins de ville et praticiens hospitaliers
 - Pour des demandes d'avis médicaux de spécialités
 - Pour identifier des interlocuteurs privilégiés sur des suivis conjoints
 - Pour l'obtention de rendez-vous hospitaliers rapides sur des situations le nécessitant
- > la continuité des parcours
 - Organiser la communication systématique des principaux éléments médicaux des patients concernés par des suivis partagés entre médecins généralistes et médecins hospitaliers avant une admission, une consultation, une sortie d'hospitalisation
 - Faciliter les sorties d'hospitalisation des patients complexes en organisant leur suivi en ville (médecin traitant, soins à domicile, prise en compte des problématiques sociales et d'hébergement...)
 - Elaborer et adopter des procédures de soins organisées de prise en charge communes aux professionnels hospitaliers et de ville, adaptées au contexte local

Des formations propres à chaque parcours pourront être proposées, en plus de la poursuite de temps comme EFGH.

Des groupes de travail spécifiques à chaque parcours, dont les participants vont être définis, devraient regrouper à la fois des praticiens hospitaliers, des professionnels de ville (médecins libéraux et des CMS, IDE notamment les infirmières en pratique avancée).

Un travail associant la direction de l'hôpital et la direction de la santé portera spécifiquement sur les outils à développer : annuaires partagés, messagerie sécurisée, outils et modalités de transmission de la synthèse du dossier médical ambulatoire en amont et des comptes rendus hospitaliers...

➔ D'autres établissements intégrés à la dynamique de parcours

Les articulations avec d'autres établissements de santé seront également travaillées.

C'est le cas bien sûr avec le Centre cardiologique du Nord qui dispose d'un plateau technique et de spécialistes (cardiologie en particulier) qui sont extrêmement sollicités par les professionnels du territoire, et qui est également intégré dans le dispositif PASS pour l'imagerie médicale.

Le Sud de Saint-Denis (les quartiers frontaliers de Paris de La Plaine et le quartier de Confluence avec les transports en commun direct pour Bichat) se situent dans le bassin de vie de l'hôpital Bichat et dans celui du futur hôpital Nord (sur Saint-Ouen). Les médecins de ces quartiers (et en particulier du CMS) ont déjà l'habitude d'adresser leurs patients à Bichat. Un poste de médecin généraliste partagé Ville Hôpital pour 2019/21 a été accepté par l'ARS¹¹ entre le CMS de La Plaine et le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales de Bichat. Le projet accepté a pour ambition de travailler sur la santé sexuelle (de l'éducation à la sexualité à la santé reproductive, en passant par la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites virales et du VIH – Cf. fiche action sur la santé sexuelle et la vie affective) et sur les prises en charges partagées des maladies infectieuses. Le GeGIDD départemental situé à Pleyel sera également un partenaire à mobiliser.

Au-delà de ce poste, des rencontres entre les directions de la santé et de l'hôpital vont être organisées pour développer les liens dans la perspective du futur Campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord.

¹¹ Dans le cadre du plan « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »

Axe stratégique : Parcours coordonnés

Fiche action 9 : Parcours accès aux droits et aux soins des personnes en situation précarité et/ou d'exclusion

Fiche action 10 : Parcours de prise en charge des enfants, adolescents et adultes en surpoids ou obèses

Fiche action 11 : Parcours maladies chroniques, diabète de type 2

Fiche action 12 : Parcours autour des cancers

Fiche action 13 : Parcours de santé des personnes vieillissantes cumulant des vulnérabilités

Fiche action 14 : Parcours des femmes enceintes / périnatalité

L'offre de soins ambulatoire

Soutenir les professionnels de santé dans leurs installations et la structuration territoriale de l'offre de soins de 1^{er} recours

■ Une offre de soins libérale en baisse très inégalement répartie sur notre territoire

A Saint-Denis, l'offre de soins ambulatoire de 1^{er} recours (médecine générale, kinésithérapie, infirmerie) est assurée par plusieurs secteurs : municipal (avec 4 CMS), libéral et associative (un centre de santé).

Cependant, notre territoire, comme ceux qui l'entourent, n'est pas épargné par une baisse de la démographie médicale des professionnels de santé libéraux. En 2018, la densité en médecine générale (incluant libéraux et salariés) est de 5.8 pour 10 000 habitants¹². De nombreux libéraux partiront à la retraite dans les prochaines années (60% ont aujourd'hui plus de 55 ans¹³). La tendance est la même pour les masseurs-kinésithérapeutes et certains spécialistes libéraux.

Les territoires dionysiens sont touchés de façon inégale par la chute de l'offre de soins. Ainsi, le quartier Pleyel n'a, à ce jour, plus de médecin généraliste et la Plaine 4.4 médecins pour 10 000 habitants.

■ Des besoins de soins non couverts

Les besoins de soins vont pourtant aller en s'accroissant du fait du vieillissement de la population (et de l'explosion des maladies chroniques), mais aussi de la forte natalité (induisant des besoins en consultations pour les nouveaux nés et les femmes enceintes) ; ou encore de la forte évolution démographique dionysienne prévue (en moyenne plus de 2 500 personnes par an jusqu'en 2023) qui se concentrera sur deux quartiers principaux, ceux de la Plaine et de Pleyel qui sont déjà en forte tension du point de vue de la démographie médicale.

Les habitants sont confrontés à des difficultés dont ils font régulièrement part aux services et aux élus : trouver un médecin traitant, voir un médecin pendant les vacances, trouver un infirmier pour des soins à domicile, avoir un rendez-vous de médecin ou de kiné dans la semaine, avoir une consultation pour un spécialiste ou un examen spécifique...

Ceci impacte particulièrement les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou encore les nouveaux arrivants.

■ Une offre de soins, notamment des centres de santé municipaux, qui se renforce et qui doit être plus visible

➔ Faire mieux connaître l'offre de soins existante

La Ville est à travers ses 4 CMS un opérateur de soins important du territoire. L'offre de consultations de médecine générale a été renforcée.

La possibilité de se faire soigner en proximité (en CMS comme auprès de praticiens libéraux) reste encore méconnue par de nombreux dionysiens, notamment les nouveaux habitants. Les soins proposés en CMS en dehors de la médecine générale sont encore trop méconnus : soins infirmiers, la kinésithérapie, soins dentaires, la gynécologie mais aussi les consultations d'ophtalmologues, d'ORL, de neurologie et de gastrologie. Un plateau d'imagerie médicale (mammographie, dentaire, échographie) est également proposé sur le centre de santé du centre-ville.

¹² La moyenne régionale est de 13 – cartosanté 2017

¹³ Monographie ARS 2018.

Il est essentiel de faire connaître ces offres aux habitants du territoire mais aussi aux autres médecins généralistes qui peuvent orienter leurs patients.

➔ **Permettre l'accès aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité(s) sociales avec différents dispositifs dont les PASS¹⁴ de proximité**

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Elles ont été implantées d'abord au sein des hôpitaux. Le projet dionysien de PASS de ville a été travaillé en 2012/2013 en partenariat avec les acteurs de la PASS hospitalière de Delafontaine (sociaux et médicaux) et les acteurs associatifs notamment la mission banlieue de Médecins du Monde (qui porte un centre d'accueil et de soins à La Plaine).

Ce parcours est désormais opérationnel dans les 4 CMS de la Ville. Il articule accès aux soins (médecine générale) et accompagnement dans l'ouverture de droits avec une convention avec la CPAM. Ce dispositif répond à des besoins importants, près de 500 personnes passent par la PASS chaque année. L'inscription dans ce CLS3 doit marquer l'entrée de ce dispositif dans le droit commun, et permettre à la fois sa pérennisation financière (aujourd'hui cofinancements Ville et ARS renouvelés chaque année sans assurance de reconduction) et son développement sur d'autres territoires.

Le dispositif PASS s'inscrit dans un travail plus global sur le parcours de soins des personnes en situation de précarité. Les acteurs de la précarité (associations, services de la Ville en particulier service social, hôpital...) participent à la réflexion pour ouvrir l'accompagnement aux personnes sans couvertures complémentaires, intégrer les professionnels libéraux, poursuivre l'instance de concertation (CTU décentralisée) centrée sur les problématiques de santé...

Une attention particulière sera apportée au projet expérimental de microstructures sanitaires¹⁵ développé avec l'appui de l'ARS sur plusieurs villes dont Saint-Denis, et sur l'éventualité de développement sur d'autres cabinets (dont les CMS).

▪ **Soutenir les professionnels libéraux qui inscrivent leurs pratiques dans le territoire**

➔ **Un accent sur les quartiers les plus fragiles et les offres de soins qui correspondent aux attentes des habitants**

Dans un contexte de libre installation des professionnels libéraux¹⁶, qui sont potentiellement « courtisés » par les territoires et peuvent parfois les mettre en concurrence, Saint-Denis a fait le choix depuis le CLS2 de soutenir les professionnels en cherchant des réponses à leurs difficultés, en les accompagnant dans leurs projets de développement de cabinets, de regroupement et/ou d'installation.

La Ville souhaite dans ce CLS3 réaffirmer son engagement qu'une offre de soins libérale forte et répondant aux besoins puisse exister et se renforcer sur notre territoire.

Elle y contribue à travers un accompagnement des professionnels de santé et une coordination territoriale centrée notamment sur la question des locaux en lien avec le service de développement économique de Plaine Commune.

En parallèle d'une veille par territoire des locaux potentiels (surfaces, localisations), un suivi de l'offre de soins permettra de repérer les cabinets fragilisés ou d'anticiper les départs en retraite. L'objectif est d'offrir un guichet unique permettant de centraliser les demandes d'installations et d'y répondre de façon conjointe ... Cette vision précise de l'état de l'offre permettra de prioriser les propositions

¹⁴ PASS : permanence d'accès aux soins de santé

¹⁵ Permanences psychosociales proposées aux médecins généralistes pour leurs patients complexes (problèmes d'addictions ou de santé mentale) avec un psychologue et un travailleur social et des réunions de synthèse de l'équipe, du médecin coordinateur et du médecin généraliste

¹⁶ et des centres de santé dentaires ou médico-dentaires

d'installations et les accompagnements d'équipes sur les quartiers les plus en difficulté et sur des projets qui répondent aux attentes et besoins de santé de nos habitants. Seront notamment privilégiés, les accompagnements d'équipes pluriprofessionnelles portant un projet de santé territorial intégrant à la fois les dimensions populationnelles et l'inscription sur le territoire (et notamment la CPTS, Cf. infra).

→ Une richesse d'acteurs, de projets et de partenariats qui rend attractif le territoire

Notre territoire pâtit d'une réputation, en partie justifiée, de territoire difficile pour les professionnels de santé, avec une population qui cumule les difficultés, des problèmes d'insécurité... L'expérience de terrain, la rencontre avec les habitants et les acteurs présents permettent souvent de lever ces aprioris négatifs.

Les stages de formation (externes/internes pour les médecins généralistes, infirmiers, kiné...) constituent des leviers essentiels pour faire connaître et apprécier notre territoire à de jeunes professionnels et leur donner envie de s'y installer. L'accompagnement des professionnels à l'accueil de stagiaires, les maquettes de stages mixtes (ville/hôpital) intégrant des temps d'observations d'autres professionnels (pharmaciens, travailleurs sociaux...) ou des temps de santé publique peuvent également favoriser l'intégration de jeunes professionnels.

Toutes les démarches qui visent à faire émerger des modalités de coordination entre professionnels, à faciliter les parcours, à soutenir les dynamiques locales et tous les projets de santé publique permettent également de rendre attractif notre territoire.

■ Favoriser une structuration territoriale des acteurs des soins primaires

Les professionnels de santé de 1^{er} recours se connaissent peu, tout en travaillant pour certains depuis des années sur les mêmes quartiers. Les vœux du maire à destination de tous les professionnels (avec plus de 80 participants) ont été fin 2018 l'opportunité pour beaucoup de se rencontrer. Ils ont plébiscité l'idée d'autres temps de rencontres. Parmi leurs principales demandes a émergé pour les 2/3 le souhait d'une meilleure connaissance des ressources locales, le travail sur des parcours coordonnés (les femmes enceintes, les malades chroniques et les personnes avec des troubles psychiatriques) et des temps de rencontres entre professionnels.

Le travail sur les parcours (cf. supra) va permettre de travailler de manière articulée en regroupant professionnels libéraux et salariés, professionnels de Ville et praticiens hospitaliers sur des parcours et des propositions très concrètes d'organisation des soins. Plusieurs professionnels de la ville nous ont fait part de leur souhait d'intégrer cette démarche.

En parallèle, une réflexion est menée sur la perspective de constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)¹⁷ à l'échelle de la Ville.

La CPTS à l'échelle de la Ville s'appuiera sur les dynamiques locales (notamment à l'échelle d'un quartier à l'initiative de l'ACSBE-Place Santé sur le Franc Moisin / Bel Air / Stade de France), sur les équipes coordonnées et impliquées (centres de santé, maison de santé, cabinets libéraux dynamiques) et sur les différents espaces de concertation existant ou qui vont se développer autour des parcours.

¹⁷ Les CPTS prévues dans la loi de modernisation du système de santé (2016) sont un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun. Elles ont pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent.

La CPTS devrait être portée par l'association "Maison de la Santé", créée en 2002 par la Ville et l'hôpital. Son Conseil d'Administration rassemble des personnes physiques (professionnels, habitants...) et des personnes morales (ville- hôpital- associations...). Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et à la santé et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, les acteurs regroupés au sein de la Maison de la santé proposent d'initier un travail de préfiguration d'une CPTS à l'échelle de Saint-Denis. A moyen terme les groupes de travail sur les parcours seront intégrés et portés par la CPTS.

Axe stratégique : Offre de soins de 1^{er} recours

Fiche action 15 : PASS (permanences d'accès aux soins de santé) de proximité

Fiche action 16 : Offre de soins libérale

Fiche action 17 : CPTS communauté professionnelle territoriale de santé

La santé liée à l'environnement

Construire des politiques publiques qui intègrent la question de la santé liée à l'environnement

■ Santé et environnement, des problématiques émergentes

Les questions écologiques, et en particulier la dégradation de l'environnement, sont des sujets de préoccupation majeurs aujourd'hui dans les débats de société et les positionnements politiques.

Les problématiques de santé liées à l'environnement commencent également à émerger comme un sujet en soi avec l'évolution des connaissances scientifiques et la mise en évidence de facteurs environnementaux dans la survenue de maladies, notamment des maladies chroniques.

La dégradation de l'environnement et en particulier la pollution de l'eau, de l'air, des sols, la pollution sonore, l'omniprésence de nombreux produits chimiques dans l'alimentation et dans les produits de consommation (...) sont en effet à l'origine de multiples pathologies, notamment cancéreuses, respiratoires, cardio-vasculaires¹⁸. Les problèmes de santé peuvent n'apparaître qu'à partir d'un certain niveau d'exposition, tandis que d'autres effets sont possibles à de très faibles doses notamment du fait d'effets cocktails.

Les points noirs environnementaux, zones de cumul de ces facteurs, se conjuguent avec les vulnérabilités socio-économiques en créant de fortes inégalités sociales, territoriales et environnementales en santé.

Différents moyens d'action sont identifiés :

- La mise en place de politiques publiques conséquentes, permettant de réduire de manière massive l'exposition des personnes à ces facteurs environnementaux pathogènes et d'améliorer le cadre de vie.
- La mobilisation des acteurs en capacité d'agir opérationnellement sur les questions de santé environnementale (aménagement / urbanisme / transports/ habitat/commerces/espaces verts ...).
- Les actions d'information et d'éducation en direction des enfants comme des adultes, visant à améliorer la compréhension des phénomènes, à modifier les comportements et réduire les impacts sur sa santé (quand c'est possible).

■ Un engagement politique fort et ancien sur les questions de santé et d'environnement qui se traduit notamment par la mise en place d'un conseil local en santé environnementale

Au-delà de la politique municipale volontariste en matière de santé publique, des actions fortes concernant l'environnement structurent également les politiques publiques de la commune¹⁹ comme de l'agglomération de Plaine Commune²⁰.

¹⁸ Un rapport de l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) confirme avec des niveaux de preuve forts, à partir d'une revue de la littérature scientifique, les effets sur la santé (atteintes respiratoires et cardiovasculaires et décès anticipés) liés à certaines composantes des particules de l'air ambiant dont les particules ultrafines, le carbone suie et le carbone organique. « *Pollution de l'air : nouvelles connaissances sur les particules de l'air ambiant et l'impact du trafic routier* » (juillet 2019)

¹⁹ Plan environnement collectivité dès 2003, engagement à réduire l'impact environnemental de ses activités et de son fonctionnement. Cette démarche pionnière certifiée ISO 14 001 a été complétée par l'adoption d'un Agenda 21 en 2014 (avec un axe « Vers un environnement de qualité, favorable à la santé, au bien-être et à l'autonomie »), de l'actualisation du Plan Climat Energie en 2018 et de la structuration d'un pôle environnement au sein de la direction générale depuis plusieurs années.

Le contrat d'engagement pour la mandature 2014-2020 prévoyait la création d'un Conseil Local en santé Environnementale (CLSE), projet qui a été intégré dans le CLS2.

Le manifeste politique en santé environnementale adopté par le Conseil Municipal en 2016 rappelle l'épidémie croissante de maladies chroniques, y compris à Saint-Denis, et le rôle déterminant des facteurs environnementaux dans leur développement.

La santé environnementale entend agir sur l'environnement de tous et ne se limite pas à l'édiction de normes de pollution. Elle implique de donner à chacun les outils pour être acteur de sa santé en construisant son environnement.

La volonté de la Ville, à travers la mise en œuvre d'un Conseil Local en santé Environnementale (CLSE) est de renforcer la présence de la santé environnementale dans les politiques publiques en s'appuyant sur la participation et l'expertise apportée par les acteurs dont les habitants, avec les acteurs dont les habitants, pour mieux identifier les impacts de l'environnement sur la santé et proposer des actions et des politiques publiques favorables.

▪ Les enjeux d'un axe sur la santé liée à l'environnement

→ Pour que la santé environnementale soit mieux connue et plus systématiquement intégrée dans les politiques publiques.

L'une des ambitions du CLSE est de fédérer les acteurs du territoire autour de la santé environnementale en incluant les élus mais aussi les agents des services de la Ville de Saint-Denis et de Plaine Commune. La participation des services et des élus est prévue à la fois dans des groupes de travail, dans le cotech et le comité du CLSE.

Le CLSE a aussi pour objet d'exercer une veille en santé environnementale et d'émettre des alertes ou de faire des propositions aux services compétents, et en direction des élus afin d'inspirer la construction des politiques locales.

L'objectif est que la dimension santé soit intégrée de manière plus systématique dans les politiques publiques, qu'il s'agisse de politiques d'aménagement, des services de la ville (restauration, petite enfance...).

→ Sensibiliser sur les questions de la santé liées à l'environnement et faire connaître les ressources et conduites à tenir

Pour permettre une prise de conscience des problématiques de santé liées à l'environnement, il est essentiel de favoriser une meilleure connaissance des facteurs et des enjeux de l'environnement à l'origine des impacts sur la santé et des maladies. Cela concerne à la fois les décideurs, les professionnels (notamment de santé mais aussi de l'aménagement, de la petite enfance) et la population.

Le CLSE s'inscrit dans cet objectif de sensibilisation, dans une démarche participative qui associe des habitants et collectifs locaux, pour informer et sensibiliser les habitants, par exemple, sur la pollution de l'air par les automobiles et les conduites à tenir (inscrites dans le plan air).

Au-delà des opérations structurelles et de politiques publiques importantes (portées par la Ville mais aussi l'agglomération, le Département, la Région ou l'Etat), des pratiques individuelles peuvent permettre à chacun de réduire son impact sur l'environnement et de moins s'exposer.

Des outils de communication adaptés pourront favoriser l'information du public :

Des mesures et une cartographie participatives de la pollution liée aux véhicules automobiles ;

Un protocole sur conduites à tenir pour moins s'exposer lors des pics de pollution ;

²⁰ Plan local de déplacements, plan Marche... 3 orientations d'aménagement et de programmation thématique (OAP) dans le PLUI dont « Environnement et Santé »

Dans le cadre des contrôles réglementaires de la qualité de l'air intérieur dans les équipements (crèches, écoles, PMI) ; l'information des agents et des familles pour les sensibiliser sur ces sujets et les bonnes pratiques pour améliorer la qualité de l'air intérieur.

Des outils de communication sur la prolifération de nuisibles (rats, punaises de lits) et les éléments qui favorisent ou limitent leur prolifération.

Il importe également de faire mieux connaître les services de la Ville et les acteurs qui peuvent être des ressources, et d'en faciliter l'accès pour les habitants comme pour les professionnels.

C'est le cas en particulier pour les acteurs de la petite enfance (médecins généralistes, PMI, sage femmes, crèches, assistantes maternelles) autour de la prévention du saturnisme et de la prise en charge des enfants avec des plombémies anormales.

■ Formaliser la coordination territoriale autour de la santé dans l'habitat

Le territoire de la Ville de Saint-Denis est marqué par l'un des taux les plus élevés de dégradation du parc privé de France²¹. Un protocole de coopération dans la lutte contre l'habitat indigne entre la Ville, Plaine commune, l'Etat et l'Agence Régionale de Santé a été signé en 2019 pour travailler de concert à la résorption de ces situations.

Les logements insalubres peuvent présenter des risques pour la sécurité et pour la santé de leurs habitants : logements trop petits, sans chauffage, sans lumière, très dégradés avec présence de moisissures ou de plomb... Des problèmes de santé peuvent également se poser dans des logements salubres (en particulier présence d'allergène, mauvaise qualité de l'air...) et entraîner des pathologies importantes.

Différents acteurs du territoire sont concernés par les problématiques de santé dans l'habitat :

- Le service de pneumologie de l'hôpital et les professionnels de santé du territoire (médecins généralistes, IDE, professionnels des PMI...)
- Les acteurs qui interviennent sur les immeubles plombés et la prévention / prise en charge des situations de saturnisme (agents d'enquête environnementale, animatrice de prévention...).
- Les acteurs sociaux qui interviennent au domicile (service social, maintien à domicile, services du Conseil départemental de l'APA...) et le service logement
- Les acteurs qui interviennent plus spécifiquement autour de l'habitat insalubre.

Il importe de proposer une coordination territoriale de ces différents acteurs afin notamment de faciliter le repérage et le parcours d'un usager ayant des problématiques de santé liées à l'habitat.

Un travail spécifique sera fait sur les enfants ayant des plombémies supérieures aux normes (en lien avec l'ARS) pour faciliter leur parcours.

Le développement d'une fonction de CMEI (conseillère médicale en environnement intérieur) est inscrit dans le CLS3 afin d'améliorer le repérage et/ou la prise en charge précoces de pathologies liées à l'habitat (notamment allergies, troubles respiratoires...) en lien avec des médecins orientateurs. Le CMEI a pour missions de promouvoir les bons gestes et les bonnes pratiques pour réduire les impacts d'un habitat défavorable à la santé chez les personnes ayant déjà une pathologie importante.

²¹ Avec un taux de 21,5% d'habitat privé potentiellement indigne, soit près de 5 462 logements, contre 7,8% à l'échelle du Département, pourtant déjà l'un des plus touchés en France par ce phénomène. Autre signe de cette dégradation ancienne de l'habitat, on dénombre 775 arrêtés préfectoraux d'insalubrité en vigueur sur le territoire - mars 2019 – sources Mission Habitat Indigne de Saint-Denis.

Axe stratégique : Santé liée à l'environnement

Fiche action 18 : Conseil Local en Santé Environnementale

Fiche action 19 : Santé dans l'habitat

Fiche action 20 : Nuisances et nuisibles

La santé mentale

▪ Soutenir des dynamiques à l'échelle de notre territoire à travers le CLSM

L'axe santé mentale du CLS3 s'inscrit dans les 7 principes du projet régional santé mentale²² et en cohérence avec les axes du projet territorial de santé mentale (PTSM). Le CLSM contribuera au travers de notes ou de participations à la mise en œuvre et au fonctionnement du PTSM.

Cet axe est porté par le Conseil local en santé mentale (CLSM). S'appuyant sur une politique nationale de développement de la démocratie sanitaire en santé mentale²³, la Ville de Saint-Denis, les secteurs de psychiatrie (G01 et G02) et de pédopsychiatrie I01, l'Unafam (...) l'ont mis en place et l'animent depuis 2013.

Tout en s'inscrivant dans les dynamiques de structurations régionales et départementales des PTSM et du PRS, l'échelle territoriale du CLSM paraît pertinente à la fois pour organiser une coordination institutionnelle, pour faire émerger des projets qui répondent aux besoins et spécificités de nos habitants, et pour le suivi de situations de personnes en souffrance psychique (RESAD²⁴...). Ce niveau territorial permet également d'organiser la transversalité opérationnelle en s'appuyant sur les réseaux locaux de partenaires.

Le CLSM de Saint-Denis a permis en quelques années le développement d'une dynamique partenariale très importante incluant des acteurs des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, des usagers et des représentants de familles (...). Cette dynamique a favorisé l'émergence de différents projets et actions autour du logement, des adolescents, de l'inclusion scolaire et sociale, de la déstigmatisation (...) qui donnent aujourd'hui au CLSM une place reconnue sur le territoire.

Dans le CLS3, les enjeux dans le champ de la santé mentale sont notamment :

- La poursuite de la coordination territoriale :

Il s'agira de poursuivre l'animation institutionnelle visant à développer la dynamique d'échanges et de concertation des acteurs du territoire en accentuant le décloisonnement et l'ouverture à de nouveaux acteurs.

Le CLSM est aussi une instance de veille et d'interpellation des autorités sur les besoins et spécificités du territoire (par exemple sur les tensions capacitaires, l'ouverture de places de dispositifs...).

Des temps de médiation familiale sont proposés par la Maison des Parents. D'autres acteurs souhaiteraient développer des temps de médiation/thérapie familiale. Il conviendra d'en soutenir les articulations.

- Le soutien à l'émergence de projets innovants et pluri-partenariaux qui s'inscrivent dans des perspectives d'inclusion (crèches, écoles, sport, culture, logements...)

Une attention particulière sera apportée à la pérennisation de différents projets dont celui de la Trame (lieu d'accueil, d'orientation et d'échange pour les personnes en souffrance psychique et sociale, leurs proches et les professionnels du Nord-Ouest de la Seine-Saint-Denis), la plateforme logement et santé mentale, la plateforme jeunesse et santé mentale Saint-Denis et Saint-Ouen et la plateforme ISIS (Pour l'inclusion sociale et l'inclusion scolaire des enfants de 0 à 12 ans en situation de handicap).

²² Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations ; faire du domicile le centre de gravité du parcours ; faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques ; agir pour des pratiques « orientées rétablissement » ; mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain ; soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes ; Rééquilibrer les ressources en vue de favoriser un accès plus égal aux soins

²³ Les CLSM ont d'ailleurs vu leur importance entérinée par leur inscription dans la Loi de modernisation du système de santé de 2015

²⁴ Réunions d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté

- Une meilleure information du public et des professionnels de santé sur les dispositifs et ressources potentiellement disponibles
- Une coordination renforcée des suivis des situations de personnes en souffrance psychique (RESAD, cellule incurie, SDRE²⁵...)

Un suivi du travail sur les parcours de soins ayant des dimensions d'articulations fortes entre le somatique et la santé mentale (les personnes vieillissantes par exemple), en lien avec le Dispositif Intégré de soins et de services pour personnes en situation de handicap de Seine-Saint-Denis (DI-93) qui vise à simplifier le parcours des personnes en situation de handicap sur les cas complexes.

■ Une stratégie spécifique autour de l'autisme

L'inclusion des personnes en situation de handicap est l'une des priorités d'actions municipales. C'est pourquoi la Ville y consacre globalement environ 2 millions d'euros chaque année.

Face au manque de solutions pour les enfants et plus encore pour les adultes souffrant de troubles du spectre autistique (TSA) et les interpellations régulières des familles et des partenaires, la Ville a souhaité développer une stratégie municipale spécifique. Depuis 2014, les professionnels de la Ville, en particulier la Mission handicap, la coordination CLSM et la Maison des parents, ont créé une dynamique partenariale solide avec l'ensemble des acteurs concernés (inter-secteur de pédopsychiatrie, établissements médico-sociaux, travailleurs sociaux, médecins...) sous la forme d'un groupe de travail autisme.

La question de l'inclusion sociale, scolaire et sportive est au cœur des réflexions. Plusieurs projets ont été mis en œuvre : la plateforme PSAIS d'Adam Shelton dans les écoles primaires, la journée sport et autisme ou une marche solidaire pour l'inclusion des personnes autistes par l'Office des Sports...

L'enjeu est aujourd'hui de conforter et renforcer les actions en faveur des personnes souffrant de trouble du spectre autistique et de leurs familles, notamment les démarches d'inclusion par l'accompagnement et la formation des professionnels ; le soutien à la parentalité et plus globalement en animant une coordination territoriale des acteurs sur ce sujet.

Axe stratégique : Santé mentale

Fiche action 21 : Conseil local en santé mentale

Fiche action 22 : Autisme

²⁵ Soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat

Annexe 1 – les principaux indicateurs de santé qui renvoient aux inégalités sociales et territoriales de santé et qui rendent indispensables un CLS 3

De manière générale, l'état de santé sera d'autant moins bon que l'on se trouve dans une catégorie sociale défavorisée, cette distribution se faisant de façon graduée tout au long de la hiérarchie sociale. Ces inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres.

Ces **inégalités sociales de santé** s'accompagnent d'**inégalités territoriales** reflètes des disparités socioéconomiques des territoires, mais également de disparités dans l'offre et l'accessibilité aux services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les habitants de Saint-Denis, de par leurs caractéristiques sociales, économiques (...) sont extrêmement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé, comme en témoigne l'indice de développement humain (IDH²⁶) en 2013 de 0.34 (0.36 pour le département, 0.65 pour la Région Ile de France).

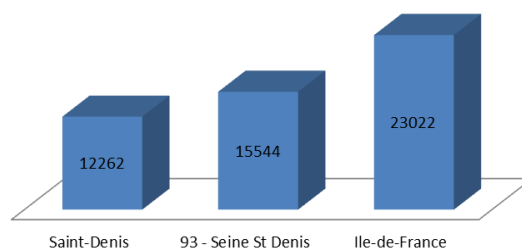
■ Des difficultés sociales et économiques prégnantes

En matière de déterminants sociaux, facteurs majeurs de l'état de santé, la population de Saint-Denis est caractérisée par des difficultés importantes y compris en comparaison des données moyennes de Seine-Saint-Denis, a fortiori de celles d'Ile de France avec un revenu fiscal médian inférieur pour près de moitié à celui d'Ile de France, et en corollaire un taux de pauvreté de plus du double de celui d'Ile de France et de 10% au-dessus de celui du 93 (département le plus pauvre de métropole).

Le taux élevé de couples avec enfants en dessous du seuil de pauvreté est à relever (13% en France versus 38% à Saint-Denis).

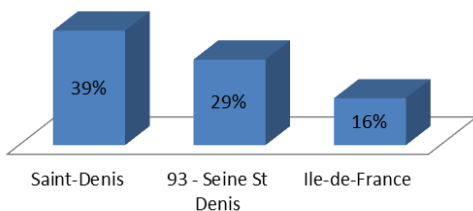
Revenu fiscal médian en 2013

source INSEE RP 2014



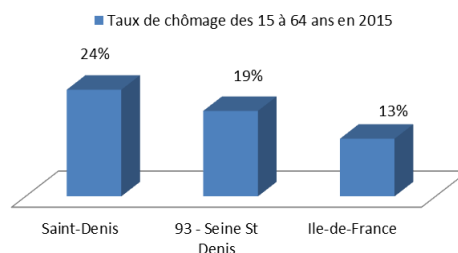
Taux de pauvreté en 2015, en %

sources Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2016



Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2015

Source Insee

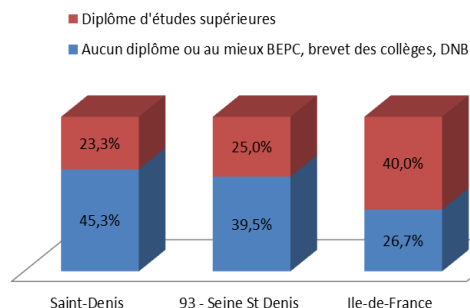


²⁶ IDH2 : l'IAU îdF a adapté cet indicateur qui réunit trois dimensions : santé, éducation, revenu. Pour la dimension «santé», l'indicateur retenu est l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes; pour la dimension « éducation », c'est le « pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme »; pour la dimension «revenu», l'indicateur retenu est la «médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation». Les indicateurs représentatifs de chacune de ces trois dimensions sont chacun ramenés à un indice compris entre 0 et 1. La valeur de l'IDH-2 est la moyenne des trois indices ainsi obtenue

La population connaît également des taux de chômage supérieurs aux moyennes départementale et régionale.

Les indicateurs en matière de **scolarité** sont eux aussi plus mauvais que pour la Seine-Saint-Denis (et l'Ile de France) et caractérisent une population avec une scolarité plus courte et moins de diplômes. La part importante de la population étrangère laisse également penser que la compréhension du français (écrit et oral) est sans doute plus faible qu'ailleurs.

Répartition de la population de 16 ans et plus non scolarisée selon le niveau de diplôme - sources Insee - RP 2014

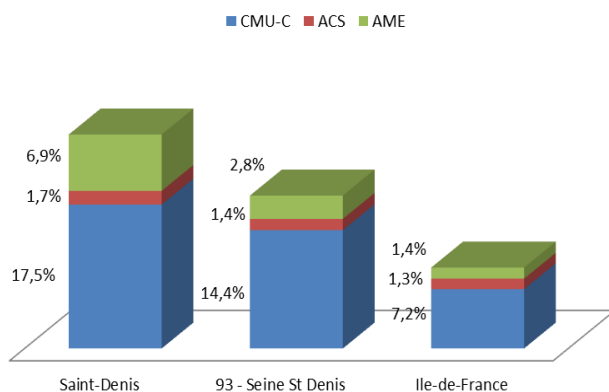


De fait 72.1% de la population habite (données 2015) en quartier politique de la Ville (contre près de 39% en Seine-Saint-Denis et près de 13% en Ile de France).

En écho à la situation économique des habitants et à la part de population étrangère, les **couvertures médicales** liées à de faibles revenus (CMUc et ACS) et aux situations irrégulières de séjour (AME) sont relativement plus importantes à Saint-Denis. Ces 3 couvertures (CMUc, ACS et AME) concernent 26% des assurés dionysiens pour 18.6% des assurés séquanquo-dionysiens et 15.2% des assurés franciliens.

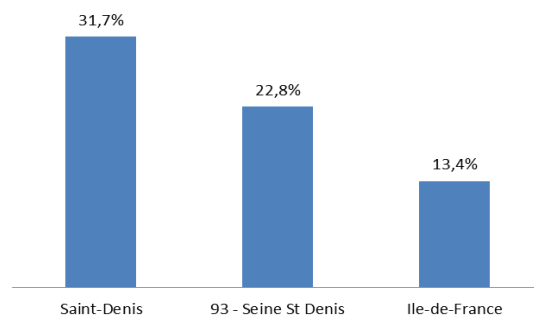
Part des bénéficiaires (CMUc ACS et AME) dans la population des assurés

Source : DCGDR IDF - 2016



Part de la population étrangère

Source : Insee - RP 2014



Une part importante de la population n'a par ailleurs pas de couverture maladie.

Une étude des dossiers des femmes arrivant en PMI a permis d'évaluer en 2017 que selon les PMI, près d'un tiers à la moitié des femmes qui se présentaient n'avaient aucune couverture médicale. Ce constat a entraîné la mise en place du dispositif de PASS ambulatoire dans les CMS (permanence d'accès aux soins de santé) dans le CLS2 et pour le CLS3 de médiation santé en Pmi pour accompagner les femmes dans leurs ouvertures de droits santé notamment.

Tous ces indicateurs alertent sur différentes problématiques :

- Les risques élevés de **renoncement aux soins**
- la faible **littératie en santé** (la capacité d'un individu à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre et à l'utiliser dans le but d'améliorer sa propre santé)
- un **accès plus faible à la prévention et des comportements moins propices à une bonne santé**

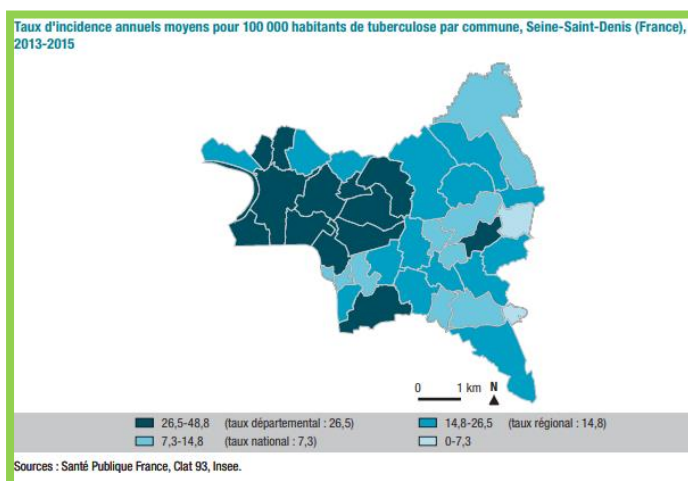
Il convient d'avoir constamment à l'esprit ces différents points sur chaque axe du CLS3, dans chaque groupe de travail, afin de proposer des réponses qui prennent en compte les réalités de nos territoires et de nos habitants.

■ Des indicateurs de santé préoccupants

L'**espérance de vie** des dionysiens est plus courte de plus d'un an que celle des autres franciliens pour les hommes comme pour les femmes²⁷.

En suivant la ligne du RER B, et en comparant le **risque de mortalité** entre le VI^e arrondissement à Paris et La Plaine-Saint-Denis, Emmanuel Vigneron, professeur de géographie et d'aménagement, a montré que, "en moins d'un quart d'heure de trajet, le risque de mourir une année donnée augmente de 82% entre les arrondissements les plus aisés de Paris et le quartier du Stade de France!"²⁸.

Les éléments disponibles en matière de **périnatalité** ne plaident pas pour une situation différente de celle, dégradée, du département : le taux de mortalité infantile de Seine Saint-Denis est le plus mauvais de la région (4.8 en Seine-Saint-Denis vs 3.8 en Ile de France pour 100 naissances vivantes²⁹) ; idem pour le taux de prématurité. Le taux de grande prématurité est même encore plus mauvais à Saint-Denis (2%) qu'en Seine-Saint-Denis (1.6%) pour 1.3% en Ile de France³⁰.



Les données de déclaration de **tuberculose** maladie 2013-2015 indiquent que la tuberculose reste une préoccupation de santé majeure en Seine-Saint-Denis³¹. Le taux d'incidence est le plus élevé des départements français métropolitains. Sont particulièrement concernés les communes de l'ouest du département, dont Saint-Denis.

Les données de la CPAM³² doivent être interprétées avec de grandes précautions méthodologiques (pas d'ajustement de la base populationnelle avec celle de la population assurée). Cependant, sur les ALD (Affections Longue Durée) elles montrent des ratio entre ALD qui placent en **principale ALD le diabète** (type 1 et 2), puis les problématiques de santé mentale ; ce qui justifie pour le CLS3

²⁷ Espérance de vie (2008/2013) - Source : CépiDc, Insee - exploitation ORS Ile-de-France - Pour les femmes : 84.4 ans à Saint-Denis vs 85.6 en Ile de France ; Pour les hommes : 77.7 à Saint-Denis vs 79.8 en Ile de France.

²⁸ " Les inégalités de santé dans les territoires français, état des lieux et voies de progrès " par Emmanuel Vigneron, Editions Elsevier Masson

²⁹ Sources : taux de mortalité infantile 2014-2016 Insee ; PMSI ; périnat ARS IDF

³⁰ Prématurité - Naissances à moins de 33 semaines d'aménorrhée - Source : PMSI MCO - Données au code postal - % dans le total des naissances

³¹ Epidémiologie de la tuberculose en Seine-Saint-Denis, 2013-2015 // tuberculosis epidemiology in seine-saint-denis (France) IN 2013-2015 Laura Sulli1 (lsulli@seinesaintdenis.fr), Floréale Mangin1, Isabelle Nicoulet1,2, Mathilde Marmier1

³² « Données de santé de la commune de Saint-Denis année 2016 » Assurance maladie Seine-Saint-Denis

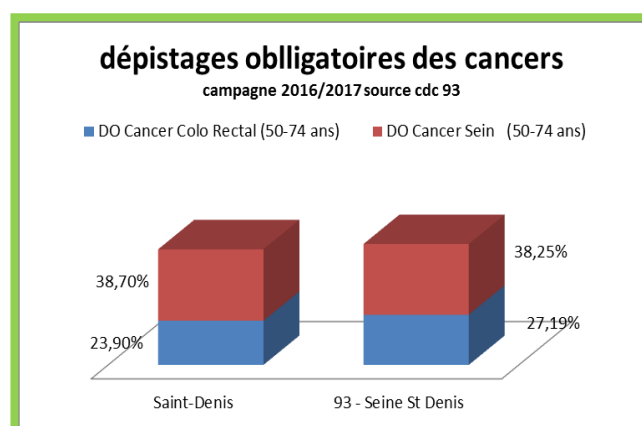
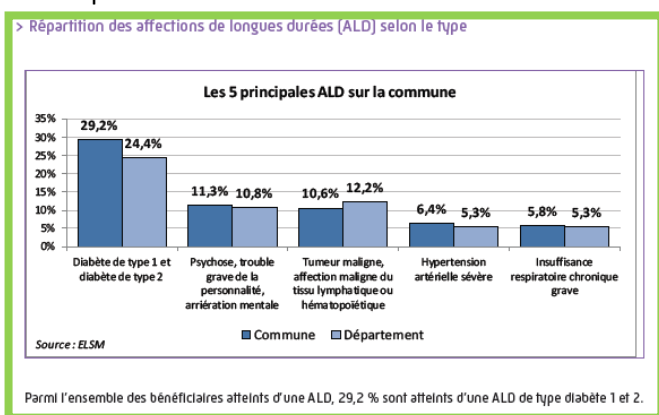
notamment l'attention particulière portée au diabète avec la rédaction d'une fiche projet sur ce parcours.

La Seine-Saint-Denis reste le deuxième département métropolitain le plus touché par le **VIH** après Paris³³ ; ce qui a conduit le département à la mise en place du plan « *La Seine-Saint-Denis, un Département engagé pour la fin du sida en 2030* » dans lequel la Ville de Saint-Denis à travers le CLS 3 souhaite s'engager. En effet, la distribution par commune³⁴ indique que les cinq communes qui ont les taux rapportés à la population les plus élevés sont Saint-Denis, Bobigny, Aubervilliers, Pierrefitte et Stains.

Le bilan des 4 ans effectué par les PMI intègre depuis 2016 les prises systématiques poids/taille et IMC des enfants. Le calcul de l'IMC réalisé par les diététiciennes de l'UVS et la confrontation des résultats avec les courbes en vigueur pour cet âge indique **un taux d'obésité** presque deux fois plus élevé que la moyenne nationale (taux d'obésité, grade 2 : 6% à Saint-Denis, 3,5% au niveau national) en 2017. La prévention autour de l'alimentation initiée avec le CLS 2 va être poursuivie, et une nouvelle fiche projet autour des parcours de soins obésité (populations enfants, adolescents et adultes) va être initiée dans le CLS3.

Concernant la **santé bucco-dentaire**, près de la moitié des 1 539 enfants de 4 ans dépistés en 2016/2017 avaient besoin de soins dentaires, dont 1 sur 5 de soins dentaires urgents. Depuis quelques années la ville a vu s'installer des centres dentaires (notamment dans le centre-ville). On peut se féliciter de ces installations qui permettent d'améliorer la démographie médicale en dentaire. Cependant, cette offre n'est pas nécessairement cohérente avec les besoins de nos habitants, singulièrement en matière de prévention et de prise en charge des plus jeunes enfants (moins de 6 ans). La question de l'accès à la prévention mais aussi aux soins dentaires pour les petits enfants est centrale et sera travaillée dans le cadre de la fiche projet prévention bucco-dentaire.

Concernant les **dépistages organisés des cancers**, le taux de couverture de dépistage est correct pour le cancer du sein mais inférieur à la cible nationale et plus faible pour le cancer colorectal y compris que la moyenne départementale.



³³ Environ 28 personnes découvrent leur séropositivité chaque année pour 100 000 habitants. C'est 1,2 fois la moyenne régionale et deux à trois fois plus que la moyenne nationale – Sources ORS

³⁴ Disponible sur la base des entrées en ALD VIH en groupant les années 2011-13 –données fournies par l'ORS Île-de-France dans le document du CD93

Saint-Denis présente des taux de nouvelles admissions en ALD significativement plus élevés que dans l'ensemble de la région pour les cancers du col de l'utérus³⁵.

Ces données nous conduisent à proposer dans ce CLS une fiche projet spécifique autour des parcours de soins des cancers.

▪ Une population jeune et qui va augmenter dans les prochaines années

Selon le recensement INSEE (RP 2014), 74,6% des familles à Saint Denis ont un ou plusieurs enfants et près d'une sur 4 est une famille monoparentale. La proportion de familles nombreuses est importante, avec 7% des familles qui ont 4 enfants (ou plus) de moins de 25 ans (contre 3.3% en IDF). La population dionysienne se caractérise par sa jeunesse : l'indice de jeunesse est de 2.23 (contre 1.35 pour la Région). 45,1% de la population est âgée de moins de 30 ans.

Le dynamisme démographique sur le territoire s'exprime également par la présence importante de jeunes ménages, actifs, avec des enfants. C'est parmi cette catégorie des 30-44 ans et celle des moins de 15 ans que les effectifs augmentent le plus.

Les projections démographiques faites par le secteur des ressources locales estiment que la population de Saint-Denis va continuer d'augmenter dans les prochaines années et devrait atteindre près de 145 000 habitants en 2030.

▪ Des déterminants environnementaux inquiétants

Le territoire de la Ville de Saint-Denis est marqué par l'un des taux les plus élevés de dégradation du parc privé de France, avec un taux de 21,5% d'habitat privé potentiellement indigne soit près de 5462 logements, contre 7,8% à l'échelle du Département, pourtant déjà l'un des plus touchés en France par ce phénomène. Autre signe de cette dégradation ancienne de l'habitat, on dénombre 775 arrêtés préfectoraux d'insalubrité en vigueur sur le territoire³⁶.

La présence d'infrastructures de transports lourdes (ferroviaires, autoroutières, aéroportuaires) occasionnent pollutions atmosphériques et nuisances sonores. Le passé industriel de la commune se traduit par une forte densité de zones susceptibles d'avoir été exposées à des pollutions.

Ces préoccupations ont entraîné dans le cadre du CLS2 la mise en place d'un conseil local en santé environnementale lancé en mars 2018, avec notamment un groupe de travail sur la pollution automobile et la qualité de l'air, et en perspective la mise en place de dispositifs de suivi de la qualité de l'air autour en particulier des chantiers des jeux olympiques.

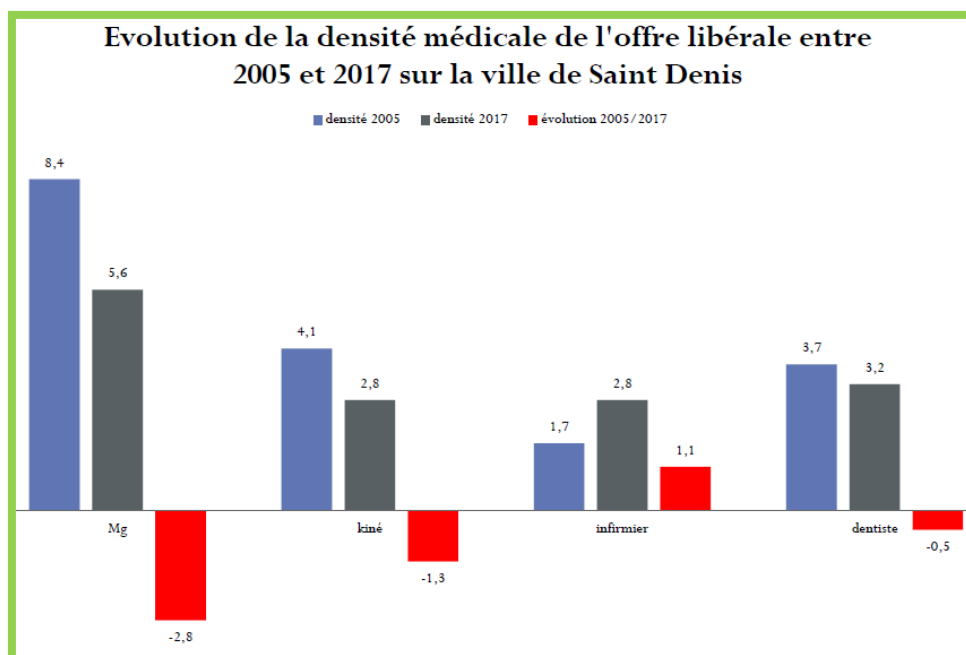
▪ Une offre de soins libérale fragile

A Saint-Denis, l'offre de soins ambulatoire de 1^{er} recours (médecine générale, kinésithérapie, infirmerie) est assurée par plusieurs secteurs : municipal (CMS/PMI), hospitalier public et privé, libéral et associative (un centre de santé communautaire).

Cependant, le territoire n'est pas épargné par une baisse de la démographie médicale des professionnels de santé libéraux.

³⁵ Source ORS synthèse cancer 2016

³⁶ Protocole de coopération dans la lutte contre l'habitat indigne entre la Ville, Plaine commune, l'Etat et l'Agence régionale de santé - Note au Bureau municipal du 18.03.2019



En 2018, la densité en médecine générale est de 6.5 pour 10 000 habitants et de nombreux libéraux partiront à la retraite prochainement (60% aujourd'hui, plus de 55 ans³⁷).

La tendance est la même pour les masseurs-kinésithérapeutes et certains spécialistes libéraux.

Les territoires dionysiens sont touchés de façon inégale par la chute de l'offre de soins. Ainsi, le quartier Pleyel n'a, à ce jour, plus de médecin généraliste et le quartier de la Plaine n'a que 4.4 médecins pour 10 000 habitants.

Les besoins de soins vont pourtant aller en s'accroissant du fait du vieillissement de la population (et de l'explosion des maladies chroniques), de la forte natalité avec des populations nécessitant des soins rapprochés (femmes enceintes, nouveaux nés) mais aussi de la forte évolution démographique dionysienne prévue (en moyenne plus de 2 500 personnes par an jusqu'en 2023) dont 212% d'augmentation prévue dans le quartier de Pleyel/Confluence (de 9 605 habitants à ce jour, à 20 400 en 2030³⁸).

Ces éléments justifient l'attention particulière portée à la question de l'offre de soins, et le fait que dans le CLS3 est proposé un axe sur l'organisation de cette offre, intégrant les actions de soutien au maintien et développement de l'offre libérale, et la réflexion sur l'organisation de parcours avec la perspective de soutien à la constitution d'une **communauté professionnelle territoriale de santé** (CPTS).

▪ Des difficultés partagées au niveau départemental sur la psychiatrie

Dans le diagnostic territorial partagé de construction du projet territorial de santé mentale (PTSM) d'Île de France (2018), différents constats ont été partagés sur :

- Des délais d'attente longs pour un premier accueil dans de nombreux CMP, non adaptés à la temporalité du développement des enfants et des adolescents ;
- Des ruptures de soins et des retours non préparés en psychiatrie adulte.
- Trop peu de structures institutionnelles pour les pathologies les plus lourdes,

³⁷ Données ARS 2018.

³⁸ Mairie de Saint-Denis - Secteur des études locales (SEL) – Janvier 2019

- Une offre médicosociale saturée.

Le département compte en 2018³⁹, 900 adultes en attente d'une place dans le secteur médico-social. Malgré une politique volontariste de création de places menée depuis 2010 (460 places pour les enfants et 788 places pour les adultes), le nombre de places sur le territoire reste inférieur aux moyennes régionales et nationales.

Ces difficultés risquent encore de s'aggraver à l'aune de la croissance démographique importante qui concerne notamment les villes du bassin de la pédopsychiatrie (dont Saint-Denis). La commission spécialisée en santé mentale (juin 18) du Conseil territorial de santé 93 identifie d'ailleurs parmi les facteurs aggravants, une population en augmentation, mais aussi en contrepoint une démographie des soignants en baisse, des tensions capacitaires en augmentation, le taux de fuite des patients toujours élevé...

³⁹ Diagnostic partagé PTSM 2018

Annexe 2 – les instances de pilotage du CLS

Les instances de travail, de concertation et de validation s'inscrivent dans le référentiel CLS (ARS 2016) avec à la fois des instances au niveau de différents axes ou thématiques et une gouvernance globale du CLS.

▪ Le pilotage global du CLS

Le Comité de pilotage

La gouvernance du CLS 3 relève du Comité de pilotage de gouvernance, chargé de formuler les orientations stratégiques. Il se réunit tous les 18 à 20 mois.

C'est l'instance décisionnelle qui est chargée de formuler les orientations stratégiques du contrat.

Elle est également en charge, à travers chacun de ses membres, de l'articulation avec les grands cadres spécifiques à chacun des signataires (PRS, PLS, Plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, schéma départemental pour l'autonomie, plan « La Seine-Saint-Denis, un département engagé pour la fin du sida en 2030 »...).

Les participants :

Les principaux décideurs de chacun des signataires du CLS

Les élus (et directions) des principales directions partie-prenantes du CLS : la santé, les solidarités, la petite enfance, l'enfance...

Les grands acteurs locaux de la santé : associations comme la Maison de la Santé, l'ACSBE, Médecins du Monde (...) professionnels de santé (libéraux, CMS, hospitaliers...).

Pour le préparer, deux instances spécifiques se réunissent :

Le Comité de pilotage des signataires

Le Comité technique des services ; composé des membres de l'équipe projet CLS des différents services et directions concernées.

Le Comité de pilotage des signataires

Pour optimiser le travail du copil CLS et faciliter le processus décisionnel, un Comité de pilotage restreint composé des représentants des différentes parties contractantes avec l'élue en charge des questions de santé, le DGA et la direction santé, la coordination CLS, le délégué territorial adjoint et le référent CLS pour l'ARS, le sous-préfet et/ou ses collaborateurs pour la Préfecture et des représentants CPAM, de l'Hôpital de Saint-Denis et du Conseil départemental.

Celui-ci a vocation à préparer en amont les séances du comité de pilotage CLS élargi (élaboration des ordres du jour, modalités d'animation...).

Le Comité technique des services

Il se réunit en amont du copil CLS et du copil des signataires, pour faire le bilan des articulations avec les différents services tels qu'envisagées et travaillées pour ce CLS3.

Il réunit toutes les directions des services concernés par le CLS (Cf. Annexe - *Articulations du CLS3 avec les différents élus et services –avril 19*).

Il permet de donner une vision d'ensemble de la démarche et de son avancement aux personnes impliquées au niveau opérationnel sur les différentes thématiques.

Il est composé des membres de l'équipe projet CLS des différents services et des directions concernées.

▪ Le pilotage des fiches actions

Selon les sujets et fiches actions, des instances de concertations sont créées reprenant l'organisation comité de pilotage - copil (avec élus et partenaires signataires), comité technique - cotech (avec des services et partenaires) et groupes de travail.

La déclinaison copils /cotechs n'est pas systématisée pour chaque fiche action dans la mesure où différentes actions peuvent relever d'un même cotech ou copil.

Les groupes de travail sont organisés pour travailler sur un sujet ou projet spécifique qui est identifié lors des échanges dans les cotechs et copils. Ces groupes (leurs compositions, leur feuille de route...) sont validés par les copils, auxquels ils font des retours sur leurs travaux.

→ Sur le suivi des indicateurs et l'observatoire des données du territoire

Un cotech

Co-animé par la direction santé, cheffe de service UVS et le service des ressources locales de la Mairie, en présence des services techniques des signataires et selon les projets des référents techniques de l'UVS ou de l'offre de soins.

→ Prévention en nutrition, activité physique et bucco-dentaire

Un Copil Prévention en nutrition, activité physique et bucco-dentaire

Avec les élus à la santé et aux sports, les différents services et acteurs du territoire (associations...).

Un Cotech « nutrition et AP » Démarche d'ASV co-animée par la cheffe de projet « nutrition et AP » et le chef de service CHSD (chirurgie viscérale et bariatrique) avec des professionnels de santé, des acteurs socio-éducatifs, des acteurs du sport...

Différents groupes de travail

GT équipe ressource en sport santé : co-animation par la médecin du sport et la cheffe de projet UVS intervenants ressources en « sport et santé » avec une équipe d'infirmières volontaires des CMS, en particulier l'infirmière en DU sport santé, diététiciennes, conseiller médico sportif, ETAPS formés au sport santé, secrétaire du Centre Médico Sportif, chargées de mission AP Maison de la santé, responsable Office des sports, infirmières Asalée, responsable de l'école de kinésithérapeutes de Saint-Denis.

Démarche de coordination journée olympique et sport santé à proposer par médecin du sport et cheffe de projet « nutrition et AP » avec acteurs du milieu sportif concernés

Coordination autour du sport et de la santé : co-animée par ETAPS (direction municipale des sports) et les deux diététiciennes (UVS) avec l'animatrice bucco-dentaire, la chargée de mission AP (Maison de la Santé) pour coordonner les interventions à l'EMS et les regroupements sportifs (stands, jeux en stade ou gymnases) et élaborer de nouveaux outils de prévention inclus dans une « malle sport et santé » à mutualiser

GT expérimentation « Mission Retrouve Ton Cap » (MRTC) : réunion tous les trois mois animée par la diététicienne en charge du programme et cheffe de projet axe « nutrition et AP » avec acteurs locaux des CMS, Centre Médico Sportif, PMI, psychologue, Direction des sports, référents CPAM et ARS pour le suivi, l'évaluation, l'information autour de la mise en œuvre de MRTC à Saint-Denis.

GT expérimentation « Franc-Moisin, accompagnement au soin dentaire » : avec les partenaires impliqués, un groupe de travail avec les professionnels du quartier et des acteurs ressources, direction des études locales, direction vie scolaire, Education Nationale, associations de parents d'élèves, ASCBE, SPAS du Département, Conseil de l'ordre des dentistes, CPAM, ARS, PMI)

→ Conduites à risque et addictions

Un comité de pilotage « compétence psychosociales » animé par la cheffe de projet UVS

Groupes de travail selon les âges (0-4ans, 4-12ans, 12-16ans, 16-25 ans)

Deux cotechs sont organisés chaque année, l'un réunissant les acteurs de prévention des conduites à risques et les acteurs intéressés (encadrants de jeunes, établissements scolaires...) ; l'autre avec les acteurs de la prise en charge et de la réduction des risques du territoire : Proses,

Aides, consultation jeunes consommateurs, en lien avec la Mission métropolitaine des conduites à risques...

➔ Sur les enjeux de santé et précarité

Un copil annuel santé et précarité

Animé par la cheffe de projet santé et précarité de l'UVS

Il rassemble de manière large les élus (Santé, Solidarité...), les acteurs du secteur associatif (de la santé, du social, du caritatif de l'insertion...), les secteurs de la santé (professionnels de ville, hospitaliers y compris service social et Lampes, psychiatrie dont les équipes mobiles, réseau de santé ...), le SIAO, différents services dont les directions de quartier, le service solidarités (service social, CCAS, maison des parents). Les services des signataires y sont représentés et en particulier ceux de la CPAM.

Cotech spécifiques

Cotech pass de ville : CMS, santé publique, CCAS, service social hospitalier et LAMPES (liaison et d'appui médico-psycho-éducatif et social)

Cotech interne PASS à la Direction de la Santé / CMS

Cotech PMI-droits : PMI, CCAS, réseau périnatal de Delafontaine, maternité

Des groupes de travail dont

Un Gt hébergement : qui suit l'expérimentation de la CTU décentralisée

Un Gt droits santé : pour travailler sur la mise en place d'un accompagnement à l'accès aux complémentaires santé

➔ Sur la santé sexuelle / vie affective et santé des femmes

Un copil annuel

Co-animation par Direction Santé, UVS cheffe de projet et coordination CPEF et IDE / Direction des Solidarités Mission droits des femmes

Avec les élu.es de la Mission droits des femmes et de la santé

Les services de la Ville : professionnels de santé des centres de planification et des CMS, mission droits des femmes, santé publique ; pour l'Hôpital, la Maison des femmes, l'oncologie, le référent violences, le service infectieux ; le Conseil Départemental 93 (CeGIDD) ; les infirmières scolaires ; Aides, la Maison de la Santé, Ikambere, l'Amicale du Nid, Médecins du Monde, Proses, Afrique Avenir

Un cotech santé sexuelle

Un cotech santé des femmes

Différents groupes de travail : dont campagne prévention santé des femmes, protocole frottis, femmes en situation de prostitution, violences faites aux femmes

➔ Sur les parcours

Le pilotage du travail sur les parcours sera intégré dans la CPTS lorsque celle-ci sera fonctionnelle.

La Ville continuera à travers notamment ses professionnels de santé et de santé publique, de participer aux instances (cotechs et groupes de travail).

Un cotech annuel

Il réunit la direction de l'hôpital et la direction de la santé, des représentants des soins de ville : CMS, libéraux.

Des groupes de travail

Sur chaque parcours seront organisés des groupes de travail associant professionnels de soins de ville (CMS et libéraux), praticiens hospitaliers et chargées de projet santé publique. Selon les thématiques, les réseaux de soins et les services concernés (par exemple services sociaux...).

➔ Sur le soutien au maintien ou à l'installation de professionnels de santé libéraux

Un copil annuel « offre de soins libérale »

Animation cheffe de projet UVS

Il rassemble les élus à la santé, à l'urbanisme, à la vie des quartiers, au commerce, et le représentant élu à PCH. Y sont représentés les services des signataires (sur les missions offertes de soins et/ou aides aux installations des libéraux) : la DT 93 ARS, la CPAM, le Conseil Départemental

Sont également invités : l'URPS, le programme de rénovation urbaine, le service de développement économique de Plaine Commune, les directions quartier, la direction santé (offre de soins) et la direction de Delafontaine.

Un(des) représentant(s) de la CPTS seront également associés lorsque cette dernière sera structurée.

Un cotech « locaux »

Il réunit : le commerce, l'urbanisme, URPS, les démarches quartiers, le programme de rénovation urbaine, le service de développement économique de Plaine Commune, les bailleurs sociaux (I3F, PCH...), la DT 93 de l'ARS, la CPAM.

➔ Sur la santé liée à l'environnement

Le **Conseil local en santé environnementale (CLSE)**

Animé par la cheffe de projet UVS

Des groupes de travail thématiques

Certains sont inscrits dans une démarche participative associant des habitants, des services, des associations : air et pollutions automobiles ; accès à une alimentation saine et en perspective perturbateurs endocriniens et petite enfance.

Un cotech mensuel

Composé d'agents municipaux représentant différentes directions (santé, jeunesse, vie des quartiers, environnement, études locales). Le cotech prépare les réunions du copil, Comité et de l'Assemblée Plénière.

Un Copil

Composé de la cheffe de projet, de représentants du cotech et des directions porteuses (santé et environnement), du DGA, et des 2 élus porteurs de la démarche. Le Copil valide les propositions du Cotech pour l'organisation des réunions du Comité et de l'Assemblée Plénière.

Un comité

Il est l'organe décisionnaire de la démarche du CLSE. Il suit les groupes de travail, valide les modalités de travail (alertes, interpellations, propositions de thématiques de travail, perspectives des groupes de travail ...)

Il réunit des élus, des associations et acteurs du territoire dont des représentants des groupes de travail

Une assemblée plénière annuelle

Elle est ouverte largement aux acteurs du territoire intéressés par la santé liée à l'environnement. Il s'agit d'un temps de restitution des activités du CLSE, et de réflexion collective sur le CLSE et sur les questions de santé environnementale.

➔ Sur la santé mentale

Le Conseil local en santé mentale (CLSM) est un dispositif national, présidé par le maire ou son représentant. Coordination au sein de la Direction Santé, UVS

Le comité de pilotage

Il est présidé par l'élue à la santé et co-animé avec les chefs de pôles de psychiatrie publique adulte, avec les secteurs G01 et G02, et la pédopsychiatrie.

Les représentants des usagers et des aidants y participent également (l'Unafam ayant cofondé le CLSM), ainsi que la coordination CLS, des bailleurs sociaux, différentes directions (Solidarités...).

Le comité de pilotage définit les missions du CLSM et adapte les politiques nationales au territoire. Il arrête les priorités en tenant compte des orientations de l'assemblée plénière et des données d'observation complémentaires et propose la création de groupes de travail.

Il informe l'ARS des besoins repérés sur le territoire et des actions mises en œuvre localement pour y répondre.

L'assemblée plénière

Elle est présidée par le maire ou l'élue le représentant)

Elle est convoquée par le président du CLSM et se réunit au moins une fois par an.

Elle réunit les membres du CLSM : élus, équipe(s) de psychiatrie pluridisciplinaire, représentants des habitants et des usagers et les professionnels concernés ou intéressés par la santé mentale, les référents des groupes de travail.

Les groupes de travail

Actuellement des groupes de travail sur le suivi de projets : plateforme logement santé mentale, plateforme jeunesse santé mentale (et temps de concertations sur les situations), plateforme ISIS...

Un groupe de travail autisme coporté par la Maison des Parents et la cheffe de projets handicap en lien avec la coordination CLSM.

Annexe 3 – Des articulations renforcées avec les différents services et directions

Une meilleure articulation de la direction santé qui porte le CLS avec les services doit permettre :

D'améliorer l'information en direction des élus et services sur le CLS et les actions existantes

De créer des espaces de concertations qui permettent de partager les diagnostics, de faire émerger des propositions portées conjointement

La **direction de la santé** proposera des temps annuels à toutes les directions pour informer sur les dispositifs et actions de santé publique, les ressources sur le territoire sur les thématiques qui intéressent les services.

Certains services et directions vont avec la direction santé (et notamment l'Unité Ville Santé) copiloter certaines fiches.

→ Avec la direction des Solidarités

Il est prévu dans le cadre du CLS3 de renforcer des liens déjà très importants en formalisant les participations conjointes :

Sur la thématique santé précarité:

Participation au cotech des responsables du CCAS et du Service social municipal- participation aux suivis des projets (notamment d'agents CCAS, du service social et de la Maison de la Solidarité) et aux réunions organisées avec la CPAM sur l'accès aux droits santé.

En perspective est envisagé un travail sur un projet autour de la sécurité alimentaire (avec une des responsables du secteur solidarités et la Maison de la Solidarité)

Sur les actions de prévention autour de l'alimentation / nutrition :

Des ateliers cuisine sont menés à la Maison des Parents

Sur le parcours de soins personnes vieillissantes:

Cette fiche projet est copilotée par une cheffe de projet de la direction santé et la Coordinatrice Personnes âgées des Solidarités.

Concernant la santé des femmes et la santé sexuelle :

Les agents de la Maison des Parents participent aux rencontres et projets et la fiche action santé des femmes est copilotée par la chargée de projet de la Mission Droits des femmes

Concernant la santé environnementale:

Un groupe transversal travaille sur la question de précarité énergétique

En perspective : l'accès au droit à un logement décent des personnes vivant dans un logement insalubre, notamment les personnes dont la santé est affectée par ces conditions de vie ; l'accès à une alimentation saine à travers les épiceries sociales.

Sur l'axe santé mentale :

Différents agents participent au COPIL du CLSM (1 à 2 fois par an) et selon les thématiques à des groupes de travail ; la santé va accompagner la pérennisation d'ateliers autour de la médiation familiale de la Maison des Parents.

Différents agents (du CCAS et du service social essentiellement) participent et collaborent autour de la résolution de situations individuelles : Resad, Cellule incurie – RPP...

→ Avec la Petite Enfance

En matière de prévention sur la nutrition et le buccodentaire: Interventions de prévention dans les lieux d'accueil (MPE maisons de la petite enfance)

Droits santé : information/sensibilisation des MPE (directions et accueils)

Santé mentale et autisme: participation de la psychomotricienne à la plateforme ISIS (inclusion sociale et scolaire des 0/12 ans)

Santé environnementale: perspective d'un groupe de travail sur les perturbateurs endocriniens avec la PMI et en MPE qui répond à des préoccupations des parents et thématique priorisée par le CLSE– articulations sur le saturnisme / santé dans l'habitat (MPE mais aussi assistantes maternelles)

→ Avec les Sports

Prévention activité physique, lutte contre la sédentarité, sport et santé

Copilotage avec le centre médico-sportif

Aménagements favorables à l'activité physique (en lien avec CLSE) : participation au GT

GT sur les nouvelles pratiques d'activités physiques et sportives en perspective sur les prochaines années

Interventions conjointes activité physique et santé (diététiciennes, IDE de CMS...)

Perspectives des Jeux Olympiques (comité d'organisation)

Prévention nutrition : participation au GT

Parcours « enfants, ados et adultes en surpoids » et « maladies chroniques »: fonction ressource du centre médico sportif (CRR / prescri'forme) et expertise médecin du sport – articulations sur les financements des associations/clubs sport santé

Santé mentale : inclusion sociale (et par le sport), suivi de la plateforme ISIS (0/12 ans) et utilisation plateforme jeunesse santé mentale (12/25 ans)- Journée autisme organisée par l'office des sports

Santé précarité: liens avec le CMS sur le suivi de jeunes sportifs sans droits

→ Avec l'Enfance et Loisirs

Projet éducatif territorial (PEDT) : participation de la Direction Santé au suivi et actualisation du plan

En matière de prévention sur la nutrition et le buccodentaire : possibilités d'interventions des diététiciennes sur des actions nutrition et de l'animatrice en santé buccodentaire

Compétences psychosociales / conduites à risque et addictions : participation des accueils de loisirs au GT, possibilité de bénéficier de formations ou d'interventions de partenaires (financements Santé)

Santé mentale : suivi de la plateforme ISIS (inclusion sociale et scolaire des 0/12 ans), plateforme jeunesse santé mentale (12/25 ans)-

→ Avec la Vie des Quartiers – directions de quartiers

Rencontre annuelle : échanger sur les besoins spécifiques sur les quartiers

Contribution de la direction santé aux événements phares sur les quartiers pour porter des messages de prévention et orienter sur les ressources existantes

Collectifs de professionnels : participation des référents santé quartier et des responsables d'équipements (CMS / PMI)

Prévention nutrition: ateliers cuisines dans les MDQ

Activité physique - Soutien au projet « je bouge dans mon quartier », cofinancements DQ/Santé et Sports

Offre de soins : participation au GT sur les locaux et échanges réguliers sur la veille (besoins des professionnels de santé, locaux potentiels disponibles), accompagnements de projets

Santé précarité : accès aux droits et aux soins dans les quartiers

Santé environnementale: projet sur la précarité énergétique et l'accès à une alimentation saine pour tous à la Plaine ; projet de veille sur la pollution atmosphérique à Pleyel ; participation aux instances du CLSE

➔ Avec la Vie scolaire

Rencontre annuelle : enjeu de cohérence (connaissance et coordination) sur les actions de prévention santé en milieu scolaire

Prévention dans les écoles : actualisation du guide sur 1^{er} degré (nutrimobile et buccodentaire) et second degré (santé sexuelle, conduites à risque)

Prévention nutrition et bucco-dentaire : interventions en maternelles et primaires (nutrimobile et animatrices)

GT compétences psychosociales / conduites à risque et addiction : participation aux rencontres (1 à 2/an) et possibilité de bénéficier de formations ou d'interventions de partenaires (financements santé) - Co-suivi des projets stress et violences (interventions dans les collèges et écoles)

Santé précarité: participation du PRE au cotech

Santé mentale : Suivi de la plateforme jeunesse et santé mentale (12/25 ans) au titre du PRE avec participation à l'instance de concertation et suivi du projet d'inclusion sociale et scolaire (ISIS 0/12 ans)

➔ Avec la Jeunesse

Prévention buccodentaire et nutrition : Possibilités d'interventions dans les structures en fonction des demandes

Santé mentale: suivi de la plateforme jeunesse (12/25 ans) et possibilité de participation aux temps de concertation

Santé environnementale: participation au comité et cotech CLSE

Conduites à risques: suivi du groupe projet CPS 12/25 ans et possibilité de bénéficier de formations ou d'interventions de partenaires (financements santé)

➔ Avec le Pôle environnement

CLSE : contribution active, portage /suivi de certains GT ou thématiques

Plan Air Climat Energie : pilotage par la Santé de la fiche « Améliorer la procédure d'information et de sensibilisation du public en cas d'épisode de pollution » ; « Mener des diagnostics participatifs de la qualité de l'air » ; Participation aux instances de suivi du Plan

➔ Avec l'Accueil

Mission citoyenneté : participation au copil santé et précarité (2/an) et à des points infos droits santé

Services accueil, état civil : Gt sur l'outil ressources santé et précarité pour les agents d'accueil (2 à 3 sur 2019, voir sur perspectives années suivantes), points et visites des acteurs du territoire 1/an

Standard et gardiens : participation à l'astreinte SDRE ; mise à jour des connaissances sur les procédures 1/an par la Santé

➔ Avec les Ressources locales

Mieux documenter les spécificités du territoire en matière de santé - Copilotage de la fiche projet

Participations aux rencontres avec les partenaires (CPAM, hôpital...) et les services producteurs de données (CMS, UVS...)

Démarche de développement social local (DSL) : participation des chargées de projet

➔ Avec la Mission Habitat Indigne

Santé environnementale - Santé dans l'habitat

Coordination opérationnelle sur le repérage de situation de familles en habitat dégradé ayant des impacts potentiels sur leur état de santé (maladies respiratoires, saturnisme...), et sur leur accompagnement vers les travaux de résorption de l'insalubrité.

Contribution à la réflexion sur des actions de prévention que pourrait porter le « conseiller médical en environnement intérieur »

CLSE Participation au comité

➔ Avec la Restauration

CLSE

Participation au Comité et suivi du Gt alimentation

Prévention nutrition

Articulations avec les interventions des diététiciennes sur les écoles et ADL

Animations coordonnées et formation des professionnels présents sur le temps de repas et les pauses méridiennes

➔ Avec le Commerce

Offre de soins

Participation au GT sur les locaux et échanges réguliers sur la veille (besoins des professionnels de santé, locaux potentiels disponibles), accompagnements de projets

CLSE

Participation au projet de la Maison de la Santé autour de menus labellisés « santé » dans les fast food et du projet « marché des enfants »

➔ Avec les Services de Plaine Commune

Offre de soins

UT urbanisme opérationnel / Habitat /Rénovation Urbaine - Directions Aménagement /Développement économique

Participation au GT sur les locaux et échanges réguliers sur la veille – travail sur l'accessibilité, la signalétique et le stationnement – inscription projets santé dans les projets d'aménagement

Santé environnementale

UT Voirie / Parcs et jardins /Rénovation Urbaine –

Directions Aménagement /Développement économique

CLSE GT impact de l'automobile et pollution de l'air - GT Aménagements favorables à la santé –
Projet EIS

Annexe 4 – Inscription dans le Contrat Unique Plaine Commune - Politique de la Ville

Les CLS sont en cohérence avec la politique de la ville qui a connu dans les dernières années une redéfinition en profondeur avec la loi de « *programmation pour la ville et la cohésion urbaine* » de février 2014.

Celle-ci a posé le cadre d'une réforme des instruments de la politique de la ville en :

- redéfinissant les quartiers prioritaires à partir d'un critère unique (la concentration urbaine de pauvreté),
- instaurant un contrat urbain global à l'échelle intercommunale,
- engageant une nouvelle étape de rénovation urbaine (NPNRU) indissociable du volet social,
- inscrivant le principe de co-construction de la politique de la ville avec les habitants (avec la mise en place d'un Conseil citoyen dans chaque quartier).

→ La révision de la géographie prioritaire

Le décret n°2014-767 du 3 juillet 2014 détermine la méthode de délimitation des contours des quartiers prioritaires de la politique de la ville, tels que caractérisés dans la loi du 21 février 2014. Ont été retenus : un critère unique (la pauvreté au regard du revenu médian) et un zonage unique qui remplace désormais les nombreux zonages et dispositifs (Zus, Cucs, ZRU, ZFU...).

Les propositions d'extension formulées par la ville de Saint-Denis ont été intégrées au regard également de la concentration du parc potentiellement indigne. La proposition de nouvelle géographie prioritaire a repris pour l'essentiel les quartiers en ZUS (Floréal Saussaie Courtille, Franc Moisin Bel Air et Allende) et Cucs (une partie plus importante du centre-ville, le quartier Séward, une partie du quartier Delaunay Belleville, Joliot-Curie / Saint-Rémy / Romain Rolland, Cosmonautes, plusieurs zones sur la Plaine, un petit périmètre sur Pleyel autour de la place des pianos).

72.1% de la population de Saint-Denis habite (données 2015) en quartier politique de la Ville (contre près de 39% en Seine-Saint-Denis et près de 13% en Ile de France).

→ Un contrat de Ville unique prolongé jusqu'en 2022

Pour chacun des territoires éligibles un « contrat de ville » a été établi au niveau de l'agglomération et piloté à l'échelle de l'établissement public territorial, document unique rassemblant :

- les dispositifs relevant de la politique de la ville sur le territoire de l'agglomération ;
- les modalités de renforcement des crédits de droit commun de l'Etat et des collectivités sur les quartiers relevant de la géographie prioritaire.

La loi de finance 2019 prolonge ces contrats jusqu'en 2022.

Le Contrat de Ville de Plaine Commune intègre un axe santé décliné en plusieurs axes stratégiques. A l'échelle de Saint-Denis, il a été proposé que le Contrat Local de Santé constitue l'axe santé, c'est-à-dire qu'au moins les axes prioritaires soient en cohérence avec ceux du CLS 2 (et 3).

A l'échelle de Plaine Commune, l'objectif est d'améliorer le niveau de santé de la population dans son ensemble en réduisant de moitié les écarts de santé entre le territoire et la région Ile-de-France :

- Développer l'accès aux soins sur le territoire
- Favoriser l'accès aux droits en santé
- Accroître les dispositifs et les lieux de prévention tout particulièrement dans les domaines suivants : la santé mentale, les addictions et conduites à risques, l'obésité infantile
- Permettre à chacun de vivre dans un environnement respectueux de sa santé.

Plaine Commune a procédé à une évaluation à mi-parcours du contrat de Ville.

Concernant la santé, le diagnostic partagé a mis en évidence la réduction des écarts de niveau de santé avec des niveaux qui restent élevés : un léger accroissement de l'espérance de vie dans le département, mais toujours un an de moins qu'à l'échelle régionale, une réduction de moitié des écarts de mortalité infantile avec la Région ; des moyens dédiés à la santé en diminution avec une démographie médicale en déficit, un accès au droit réduit par la dématérialisation...

→ **Nouveau programme de rénovation urbaine 2014-2024**

Les enjeux du nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU) sont :

- la cohésion sociale,
- le cadre de vie,
- le renouvellement urbain,
- le développement de l'activité économique et de l'emploi.

Le nouveau programme a également un objectif de transversalité afin d'agir au mieux sur les problèmes inhérents aux quartiers ciblés (chômage et faibles revenus des populations, habitat dégradé, dysfonctionnements urbains, etc.).

En Seine-Saint-Denis, 23 communes sont concernées dont Saint-Denis avec la poursuite pour Franc-Moisin/Bel Air du PRU et deux nouveaux projets : la rénovation de l'îlot Basilique et le centre-ville, déjà inscrit au PNRQAD (programme national de requalification des quartiers anciens dégradés).

Leur inscription dans le second programme confirme l'engagement de l'État dans une démarche de rééquilibrage territorial et de réduction des inégalités.

Le CLS3 de Saint-Denis porte une attention particulière à la coordination des différents acteurs autour de l'habitat indigne et plus globalement à la question de la santé dans l'habitat.

→ **Les démarches d'atelier santé ville**

En 2001, la Seine-Saint-Denis a été territoire d'expérimentation des ateliers santé ville.

L'Atelier santé ville (ASV) est à la fois une démarche locale et un dispositif public qui se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé, dont l'objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La circulaire du 13 juin 2000 a fixé son cadre de référence et légitimé sa démarche au niveau national. En 2006, le gouvernement a décidé de généraliser la démarche des ASV au niveau national afin de renforcer la dynamique santé sur les territoires inscrits en politique de la ville au niveau national et de faire de la démarche des ASV le point d'appui du développement local de la santé publique par la déclinaison territoriale des Plans régionaux de santé publique (PRSP). Elle s'articule avec les priorités régionales des programmes d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

Elle s'insère dans le dispositif contractuel de la politique de la ville entre la collectivité territoriale et l'Etat.).

A Saint-Denis, comme pour la plupart des ateliers santé ville de Seine-Saint-Denis, la démarche d'ASV est inscrite dans le CLS. Elle touche l'ensemble du territoire communal et est portée par la direction Santé de la Ville depuis 2014.

Les fiches actions du CLS3 Saint-Denis

Axe stratégique : les indicateurs de santé

| | |
|---------------------------------|----|
| Fiche 1 : Observatoire de santé | 66 |
|---------------------------------|----|

Axe stratégique : Prévention

| | |
|--|-----|
| Fiche 2 : Santé nutritionnelle | 70 |
| Fiche 3 : Activité physique, lutte contre la sédentarité | 75 |
| Fiche 4 : Hygiène bucco-dentaire | 80 |
| Fiche 5 : Conduites à risques et addictives. | 85 |
| Fiche 6 : Vie affective et santé sexuelle | 91 |
| Fiche 7 : Santé des femmes | 95 |
| Fiche 8 : Maladies émergentes (tuberculose, rougeole...) | 101 |

Axe stratégique : Parcours coordonnés

| | |
|---|-----|
| Fiche 9 : Parcours accès aux droits et aux soins des personnes en situation précarité et/ou d'exclusion | 105 |
| Fiche 10 : Parcours de prise en charge des enfants, adolescents et adultes en surpoids ou obèses | 110 |
| Fiche 11 : Parcours maladies chroniques, diabète de type 2 | 114 |
| Fiche 12 : Parcours autour des cancers | 118 |
| Fiche 13 : Parcours de santé des personnes vieillissantes cumulant des vulnérabilités | 122 |
| Fiche 14 : Parcours des femmes enceintes / périnatalité | 127 |

Axe stratégique : Offre de soins de 1^{er} recours

| | |
|---|-----|
| Fiche 15 : PASS (permanences d'accès aux soins de santé) de proximité | 132 |
| Fiche 16 : Offre de soins libérale | 137 |
| Fiche 17 : CPTS communauté professionnelle territoriale de santé | 143 |

Axe stratégique : Santé liée à l'environnement

| | |
|--|-----|
| Fiche 18 : Conseil Local en Santé Environnementale | 147 |
| Fiche 19 : Santé dans l'habitat | 153 |
| Fiche 20 : Nuisances et nuisibles | 157 |

Axe stratégique : santé mentale

| | |
|---|-----|
| Fiche 21 : Conseil local en santé mentale | 161 |
| Fiche 22 : Inclusion du public souffrant de TSA/Troubles neuro-développementaux | 166 |

| | |
|---|---|
| AXE STRATEGIQUE : Les indicateurs de santé | |
| INTITULE DE L'ACTION : Observatoire de santé | |
| PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) Direction santé/ UVS et Ressources locale | |
| DUREE DE L'ACTION : CLS3 | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle x Début : Fin : |
| ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION | |
| <p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ? Quelle démarche de diagnostic Les données démographiques, économiques, sociales, de santé (....), qui témoignent de la santé des habitants ou de vulnérabilités renvoyant aux inégalités sociales et territoriales de santé, sont collectées et diffusées par différentes sources : le recensement de la population par l'INSEE en 1^{er} lieu, la CNAF, la CNAV, la CPAM (la direction de la coordination de la gestion du risque) ou des organismes qui collectent et retravaillent les données (l'ORS – observatoire régional de la santé avec notamment les sites Intersanté et Intersanté jeunes), carto santé de l'ARS mais aussi des monographies par ville (de l'ARS, de la CPAM 93)....</p> <p>Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action Les habitants de Saint-Denis, de par leurs caractéristiques sociales, économiques (...) sont extrêmement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé. Cf. annexe sur les indicateurs de santé du CLS3</p> <p>Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés Les données qui en témoignent sont souvent éparpillées et disparates, notamment parce qu'elles sont produites sur des échelles qui sont rarement celles de la commune ou du quartier.</p> <p>Certaines données (notamment dans la monographie de la CPAM 93) sont difficilement interprétables et demanderaient d'avoir été travaillées au préalable avec le service des ressources locales et la Direction de la Santé.</p> <p>Des données à une échelle plus fine peuvent être produites localement dans le cadre de projets spécifiques pour en faciliter le suivi et l'évaluation (des questionnaires...) ou être des données d'activités de services comme celles des CMS, de différents services hospitaliers ou des données liées à des projets spécifiques (dépistage buccodentaire par exemple ...).</p> <p>Certaines de ces données peuvent également améliorer la compréhension plus globale du territoire à certaines conditions, dont celle de pouvoir en renouveler et systématiser la collecte.</p> | |
| La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ? | Oui <input type="checkbox"/> Non x |

| |
|---|
| DESCRIPTION DES ACTIONS |
| Objectif stratégique: Mieux documenter avec les partenaires les évolutions du territoire en matière de santé pour soutenir les arbitrages, identifier les priorités d'actions et renforcer les plaidoyers |
| Objectifs opérationnels de l'action Faciliter le suivi des principaux indicateurs en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé Soutenir des recherches locales permettant d'affiner la connaissance du territoire et des besoins |
| Déroulé des actions |

Animation territoriale

Un cotech

Co-animé par la direction santé et le service des ressources locales de la Mairie, en présence des services techniques des signataires et selon les projets des référents techniques de l'UVS

L'objectif de cette fiche action est de soutenir les arbitrages, identifier les priorités d'actions et renforcer les plaidoyers

Idéalement, et si elles permettent une connaissance suffisamment fine, certaines données peuvent également contribuer à identifier des territoires infra-communaux ou des publics à cibler, et constituer une aide à l'arbitrage sur les actions à développer.

C'est le cas par exemple en matière d'offre de soins. L'accompagnement des professionnels de santé libéraux sera notamment priorisé sur les quartiers les plus fragiles à partir d'une analyse fine de la situation du territoire en matière de démographie médicale.

Des plaidoyers pour des demandes d'intervention ou de financements peuvent aussi s'adosser aux données qui témoignent de besoins spécifiques, d'une nécessité de rattrapage par rapport à d'autres territoires...

Regrouper les principaux indicateurs avec un outil de suivi

Il est essentiel de rassembler les principaux indicateurs démographiques, économiques, environnementaux et de santé.

Ceci doit permettre une vision d'ensemble de ces indicateurs et de leurs évolutions dans le temps pour dresser une photographie de nos habitants, de leur situation en matière de santé ou de celle de l'offre de soins par exemple.

Ces données permettent également de mieux caractériser notre territoire y compris relativement aux territoires de proximité de l'agglomération, du département et de la région et d'en suivre les évolutions sur plusieurs années.

Il est indispensable que cet outil et le choix des indicateurs collectés fasse l'objet d'une réflexion préalable partagée avec les signataires du CLS (qui disposent chacun de données) en lien avec le service des ressources locales de la Ville.

En particulier, les données produites pour les monographies par la CPAM 93 devront faire l'objet de discussions préalables pour limiter les risques de productions de données inutilisables.

Soutenir des recherches locales

Des données (quantitatives et qualitatives) peuvent également être produites dans le cadre de recherches sur le territoire.

Ces études ou enquêtes peuvent être menées par des stagiaires en santé publique ou des internes en médecine dans le cadre de leurs stages, par des équipes de recherche universitaires...

Elles doivent permettre de mieux documenter

- Les besoins de santé,
- Les pratiques des professionnels et des habitants,
- Les particularités de certaines populations (les jeunes, les personnes vieillissantes...).

Il est essentiel que soient travaillées en amont les modalités de restitution des résultats de ces enquêtes aux commanditaires mais aussi aux élus, aux professionnels concernés ou intéressés et aux habitants.

Ces projets peuvent être travaillés, en lien avec le service des ressources locales de la Ville de Saint-Denis avec :

- Les services concernés des signataires :

services hospitaliers, service technique de la CPAM, Conseil départemental (sur les données sociales, PMI, ASE ou environnementaux)...

- Des professionnels de santé de la ville,

notamment les infirmières en pratique avancées, les médecins partagés Ville/hôpital dont les postes intègrent des volets de recherche en santé publique

- Les départements facultaires de médecine générale en particulier de Paris 6, Paris 7 et Paris 13 (mémoires de thèses ou de stages) dans une optique de renforcement de la filière universitaire de recherche clinique de médecine générale
- Les universités, en particulier Paris VIII, sur des sujets de sociologie, géographie de la santé, santé environnementale...

Deux sujets d'enquêtes sont d'ores et déjà identifiés autour deux parcours de soins aux difficultés particulières :

- les suivis de grossesse des femmes enceintes et en particulier les arrivées tardives dans les suivis
- les parcours des femmes avec des cancers du sein avec des suivis tardifs

Public cible services ressources des signataires, professionnels du territoire

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs psychosociaux et environnement social
système de santé

Thématique

Dispositif de coordination

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses

Prioriser les moyens en fonction des besoins

Soutenir l'innovation et la recherche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | Signataires ARS, CHSD, CPAM93 | x | x | x | x |
| Universités | Départements de médecine générale des facultés de médecine, universités | x | | x | |
| Autres | Service Ressources locales | x | x | x | x |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Existence de données à l'échelle de l'agglo et de la commune

Services et secteurs ressources sur les données chez plusieurs signataires

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

| SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT | |
|---|---|
| Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic | |
| Indicateurs de processus : | Rencontres des services des signataires Groupes de travail |
| Indicateurs d'activité : | Mises en œuvre de projets et d'enquêtes Existence d'un outil regroupant les données |
| Indicateurs de résultats : | Rapports d'enquêtes, préconisations Notes pour des arbitrages ou orientations politiques |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Rapports d'enquêtes Comptes rendus de réunions et groupes de travail |

| | |
|---|---|
| AXE STRATEGIQUE : Prévention | |
| INTITULE DE L'ACTION : Santé nutritionnelle | |
| PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) Direction Santé, UVS Samira Guédichi-Beaudouin, Christel Chiboust, Laura Ovide | |
| DUREE DE L'ACTION : CLS3 | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle x Début : Fin : |
| ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION | |
| <p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ? Quelle démarche de diagnostic Les sources d'information sont multiples et anciennes : le réseau local de prévention « fruits et légumes dans tous leurs états à Saussaie-Floréal-Courtille » actif de 2006 à 2014, les bilans des diététiciennes de santé publique de 2011 à aujourd'hui, le programme itinérant d'éducation à la santé nutritionnelle Nutrimobile depuis trois ans, l'ASV « nutrition et activité physique » avec ses 4 journées de réflexion et ses deux états de lieux en nutrition en 2010 et 2017, les recherches-action entre 2013 et 2017 « pour la santé, je bouge dans mon quartier » sur la promotion de l'activité physique en quartier politique de la ville et « FLAM, Fruits et Légumes à La Maison » sur la consommation de fruits et légumes en population précaire. Ce processus a permis d'identifier les besoins en éducation nutritionnelle et la méthode pour construire des réponses adaptées au territoire.</p> <p>Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action Le bilan des 4 ans effectué par les PMI intègre depuis 2016 les prises systématiques poids/taille et IMC des enfants. Le calcul de l'IMC réalisé par les diététiciennes de l'UVS et la confrontation des résultats avec les courbes en vigueur pour cet âge indique un taux d'obésité presque deux fois plus élevé que la moyenne nationale (taux d'obésité, grade 2 : 6% à Saint-Denis, 3,5% au niveau national) en 2017.</p> <p>Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés Les états des lieux en nutrition à Saint-Denis témoignent d'une population précaire, exposée à la malbouffe et à la sédentarité. Ils préconisent d'agir sur les connaissances, les comportements, les pratiques mais aussi sur l'environnement pour améliorer les choix alimentaires, lutter contre la sédentarité et favoriser l'activité physique. Les besoins sont pluridimensionnels : besoin d'éducation nutritionnelle des enfants ; d'étayage des enseignants sur la nutrition ; de formation des professionnels ; de conseils aux habitants et particulièrement aux parents ; d'information sur les ressources locales</p> <p>Poursuite et perspectives d'une action ancienne Depuis le CLS1, un temps plein de diététicienne est consacré aux actions collectives de prévention. Elles ont lieu à la demande des partenaires. Elles consistent à intervenir auprès de divers publics : enfants, parents, adolescents, porteurs de handicap, professionnels. Elles prennent plusieurs formes : interventions éducatives, sensibilisation, pratiques culinaires, formation. Leurs objectifs sont toujours construits avec les partenaires ou les participants. Les interventions touchent principalement les enfants, notamment dans les écoles primaires via le Nutrimobile. Pour agir sur les comportements et les pratiques, ce programme doit se tourner davantage vers les parents et les encadrants qui sont les leviers pour faire bouger les habitudes alimentaires. Aussi les actions auprès des enfants en élémentaire seront limitées à Nutrimobile ; au profit de l'accompagnement des équipes à la construction de projet afin qu'ils les mènent eux-mêmes. Le temps gagné permettra de répondre aux demandes d'actions à destination des parents ainsi qu'à la formation des professionnels encadrant les enfants.</p> | |
| La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ? | Oui X Non <input type="checkbox"/> |

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Favoriser les comportements favorables à la santé nutritionnelle

Objectifs opérationnels de l'action

Améliorer les connaissances des habitants en matière de santé nutritionnelle

Soutenir les professionnels du territoire en matière de connaissances et outils sur ce sujet

Déroulé des actions

1 animation territoriale - copil, cotech...

Coordination en nutrition réunit en groupes de travail thématiques les partenaires ou les participants demandeurs d'action afin de construire les objectifs à atteindre.

Coordination Pro Nutri Action réunit les partenaires intéressés à devenir plus autonome pour accompagner ou organiser des actions de prévention en nutrition.

Coordination des actions éducatives dans les écoles : animé par diététiciennes (UVS) avec ETAPS (direction municipale des sports), animatrice bucco-dentaire, chargées de mission AP (Maison de la Santé), conseillers pédagogiques AP (Education Nationale), infirmières scolaires (Education Nationale) pour coordonner les interventions sport et santé dans les écoles, bilans et perspectives des différents interventions

2 actions reconduites

Pro-Nutri-Action

Des temps de sensibilisation à la nutrition permettent d'harmoniser les pratiques, améliorer les compétences des acteurs socio-éducatifs sur les questions liées à la nutrition et augmenter leur autonomie. Chaque programme est monté avec les acteurs du territoire en fonction de leurs besoins et de leurs demandes. Les partenaires se sentent plus autonomes, ils ne sollicitent plus systématiquement la diététicienne, même si elle reste un pilier essentiel dans leur conception et réalisation de projets.

- **population cible** : acteurs socio-éducatifs / animateurs de centres de loisirs / professionnels de PMI/ groupes d'adultes en Apprentissage Socio Linguistique
- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : tout au long de l'année à la demande des professionnels. Plusieurs modules par programme
- **moyens humains et matériels** : diététiciennes/ outils d'information

Education nutritionnelle et choix alimentaire

Le but est de sensibiliser à l'équilibre alimentaire, d'améliorer les connaissances de bases et donner aux participants les outils nécessaires pour améliorer leurs choix alimentaires. Ces actions se déroulent essentiellement dans les établissements scolaires ou auprès des maisons de quartiers. Elles s'intègrent au projet de structure. Auprès des enfants et adolescents (en élémentaire le Nutrimobile, au collège, et au lycée), les contenus d'apprentissages sont différents selon l'âge. Les actions auprès des adultes sont conçues avec les maisons de quartiers, maison des parents, crèches, PMI, association de parents d'élèves. Elles s'appuient sur l'auto-support entre parents qui se conseillent et se font part de leurs expériences. Ces actions apportent des savoirs et des savoir-faire. Une évaluation des savoirs être est proposé via un questionnaire passé quelques temps après afin de vérifier si les habitudes alimentaires s'améliorent.

- **population cible** : enfants, adolescents, jeunes adultes, parents
- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : à la demande des participants tout au long de l'année. Plusieurs interventions programmées sur plusieurs semaines
- **moyens humains et matériels** : diététiciennes, mini-bus, outils interactifs et ludiques, outils d'information

Pratiques culinaires

Ces ateliers cuisine répondent à plusieurs objectifs hygiéno-diététiques de savoir-faire mais permettent également de créer du lien social, de valoriser les participants et d'améliorer l'estime de soi. Ces actions renforcent les liens avec les partenaires et contribuent à informer les participants sur les ressources disponibles et les différentes programmations. Ils font le lien entre la prévention et le soin, et permettent le rappel des lieux de consultations diététiques. Il s'agit également d'un outil thérapeutique qui facilite la prise

en charge diététique.

- **population cible** : usagers des structures sociales ou éducatives
- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : tout au long de l'année à la demande des partenaires
- **moyens humains et matériels** : diététiciennes, cuisine, aliments et ustensiles

3 actions nouvelles

Marché des enfants

Dans le cadre des Foires de Saint-Denis, la direction du développement commercial souhaite organiser un événement consacré exclusivement aux enfants de 8 à 10 ans : un marché à hauteur d'enfants. Les objectifs sont de sensibiliser les plus jeunes à l'idée du « bien manger » ; les accompagner dans cet apprentissage, avec la connaissance des fruits et légumes, et leur faire découvrir l'univers du marché ; proposer un dispositif ludique et pédagogique pour les fêtes de fin d'année. En partenariat avec la Maison de la Santé, des ateliers pédagogiques sont proposés mêlant promotion de l'AP et découverte des fruits et légumes par la vue, l'odorat. Ce marché inédit est proposé aux écoles élémentaires et aux enfants inscrits en accueil de loisirs le mercredi.

- **population cible** : enfants, enseignants, parents accompagnant, animateurs d'ADL
- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : Réalisation sur une semaine en décembre
- **moyens humains et matériels** : diététiciennes UVS, Maison de la Santé, outils ludiques

4 Perspectives

Actions transversales de sensibilisation à la nutrition

De plus en plus de partenaires sollicitent une intervention autour de la santé nutritionnelle dans le cadre d'une action événementielle mais récurrente. C'est le cas de l'Office des sports avec le forum des associations sportives, l'action « y'a pas d'âge pour bouger » organisée en plein air par la direction des sports avec des seniors, « la semaine olympique » organisée par la direction générale de la mairie de Saint-Denis. Ces événements conçus dans une logique de communication vont se développer dans la perspective des Jeux Olympiques et Paralympiques. Ces événements présentent l'intérêt de faire comprendre le lien entre l'activité physique, l'alimentation et la santé, mais surtout de faire via des stands identifiés, connaître les ressources en termes de santé aux divers publics rencontrés à ces occasions.

- **population cible** grand public
- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : fin août pour l'événement « y'a pas d'âge pour bouger »/ début septembre pour le forum des associations sportive/ juin pour la semaine olympique de Saint-Denis
- **moyens humains et matériels** : diététiciennes/ outils d'information
- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement**

Conseils nutritionnels pratiques en direction des espaces jeunesse

Ces actions initiées par les structures du fait de leurs observations de terrain ou à la demande des familles. Ces conseils sont demandés par des animateurs afin d'équilibrer l'alimentation des jeunes en séjours. Le but est de multiplier ces conseils pratiques auprès des espaces jeunesse afin de susciter des changements de comportements.

- **population cible** professionnels et public jeune des espaces jeunesse
- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : tout au long de l'année
- **moyens humains et matériels** : diététiciennes/ outils d'information
- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement**

Public cible habitants et professionnels

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

- Les actions reconduites sont mises en oeuvre
- le marché des enfants est en cours de préparation
- pour deux types d'actions (événements et conseils) il reste à développer les supports adaptés

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs comportementaux (style de vie)

Thématique

Alimentation

Activité physique

Santé de l'enfant

Santé des adolescents et jeunes adultes

Thématique Prioritaire PRS2

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Programme national nutrition santé (PNNS) 2018 2022

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|--------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé | Maison de la Santé, ACSBE | x | x | x | x |
| Sport | Direction des Sports, Office des Sports | | | | |
| Jeunesse | Espaces jeunes | | | | |
| Quartiers | Maisons de quartiers, associations | | | | |
| Autres | Direction des sports – office des sports – espaces jeunes | x | | x | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒**Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :**

- la présence des diététiciennes
- la motivation des acteurs socioéducatifs

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- un temps de diététicienne limité

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | <ul style="list-style-type: none"> - nombre de réunions - nombre de partenaires |
| Indicateurs d'activité : | <ul style="list-style-type: none"> - nombre d'actions - nombre de participants |
| Indicateurs de résultats : | <ul style="list-style-type: none"> - évolutions des connaissances - évolutions des pratiques - évolutions des comportements |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | <ul style="list-style-type: none"> - liste d'émargement - fiche action - questionnaires - entretien - observation |

AXE STRATEGIQUE : Prévention**INTITULE DE L'ACTION : Activité physique, lutte contre la sédentarité****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) :****Direction santé : Samira Guédichi-Beaudouin (UVS) et Dr Anne-Louise Avronsart (Centre Médico Sportif)****Direction des Sports****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X

Début : Fin :

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

Le manque d'activité physique (AP) tue plus de personnes par an dans le monde que le tabac. Les populations des quartiers populaires cumulent faiblesse des revenus, niveaux d'éducation et exposition à la malbouffe, à la sédentarité et au manque d'AP qui ont des conséquences sur la santé (obésité, diabète de type 2, maladies chroniques cardio-vasculaires, cancers).

Une recherche action « pour la santé, je bouge dans mon quartier » pilotée par la Direction Générale de la Santé visait à identifier les freins et leviers pour la promotion de l'AP auprès des populations vivant en quartier politique de la ville. L'expérimentation menée entre 2013 et 2015 par l'Université Paris 13 souligne trois facteurs nécessaires à la promotion de l'activité physique : la communication sur les bienfaits pour la santé de l'AP, une offre notamment aux populations les plus éloignées de l'AP (femmes, jeunes adultes et seniors), un environnement urbain avec des aménagements favorisant l'AP.

Le contexte est favorable à une alliance approfondie entre sport et santé. La préparation des Jeux Olympiques et Paralympiques 2024 a suscité de multiples demandes adressées aux professionnels de santé. Les associations sportives et la Ville de Saint-Denis organisent des événements de promotion du sport où une place de plus en plus importante est faite à la santé.

Les urbanistes prêtent également une oreille plus attentive aux professionnels du sport et de la santé. En témoigne leur présence massive à la 4^{ème} journée de réflexion « un urbanisme favorable à l'activité physique et à la santé, dessinons la ville ensemble » organisée en novembre 2018 par le groupe de travail « nutrition et activité physique » au CHSD.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

L'association Maison de la Santé mène des actions de promotion de la santé dans cinq quartiers poursuivant ainsi le projet « pour la santé, je bouge dans mon quartier ». L'enquête épidémiologique y a révélé un taux d'activité physique dans le quartier Saussaie-Floréal-Courtille de 46% alors qu'il est de 63% au niveau national révélant ainsi une inégalité territoriale de santé en matière d'activité physique.

Le taux d'équipement sportif pour 10 000 habitants en 2010 était nettement plus bas en Seine-Saint-Denis par rapport aux autres départements (hormis Paris). La construction de la piscine olympique sur le quartier de la Plaine et son ouverture aux publics après les JOP2024 est un enjeu important.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Connaissance des offres existantes et adaptées à un public éloigné de la pratique d'AP pour les habitants comme pour les professionnels

Soutien et développement de ces offres,

Mise en lien des professionnels de santé et du sport pour travailler ensemble et développer les offres en AP adaptée à un public qui en est éloigné

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Les diététiciennes interviennent dans le cadre de l'Ecole Municipale des Sports, du projet « conseils aux

habitants - manger mieux et bouger plus à Saint-Denis » avec le groupe de travail « nutrition et AP » et une association de foot féminin. L'éducation nutritionnelle auprès du grand public traite en même temps des apports énergétiques (alimentation) en lien avec les dépenses (par l'activité physique). Elles distribuent systématiquement les informations sur les ressources locales. Il est essentiel de poursuivre et approfondir les liens entre acteurs sportifs, événements sportifs et santé.

Les enjeux liés aux mobilités actives sont désormais mieux partagés par les urbanistes avec le GT « nutrition et AP ». La gestion de l'héritage après les JOP2024 a été discutée et fera l'objet d'un suivi. Un groupe de travail « bouger plus en Seine-Saint-Denis » lié au Comité d'Organisation des Jeux Olympiques (COJO) mettant en avant le design actif a démarré en 2019. Une boucle sportive, reliant les différents sites olympiques est mise en œuvre par la mission JOP. Des représentants du GT « nutrition et AP » est invité dans les deux instances et poursuivra son suivi.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui X Non ☐

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Promouvoir l'activité physique et la lutte contre la sédentarité

Objectifs opérationnels de l'action

- Organiser des actions communes alliant sport et santé : développer le pouvoir d'agir des professionnels du sport et de la santé
- Favoriser l'émergence de nouvelles pratiques d'AP : développer le pouvoir d'agir des usagers en individuel, en collectif

Déroulé des actions

1- animation territoriale

Cotech « nutrition et AP » : co-animé depuis le CLS1 par cheffe de projet et chef de service CHSD (chirurgie viscérale et bariatrique). Suivi, rencontres avec urbanistes,

GT équipe ressource en sport santé : médecin du sport et cheffe de projet aux intervenants ressources en sport et santé

GT démarche de coordination journée olympique et sport santé : médecin du sport et cheffes de projet « nutrition et AP » avec acteurs du milieu sportif concernés

Coordination bouge pour ta santé : GT co-animé par ETAPS (direction municipale des sports) et les deux diététiciennes (UVS) avec l'animatrice bucco-dentaire, chargée de mission AP (maison de la santé) pour coordonner les interventions à l'EMS et les regroupements sportifs (stands, jeux en stade ou gymnases) et élaborer de nouveaux outils de prévention inclus dans une « malle sport et santé » à mutualiser

2- actions reconduites

« santé, nutrition et sport » : stands, jeux, ateliers de sensibilisation faisant lien entre activité physique, alimentation et santé. Organisations d'actions avec les partenaires des sports. création d'une malle « sport-santé » pour harmoniser les activités menées.

- **population cible** participants aux activités physiques ou sportives, enfants inscrits à l'EMS/ participants au DFS/ publics porteurs de handicaps/ personnes âgées/ femmes/ jeunes adolescents inscrits dans les clubs sportif/sportifs

- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : réunions d'organisation et de bilan tout au long de l'année des GT « actions éducatives sport et santé dans les écoles » et « bouge pour ta santé », coordination autour du Centre Médico Sportif

- **moyens humains et matériels** : , outils d'information, de prévention, matériels ludiques

- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement** : parents d'enfants inscrits à l'EMS, usagers du défi forme santé, parents d'élèves

3- actions nouvelles

Equipe ressource en sport santé : un groupe de travail pour se construire une culture commune autour de la prévention par le sport santé visant à constituer une équipe d'intervenants dans ce domaine. Il s'agit d'augmenter la capacité des professionnels à communiquer sur l'activité physique, le sport, l'activité physique adaptée, la nutrition en lien avec la santé. Il s'agit dans un premier temps de se répartir les interventions sur les grands événements récurrents. La « malle sport et santé » élaborée dans le cadre du Gt « bouge pour ta santé » peut y être un outil ressource pour les partenaires.

- **population cible** : tous publics/ acteurs ressources en sport santé

- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : GT animé par médecin du sport et cheffe de projet. Une réunion de démarrage au Forum des associations sportives en septembre. Un calendrier de réunions en fonction des interventions aux trois événements récurrents : la voie royale en octobre, la fête des tulipes en avril, la semaine olympique en juin.

- **moyens humains et matériels** : médecin du sport (Centre Médico Sportif), cheffe de projet « nutrition et AP » (UVS), intervenants ressources en « sport et santé » : équipe d'infirmières volontaires des CMS, en particulier l'infirmière en DU sport santé, diététiciennes, conseiller médico sportif, ETAPS formés au sport santé, secrétaire du Centre Médico Sportif, chargées de mission AP Maison de la Santé, responsable Office des sports, infirmières Asalée, responsable de l'école de kinésithérapeutes de Saint-Denis.

- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement**

Démarche vers une action commune sport et santé pour toutes et tous à Saint-Denis

L'approche consiste à améliorer l'intervention en sport/santé auprès des associations sportives dans le cadre de la journée olympique liée aux JOP 2024. Les actions éparées organisées par les associations à cette occasion (une journée nationale en juin) sont sources de déperdition d'énergie, de cloisonnement des acteurs... L'objectif est que les acteurs du sport se coordonnent pour organiser une action commune en un même lieu ou un parcours entre divers lieux pour que les différents publics bénéficient d'une rencontre avec un professionnel de santé issu de l'équipe ressource en sport santé. Il s'agit de contribuer à une culture impulsée par la ville où les événements sportifs se conçoivent de plus en plus avec les acteurs de santé et les messages de santé font une place à l'activité physique.

- **population cible** : tous les habitants

- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : diffusion de l'idée en septembre au forum des associations sportives lors de la visite avec l'équipe ressource en sport santé. Une réunion au 1^{er} trimestre 2020 avant l'appel à projet sport santé pour la journée olympique 2020.

- **moyens humains et matériels** : membres du GT : Office des sports, ESD (Etoile Sportive Dionysienne), l'association du sport santé, l'Avant-Garde, équipe ressource en sport santé

Contribution des acteurs de santé aux aménagements urbains favorables à l'activité physique :

Le GT « nutrition et AP » est de plus en plus identifié par les partenaires (urbanistes, aménageurs, JOP2024) impliqués sur des projets croisant urbanisme, activité physique et santé. Il peut être un point d'appui pour diffuser les informations/ attirer l'attention sur les publics vulnérables/ émettre des recommandations pour faciliter l'accès aux publics vulnérables des aménagements/ contribuer à l'émergence de nouvelles pratiques d'activité physique sur l'espace public. Des membres du GT « nutrition et AP » participent à cette démarche contributive par l'organisation d'une 5^{ème} journée de réflexion mettant l'accent sur l'inclusion des publics vulnérables dans les projets d'aménagements favorisant l'activité physique et les mobilités actives.

Ce GT peut accompagner des projets d'aménagements favorables à l'AP, par exemple un parcours sportif pour les patients et leurs familles au sein du CHSD.

- **population cible** : toute la population en particulier les publics vulnérables, urbanistes

- **calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues)** : réunion du GT nutrition et AP tous les deux mois.

- **moyens humains et matériels** : partenaires du GT nutrition et AP, urbanistes, stagiaire santé publique

Public cible habitants de Saint-Denis, professionnels et acteurs du Sport

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

- les actions santé, nutrition et sport sont implantées depuis longtemps, des outils de prévention sont à partager, les publics à diversifier notamment travail auprès des parents
- l'équipe ressource en sport santé est à constituer
- La coordination avec les associations sportives concernées par le sport santé est à initier
- la contribution du GT nutrition et AP à un urbanisme favorable à l'AP a démarré

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles
facteurs psychosociaux et environnement social

Thématique

Accès aux soins
Approche urbaine de la promotion de la santé / EIS
Alimentation
Activité physique

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité
Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du grand Paris

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

PNNS 2018 2022

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé | Médecin du sport, | x | | x | x |
| Santé | IDE asalée | x | | x | |
| Sport | Services municipaux, associations sportives | x | | X | |
| Aménagement du territoire | Urbanistes | x | | | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- projets JOP2024 d'aménagements sportifs
- Démarche d'urbanisme favorable à la santé
- Professionnels formés au sport santé (infirmière, diététicienne, ETAPS)

- Forum des associations sportives

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Pas d'entrée permanente avec fonctionnement sur un mode saisonnier des clubs (possibilité d'inscription qu'en septembre par exemple)

Prix d'une licence exclusive sur une seule activité alors que l'activité physique adaptée a besoin de multi-activités avec possibilité d'entrée toute l'année en fonction de la motivation

Formation des médecins

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions - Diversité des partenaires |
| Indicateurs d'activité : | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de partenaires mobilisés - Nombre de participants aux actions - Nombre de patients orientés |
| Indicateurs de résultats : | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients en activité physique - Nombre de patients poursuivant une activité - Nombre de participants rencontrés dans les interventions sport santé |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | <ul style="list-style-type: none"> - Liste d'émargement - Comptes rendus - Entretiens - observation |

| | |
|---|--|
| AXE STRATEGIQUE : Prévention | |
| INTITULE DE L'ACTION : Hygiène bucco-dentaire | |
| PORTEUR(S) DE L'ACTION : Direction Santé, UVS : Samira Guédichi-Beaudouin, Nathalie Vienne | |
| DUREE DE L'ACTION : CLS 3 | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle x <input type="checkbox"/> Début : Fin : |
| ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION | |
| <p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ? Quelle démarche de diagnostic Elle s'appuie sur plusieurs sources : les bilans d'activité, les résultats d'une expérience de dépistage suivi de soin menée à Saint-Denis, l'évaluation du programme bucco-dentaire produite par le département en 2017.</p> <p>Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action Concernant la santé bucco-dentaire, près de la moitié des 1 539 enfants de 4 ans dépistés en 2016/2017 avaient besoin de soins dentaires, dont 1 sur 5 de soins dentaires urgents. Depuis quelques années la ville a vu s'installer des centres dentaires (notamment dans le centre ville). Cependant, cette offre n'est pas nécessairement cohérente avec les besoins de nos habitants, singulièrement en matière de prévention et de prise en charge des plus jeunes enfants (moins de 6 ans). La question de l'accès à la prévention mais aussi aux soins dentaires pour les petits enfants est centrale</p> <p>Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoins de sensibilisation et d'éducation à la santé exprimés par les enseignants, les animateurs en accueils de loisirs, les éducateurs sportifs. - Demande de mise au brossage par les écoles et les accueils de loisirs quand les conditions le permettent - Demande de dédramatisation par la visite de cabinet dentaire dans les CMP, les structures médico-sociales pour les publics porteurs de handicaps. - Demande d'actions adaptées par les structures accueillant des populations vulnérables (personnes âgées, porteurs de handicaps, femmes enceintes, foyers de migrants...) - Des besoins massifs de soins parfois très urgents sont révélés par les dépistages dans les écoles maternelles <p>Poursuite et perspectives d'une action ancienne Un programme financé par le Département (et l'ARS) est implanté depuis 35 ans à Saint-Denis. Une animatrice en prévention intervient auprès des enfants de 4 à 6 ans et des populations vulnérables (porteurs de handicaps, seniors). Ses actions couvrent la sensibilisation, la mise au brossage, la dédramatisation des soins par la visite de cabinets dentaires, l'assistance au dépistage si besoin. Les bilans montrent que le programme de prévention est apprécié et utilisé par les partenaires. Cependant la mise au brossage reste insuffisante notamment en maternelle lorsque les effectifs sont nombreux. Les conditions d'hygiène des locaux et de rangement du matériel de brossage sont des freins. La dédramatisation par les visites de cabinets dentaires convient en particulier aux publics porteurs de handicaps psychomoteurs. Une réponse plus efficiente articulant prévention, dépistage et accompagnement aux soins dentaires est nécessaire. Une expérimentation permettra de l'évaluer sur un territoire restreint. Le quartier Franc-Moisin au regard de ses besoins et possibilités pourrait être retenu.</p> | |
| La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ? | Oui <input type="checkbox"/> Non X |

DESCRIPTION DES ACTIONS**Objectif stratégique: Améliorer la santé bucco-dentaire des populations vulnérables****Objectifs opérationnels de l'action :**

- **Promouvoir des comportements favorables à la santé bucco- dentaire dès le plus jeune âge**
- **Soutenir l'articulation entre prévention et accès aux soins sur le territoire**
- **Expérimenter un dispositif d'accompagnement précoce au soin**

Déroulé des actions**1- animation territoriale - copil, cotech...**

Coordination du programme de prévention bucco-dentaire : participation aux rencontres inter-villes avec le SPAS départemental, mise en place de groupes projets, les rencontres avec l'Education Nationale et la santé scolaire, PMI

Veille sur l'accès aux dépistages et aux soins sur le territoire pour des populations spécifiques : jeunes enfants, personnes en situation de handicap, personnes âgées...

Avec l'objectif d'organiser une coordination des acteurs qui dépasse les seuls CMS et intègre les centres dentaires

Coordination de l'expérimentation « Franc-Moisin, accompagnement aux soins dentaires »

2- actions reconduites

Sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des enfants : séances d'animation en maternelle, élémentaires ou en accueils de loisirs réalisées par l'animatrice de prévention à la demande des encadrants (enseignants, animateurs).

population cible : enfants de 4 à 6 ans

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : planification par année scolaire

moyens humains et matériels : une animatrice en prévention bucco-dentaire (assistante dentaire), les encadrants des enfants, la cheffe de projet pour la coordination, les référents du SPAS (Service de Prévention et d'Action Sanitaire). Des outils de communication sont produits avec le service communication municipale (affiches de l'animatrice accrochées dans les écoles) et vie scolaire (guide des actions éducatives à l'usage des enseignants), direction de la santé (brochures d'information).

Mise au brossage dans les structures : L'évaluation de la faisabilité est faite avec l'animatrice en lien avec le responsable de la structure (directeur d'école ou d'ADL) Le porteur de projet (enseignant, animateur) est formé aux gestes du brossage. Une séance de prévention précède toujours le projet de mise au brossage.

population cible : enfants dès 4 ans

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : un trimestre au moins à une année scolaire ou plus

moyens humains et matériels : idem action de sensibilisation auprès des enfants

Dédramatisation chez le dentiste : une visite d'un cabinet dentaire en CMS est organisée avec un petit groupe de personnes accompagné de leurs encadrants professionnels ou de leurs familles. L'animatrice vise à familiariser les publics parfois anxieux avec les lieux, le fauteuil, les outils de soins dentaires.

population cible : enfants autistes, adultes porteurs de handicaps psychomoteurs

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : tout au long de l'année à la demande des structures médico-sociales ou pédopsychiatriques

moyens humains et matériels : idem

Stands « Bouge pour ta santé » : cette action allie sport et santé. Elle est construite avec les éducateurs

sportifs (direction municipale des sports), les diététiciennes, la Maison de la Santé et l'animatrice bucco-dentaire. Le stand de prévention bucco-dentaire est installé au côté d'autres stands d'éducation à la santé. Les animations élaborées collectivement visent à interroger les enfants sur leurs connaissances et pratiques en matière de santé sous forme de jeux actifs de préférence. Elles sont proposées en marge des compétitions sportives avec des petits groupes d'enfants accompagnés d'éducateurs sportifs.

population cible : enfants de 8 à 13 ans, éducateurs sportifs

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : action renouvelée depuis 10 ans

moyens humains et matériels : groupe projet inter-partenarial (direction des sports, de la santé, Maison de la Santé). Des jeux créés collectivement répondant à des objectifs partagés. Stade Delaune ou gymnases.

3- actions nouvelles

Hygiène bucco-dentaire et alimentation : des actions bucco-dentaires et des séances d'informations sont proposées avec la diététicienne dans les maisons de quartier, maison des parents, Ecole Municipale des Sports auprès des parents. Elles permettent d'alerter sur les liens entre alimentation et hygiène bucco-dentaire.

population cible : parents/ enfants/ encadrants socio-éducatifs

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : une année et plus

moyens humains et matériels : animatrice de prévention bucco-dentaire, diététicienne, référents famille, animateurs, éducateurs sportifs

Suivi d'un dispositif d'accompagnement précoce aux soins dentaires expérimenté à Franc-Moisin :

Un Cotech réunira les partenaires concernés par cette démarche afin de partager les objectifs, la démarche, le dispositif expérimental et son évaluation.

Une information sur l'expérimentation sera envoyée aux 70 dentistes exerçant à Saint-Denis les invitant à s'inscrire dans un réseau de soins dentaires aux enfants afin qu'après le travail de dépistage organisé auprès des enfants de quatre ans scolarisés sur les maternelles une orientation sur différents lieux *de soins soit proposée et organisée.

population cible : enfants de 4 ans, leurs parents, professionnels de santé et acteurs socio-éducatifs

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : 2020 – janvier Cotech partenarial et lancement du projet

moyens humains et matériels : Cotech partenarial - dentiste (évaluation a priori de 50h) – assistante dentaire (animatrice en charge du programme) / Unit du Conseil départemental

4 perspectives

Parcours de santé bucco-dentaire incluant prévention – dépistage – soins : Il s'agit de poursuivre le programme de prévention bucco-dentaire en structurant avec les acteurs en dentaire du territoire un parcours de santé pour les enfants nécessitant des soins qui s'appuiera sur les recommandations issus de l'expérimentation du Franc Moisin.

population cible : enfants, populations vulnérables

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : à partir de 2021

moyens humains et matériels : Cotech partenarial

Public cible : En priorité les enfants de 0 à 6 ans et leurs parents, publics porteurs de handicaps - personnes âgées – publics vulnérables – professionnels du dentaire

Lieux de l'action : les écoles, ADL, CMP, association Vivre Autrement, structures médico-sociales et pédopsychiatriques, maisons de quartiers, maison des parents, CMS, cabinets dentaires

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

La partie programme de prévention est à poursuivre et développer. La partie dépistage et soins est à créer et structurer.

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles
facteurs psychosociaux et environnement social
facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Accès aux soins

Alimentation

Santé de l'enfant

Santé et autonomie des personnes âgées

Santé et autonomie des personnes handicapées

Thématique Prioritaire PRS2**Thématique Prioritaire PRS2****Thématique Prioritaire PRS2****A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?**

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé

Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

le plan départemental de prévention bucco-dentaire

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | CMS, Département, cabinets dentaires, ACSBE, PMI | X | X | X | X |
| Social | Associations de quartier, | | | | |
| Education | Education Nationale | | X | X | |
| Politique de la ville | Expérimentation territoriale | X | | X | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒**Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :**

- implantation ancienne du programme de prévention bucco-dentaire
- expérience de dépistages, analyse des besoins et accès aux soins en CMS entre 2015 et 2017
- une animatrice en prévention bucco-dentaire qui est également une assistante dentaire qualifiée
- le réseau de professionnels et médiation en santé à Franc-Moisin
- l'élargissement prévu en 2020 du dispositif M'Tdents de 3 à 24 ans
- la mise à disposition par le Département d'Units mobiles et d'un bus dentaire

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- les freins à la mise au brossage (ex : effectifs, locaux, hygiène)
- la réticence de certains dentistes libéraux à soigner les enfants qui nécessitent parfois plus de temps
- la précarité des familles qui n'ont pas les moyens de payer un reste à charge pour les soins dentaires
- une moindre attention aux dents de lait endommagées car considérées comme provisoires et donc sans conséquences à long terme sur la santé

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | <ul style="list-style-type: none"> - nombre de réunions entre acteurs concernés - nombre d'écoles et d'enseignants inscrits au programme - nombre de structures impliquées - nombre et qualité des partenaires - nombre de dentistes impliqués dans le réseau de soins - nombre d'enfants à soigner - nombre d'enfants à soigner en urgence - nombre d'enfants sans complémentaire santé - nombre d'enfants sans dentiste - nombre de familles absentes au premier rdv - nombre de rappels des familles |
| Indicateurs d'activité : | <ul style="list-style-type: none"> - nombre de personnes sensibilisées - nombre d'enfants mis au brossage - nombre d'enfants porteurs de handicap ayant visité un cabinet dentaire - nombre de personnes vulnérables bénéficiaires (porteurs de handicaps, personnes âgées, femmes enceintes) - nombre d'enfants dépistés - rapport de dépistage - nombre de familles contactées - nombre de familles accompagnées (accès aux droits, médiation sociale...) - nombre d'enfants orientés vers le réseau de dentistes - rapport d'expérimentation et recommandations |
| Indicateurs de résultats : | <ul style="list-style-type: none"> - nombre d'enfants soignés ayant besoin de soins urgent - nombre de familles ayant eu accès à une complémentaire santé |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | <ul style="list-style-type: none"> - liste d'émargement - observations de dépistage - questionnaires - analyse des résultats de dépistage et des questionnaires - entretiens (avec les familles, les acteurs impliqués) - pourcentage d'enfants soignés en rapport aux enfants ayant besoin de soins urgents - pourcentage d'enfants soignés en rapport aux enfants à soigner |

AXE STRATEGIQUE : Prévention**INTITULE DE L'ACTION : Conduites à risques et addictives.****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction de la Santé, UVS : Corinne SOLNICA****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X
Début : Fin :**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?**

Les addictions sont un problème majeur de santé publique dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux, sociaux...Aujourd'hui sur le territoire de la ville, des évolutions sont notables en ce qui concerne les drogues illicites. La disponibilité de l'héroïne et la cocaïne s'accroît, l'usage du cannabis se répand fortement notamment chez les jeunes adultes. L'année 2008 a été marquée par la forte présence d'usagers de crack sur les berges du canal du quartier de la gare, aujourd'hui le trafic a diminué mais reste présent et s'est déplacé vers le centre-ville.

Les addictions ne sont pas qu'un problème de santé publique, elles ont des conséquences économiques, sociales et humaines : des économies souterraines et des trafics se développent, des quartiers en subissent des nuisances en termes de tranquillité publique, des groupes familiaux sont déstructurés... le territoire est très impacté par ces nuisances, avec plusieurs cités qui sont des lieux de vente générant d'importantes nuisances pour le voisinage.

Deux enjeux sont importants :

L'enjeu territorial qui implique de penser l'articulation des actions et des acteurs et l'enjeu d'identification pour qu'une logique de dispositifs se substitue à une logique d'opérateurs dans un continuum allant de la prévention vers le soin.

Quelle démarche de diagnostic

Différents diagnostics ont été réalisés par la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR) dont « une étude –diagnostic partagé sur les conduites à risques des jeunes de la ville de Saint-Denis en 2012 ainsi qu'un groupe de travail autour de « "Engagement des jeunes dans le trafic, quelle prévention ? " du secteur LAMAZE – Saint-Denis en 2013,,

Les directeurs de démarches quartiers, les partenaires, les professionnels de la ville et les habitants exercent une veille et interpellent sur ces problématiques.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

Les travaux scientifiques internationaux comme nationaux, tels que l'expertise collective de l'Inserm invitent tous les acteurs publics, professionnels, parents, à agir tôt dans le développement de l'enfant pour retarder le plus possible l'âge des expérimentations d'alcool, de cannabis ou de tabac et réduire le risque ultérieur de conduites addictives.

Enquête Enclass (Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances) 2018 : Ce sont principalement les substances licites, alcool et tabac, qui se diffusent au cours des années collèges et le cannabis à partir de la quatrième

Les résultats d'Enclass peuvent être mis en perspective avec ceux de l'enquête HBCS en 2014. L'expérimentation de l'ivresse au collège marque un recul significatif avec moins de 1 élève sur 10 (9,3%) désormais concerné contre 13,4% en 2014 .

L'expérimentation du tabac est pour sa part en baisse très nette de 27,8% à 21,2% alors que le cannabis passe de 9,8% à 6,7%.

Durant les « années lycée » les expérimentations se poursuivent et des usages plus réguliers s'installent.

L'usage de l'alcool se généralise au lycée pour toucher près de 9 élèves de terminale sur 10. Les niveaux de consommation d'alcool sont stables.

La diffusion du tabagisme connaît une accélération avec le passage au lycée. 53% ont expérimenté le tabac, et un élève de terminale sur 5 fume quotidiennement avec une nette baisse des niveaux d'usage, mais en même temps, l'expérimentation de la cigarette électronique semble plus commune. L'expérimentation du cannabis progresse durant le deuxième cycle du secondaire.

Le CAARUD de Saint-Denis (Proses) accueille un public chaque année plus important : 6470 passages dans l'établissement en 2018.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Besoins de sensibilisations, de formations sur les conduites addictives exprimées par les professionnels

Besoins de sensibilisations, de formations sur les compétences psychosociales exprimées par les professionnels

Demande d'accompagnement sur les actions que les professionnels mettent en place.

Besoin d'un renforcement de la consultation jeune consommateurs

Demande d'interventions auprès des jeunes (conduites addictives et CPS) des professionnels et habitants

Besoin d'articulation des intervenants sur les compétences psychosociales (CPS)

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

La ville est engagée depuis de nombreuses années dans une démarche de prévention des addictions avec différents principes d'intervention :

-une approche globale de la santé

-Une démarche participative

-la multiplication par des personnes relais (personnes en capacité de démultiplier le projet

- un travail en réseau, une inscription dans la durée, une évaluation et valorisation.

Les actions mises en place répondent aux besoins et demandes exprimés par les partenaires ou par les publics eux-mêmes. La prévention est développée auprès de trois publics : les jeunes, les parents et les professionnels. La démarche correspond à celle préconisée dans le PRS2, des interventions de prévention des conduites addictives dans une approche globale, des articulations entre la consultation jeunes consommateurs et autres acteurs spécialisés, des actions auprès des jeunes et des familles, un travail autour des compétences psychosociales et en ce qui concerne le soin un travail de proximité et une articulation entre les différentes structures, un renforcement du repérage précoce, des formations des professionnels non spécialisés...

De nombreux acteurs sont présents sur le territoire, il importe de poursuivre l'animation territoriale pour les coordonner

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Soutenir et renforcer les actions de prévention des conduites à risques et addictives

Objectifs opérationnels de l'action

Animation territoriale des actions de prévention des conduites à risques et addictives.

Animation territoriale des actions de soins et de réduction des risques

Mise en œuvre d'une politique de renforcement des compétences psychosociales

Déroulé des actions

1- Animation territoriale

Un comité de pilotage « compétence psychosociales » et groupes de travail selon les âges

Des recherches actions sont développées (travail de Paris 8 sur les maternelles / CP notamment). L'enjeu d'interconnaissance et de coordination des acteurs des CPS est essentiel.

Un comité technique sur les conduites à risque et addictives en vue d'articuler les actions de prévention sur le territoire et d'établir une veille sur les nouvelles conduites addictives et les nouvelles approches.

Un comité technique pour renforcer la coordination des acteurs du soin et de la réduction des risques en addictologie

Sur le territoire sont présents

- Deux CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie)

Le CSAPA Le Chat (municipal) spécialisé alcool tabac, le CSAPA le Corbillon (hospitalier) spécialisé drogues illicites, ce dernier dispose d'une Consultation Jeunes Consommateur.

- Un CAARUD (associatif) PROSES

Sont mis en place sur la ville : des automates de réduction des risques (distributeurs de kits et récupérateurs de seringues et un distributeur de seringues à l'hôpital Delafontaine, à la gare, à l'hôpital Casanova et à l'Université et depuis 2015 un automate de kits d'inhalation devant le CAARUD PROSES)

D'autres acteurs interviennent ponctuellement sur la ville (ANPAA, le CRIPS, association Charonne....).

2- Actions reconduites et renforcées

Les actions de prévention du Csapa le Chat

Les actions sont essentiellement portées et mise en œuvre par l'animatrice communautaire.

-Des actions sur les conduites addictives auprès des jeunes

Actions auprès de jeunes scolarisés : lycée, lycée professionnel, collège, école primaire ; étudiantes en BTS économie sociale ; Actions auprès de jeunes fréquentant les espaces jeunesse de la ville.

- Des actions auprès des habitants

Dans le cadre de l'action Nationale « Mois sans tabac » : stand et déambulation dans le marché de Saint-Denis, avec possibilité de rencontrer un tabacologue pour une consultation d'information sur l'arrêt du tabac, ces consultations ont eu lieu dans un local de l'hôtel de ville, très proche du marché. Animation stands dans CMS. Animation d'ateliers dans le cadre de café des parents

-Des actions auprès des professionnels

Animation d'un stand dans le cadre du Mois sans tabac au restaurant interentreprises de Saint-Denis.

Des rencontres régulières auprès des professionnels (conseils, accompagnement, préparation d'intervention...)

Accompagnement et tutorat d'étudiants dans le cadre du service sanitaire (IFSY, Faculté de médecine

Animation de formations et interventions : Les actions de formation organisées sont toujours une réponse aux besoins des partenaires. sur la problématique alcool des élèves infirmiers de l'IFSI de Saint-Denis ; sur les conduites addictives des gardiens d'immeuble et élaboration d'un annuaire ressource ; Formation des professionnels des régies de quartier ; enseignants du lycée professionnel

-intervention avec un outil de prévention original en addictologie : « LEURRE DE VERITE » - Spectacle -débat joué depuis 2003 par neuf soignants du CSAPA le chat. Ce spectacle débat est joué après de tout public (jeunes-adultes- professionnels), lors du débat sont aussi abordées d'autres conduites addictives (cannabis, jeu, écrans, milieu professionnel...). Ce spectacle débat est inscrit dans un projet et est toujours suivi par des interventions, exemples : auprès des classes, des formations des professionnels...)

La ville a engagé des actions autour des compétences psychosociales (CPS) depuis plusieurs années, en particulier sur des **programmes de prévention du stress et de lutte contre la violence et les discriminations**. La Ville, avec les appuis financiers de l'ARS et de la Politique de la Ville soutient financièrement des interventions de prestataires auprès d'enfants et de jeunes ou de professionnels.

Ces prestations s'inscrivent notamment dans le travail autour de la gestion du stress au collège, la lutte contre les violences dans les collèges avec des groupes de parole, des ateliers de sophrologie...

Ces interventions dans les établissements ont vocation à être repris par l'Education Nationale pour être

proposés ans la panoplie des outils à la disposition des équipes.

Les propositions devront s’articuler avec le groupe de travail violences du Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), le département au climat scolaire des collèges de l’Education Nationale ainsi que les actions du Conseil Départemental.

3- Actions nouvelles

Plan de développement des compétences psychosociales

La ville souhaite développer, avec le soutien de l’ARS, un **plan de développement des compétences psychosociales** articulé avec les autres intervenants (recherches actions...) en sensibilisant les professionnels et les parents / jeunes, en formant de manière systématique des agents.

Pour les professionnels et parents d’enfants de 0/6 ans :

Direction de la petite enfance : objectif de sensibilisation et de formation sur les CPS (postures professionnelles...) et sur la mise en œuvre auprès des enfants accueillis (maison du petit enfant, relais...).

PMI : Formation jeu « paroles de parents » pour l’ensemble des professionnels des accueils parents (6 PMI)

Sur les établissements scolaires

Ecoles primaires : formation sur les CPS des 18 enseignants remplaçants REP+ inscrite dans leur plan de formation sur 2019 et 2020.

Collèges : programme national Unplugged sur les collèges Fabien et La Courtille (animation par les intervenants du CSAPA le Chat) sur 4 classes 6ème et 5ème (douze séance d’une heure)

Sur une démarche quartier Delaunay Belleville Sémard

Formation d’un collectif professionnel (maison de quartier, éducateurs...) en 2019. L’objectif est à la fois d’outiller les professionnels pour aider les jeunes à développer de façon concrète leurs CPS, mais également de créer du lien entre les acteurs éducatifs. Les suites sur 2020 et suivant seront définies en fonction des retours et des besoins exprimés.

Proposition d’une sensibilisation des professionnels à l’échelle de la ville

Le choix du prestataire est en cours pour 2019. Cette proposition sera renouvelée en 2020 et suivantes.

Midi santé : communication sur la démarche globale en 2019 et actualisation en 2020 et 2021.

4- Perspectives

CPS : Poursuite et extension de la démarche de formation éducateurs sportifs et club de sports, centres de loisirs

Articulations avec CASADO - plateforme jeunesse santé mentale ; notamment sur le travail sur les CPS et les violences sur le territoire

Addictions :

Renforcement de la Consultation Jeunes Consommateurs

Travailler avec les acteurs de RDR sur des projets innovants (salles de consommation à moindres risques ; accueils de nuit...)

Public cible professionnels notamment en lien avec le publics enfants et jeunes

Lieux de l’action territoire de Saint-Denis

ETAT D’AVANCEMENT DE L’ACTION : Si oui, quel est le stade d’avancement ? En cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L’ACTION

*facteurs psychosociaux et environnement social
système de santé*

Thématique

Dispositif de coordination
Développement des compétences psychosociales
Prévention des addictions
Réduction des risques et dommages
Santé mentale
Tabac

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Faire émerger et soutenir des territoires d'action à l'initiative des acteurs
Prioriser les moyens en fonction des besoins

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 Mildeca
Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | CSAPA le chat, CSAPA LE Corbillon, Maison de la Santé | x | x | x | |
| Social | Maisons de quartier, Maison des parents | x | x | | |
| Emploi/Insertion | Mission locale | x | x | | |
| Education | Ecoles primaires, collèges, lycées | | | | |
| Habitat | Bailleurs, | | | | |
| Autres | Proses, Safe, espaces jeunesse direction de la prévention (ex Tranquillité publique) | x | | | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Poste de la cheffe de projet à la fois UVS et CSAPA est un levier
Intérêt et demande très forte des professionnels et habitants sur violence, conduites à risques et addictives et compétences psychosociales

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Territoire très impacté par les violences de groupes de jeunes et le trafic
 Ampleur des besoins,
 Acteurs peu disponibles avec une surcharge de travail, turn over important
 Pas assez d'opérateurs sur la ville sur ces thématiques

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | Développement du réseau des partenaires autour des conduites addictives et CPS |
| Indicateurs d'activité : | Nombre de participants aux différents groupes de travail Nombre de rencontres Nombre de participants Nombre d'ateliers auprès des jeunes Nombre de jeunes rencontrés Nombre d'habitant rencontrés lors des actions Nombre et type de demande d des partenaires |
| Indicateurs de résultats : | Nombre de personnes sensibilisées Nombre de personnes formées Nombre d'ateliers sur CPS mis en place par les personnes formées |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, observation...) : | Questionnaire Compte rendu de réunions Bilan d'activités |

AXE STRATEGIQUE : Prévention**INTITULE DE L'ACTION : Vie affective et santé sexuelle****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction santé : coordination CPEF, coordination IDE Bienvenido Perez, UVS Karine Bisson****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle x
Début : 2019 Fin : 2022**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic :**

Afin d'améliorer la coordination des différents acteurs, une journée des centres de planification est organisée avec les principaux acteurs (CeGIDD, MFPP, CPEF hospitaliers et municipaux, Maison des femmes). Elle est l'occasion d'échanger et de préciser les besoins du territoire en matière d'actions.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

La Seine-Saint-Denis reste le deuxième département métropolitain le plus touché par le VIH après Paris. Environ 28 personnes découvrent leur séropositivité chaque année pour 100 000 habitants. C'est 1,2 fois la moyenne régionale et deux à trois fois plus que la moyenne nationale (Sources ORS).

Le Département a donc mis en place le plan « *La Seine-Saint-Denis, un Département engagé pour la fin du sida en 2030* » dans lequel la Ville de Saint-Denis à travers le CLS 3 souhaite s'engager.

En effet, la distribution par commune (disponible sur la base des entrées en ALD VIH en groupant les années 2011-13 –données fournies par l'ORS Île-de-France dans le document du CD93) indique que les cinq communes qui ont les taux rapportés à la population les plus élevés sont Saint-Denis, Bobigny, Aubervilliers, Pierrefitte et Stains.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Les actions d'information sur la santé sexuelle, les lieux de dépistage et de prise en charge doivent donc être renforcés notamment en direction des habitants les plus exposés aux risques sexuels (jeunes, migrants...).

En 2018, dans le cadre de la santé des femmes, les femmes ont déclaré « la vie affective » comme l'une des 4 priorités à traiter. Les questions des violences conjugales sont prégnantes et doivent aussi être travaillées en réseau.

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Les 4 centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont intégrés aux centres municipaux de Santé. Ils proposent un accueil infirmier quotidien qui permet aux jeunes de rencontrer sans rendez-vous un professionnel de santé pour répondre à leurs questions. De manière au moins hebdomadaire, une plage de consultation à orientation gynécologique dédiée leur est réservée.

L'information sur l'existence de cette ressource doit être améliorée afin que les jeunes puissent s'en saisir de manière optimale.

De nombreuses interventions sont mises en œuvre par différents acteurs autour de la vie affective et sexuelle notamment dans les établissements scolaires (collèges et lycées)

Des équipes CPEF avec des binômes de professionnels parmi conseillère conjugale, infirmière, médecin

De nombreux autres acteurs sont présents : Aides, Maison des Femmes, MFPP, CeGIDD du département mais aussi le CRIPS...

Cependant, leurs interventions ne sont pas nécessairement connues, et leur présence est inégalement répartie sur le territoire et très liée aux opportunités et à la demande des professionnels de terrain (établissements, maisons de quartier...)

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Développer les propositions de prévention sur la vie affective et santé sexuelle en direction de différents publics

Objectifs opérationnels de l'action

- Favoriser la coordination et l'articulation des intervenants en matière de vie affective et sexuelle
- Faire connaître les lieux ressources (VIH / IST, IVG...) et faciliter les orientations
- Renforcer les acteurs du territoire

Déroulé des actions

1 animation territoriale - copil, cotech...

L'objectif de l'animation territoriale est de faciliter la connaissance des différents intervenants sur le territoire et de favoriser la coordination.

Un copil annuel

Un cotech santé sexuelle

2 Actions reconduites

Une journée des centres de planification

Celle-ci améliore la coordination des différents acteurs. Elle est co-organisée avec les principaux acteurs (CegiDD, MFPP, CPEF hospitaliers et municipaux, Maison des femmes). Elle va être proposée annuellement. Il s'agira également d'accompagner les professionnels de proximité sur la thématique (antennes jeunesse, maisons de quartier, programme réussite éducative, mission locale, maison des parents) et de promouvoir les actions de lutte contre le VIH (cf. Saint- Denis sans sida du Conseil Départemental) et de leur proposer des formations (Cf. infra)

population cible : professionnels du territoire (santé, jeunesse, social)

calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : annuel

moyens humains et matériels : coordination CPEF, Bourse du Travail

Poursuivre les actions collectives de prévention de la sexualité auprès des jeunes par les équipes CPEF municipales

Développer les actions collectives d'éducation à la sexualité (dont égalité filles-garçons et violences faites aux femmes) dans les établissements scolaires. L'intervention est menée par un binôme : un médecin/ une conseillère conjugale/une infirmière. Renforcer la co-construction de ces interventions et le suivi avec les infirmiers scolaires.

Conforter et développer les « accueils jeunes » (sans rdv) dans les CPEF des CMS

Repérage systématique sur les violences. Développer le parcours de prise en charge coordonné de tous les publics avec les partenaires locaux : avec l'hôpital, mfpf, Maison des femmes et avec le CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic)

3 actions nouvelles

Organiser une formation sur les thématiques et les techniques d'animation dans le cadre de l'éducation à la sexualité

Dans le cadre des formations des partenaires du territoire : Maison des femmes, MFPP ... former de nouveaux intervenants aux actions d'éducation à la sexualité en développant une culture commune sur site en direction des professionnels intervenants : CMS, centre de planification, infirmières scolaires. Et proposer de nouvelles formations selon les besoins (le porno, cyber violences,...), F

L'objectif est aussi l'amélioration de la coordination sur le territoire des acteurs locaux intervenants (mfpf, maison des femmes et cpef municipal) dans le cadre des interventions scolaires. Il s'agit d'améliorer la couverture des besoins dans les établissements scolaires en tenant compte des moyens humains disponibles

et des besoins.

Proposer un groupe de travail sur les femmes en situation de prostitution : avec une attention particulière à la suite d'une alerte de partenaires, sur la santé alarmante (notamment gynécologique) des femmes.

Accompagner des professionnels de proximité sur la thématique (antennes jeunesse, maisons de quartier, programme réussite éducative, mission locale, maison des parents). Interventions collectives, sensibilisation,...Selon les événements, les problèmes repérés et selon projets en cours.

Soutenir le dépistage VIH sur la Ville

En délégation de l'Etat, le Conseil Départemental déploie son programme « *Vers une Seine-Saint-Denis sans Sida* », notamment à travers son CeGIDD et ses antennes habilitées et soutenues par l'ARS, ses *Centres départementaux de prévention-santé*. Il développe une politique d'« Aller-Vers » notamment dans le champ des IST.

Actuellement à St Denis, les associations AIDES, Afrique avenir et le CeGIDD COREVIH nord (hôpital Delafontaine) proposent ces TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique, dépistage qui permet d'avoir un résultat en 30 minutes maximum). Les conditions de réalisations de ces tests ont été fixées légalement (Arrêté du 9 novembre 2010). Saint-Denis est engagée dans la lutte contre l'homophobie et les publics transgenres. Un projet de TROD est en cours au CSAPA du Cygne et devrait être mis en place fin 2019.

Un travail de coordination des acteurs est proposé sur ce CLS3, en lien avec le médecin généraliste partagé Ville Hôpital pour 2019/21 accepté par l'ARS dans le cadre du plan « *400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires* ». Ce poste est partagé entre le CMS de La Plaine et le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales de Bichat. Le projet accepté a pour ambition de travailler sur la santé sexuelle (de l'éducation à la sexualité à la santé reproductive, en passant par la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites virales et du VIH.

Public cible jeunes, personnes migrantes, femmes en situation de prostitution, professionnels de santé

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? en cours pour partie

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles
facteurs psychosociaux et environnement social
facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Lutte contre le VIH
Santé des adolescents et jeunes adultes
Santé sexuelle et vie affective

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes
circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011, relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques

| PARTENAIRES DE L'ACTION | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | CPEF ; direction de la sante ; MFPP ; maison des femmes | x | | x | x |

| PARTICIPATION | |
|---|--|
| Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> |
| Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Existence de nombreux acteurs associatifs et institutionnels mobilisés Antériorité des liens | |
| Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Manque de visibilité sur les interventions sur le territoire Besoins importants avec une population jeune qui augmente accessibilité aux populations les plus éloignées des dispositifs de prévention | |

| SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT | |
|---|--|
| Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic | |
| Indicateurs de processus : | - Organisation et participants aux temps d'animation territoriale : groupes de travail, cotech |
| Indicateurs d'activité : | - nombre de participants aux rencontres - nombre de dépistage |
| Indicateurs de résultats : | - journée annuelle CPEF participants, structures et associations |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | - liste d'émargement - bilans d'activités |

AXE STRATEGIQUE : Prévention**INTITULE DE L'ACTION : Santé des femmes****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction santé, UVS Karine Bisson et coordination CPEF****Mission droits des Femmes Marie Leroy****DUREE DE L'ACTION : CLS 3**Annuelle ☐ Pluriannuelle x

Début : 2019 Fin : 2022

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?**

Tous ces indicateurs alertent sur différentes problématiques :

- Le faible suivi gynécologique et de la prévention (cancers du col ou du sein notamment).
- Les risques élevés de renoncement aux soins/la santé n'est pas un problème prioritaire
- La faible connaissance des ressources et des parcours de dépistage et de prise en charge
- La faible littératie en santé (la capacité d'un individu à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre et à l'utiliser dans le but d'améliorer sa propre santé)
- Des vulnérabilités renforcées liée au genre féminin et à la précarité

Quelle démarche de diagnostic

Recueil de données transmises par le CDC93, le CHSD et la CPAM (ex : stade avancé des cancers pris en charge au CHSD cf. étude dr Gaujal sur étude comparative entre hôpital st Louis et CHSD) ; de données recueillies auprès de la file active des centres municipaux de santé, de la consultation de psychotraumatologie pour femmes victimes de violences et enfants en CMS, du CHSD

- Dans le cadre d'une démarche participative auprès des habitantes, groupes « santé des femmes » et des acteurs de proximité

« Aller vers » les femmes éloignées de la santé dans les foyers, maisons de quartier,... échangeant avec elles sur leurs représentations, leurs peurs, leurs difficultés mais également sur ce qu'elles attendent. Cela a notamment permis de faire émerger 4 priorités : le *cancer du sein*, la *consultation gynécologique*, la *vie affective et la ménopause* grâce à la rencontre d'une 20aine de femmes issues de Maisons de quartier, d'un centre de santé associatif et de la maison des parents en 2018.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

- Nombreuses femmes isolées et foyers monoparentaux.

Les indicateurs de santé préoccupants concernant les dépistages organisés des cancers, le taux de couverture de dépistage est correct pour le cancer du sein mais inférieur à la cible nationale.

Quant au dépistage du cancer du col de l'utérus, la campagne locale de promotion du dépistage du cancer du col 2016, a permis de réaliser 13 frottis en population générale. Le taux de frottis anormaux relevé était particulièrement élevé, et ce d'autant plus que l'âge moyen est de 51,6 ans : 38%. (Taux habituel des FCU anormaux est inférieur à 5%).

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

- Améliorer l'information des femmes sur l'intérêt, l'offre et les conditions du suivi gynécologique régulier en tenant compte des obstacles à l'accès à la prévention et aux soins.
- Renforcer la prise en charge des femmes en situation de fragilité.
- Soutenir les acteurs locaux des secteurs social, de l'insertion et de l'éducatif dans la prise en charge des problématiques de santé de leurs usagers/publics.
- Valoriser les dispositifs locaux d'accès au dépistage et aux soins : consultation « infirmière frottis », permanences jeunes.

- Développer les actions en direction des femmes en situation de grande fragilité : précaires, isolées, victimes de violences, éloignées de l'emploi, femmes enceintes (Réflexion avec le secteur psychiatrie sur la prise en charge des personnes victimes de violences dans le cadre du parcours migratoire, partenariat associations).

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Depuis 2015, les campagnes de promotion en direction des femmes menées à Saint-Denis ont évolué de la promotion des dépistages des cancers (sein et col de l'utérus) à plus globalement la promotion de la santé des femmes.

Afin d'être au plus proches des habitantes et des freins qu'elles rencontrent, nous devons notamment collaborer avec elles sur les messages à transmettre. Les rencontres collectives avec des groupes de femmes au sein des structures et équipements de proximité nous permettent d'échanger avec elle sur leurs difficultés mais également sur ce qu'elles attendent. Parmi les moyens à développer, les rencontres avec des groupes de femmes permettront de poursuivre des opportunités d'échanges qualitatifs.

La programmation de la campagne 2019 a été élaborée à partir d'un travail avec un groupe de femmes et a fait émerger le projet d'une troupe de théâtre forum pour 2019. La dynamique participative créée depuis 3 ans et formalisée sur Saint-Denis depuis 2018 a permis de développer d'autres projets avec elles et de les mobiliser plus facilement sur ces questions. Nous avons également des demandes croissantes d'intervention sur le thème de la santé auprès de femmes accompagnant/accueillant des femmes (Ikambere, Aides, Amicale du nid, Proses, ALJM,...)

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui x Non ☐

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Favoriser l'accès à la santé de toutes tout au long de la vie

Objectifs opérationnels de l'action

Promouvoir la participation des dionysiennes et acteurs de proximité (démarche Atelier santé Ville)

Améliorer la connaissance des femmes sur leur santé et l'accès aux ressources du territoire

Renforcer l'accès aux dépistages et aux soins des femmes en situation de vulnérabilité

Déroulé des actions

1- animation territoriale - copil, cotech...

Comité de pilotage commun avec « santé sexuelle »

création d'un réseau local de professionnels sanitaire et social mobilisés sur ces questions et sur la campagne promotion « santé des femmes »

Comité technique campagne « santé des femmes »

Equipes médicales des cms/Cpef, Maisons de quartier, Maison des parents, Aides, ikambere, AdN, mdm, proses, Maison des femmes, cidff, Mission locale, mission droits des femmes, Maison de la santé, la Place santé

2- actions reconduites et renforcées

Groupe « santé des femmes Promouvoir la participation des dionysiennes et acteurs de proximité (démarche Atelier santé Ville)

Il est essentiel de travailler à partir des attentes des femmes et sur leur implication dans la construction de campagnes qui permettront à la fois d'adapter les messages dans leur forme, dans les outils proposés mais également de transmettre les messages auprès de leurs pairs. Leur contribution est notamment essentielle pour l'élaboration de la programmation des campagnes de promotion des femmes. Promouvoir la

réalisation d'outils/d'actions par les femmes pour leurs pairs ex : théâtre forum sur les parcours de dionysiennes, joué par elles.

Les acteurs de proximité repérant et accompagnant les femmes « invisibles » constituent une véritable ressource pour pouvoir les toucher également.

Améliorer la connaissance des femmes sur leur santé et l'accès aux ressources du territoire

En informant sur les dépistages (organisés et opportunistes) des cancers, sur les différents modes de contraception et intérêt d'un suivi médical régulier, sur l'interruption volontaire de grossesse, sur la prise en charge des grossesses, activité physique... Inciter les femmes à un suivi gynécologique régulier favorise un accès aux dépistages des cancers (du col de l'utérus et du sein) et à la prise en charge en favorisant l'accès aux droits et au suivi gynécologique.

Ce renforcement se fait notamment à travers une **programmation d'actions courant octobre-novembre**. Ces campagnes s'appuient sur l'échange et l'information sur les comportements favorables à la santé (activité physique et sportive, dépistages régulier,...), les pathologies (dépistages et soins) et l'accompagnement vers les ressources locales (suivis gynécologiques, IVG, grossesse, violences, faire du sport...). Cette campagne est co-portée par la direction de la santé, la mission Droits des femmes et la Maison de la santé. Elle mobilise de nombreux acteurs du territoire des champs sanitaire et social (accès aux droits) : équipes médicales des Cms, associations et maisons de quartier. Elle s'organise autour d'un triptyque : Des stands d'information au marché, des entretiens médicaux (avec les médecins/gynéco) accès libre tout public (en simultané des stands) et des actions collectives d'informations et d'échanges avec des groupes de femmes déjà constitués (maison de quartier, foyer,...)

Renforcer l'accès aux dépistages et aux soins des femmes en situation de vulnérabilité

Conforter le protocole de coopération entre médecins et infirmier(e)s sur la réalisation de frottis cervicaux-utérins : consultation « frottis pour toutes » au Centre municipal des Moulins et déployer le protocole de coopération en y formant les équipes infirmières des autres centres municipaux de santé. L'infirmier (e) réalise un entretien puis le frottis. Le médecin remettra les résultats et propose si nécessaire, d'autres dépistages et/ou prises en charge permettant d'intégrer les femmes dans un parcours de suivi gynécologique. Si la patiente n'a pas de droit, un accompagnement vers l'ouverture, lui sera systématiquement proposé. Cette consultation permet d'accueillir plus facilement les femmes n'ayant jamais ou pas depuis 3 ans, fait de frottis. Travail de partenariat avec les structures en lien avec les femmes en situation de précarité : Médecin du monde, caarud Prose, Aides, Amicale du Nid, Mission locale, Maisons de quartier, cidff...

Répondre aux demandes des partenaires, d'interventions collectives fondées sur l'information et l'échange avec les femmes vulnérables et/ou celles non-inscrites dans un parcours de soins de droit commun au sein des structures de quartiers et associations, structure d'accompagnement socio-professionnel et foyers.

Ces rencontres collectives sont animées par un (e) médecin/gynécologue et développer un atelier santé des femmes à la maison des parents. Les thématiques émergent des femmes dans un « café des femmes » ou autres rdv organisés par la structure ou sont repérées par les professionnels de 1^{ère} ligne (tout au long de l'année)

Soutenir l'offre de prise en charge du psychotrauma des femmes victimes de violences

en partenariat avec la mission Droits des femmes. Poursuivre la consultation de psychotrauma pour femmes victimes de violences et leurs enfants (2 jours/semaine), l'atelier de relaxation et mettre en place un groupe de parole thérapeutique.

Réflexion partagée avec les associations, le secteur psychiatrie et l'hôpital Delafontaine sur le repérage du psychotrauma, l'orientation et la prise en charge

Public cible : Groupe de femmes relais sur la promotion de la santé des femmes usagères des structures de quartier dionysiennes et bénéficiaires des associations et structures

Femmes rencontrées dans le cadre de la campagne Santé des femmes
Jeunes (permanences jeunes, inscrits dans un processus d'insertion,...)
Femmes victimes de violences
Professionnels/acteurs en lien direct avec les femmes vulnérables

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? En cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs psychosociaux et environnement social
facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Accès aux soins

Cancer

Thématique Prioritaire PRS2

Démarche participative (dont santé communautaire)

Santé de la femme

Santé des adolescents et jeunes adultes

Thématique Prioritaire PRS2

Santé et autonomie des personnes handicapées

Thématique Prioritaire PRS2

Santé sexuelle et vie affective

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Renforcer la participation des habitants à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé

Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité

Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEFH) appelle à une politique volontariste de lutte contre les inégalités de santé qui tienne compte des inégalités de sexe, et encourage le développement de dispositifs spécifiques à destination des femmes en situation de précarité. « Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité », 7/07/17 HCEFH.

Objectif national de lutte contre les violences faites aux femmes

Objectif régional de Lutte contre la mortalité infantile et amélioration de la prise en charge des grossesses à risques en Seine St Denis (étude Remi)

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | Mission droits des femmes, CMS, Centre de planification familiale | x | X | X | X |

| | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|
| | (Ville et hôpital), Place santé, la Maison de la santé | | | | |
| Social | Maisons de quartier, Maison des parents, associations locales, Médecins du Monde, Amicale du Nid, Aides, Proses | x | X | X | X |
| Emploi/Insertion | Mission locale, cidff | X | X | X | x |
| Environnement | | | | | |
| Autres | Association d'habitantes | X | X | X | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui x Non ☐

Si oui, de quelle nature ? (cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet)

Participation à l'analyse des besoins X
Participation à l'organisation de l'action X
Participation à la direction des activités prévues (leadership) ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources X

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Fort dynamisme local sur cette question- Réseau d'acteurs en lien avec habitantes très mobilisés

Co-portage Mission droits des femmes

Professionnels de santé mobilisés sur le protocole, sur la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation

Partenariat avec la Maison de la santé

Financements ARS et FIPD pour le volet femmes victimes de violences

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Mobilisation des habitantes sur la co-construction (problématique de la littératie, du temps « professionnels/habitants » différents) induit un temps d'actions plus long.

Cumul des problématiques sociales des femmes tels que logement et très faibles ressources financières

Fausse et/ou négatives représentations des femmes au sujet des cancers, de leurs corps, du sens du suivi gynécologique.

La non-cotation des actes de FCU réalisés par les infirmier-e-s

Faible financement des actions de sensibilisation

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

Indicateurs de processus :

Réseau de professionnels relais auprès des femmes dans les quartiers et dans les structures d'insertion

Tenue du comité technique « sante des femmes » annuel

Communication sur le programme de la campagne santé des femmes auprès des dionysiens et des acteurs de proximité.

Tenue de la consultation de psychotrauma en direction des femmes et de l'atelier relaxation

Communication auprès des femmes victimes de violences et des partenaires sur la mise en place d'un groupe thérapeutique.

Réseau de partenaires du secteur psychiatrique

Maintien de la consultation « frottis » au cms des Moulins

Adhésion au protocole de coopération au sein des autres équipes

| | |
|--|--|
| | <p>médicales de centre municipal de santé volontaire. Mise en place de la formation des infirmier-e-s par les médecins</p> <p>Développement du réseau de partenaires locaux associatifs</p> |
| Indicateurs d'activité : | <p>Nombre de femmes mobilisées sur la mise en œuvre de la campagne Nombre et type d'acteurs/partenaires (professionnels et associations) engagés dans l'élaboration et la mise en œuvre de la campagne Nombre de femmes touchées dans la cadre de la campagne</p> <p>Nombre de groupes de parole à l'intention des femmes victimes de violences/an et nombre de participantes Nombre de prises en charge psychiatriques/centre de psychothérapie des femmes orientées par la psychologue de consultation de psychotrauma</p> <p>Nombre de femmes reçues en consultation « frottis » Nombre de FCU anormaux/Nombre de frottis réalisés Nombre d'infirmier-e-s formé-e-s</p> <p>Nombre et type de demandes des partenaires. Nombre de personnes accompagnées individuellement et d'intervention auprès de groupe de femmes</p> |
| Indicateurs de résultats : | <p>Nombre et types d'actions menées à partir des demandes des femmes et des acteurs de proximité/ Nombre et type d'actions programmées dans la cadre de la campagne Définition de messages à partir d'échanges avec des femmes et avec des acteurs de proximité Améliorer la prise en charge psy des femmes orientées par la consultation de psychotrauma Mise en place d'un groupe de parole thérapeutique à l'intention des femmes victimes de violences Création d'outils de sensibilisation par les femmes</p> <p>Mise en place de nouvelles consultations « frottis » dans les cms Mise en place d'une campagne de promotion « Santé des femmes »</p> <p>Meilleur repérage des parcours santé des femmes par les femmes et les acteurs des secteurs de l'insertion et du social.</p> |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Recueil de données et échanges avec femmes |

AXE STRATEGIQUE : Prévention**INTITULE DE L'ACTION : Maladies émergentes (tuberculose, rougeole notamment)****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction Santé, UVS et Offre de soins****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X
Début : Fin :**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

Il existe aujourd'hui 33 maladies à déclaration obligatoire (MDO), dont 31 sont des maladies infectieuses. Parmi elles, plusieurs sont présentes sur le territoire communal dont la tuberculose, la rougeole...

Certains cas sur des écoles et des centres de loisirs ont pu donner lieu à des actions d'informations et de dépistage en lien notamment avec le CDPS (centre départemental de prévention santé) du Département ou l'ARS.

A noter que le VIH fait l'objet d'une attention particulière dans la fiche action « vie affective et santé sexuelle.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

Le taux d'incidence de la tuberculose maladie est le plus élevé des départements français métropolitains avec une augmentation des cas de 10% entre 2015 et 2017.

56 cas de rougeole ont été enregistrés par les autorités sanitaires en France en octobre 2018. La majorité de ces signalements a été faite en Seine-Saint-Denis et concernait principalement des enfants de 4 ans non vaccinés.

L'extension à 11 vaccins obligatoires (8 vaccins supplémentaires dont la coqueluche, la rougeole) pour les jeunes enfants a été promulguée par la loi du 30 déc. 2017 et est effective à janvier 2018.

Les enquêtes sur les couvertures vaccinales n'intègrent pas encore ce nouveau calendrier vaccinal.

Le rapport INVS ORS- « la vaccination des enfants et adolescents en Ile de France de 2016 indique :

- La hausse de la couverture vaccinale BCG qui approche les 90% à l'âge de 2 ans en 2013 à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne. Les pénuries de BCG en fin d'année 2014 et en 2015 pourraient avoir des conséquences sur la couverture vaccinale de ces tranches d'âge.
- La progression du niveau de couverture vaccinale contre l'hépatite B, au-dessus des valeurs nationales, sans atteindre en 2016 les objectifs cibles de la loi de santé publique de 2004.
- la progression rapide de la vaccination contre le méningocoque C, recommandée depuis 2010. Cependant, de nombreux enfants n'ont pas été vaccinés nourrissons, soulignant l'importance des stratégies de rattrapage des jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans.
- Une amélioration nette de la couverture vaccinale RRO (rougeole). Cependant, la progression de cette vaccination semble se ralentir au vu des données des certificats de santé de l'enfant du 24e mois, même si un rattrapage est mis en évidence d'après les études effectuées à l'âge de 6 ans.

Ce rapport souligne en outre la nécessité de renforcer les dispositifs permettant de mieux vacciner les enfants en situation de précarité, notamment ceux arrivés récemment en France.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Faire progresser la couverture vaccinale est le seul moyen de limiter la progression de plusieurs maladies. Différents acteurs s'y emploient en lien avec le Conseil Départemental : les PMI, les médecins traitants...

Il est essentiel de renforcer les stratégies visant à améliorer la vaccination des enfants en situation de précarité et en particulier celle des enfants nés hors de France.

Les professionnels d'équipements accueillant du public, notamment de la petite enfance, sont ou pourraient être confrontés à des situations (cas de rougeole, tuberculose mais aussi gale...) impliquant des risques de contamination pour d'autres enfants, le public ou les agents de l'équipement.

Les directions doivent être accompagnées dans la compréhension des modalités de réponse à mettre en œuvre en termes d'évictions des personnes concernées, de mesure de protection, d'information du public et des agents...

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Actions de vaccination dans les PMI – séances de vaccination gratuites dans les CMS (dans le cadre d'une convention avec le Conseil Départemental)

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: renforcer la prévention et l'information sur les maladies émergentes (tuberculose, rougeole notamment)

Objectifs opérationnels de l'action

Poursuivre les actions de vaccinations ouvertes notamment aux publics précaires

Soutenir les actions de dépistage hors les murs

Mettre en place des protocoles pour les établissements recevant du public, et notamment de jeunes enfants pour préciser les conduites à tenir sur des situations (rougeole, tuberculose, méningite, hépatite...)

Déroulé des actions

Poursuivre les actions de vaccinations

Tous les médecins du territoire ont pour mission de suivre le calendrier vaccinal et de proposer les injections selon les âges des enfants.

Des vaccinations sont aussi proposées en PMI pour les enfants de moins de 6 ans et en CMS pour les enfants de plus de 6 ans. Dans la mesure où elles ne nécessitent pas le paiement d'une consultation et d'un avance de frais pour les usagers, elles s'adressent notamment au public précaire (primo arrivants, sans droits ou sans complémentaires...). Il est essentiel de les faire mieux connaître.

Soutien aux actions en matière de tuberculose du Conseil départemental

En délégation de l'Etat, le CD93 assure la promotion de la vaccination dont le soutien aux séances publiques des communes, et une politique d'« Aller-Vers » par des actions hors les murs avec le dépistage de la tuberculose... L'équipe du Conseil Départemental est notamment présente au Caso de Médecins du Monde. Ils interviennent également sur des situations de tuberculose dans des équipements recevant du public pour mettre en place d'information et organiser le dépistage puis l'orientation sur la prise en charge si besoin. Il s'agira de soutenir et organiser les interventions sur le territoire à la fois en matière de prévention

Soutien aux professionnels du territoire avec des protocoles adaptés

Des professionnels ont été confrontés à des situations de rougeole, tuberculose, gale(...) au sein de leurs établissements. Les circuits d'information et de prise de décision ne sont pas toujours très clairs.

Il est nécessaire de les clarifier en travaillant à des protocoles de conduites à tenir.

Ces protocoles seront construits avec des professionnels de santé (médecin référent des CMS) mais aussi des responsables de structures (PMI, CMS, crèches et maisons du petit enfant, écoles maternelles ou primaires, accueils de loisirs, centres de colonies de vacances...).

Ils porteront sur : la tuberculose, la rougeole, la gale... d'autres protocoles pourront être co-construits en fonction des demandes.

Ils devront permettre de clarifier :

- Les circuits d'information internes (services, élus)

- Les circuits d'informations externes (ARS, Conseil départemental)
- L'information des usagers, des familles et des agents avec des outils d'information clairs et adaptés
- Les conduites à tenir en matière d'éviction, de dépistage...

Public cible professionnels de la petite enfance et de l'enfance, habitants et notamment en situation de précarité

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

Séances de vaccinations mises en œuvre – CMS et PMI

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles
facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Lutte contre la tuberculose
Vaccinations

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017

La loi de financement de la sécurité sociale n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 (article 49) étend de trois à onze le nombre des vaccinations obligatoires.

Le décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire précise les modalités de mise en œuvre de cette extension des obligations vaccinales.

Objectifs régionaux et départementaux de promotion des vaccinations

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | PMI, CMS, CDPS | x | x | x | X |
| Autres – | directions petite enfance, enfance, jeunesse | X | x | x | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Existence de ressources (CDPS, PMI, CMS)

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | Rencontres, groupes de travail sur les protocoles |
| Indicateurs d'activité : | Nombre de protocoles rédigés |
| Indicateurs de résultats : | Nombre de protocoles connus dans les établissements Et mis en œuvre |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Comptes rendus Protocoles |

AXE STRATEGIQUE : Parcours coordonnés**INTITULE DE L'ACTION : Parcours accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion**

PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) :
Direction Santé Unité Ville et Santé Marie Anne Mazoyer

DUREE DE L'ACTION : CLS3

Annuelle ☐ Pluriannuelle x
 Début : 2019 Fin : 2023

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ? :**

Le territoire de Saint-Denis est confronté à une précarité très importante de sa population. Plusieurs études, dont une étude réalisée en 2009 sur le territoire de Saint-Denis ont permis de repérer les difficultés spécifiques des populations en situation de précarité dans l'accès aux droits et aux soins.

Depuis plus de 10 ans le cotech santé précarité (issu de la démarche d'atelier santé ville) a mis en place des actions concrètes et efficaces pour améliorer l'accès aux droits et aux soins de ces populations. Néanmoins, malgré les efforts réalisés par l'ensemble des acteurs impliqués sur le territoire, il reste toujours à travailler sur les besoins existants qui ne cessent de croître.

Quelle démarche de diagnostic

Ces besoins ont été identifiés par les professionnels (sanitaire, social – associations et institutions) et les usagers interrogés puis ils ont été corrélés par différentes sources d'information telles que :

Etats des lieux de la précarité :

- Une Etude économétriques de l'hôpital Delafontaine réalisé en 2017 qui démontre que 48 % des patients du CHSD autour de l'hôpital (5km) viennent d'Iris extrêmement précaires.
- Le dernier recensement de l'INSEE et les études sur la population dionysienne du secteur des études locales de la ville de Saint-Denis réalisé en 2013

Le non recours aux droits :

- La CPAM : les trois couvertures (CMUC, ACS et AME) concernent 26 % des assurés dionysiens contre 15,6 des assurés franciliens.
- Une étude sur la complémentaire santé réalisée en 2017 par le groupe de travail santé précarité
- Les statistiques des PMI réalisées par les équipes concernant le taux de couverture médicale en 2017 (35% des femmes enceintes arrivaient en PMI dionysienne sans droits santé ouverts)

Le CRÉDOC, et surtout le Défenseur des droits dans son dernier rapport, ont alerté sur les conséquences de la dématérialisation pour l'accès aux droits, notamment de santé, et les risques d'un accroissement des inégalités et non recours (source : Enquête sur l'accès aux droits. Relations des usagères et usagers avec les services publics : le risque de non-recours, Défenseur des droits, mars 2017).

Le non recours aux soins

Différentes études éclairent le phénomène de non recours ou de recours tardif aux soins qui est lié notamment à l'absence de droits mais aussi à des situations de vulnérabilité(s) dont des difficultés économiques ou sociales.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

La précarité notamment économique est un phénomène prégnant à Saint-Denis (Cf. annexe sur les indicateurs de santé)

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Une forte proportion de personnes sans couverture médicale de base et sans complémentaire santé (phénomène important de non recours aux droits)

Des retards et des renoncements aux soins importants

Une forte présence de ressources locales pour répondre aux besoins, mais souvent mal connues et mal coordonnées,
Des professionnels au contact des personnes en situation de vulnérabilité sociale en mal d'espaces de réflexion, d'échanges de pratiques et de soutien.

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

A poursuivre

- Veille sur les évolutions réglementaires CPAM et sur les dispositifs qui favorisent l'accès aux droits santé et aux soins sur le territoire
- Organisation de formations /sensibilisations et de rencontres pour les professionnels sur l'accès aux droits et aux soins
- Accompagnement des expérimentations autour des parcours de soins ou de projets facilitants
 - Permanence d'aide à l'accès aux droits pour les femmes enceintes au CCAS en articulation avec le projet médiation en PMI
 - GT Commission SIAO décentralisée (co-pilotage ville,/ hôpital /chsd)
 - Accompagnement des actions de prévention et d'accès aux soins, des grands exclus à la Maison de la solidarité
 - GT Besoin Élémentaire Bébés

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

- Oui ☐ Non x

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique:

Améliorer l'accès aux droits et le parcours de soins des personnes en situation de précarité et /ou d'exclusion

Objectifs opérationnels de l'action :

Coordonner et mobiliser les acteurs sanitaires et sociaux du territoire en favorisant les espaces d'échange et de réflexion, les espaces de soutien, les études et expérimentations, le développement de projets innovants

Soutenir l'accès aux droits santé sur le territoire : permanences CCAS ou en PMI, espaces accueils dans les quartiers...

Déroulé des actions

1- Animation territoriale...

- Organisation du copil santé précarité

Il rassemble de manière large les élus (Santé, Solidarité...), les acteurs du secteur associatif (de la santé, du social, du caritatif de l'insertion...), les secteurs de la santé (professionnels de ville, hospitaliers y compris service social et Lampes, psychiatrie dont les équipes mobiles, réseau de santé ...), le SIAO, différents services dont les directions de quartier, le service solidarités (service social, CCAS, maison des parents). Les services des signataires y sont représentés et en particulier ceux de la CPAM.

- Groupes de travail par thématique

GT médiation en pmi – cf. fiche action sur la périnatalité

Gt hébergement : qui suit l'expérimentation de la CTU décentralisée (SIAO, Direction santé/santé précarité, CHSD)

Gt droits santé : qui suit les lieux d'accès aux droits santé (CCAS, permanences PPV...) et pour travailler sur la mise en place d'un accompagnement à l'accès aux complémentaires santé

D'autres GT peuvent émerger en fonction des besoins identifiés par le copil.

2- Poursuite de la veille et du renforcement des acteurs

Veille sur les évolutions réglementaires CPAM ; sur les dispositifs qui favorisent l'accès aux droits santé et aux soins sur le territoire, (PASS Hospitalière, PASS ambulatoire, Lampes, CCAS)

Information du réseau sur cette veille

Formations / sensibilisations sur l'accès aux droits et aux soins par la coordinatrice PASS (référénte droits santé) en lien avec la CPAM

3- Poursuite des GT et accompagnement d'expérimentations

Parmi les projets qui pourraient être proposés en 2020 et suivantes :

- Projet d'accompagnement des usagers à l'accès à la complémentaire santé pour les personnes domiciliées, les usagers des CMS, les habitants des quartiers et dans un second temps accompagnement des usagers dans l'accès aux droits santé dématérialisés
- Groupe de travail sur l'interprétariat
- Accompagnement d'un projet de recherche sur les parcours de soins en PASS sur le territoire avec une Doctorante de l'université de Lille
- Projets autour de la compréhension du parcours de santé et la littératie en santé

La faible compréhension du système de santé et du parcours de soins peut expliquer certaines difficultés à s'inscrire dans des propositions de dépistage, de prévention ou de soins. La littératie en santé représente « la capacité pour chaque individu d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer ; ceci afin de maintenir et améliorer sa santé tout au long de sa vie » (définition de l'OMS). Le niveau de littératie en santé a donc des répercussions importantes sur l'inscription dans des parcours/des comportements de prévention ou de soins.

Des temps d'explication sur le parcours de soins/santé pourraient être proposés notamment aux personnes éloignées du système de soins (personnes dans les foyers de migrants, femmes en situation de vulnérabilité, primo-arrivants...) et des outils co-construits avec ces publics pour proposer des formats adaptés.

Des actions de sensibilisation et de formation autour de la littératie en santé et des pratiques professionnelles (en cabinet médical par ex) pourraient être proposées à la fois aux acteurs de prévention mais aussi aux professionnels de santé.

Cette proposition pourra s'articuler avec un travail réflexif proposé aux soignants sur les représentations et les pratiques médicales face à la précarité.

Public habitants de Saint-Denis, et notamment personnes en situation de vulnérabilité(s), acteurs de la santé (prévention, soins) et du social (associatifs, institutionnels)

Lieux de l'action : territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? En cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles
facteurs psychosociaux et environnement social
facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Accès aux droits
Accès aux soins
Accueil de la grande précarité par l'offre de soin
Intervention globale pour personne en difficulté sociale
Renforcement du parcours de santé des personnes hébergées

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Faire émerger et soutenir des territoires d'action à l'initiative des acteurs

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé

Créer les conditions d'habitat, de logement, et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

PRAPS

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-----------------------|---|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | ARS IDF | | X | X | |
| | -CPAM | X | | | |
| | -CRAMIF | X | X | X | |
| | - hôpital (service social) | X | X | x | x |
| | maison du bébé, maison des femmes) | x | X | x | |
| | -CMS | X | x | x | |
| | -Pmi | X | x | x | |
| | -CMP | X | x | x | |
| | Ville evrad (PASS psy) | X | x | x | |
| | -Associations (comede, cimade, cdf, acsanté 93, aides, acsbe) | X | x | x | |
| | MDM | X | x | x | x |
| | Ccas, maison des parents et de la solidarité, service social municipal et hospitalier, associations (amicale du nid , proses , samu social, siao, cada, France terre d'asile) | X | X | X | x |
| Social | | X | X | X | |
| Emploi/Insertion | Association Objectif emploi, canal Rencontre 93 AVEJ | x | x | x | |
| Education | PRE | X | X | X | |
| Logement | SIAO, inter logement, amicale du nid, LHSS | X | X | X | X |
| Politique de la ville | Maison de quartier | X | X | X | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non X

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- le partenariat et le réseau ancien
- le nombre importants d'acteurs sur le territoire (associations, institutions) mobilisés
- la démarche ASV

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- L'ampleur des besoins
- Des difficultés sociales / économiques et des réponses souvent limitées (...) qui impactent tous les acteurs
- Un parcours de plus en plus difficile pour les personnes en situation administrative complexe

Avec la fermeture des accueils et les services à distances de la CPAM, la complexification du droit et l'accès à l'information (chargements réguliers du cadre réglementaire pour l'obtention des droits à l'AME...)

Le groupe ressources autour des difficultés d'accès aux droits a été repris par MDM pour favoriser Ce plaidoyer

- Manque de structure d'hébergement santé sur notre territoire

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT**Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic**

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | <ul style="list-style-type: none"> - Réunions partenariales, bilan d'étapes (difficultés rencontrées dans la mise en place du parcours, points forts, satisfaction des usagers, des équipes et des partenaires) - Profil des participants (métiers et structure de rattachement) - Modalités de communication entre les membres |
| Indicateurs d'activité : | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances d'information /sensibilisation - Nombre de participants aux rencontres - Nombre de personnes formées - Nombre de réunion du comité de pilotage, nombre de partenaires engagés, nombre de réunions avec les partenaires - Bilan d'étape - Outil de communication réalisé (flyer, etc.) |
| Indicateurs de résultats : | <ul style="list-style-type: none"> - % de satisfaction des professionnels et des usagers qui utilisent les dispositifs |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Méthode d'évaluation qualitative et quantitative |

AXE STRATEGIQUE : Parcours coordonnés**INTITULE DE L'ACTION : Parcours de prise en charge des enfants, adolescents et adultes en surpoids ou obèses****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction santé UVS Samira Guédichi-Beaudouin, Christel Chiboust, Laura Ovide****Direction santé Dr Anne Louise Avronsart****CHSD****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle x
Début : Fin :**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

La journée de réflexion organisée dans le cadre du cotech « nutrition et AP » a réuni en 2015 l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge. Ils ont rappelé que les questions éducatives, sociales, économiques, culturelles font de l'obésité un problème plurifactoriel dont la prise en charge est complexe et longue.

Même si elles restent insuffisantes face aux besoins, de nombreuses propositions existent aujourd'hui pour les personnes en surpoids :

des consultations de diététiciennes en CMS pour les enfants et adolescents (non payantes pour les usagers), des suivis diététiques et psychologiques avec l'expérimentation « Mission retrouve ton cap » pour les enfants en surpoids de 3 à 8 ans, le centre médico-sportif qui est agréé centre ressources régional mais aussi des structures associatives comme la Maison de la Santé avec le projet « je bouge pour ma santé » ou l'association « Sport-Santé » qui permet une reprise d'activité physique régulière avec le « Défi-Forme Santé ». A l'hôpital les patients sont pris en charge pour des pathologies associées comme le diabète, avec des propositions d'hôpital de jour et d'éducation thérapeutique, ou le service de chirurgie bariatrique. Un parcours pour les adolescents en surpoids ou obèses est travaillé de longue date avec le service de pédopsychiatrie du CHSD.

L'enjeu de ce parcours réside à la fois dans l'amélioration du repérage précoce des personnes en surpoids et dans leur prise en charge articulée pour favoriser une prévention secondaire efficace et des suivis adaptés, y compris chirurgicaux.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

En lien avec les inégalités sociales de santé, moins un individu est diplômé, plus il a de chances d'être obèse. De fait notre population est particulièrement touchée par ce phénomène. La prévalence de l'obésité chez les adultes est très forte en Seine Saint-Denis (le double de la moyenne nationale, 22,4% en 2013). Elle est en progression, notamment chez les femmes où la proportion atteint 33,9% à Saint-Denis selon le Centre d'examen de la CPAM lors d'un colloque à Saint-Denis en 2014

Le bilan des 4 ans a révélé qu'à Saint-Denis, le taux d'obésité infantile est deux fois supérieur à la moyenne nationale.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

- Amélioration du repérage précoce des personnes en surpoids
- Connaissances des ressources locales existantes notamment par les médecins afin d'améliorer les orientations
- Amélioration des réponses et de leur coordination : diététique, activité physique adaptée, suivi médical...
- Formation et sensibilisation des adultes encadrants (parents, animateurs, enseignants, référents)

famille) afin de développer l'orientation vers le parcours

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Les consultations de diététiciennes en CMS (enfants, adolescents, femmes enceintes) et au centre médico-sportifs doivent être maintenues et si possible développées.

L'expérimentation de prévention de l'obésité infantile « Mission Retrouve Ton Cap » doit être pérennisée afin de proposer un parcours associant bilans et suivis diététiques, bilan et suivis psychologique et accès à l'APA pour prévenir l'obésité des enfants.

Le travail avec Casado sur le parcours adolescent s'est élargi à la Maison de Solenn pour offrir une prise en charge plus diversifiée et doit être poursuivi.

Un travail spécifique sur le suivi des femmes enceintes et du diabète gestationnel est proposé dans la fiche action périnatalité.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: structurer un parcours ville/hôpital de prise en charge du surpoids et de l'obésité accessible aux populations précaires

Objectifs opérationnels de l'action

- Structurer un parcours enfants
- Structurer un parcours adolescents
- Structurer un parcours adultes en lien avec la reprise d'une activité physique

Déroulé des actions

Animation territoriale

Coordination autour de la nutrition et AP : réunion mensuelle

Cotech autour de l'expérimentation « Mission Retrouve Ton Cap » avec l'objectif d'une inscription dans le droit commun et du financement du parcours hors expérimentation

Coordination autour de l'adolescent en surpoids et obèse : trois fois par an

Coordination autour des personnes en surpoids et obèses en AP : réunion tous les deux mois

Les objectifs de ces temps de coordination sont de faciliter les liens entre les acteurs de chaque parcours ; d'identifier les actions (formations, communication...) permettant de favoriser les repérages précoces des personnes en surpoids et de favoriser leurs entrées dans les parcours, d'améliorer les connaissances des ressources locales existantes notamment par les médecins afin d'améliorer les orientations.

Améliorer le repérage précoce des personnes en surpoids

L'articulation avec les actions de prévention développées notamment par les diététiciennes (Cf. fiche prévention nutrition) permet de sensibiliser les habitants à la prévention et d'orienter les personnes en surpoids vers les dispositifs existants.

Les animations d'ateliers santé des CMS porteront notamment sur des sujets liés à l'alimentation, et permettront d'informer les personnes en surpoids / obèses des possibilités de soutien et de prises en charge.

Développer l'accès à l'activité physique adaptée, développer le sport sur ordonnance et consolider le centre référence-ressources

L'information sur l'Ecole Municipale des Sports (avec des places réservées pour les enfants en supoids en lien avec les diététiciennes de la Ville), et sur les stages d'activités physiques adaptés (enfants et adultes) organisés par l'association du sport santé doit être encore renforcée.

Sur le sport sur ordonnance Cf. fiche action parcours sur le diabète de type 2

Consultations diététiques en CMS

Suivi diététique des enfants en surpoids ou obèses

- Consultations individuelles pour les enfants de 0 à 12 ans accompagnés des parents

L'orientation est faite sur prescription médicale. Possibilité d'orientation vers le stage APA pour les enfants organisé par l'association du sport santé. 9h dans 3 CMS (Barbusse, Les Moulins, Plaine

- Mission Retrouve Ton Cap - Programme de prévention de l'obésité des enfants de 3 à 8 ans

Coordonné par la diététicienne en charge des enfants associant bilan et suivis diététiques, bilan d'AP, bilan psychologique en articulation avec les médecins prescripteurs. Les enfants qui en ont besoin sont orientés de façon privilégiée vers l'Ecole Municipale des Sports où des places leurs sont réservées tout au long de l'année.

Suivi diététique des adolescents en surpoids ou obèses :

Consultations individuelles ou parfois interventions collectives implantées en CMS Cygne (4h hebdomadaires).

Plusieurs possibilités sont explorées : co-consultation avec une psychologue de Casado, orientation privilégiée vers le chef de service de pédopsychiatrie du CHSD, ateliers collectifs cuisine ou AP avec éducateurs de Casado ou association du sport santé, accompagnement vers la maison de Solenn. Les besoins explosent et les délais pour l'accès à une consultation sont de 2 mois.

Suivi diététique des personnes en surpoids ou obèses en AP

Consultation individuelle ou parfois interventions collectives implantées en Centre Médico Sportif. Travail en coordination avec la médecin du sport et le conseiller médico sportif. Atelier collectif auprès des participants au Défi Forme Santé organisé par l'association du sport santé.

- population cible personnes en surpoids ou obèse inscrites ou souhaitant s'inscrire à une AP, participants au DFS, sportifs en clubs ou associations

La proposition de suivi diététique des femmes enceintes en surpoids ou en diabète gestationnel est précisée dans la fiche périnatalité

Public cible enfants, femmes enceintes, adolescents, adultes en surpoids ou obèses

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

- Les actions de suivi diététique dans les CMS et au Centre Médico Sportif en cours
- L'expérimentation MRTC commencé depuis 18 mois est en phase d'inclusion des publics

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Accès aux soins

Alimentation

Santé de l'enfant

Santé des adolescents et jeunes adultes

Thématique Prioritaire PRS2

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé

Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

PNNS, Nutri Score, Plan Obésité

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | CHSD, médecins de ville, diététiciennes, infirmières asalée | | | | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- Gratuité du suivi diététique accessible aux populations précaires grâce à la subvention de l'ARS
- Diététiciennes impliquées en même temps dans le suivi individuel et les actions collectives de prévention ; ce qui favorise l'articulation pour le parcours entre prévention, dépistage et prise en charge
- Qualification des diététiciennes adaptée à la prise en charge des divers publics : DU psychopédagogie du comportement alimentaire pour l'enfant et ses parents, DU Trouble du Comportement Alimentaire pour l'adolescent ; DU outils d'évaluation des actions d'éducation à santé
- Coordination pluri-professionnelle

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- Insuffisance d'offre adaptée aux publics en situation de précarité : consultations diététiques, lutte contre la sédentarité...
- L'insuffisance du temps de coordination interprofessionnelle

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions - Diversité des partenaires - Stabilité des partenaires |
| Indicateurs d'activité : | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes dans la file active - Informations sur : nouvelles personnes/ Age moyen d'entrée dans la file active/ Sexe/ IMC à l'entrée/ Pratique de l'AP/ origine de l'orientation/ absentéisme |
| Indicateurs de résultats : | <ul style="list-style-type: none"> - Evolution de l'IMC |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | <ul style="list-style-type: none"> - Analyse de la feuille d'émargement - Entretiens - Mesure d'IMC |

AXE STRATEGIQUE : Parcours coordonnés**INTITULE DE L'ACTION : Parcours maladies chroniques, diabète de type 2****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction santé / service Offre de soins – Dr Karine Royer, Dr Anne Louise Avronsart****CHSD / Dr Cohen****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle x

Début : Fin :

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

Recueil des données de santé disponibles (CPAM, ...) et des retours des acteurs de santé du territoire

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

- Près de 6% de la population concernée par le diabète de type 2 en Seine-Saint-Denis avec une prévalence encore plus importante à Saint-Denis (1^{ère} ALD). Prévalence importante du diabète gestationnel.

- Diabète de type 2 dépisté et suivi majoritairement en ville (médecin traitant coordinateur de parcours, 90% des diabétiques sont suivis par leur médecin traitant sans avoir recours au spécialiste) ; il y a parfois rupture de parcours et recours à l'hospitalisation (lors de la découverte ou d'un épisode de complication ou de décompensation)

- Une population précaire et aux origines culturelles très variées. La santé pour cette population n'est pas une priorité et il y a une méconnaissance de la maladie et de son traitement (problèmes d'observance). Cela entraîne un recours tardif au dépistage et une augmentation du recours à l'hospitalisation.

- CHSD centre de référence en diabétologie : 3 spécialistes temps plein, hôpital de jour, consultations en maternité, centre de référence de la chirurgie métabolique...

- CMS de Saint-Denis : pratique asalée, action envers les femmes enceintes (prévention, dépistage et prise en charge du diabète pré-gestationnel avec une consultation diététique dédiée)

Perspective d'IDE asalée à l'ACSBE/Place Santé

- Centre médico-sportif = centre référence ressource sur la prescription de sport sur ordonnance

- Problématique de la démographie médicale qui augmente le besoin de coordination des acteurs

- Nécessité d'une meilleure coordination ville-hôpital (ex : prise en charge d'une décompensation aiguë (MG, service urgence et endocrinologie)

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

- Prévention primaire (nutrition, promotion de l'activité physique...)
- Dépistage notamment pour les populations les plus éloignées des soins (populations en situation de précarité, sans droits ouverts, primo-arrivants...).
- Renforcement de l'offre de soins et de la coordination des acteurs ville-hôpital
- Besoin d'interconnaissance et de formation des professionnels, instances de concertation

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non x**DESCRIPTION DES ACTIONS****Objectif stratégique: Améliorer le parcours santé des personnes atteintes de maladies chroniques – Diabète type 2****Objectifs opérationnels de l'action**

- Développer l'accès à l'information et au dépistage notamment pour les populations éloignées de la santé
- Diversifier l'offre de soins et de prévention : ETP, pratiques Asalée et infirmières avancées, sport santé
- Développer la coordination des acteurs ville-hôpital avec la mise en place d'une plateforme de diabétologie ambulatoire

Déroulé des actions

Animation territoriale

Mise en place d'un groupe de travail

Cela permettra d'affiner le diagnostic, de prioriser et assurer le suivi des actions et de les faire évoluer. Il pourra se réunir 2 fois par an. A terme, il sera piloté par la CPTS.

Composition du groupe de travail :

- Direction santé (service Offre de soin, UVS nutrition et promotion activité physique, médecin du sport)
- CHSD (Chef de service diabétologie - Dr Cohen)
- CCN
- PASS et réseaux de santé précarité (ACsanté93), PMI
- Centre de santé associatif ACSBE La place santé et ses médiatrices santé
- Professionnels de santé libéraux (MG, cardiologues, IDE, diététiciennes, dentistes, pharmaciens, podologues...)
- Association sport-santé, association Proses et son réseau de microstructures sanitaires
- CPAM93

Développer les actions de sensibilisation et de prévention en allant vers les populations éloignées du soin ; développer l'accès et encourager le recours au dépistage

Développer l'accès à l'information et encourager le recours au dépistage : L'action pourra s'appuyer sur la mobilisation des acteurs dans les quartiers. Certaines initiatives pourront être déployées telles que les ateliers santé ou encore l'expérimentation réalisée dans les foyers migrants coordonnés par les infirmières de pratique avancée des CMS de Saint-Denis. La proposition d'une offre de dépistage dans les quartiers, dans les foyers, en allant vers les populations éloignées du soin pourra être travaillée.

En parallèle, le travail pour favoriser l'accès aux soins (dispositifs PASS, MS...), améliorer la coordination des acteurs et renforcer l'offre de soins de proximité (MG, cardiologues, diabétologues, ophtalmologues, IDE, infirmières Asalée et infirmières de pratique avancées, diététiciennes, dentistes, podologues) se poursuivra.

Développer la prescription de sport sur ordonnance, consolider le centre référence-ressources

La prescription d'activité physique adaptée par le médecin traitant dans la prise en charge des maladies chroniques en affection longue durée (ALD) est désormais reconnue et rendue possible par la loi de santé de janvier 2016.

Le dispositif Prescri'Forme offre un cadre à cette prescription en Ile de France : elle est étendue aux médecins de toute spécialité, libéral ou hospitalier et au-delà des ALD, s'adresse aux patients hyper-tendus ou obèses. En parallèle, des structures (clubs sportifs, associations), dispensant une offre d'activité physique adaptée sécurisée en termes de règles et de recommandations, sont certifiées Prescri'Forme. A terme, ce dispositif offre la possibilité de développer un réseau autour du sport santé entre la Ville et l'hôpital.

A Saint-Denis, cette démarche est portée par le Centre médico-sportif, centre référence-ressources agréé Prescri'forme en 2018. Elle permet aux médecins prescripteurs d'APA d'y orienter pour un bilan des patients vers le médecin du sport. Pour ce faire, le plateau technique du CHSD est mis à contribution. Cette articulation entre ville et hôpital reste à formaliser dans une convention.

Elle permet aussi de développer la formation des éducateurs sportifs à l'APA et les structures sportives dispensant une offre d'activité physique adaptée.

Un travail avec les complémentaires santé, la CAF et les comités d'entreprise sera envisagé pour améliorer la prise en charge et favoriser l'accès à ces pratiques.

Créer une plateforme de diabétologie ambulatoire dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients diabétiques

Un projet de plateforme de diabétologie ambulatoire, dans le cadre de la réponse à l'appel à candidature « Postes Médecins Spécialistes Partagés Ville/Hôpital » par les CMS de Saint-Denis et le CHSD, a obtenu un avis favorable de l'ARS en 2019.

Objectifs : réduire le recours à l'hospitalisation, prévenir les complications et améliorer la coordination des professionnels, leur formation et la qualité des prises en charge des patients diabétiques ou obèses

Il s'agira de recenser les ressources et les besoins sur le territoire, de mieux former et coordonner les acteurs (rôle ressource des diététiciennes, podologues, nouvelles compétences des pharmaciens, infirmières Asalée et de pratique avancée, sport santé), de s'appuyer sur les instances de concertation telles l'EFGH, de développer des protocoles de coordination et de coopération inter-professionnelle, un programme d'éducation thérapeutique en ville articulé avec l'hôpital et de la téléconsultation...

Durée de l'expérimentation : 3 ans

Public cible Habitants de Saint-Denis avec une attention particulière pour les publics vulnérables et éloignés du soin – Professionnels de santé

Lieux de l'action : Territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? En cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs psychosociaux et environnement social
facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Dispositif de coordination
Education thérapeutique du patient
Maladies chroniques cardiometaboliques
Médiation en santé et du «aller-vers»
Alimentation
Activité physique

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé
Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes
Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

PNNS 2018-2022
Loi de modernisation du système de santé janvier 2016
Ma santé 2022

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements) | Cocher les cases ci-dessous |
|--------------------|---|-----------------------------|
| | | |

| | d'habitants.....) | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| Santé (exemples) | <ul style="list-style-type: none"> - Direction santé (service Offre de soin, médecin du sport, UVS nutrition et promotion activité physique) - CHSD (Chef de service diabétologie - Dr Cohen) - CCN - PASS et réseaux de santé précarité (ACsanté93), PMI - Centre de santé associatif ACSBE La place santé et ses médiatrices santé - Professionnels de santé libéraux (MG, cardiologues, IDE, diététiciennes, dentistes, pharmaciens, podologues...) - Association Proses et son réseau de microstructures sanitaires - CPAM93 | | | | |
| Autres | Association sport-santé ; structures sportives | | | | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒**Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :**

Liens avec le CHSD et notamment avec le service de diabétologie

Centre référence ressources Prescri'forme

Poste d'assistant partagé avec création d'une plateforme ambulatoire de diabétologie

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Besoins en augmentation alors que les ressources restent limitées

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT**Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic****Indicateurs de processus :**Groupes de travail
Participation d'acteurs différents**Indicateurs d'activité :**Consultations diététiques
Mise en place de la plateforme ressources diabéto**Indicateurs de résultats :**

Nombre d'orientations sur « Mission retrouve ton cap » et sur l'APA

Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) :Comptes rendus
Bilans d'activités

AXE STRATEGIQUE : Parcours coordonnés**INTITULE DE L'ACTION : Parcours autour des cancers****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) Santé****Direction santé : UVS Karine Bisson, offre de soins Karine Royer
CHSD****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle x
Début : Fin :**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

Recueil de données transmises par le CDC 93, le CHSD et la CPAM93. (ex : stade avancé des cancers pris en charge au CHSD cf. étude Dr Gaujal sur étude comparative entre hôpital st Louis et CHSD)

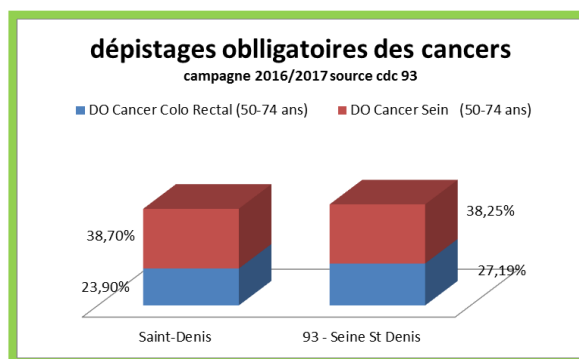
Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

Un IDH2 très faible

De nombreuses femmes isolées et foyers monoparentaux.

Une faible littératie en santé

Concernant les dépistages organisés des cancers, le taux de couverture de dépistage est correct pour le cancer du sein mais inférieur à la cible nationale. En revanche, il reste plus faible pour le cancer colo-rectal y compris par rapport à la moyenne départementale.



Les indicateurs de 2015 montrent une très grande disparité par quartier/iris. Quelques quartiers tels que le Franc Moisin et Sémard restent en deçà de ces chiffres. Quant au dépistage du cancer du col de l'utérus, la campagne locale de promotion du dépistage du cancer du col 2016, a permis de réaliser 13 frottis en population générale. Le taux de frottis anormaux relevé était particulièrement élevé, et ce d'autant plus que l'âge moyen est de 51,6 ans : 38%. (Taux habituel des FCU anormaux est inférieur à 5%).

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Une méconnaissance de l'offre de soins et de prévention en gynécologie

Un recours insuffisant et tardif au dépistage des cancers de manière générale et notamment pour les femmes

Des ruptures de parcours fréquentes dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique (retard au diagnostic, plateau technique, prise en charge sociale, de la douleur...) et Une alerte du service du CHSD sur les arrivées de femmes sur des cancers du sein à des stades avancés.

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Valoriser les dispositifs locaux d'accès au dépistage et aux soins : consultation « infirmière frottis ».

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?Oui ☐ Non x**DESCRIPTION DES ACTIONS**

Objectif stratégique: Améliorer la prévention des cancers et l'accès aux soins**Objectifs opérationnels de l'action :**

- Améliorer le recours au dépistage des cancers (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal)
- Encourager les coopérations inter-professionnelles
- Actualiser l'information et la formation des professionnels
- Améliorer la coordination des acteurs et la lisibilité des parcours, développer les protocoles Ville/hôpital

Déroulé des actions**Animation territoriale**

Un groupe de travail réunissant l'ensemble des acteurs concernés sera mis en place.

Il aura vocation à être piloté par la CPTS dès qu'elle sera fonctionnelle.

Il s'appuiera sur les professionnels de santé mais aussi les acteurs qui interviennent auprès de femmes éloignées des dispositifs de soins (femmes en situation de précarité...) en lien avec la Mission santé des femmes et le groupe de travail « santé des femmes » - cf. fiche action

Etude du parcours de femmes en suivis tardifs de cancers du sein

Le CHSD travaille depuis 2013 en partenariat avec l'Institut Curie. Ce dernier apporte son expertise en termes d'organisation des parcours de soins, de pluridisciplinarité, mais aussi d'accès à la recherche clinique et à l'enseignement, tandis que l'hôpital Delafontaine dispose d'une expertise médico-sociale sur un territoire aux fortes particularités socio-culturelles. L'hôpital a par ailleurs mis en place un « centre d'imagerie de la femme ».

Des projets de recherche en science humaines et sociales sont en cours, notamment sur les thèmes "précarité et cancer du sein" ou "prise en charge globale du cancer du sein".

Il serait intéressant de partager les résultats de ces études avec les professionnels et acteurs de la ville.

Selon le CHSD, les patientes atteintes de cancers du sein sont souvent prises en charge à des stades plus avancés que la moyenne nationale. Une enquête reprenant de manière qualitative les dossiers de ces patientes aura pour objectifs de mieux comprendre les parcours des femmes en suivi cancérologie au CHSD. Il s'agira d'identifier les facteurs de retard au diagnostic et aux soins et de proposer des actions permettant de mieux cibler et adapter l'offre de dépistage et d'orientation.

Développer l'offre de dépistage, encourager les coopérations inter-professionnelles

Il s'agit de conforter et déployer le protocole de coopération entre médecins et infirmier(e)s sur la réalisation de frottis cervicaux-utérins en CMS.

Ce protocole de coopération inter-professionnelle article 51 est autorisé par l'ARS mais n'est pas suffisamment valorisé. Une consultation «frottis pour toutes» est proposée au CMS des Moulins. L'infirmière réalise un entretien puis le frottis. Le médecin remet les résultats et propose si nécessaire d'autres dépistages et/ou prises en charge permettant d'intégrer les femmes dans un parcours de suivi gynécologique. Si la patiente n'a pas de couverture sociale, un accompagnement vers l'ouverture de ses droits lui est proposé. Cette consultation permet de faciliter l'accès au dépistage de femmes éloignées du soin.

Un travail partenarial est réalisé avec les structures en lien avec des femmes en situation de précarité : Médecin du monde, CAARUD Prodes, Aides, Amicale du Nid, Mission locale, Maisons de quartier, cidff... Cette action pourrait être déployée dans les autres CMS et structures volontaires du territoire.

Public cible : Habitantes et professionnels du secteur sanitaire et social**Lieux de l'action : Territoire de Saint-Denis****ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? En cours**

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique : Cancer

Accès aux droits
Accès aux soins
Accueil de la grande précarité par l'offre de soin
Cancer
Santé de la femme
Santé sexuelle et vie affective

Thématique Prioritaire PRS2**A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?**

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé
Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours (dont article 51)
Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses
Soutenir l'innovation et la recherche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Loi HPST
Loi de modernisation du système de santé janvier 2016
Ma santé 2022

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | CHSD, Institut Curie, Maison des femmes Professionnels de santé du territoire (MG, radiologues, IDE, pharmaciens...) CPAM, CDC93 Centre AION Associations (ACsanté93, ACSBE, Proses, La luciole dans la nuit...) | x | x | X | |
| Social | Maison des usagers Services sociaux Amicale du nid, Ikambere | x | x | x | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens? Oui ☐ Non x

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Partenariat CHSD – Institut Curie

Protocole de coopération interprofessionnelle article 51 loi HPST sur la réalisation de frottis cervico-vaginaux dans les CMS

Mission UVS santé des femmes

Groupe de travail santé des femmes

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Moyens humains

Absence de valorisation financière du protocole de coopération interprofessionnelle

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT**Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic**

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | Groupes de travail Participation d'acteurs différents |
| Indicateurs d'activité : | Enquête sur les parcours cancers du sein Délégation d'actes sur les frottis |
| Indicateurs de résultats : | Nombre de frottis réalisés par délégation d'actes Propositions opérationnelles pour faciliter le dépistage et la prise en charge des femmes avec des cancers du sein de manière précoce |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Comptes rendus Bilans d'activités Note et synthèse d'enquête |

AXE STRATEGIQUE : Parcours coordonnés**INTITULE DE L'ACTION : Parcours de santé des personnes vieillissantes cumulant des vulnérabilités****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction Santé, UVS, Marie-Anne Mazoyer cheffe de projet santé précarité****Direction de Solidarités : coordination PA, Sylvie Bessard et la direction de la Maison des Seniors Nabila Mankour****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle x

Début : 2019 Fin : 2023

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?**

La ville a engagé une démarche de réflexion ainsi qu'une programmation d'actions sur les personnes âgées, leur isolement, l'engagement citoyen, les résidences, et leur santé.

Deux études sont actuellement en cours : « *Analyse de pratique sur l'accompagnement des Personnes Agées* » et « *L'isolement des personnes âgées* » pilotées par la Direction des solidarités (Maison des seniors et la coordinatrice des personnes âgées) et le secteur des études Locales de la Ville de Saint-Denis.

Des actions sont proposées depuis plusieurs années par le CCAS (établissements d'hébergement pour personnes âgées, foyers soleils, service d'aide à domicile, service de portage de repas (150 bénéficiaires), service de téléassistance, maison des seniors).

Les partenaires du territoire relèvent les difficultés de coordination relatives au repérage et à la prise en charge coordonnée des personnes vieillissantes malades et/ou isolées en perte d'autonomie. Ces difficultés se sont renforcées depuis la fermeture du CLIC Sillage en 2018.

Quelle démarche de diagnostic

C'est dans ce cadre que plusieurs rencontres ont été organisées pour échanger sur la situation des personnes vieillissantes qui commencent à avoir des problématiques de santé (liées notamment au vieillissement). Ces difficultés viennent bien souvent se cumuler avec des problématiques d'isolement ou de fragilités sociales, économiques ou psychologiques.

Ces rencontres ont réuni différents services, en premiers lieux, la coordination personnes âgées, la Maison des seniors, la Direction santé (UVS), le CCAS mais aussi le service de gérontologie et le service social de l'hôpital Delafontaine, le Conseil départemental, la MAIA...

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

Si le nombre de personnes âgées a progressé entre 2007 et 2012 de 19%, la part des 60 ans et plus reste stable et représente 13% de la population dionysienne (soit environ 14 041 personnes – recensement 2014). Les retraités de la ville ont un niveau de revenu nettement inférieur à celui de la moyenne nationale. De plus, les personnes âgées de nationalité étrangère sont fortement représentées (18 %). 11 foyers de travailleurs migrants/résidences sociales sont implantés sur Saint Denis. Le public accueilli est très vieillissant et isolé.

Plus d'un tiers des personnes de plus de 65 ans vivent seules dans les quartiers de Saint-Denis.

La question de l'isolement des personnes âgées est un enjeu majeur pour la ville. La part des personnes de plus de 85 ans qui vivent seules est de 46% (sources Insee 2014).

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Tous les interlocuteurs insistent sur :

- La nécessité de mieux repérer et le plus tôt possible les personnes les plus vulnérables vieillissantes
- Le besoin d'accompagner les personnes les plus fragiles pour les (re)intégrer dans des parcours de soins et de droits comme d'accompagnement social

- La nécessité d'articuler les différents acteurs intervenants ou susceptibles d'intervenir auprès de ces publics : professionnels de santé (ambulatoire et hospitaliers, de la psychiatrie), du médico-social et du social, aidants, associations....

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

- Poursuivre les actions de prévention destinées aux personnes âgées de la maison des Séniors en favorisant davantage la participation des personnes les plus vulnérables et en y associant les services sociaux pour les orientations
- Poursuivre les ateliers destinés aux professionnels pour améliorer l'accompagnement des PA en souffrance psychique
- Poursuivre et développer les actions de santé dans les foyers de travailleurs migrants

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique:

Structurer un parcours de santé lisible et accessible aux personnes (et à leurs aidants) comme aux professionnels afin de prévenir les ruptures d'accès aux droits et aux soins des personnes vieillissantes en situation de vulnérabilité(s)

Objectifs opérationnels de l'action :

- Améliorer le repérage précoce des situations de vulnérabilité(s) de personnes vieillissantes avec des problématiques de santé
- Inscrire les personnes vieillissantes dans des dynamiques de prévention en santé
- Accompagner les situations complexes de manière coordonnée et structure un parcours de soins articulé avec les acteurs du social, du médico-social...

Déroulé des actions

Animation territoriale

Un **groupe de travail** réunit les acteurs du médico-social, du CCAS ; les professionnels de santé (médecin des CMS ou libéraux, infirmier des CMS) et des représentants du service social /LAMPES et des services de gériatrie et de médecine interne du CHSD, la Maia, équipage ainsi que le Conseil Départemental Ce Gt a vocation à être (co)piloté par la CPTS quand elle sera opérationnelle.

Poursuivre les actions de prévention de la Maison des Séniors , inscrites dans un plan d'action plus global, destinées à toutes les personnes âgées du territoire en y associant davantage les personnes vieillissantes isolées et vulnérables

- Ateliers « Infos de la semaine » portant sur des thématiques de prévention en matière de santé et d'accès aux droits avec l'intervention de professionnels (médicaux, paramédicaux, associations spécialisées, CPAM, CRAMIF, etc...) sur différentes thématiques (prévention AVC, diabète, cancer du côlon, du sein etc...
- Ateliers bimensuels animés par une sophrologue pour améliorer le sommeil et la gestion du stress
- Actions d'animation de proximité pour des personnes âgées isolées et/ou en perte d'autonomie (avec accompagnement personnalisé depuis le domicile vers des sorties, séjours organisés)
- Ateliers « un temps pour moi »: ateliers d'échanges et de prévention de la souffrance psychique des personnes âgées à la Maison des Seniors, animés par une psychologue
- Ateliers destinés aux professionnels (aides à domicile, agents de résidence, encadrement) pour améliorer l'accompagnement des PA en souffrance psychique

Développer l'action de prévention dans les foyers de travailleurs migrants

En regard du renoncement aux soins et aux retards de soins constatés auprès des personnes âgées vivant en foyers de travailleurs migrants, les objectifs du projet consistent à accompagner les résidents dans leurs démarches d'accès à la prévention et de contribuer à leurs meilleurs investissements dans les dispositifs de

droits communs et les structures socio-sanitaires de proximité.

En 2019, des temps de rencontre hebdomadaires sont organisés avec la médiatrice sociale du foyer Siquieros et une équipe pluridisciplinaire avec une infirmière de pratique avancée (CMS), un infirmier de santé communautaire (libéral) et une psycho-gériatre. Des ateliers de prévention santé individuels et collectifs dans le foyer ainsi que des accompagnements individuels dans le parcours de soins sont proposés. Cette action doit se développer sur d'autres foyers en 2020 et suivantes.

Diffuser les résultats des études sur les Personnes Agées

Plusieurs études ont été mises en œuvre en lien avec le secteur des Ressources locales de la Ville.

Il importe d'en partager les résultats pour proposer des pistes de travail ou modifier les actions en cours.

Configurer et mettre en œuvre un parcours d'accès aux droits et aux soins, lisible et coordonné

Au sein du CCAS, il existe une cellule de lutte contre l'isolement des personnes âgées (avec un travailleur social, des aides à domicile et des agents de convivialité). Les agents peuvent aller aux domiciles des personnes éloignées des accompagnements avec de grandes vulnérabilités et en perte d'autonomie.

Le travail spécifique sur le parcours de soins/santé pourrait s'intégrer à la dynamique existante au sein de cette cellule.

Dans les situations de personnes vieillissantes, qui cumulent vulnérabilités et problèmes de santé, il est essentiel de structurer une réponse en termes de **repérage, prévention et prise en charge**.

La question du **repérage** de personnes qui sont souvent en situation d'isolement et éloignées des institutions est essentielle.

Pourraient être sensibilisés à ce repérage : la cellule du CCAS, les évaluatrices APA du Conseil Départemental, les opérateurs des actions réalisées dans les foyers de travailleurs migrants, les professionnels de santé du territoire mais aussi les gardiens, amicales de locataires, associations, acteurs des Resad et de la cellule incurie...

Le développement des compétences pour mieux repérer et orienter sera organisé à travers des cycles de formations notamment des aides à domicile et des agents de convivialité, des agents d'accueil du CCAS et des CMS sur le repérage des personnes vieillissantes en situation de vulnérabilité(s). Des formations pourraient également être proposées aux gardiens d'immeuble, professionnels des maisons de quartiers, médiateurs...

La configuration du parcours sera travaillée en 2020 de manière partenariale avec les principaux acteurs (CCAS, aide à domicile, agent de citoyenneté, CCAS, HAD, service social municipal) avec un volet spécifique sur le parcours de soins (liens Ville / hôpital ; articulations médecine somatique, psychiatrie et gériatrie) et sur les prises en charge des personnes dépendantes (question du domicile et des lieux de prise en charge...).

Des outils opérationnels (fiche de liaison, dossier partagé, numéro unique, resad) pourraient être proposés à l'issue de ces rencontres.

Public cible : personnes vieillissantes avec des problématiques de santé qui se cumulent à d'autres vulnérabilités (sociales, économiques, familiales...) et notamment à l'isolement

Lieux de l'action : territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? En cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles

facteurs psychosociaux et environnement social

facteurs comportementaux (style de vie)
système de santé

Thématique

Accès aux droits
Accès aux soins
Intervention globale pour personne en difficulté sociale
Renforcement du parcours de santé des personnes hébergées
Santé et autonomie des personnes âgées
Service / Etablissement médico-social

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Faire émerger et soutenir des territoires d'action à l'initiative des acteurs
Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé
Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Cette dynamique locale corrobore avec l'orientation des acteurs institutionnels notamment sur l'implication des différents acteurs favorisant une meilleure information et coordination, tels que la conférence des financeurs et Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | Direction Santé (UVS , CMS) Hôpital (service social, service gériatrie, service médecine interne) | x | x | x | x |
| Social | Coordinatrice des PA ville | X | X | X | X |
| | CCAS (Résidences Autonomie | X | X | X | |
| | Basilique, Croizat, Dionysia, pôle | X | X | X | |
| | social en charge des foyers-soleils | X | X | X | |
| | notamment, SAAD, Aides légales et | x | X | X | |
| | facultatives | x | X | X | |
| | Cellule de lutte contre l'isolement | x | X | X | X |
| | Maison des séniors | x | X | X | x |
| | Service social municipal | x | X | X | |
| | Réseau équip'âge | x | X | X | |
| | Maia | x | X | X | |

| | | | | | |
|--|---------------------------|---|---|---|--|
| | Adoma et ADEF | x | X | X | |
| | Conseil départemental | x | X | X | |
| | Partenaires pour la ville | x | x | x | |

PARTICIPATION

| | |
|---|--|
| Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? | Oui x Non |
| Si oui, de quelle nature ? (cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet) La Maison des seniors à un comité d'usagers | Participation à l'analyse des besoins x Participation à l'organisation de l'action x Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/> |
| Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : <ul style="list-style-type: none"> - La Maison des Séniors - La cellule de lutte contre l'isolement du CCAS avec ses 3 agents de convivialité - L'action de prévention organisée dans les foyers de travailleurs migrants qui préfigure la naissance d'un parcours | |
| Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : La disparition du CLIC Sillage, chef de file de la coordination gérontologique et les moyens alloués pour une coordination sur le territoire | |

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

| | |
|--|---|
| Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic | |
| Indicateurs de processus : | Réunions partenariales, bilan d'étapes |
| Indicateurs d'activité : | <ul style="list-style-type: none"> - Nbre d'actions de prévention réalisées - Nbre de parcours réalisés - Nbre de personnes repérées et accompagnées - Nbre de réunion de coordination - Nbre de réunion de comité de pilotage et comité technique - Nbre de sessions de formations - Les communications réalisées |
| Indicateurs de résultats : | <ul style="list-style-type: none"> - 80% des personnes qui sont dans le parcours ont pu avoir des droits ouverts - Taux de personnes qui ont suivi les orientations - Satisfaction des usagers et des professionnels |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Evaluation qualitative et qualitative |

AXE STRATEGIQUE : Parcours coordonnés**INTITULE DE L'ACTION : *Parcours des femmes enceintes / périnatalité*****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) :****Direction Santé, PMI : Véronique Lamy****Réseau périnatal de proximité de la Seine Saint-Denis Ouest : Estelle Kramer****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X

Début : Fin :

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic ?**

Le diagnostic s'adosse aux résultats du projet RÉMI (Réduction de la Mortalité Infantile et Périnatale). Plusieurs acteurs du territoire (associations, professionnels de santé...) ont participé aux différents groupes de travail.

Le Réseau périnatal de proximité de la Seine Saint-Denis Ouest organise des temps d'échanges avec les acteurs du territoire qui sont l'occasion d'identifier les difficultés.

Parmi les freins à l'accès aux soins, l'absence des droits santé reste prégnante, avec une méconnaissance des droits potentiels par les habitants, mais aussi des barrières (administratives...) dans la constitution des dossiers ou leurs instructions et un besoin d'être accompagné pour les plus fragiles. Les femmes enceintes constituent à ce titre un public particulièrement ciblé dans le CLS 3 avec, avec la mise en place d'une médiation santé dans les pmi qui va être expérimentée pendant 3 ans.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

Les éléments disponibles en matière de périnatalité ne plaident pas pour une situation différente de celle, dégradée, du département : le taux de mortalité infantile de Seine Saint-Denis est le plus mauvais de la région (4.8 en Seine-Saint-Denis vs 3.8 en Ile de France pour 100 naissances vivantes - Sources : taux de mortalité infantile 2014-2016 Insee ; PMSI ; périnat ARS IDF) ; idem pour le taux de prématurité.

Le taux de grande prématurité est même encore plus mauvais à Saint-Denis (2%) qu'en Seine-Saint-Denis (1.6%) pour 1.3% en Ile de France (Prématurité - Naissances à moins de 33 semaines d'aménorrhée - Source : PMSI MCO - Données au code postal - % dans le total des naissances).

Le département de Seine-Saint-Denis est jeune, avec un indice de fécondité de 2,40 enfants par femme, soit le niveau le plus élevé de tous les départements de France métropolitaine.

Les taux de mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité infantile dans le département de la Seine Saint-Denis sont supérieurs à ceux des autres départements français. Parmi les éléments relevés par l'enquête ReMI pour expliquer ces mauvais chiffres sont mis en avant les situations de précarité des femmes, un accès tardif aux suivis de grossesse, l'absence de droits santé, le surpoids/obésité.

Le diabète non dépisté et non pris en charge est un facteur impactant ces taux de mortalité selon l'enquête RÉMI. Au CHSD Delafontaine à Saint-Denis, 26 % des patientes ayant accouché en 2018 ont présenté un diabète pendant la grossesse. Le diabète a des conséquences importantes pour la santé de la femme et de l'enfant : MIU, morbi-mortalité néonatale, pathologies cardio vasculaires, pathologies ophtalmiques..

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés :

40% des femmes enceintes dionysiennes sont suivies en PMI, 60% en médecine de ville ; ce qui induit le besoin d'articulation entre les partenaires (acteurs de MI, médecins libéraux, médecins de centres de santé).

La maternité du CHSD en témoigne : des femmes arrivent sans fin de grossesse sans avoir eu aucun suivi préalable ou en ayant eu des ruptures de parcours. Il convient de limiter les entrées tardives dans les suivis de grossesses en travaillant à la compréhension des processus et au repérage précoce des situations de vulnérabilités

Les professionnels de santé de 1^{er} recours se connaissent peu, tout en travaillant pour certains depuis des

années sur les mêmes quartiers. Les vœux du maire à destination de tous les professionnels (avec plus de 80 participants) ont été fin 2018 l'opportunité pour beaucoup de se rencontrer. Ils ont plébiscité l'idée d'autres temps de rencontres. Parmi leurs principales demandes a émergé pour les 2/3 le souhait d'une meilleure connaissance des ressources locales, le travail sur des parcours coordonnés sur les femmes enceintes en priorité et des temps de rencontres entre professionnels.

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Le STAFF médico-psycho-social est proposé au niveau de la PMI hospitalière. Cependant, il n'est utilisé que par la PMI. Il est pourtant essentiel de proposer des espaces de dialogue permettant les articulations des professionnels d ville (PMI et médecins de ville notamment) qui suivent les femmes enceintes en amont du CHSD.

La proposition de suivi diététique des femmes enceintes en surpoids ou en diabète gestationnel : un créneau de consultation individuelle ou d'intervention collective est ouvert en CMS pour les femmes enceintes en fonction de leur besoin de gestion de leur poids ou de diabète gestationnel.

Ce créneau est peu utilisé. Il importe d'inscrire cette proposition dans un travail plus global sur la structuration d'un parcours sur la prévention et prise en charge des femmes enceintes avec diabète gestationnel. Un travail sur l'orientation à partir de la coordination ville/hôpital sera fait afin de réduire l'absentéisme sur ce créneau en analysant les causes. Il s'agit d'élaborer avec les partenaires, une offre adaptée aux femmes enceintes ayant besoin de gérer leur poids et leur alimentation afin de prévenir les risques sur l'enfant à venir.

La médiation en PMI, en lien avec la circonscription PMI du Conseil Départemental est mise en place en 2019. Elle va faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation conjointe pour dans les 3 prochaines années en évaluer l'impact et permettre de travailler à son éventuelle pérennisation.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui Non X

DESCRIPTION DES ACTIONS

- **Objectif stratégique:** Améliorer le suivi des femmes enceintes et l'articulation des acteurs du territoire

Objectifs opérationnels de l'action

- Améliorer l'articulation des suivis en ville : PMI et médecins généralistes
- Améliorer le dépistage et la prise en charge des patientes enceintes ayant un diabète ou à risque de diabète gestationnel
- Mieux comprendre les situations de suivis tardifs de grossesses afin de proposer des stratégies de repérage et de prises en charge précoces

Déroulé des actions

Animation territoriale -

Poursuite du travail du Réseau périnatal de proximité de la Seine Saint-Denis Ouest

Accompagnement dans le parcours de grossesse et l'ouverture de droits santé – médiations en PMI de Ville

Une permanence hebdomadaire pour l'accès aux droits santé a été mise en place au CCAS, sur orientation des PMI. Cette permanence ne peut malheureusement pas répondre aux besoins de toutes les femmes. Le service social de l'hôpital accompagne un grand nombre de femmes dans leurs ouvertures de droits ; Mais les ouvertures de droits devraient se faire beaucoup plus tôt dans le parcours des femmes enceintes pour notamment les inscrire dans des parcours de soins au-delà de leurs suivis de grossesses.

L'expérimentation de médiation santé consiste à mettre en œuvre des permanences d'accès aux droits santé

pour les femmes enceintes dans les 6 PMI municipales du territoire en collaboration avec les équipes de PMI et les partenaires. Ces permanences sont assurées par une médiatrice, formée sur les droits santé. Elle peut également accompagner les femmes les plus en difficulté vers les administrations et les structures de santé. Afin de garantir la qualité du service proposé, la médiatrice est chargée de tenir un recueil de données à jour (suivi statistique des problèmes de droits santé, efficacité des orientations) pour suivre et réajuster le dispositif au regard des besoins. Ce suivi permettra également de mesurer le coût-efficacité de cette proposition au regard des R217 évités. Le service technique évaluation du Conseil Départemental est associé en amont du projet pour travailler sur un outil exploitable d'évaluation.

La perspective dans le CLS3 est de déployer ce projet sur les 6 PMI et d'en mesurer l'intérêt pour une éventuelle pérennisation (et duplication sur d'autres territoires par le Conseil Départemental).

Actions nouvelles

L'articulation des suivis en ville - staffs de situations de prises en charge de femmes enceintes

Les 6 PMI (sages-femmes, médecins gynécologues), les médecins généralistes des CMS et libéraux suivent chacun des femmes enceintes. Ils peuvent dans leurs pratiques être confrontés à des situations de vulnérabilités (violences conjugales, protection de l'enfance...). Les articulations avec les PMI restent peu structurées, alors même que la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité(e) peut s'appuyer sur des équipes pluri professionnelles formées à ces enjeux.

Il est proposé que sur chaque PMI soient organisés des temps spécifiques et réguliers dédiés à des staffs de situations complexes de prises en charge de femmes enceintes associant professionnels de Pmi et médecins généralistes (de centres de santé et libéraux) du quartier afin :

- De faciliter la connaissance de la spécificité de la prise en charge en PMI des femmes vulnérables
- D'organiser les prises en charges et orientations sur les situations complexes vers les PMI ou la maternité

Le **travail d'articulation ville/hôpital** travaillé notamment avec le réseau est à poursuivre et renforcer. Les situations des femmes vulnérables sont évoquées mensuellement lors des staffs médicaux psycho sociaux (SMPS) afin de permettre une prise en charge adaptée après l'accouchement et qu'un lien soit fait avec la PMI dès la sortie de maternité.

Deux parcours feront l'objet d'une attention particulière :

Les femmes qui arrivent tardivement en PMI ou à l'hôpital sans suivi de grossesse :

Le projet RéMI a identifié parmi les facteurs de risque les suivis tardifs l'absence de droits santé, des parcours migratoires récents, des ruptures dans les parcours de vie, des ruptures dans les parcours de soins...

Il est essentiel de mieux documenter ces éléments, en travaillant sur une étude qualitative repartant de situations de femmes pour mieux identifier les causes de ces suivis tardifs de grossesse, identifier les ruptures et travailler sur des propositions opérationnelles permettant de repérer les femmes à risque, et les actions qui sur notre territoire permettront de les intégrer de manière plus précoces dans des suivis.

- population cible femmes avec des suivis de grossesse tardifs
- calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) 2020
- moyens humains et matériels service des ressources locales, UVS, étude (avec un stagiaire étudiant en médecine ou santé publique)

Parcours des femmes en situation de surpoids/obésité ou avec un diabète gestationnel en lien avec les acteurs hospitaliers

Un parcours au sein du CHSD est mis en place pour structurer la prise en charge des femmes enceintes avec un diabète ou un surpoids : hôpital de jour, protocoles de prises en charge.... Il est essentiel de l'articuler avec les acteurs de la prise en charge des femmes enceintes et les intervenants autour du surpoids et du diabète.

Ainsi, des consultations de diététicienne sont ouvertes en CMS spécifiquement pour les femmes enceintes mais peu utilisées et avec un important absentéisme. Il importe de travailler le parcours en ambulatoire, mais aussi en amont et aval des deux parcours hospitaliers qui se structurent.

- population cible : femmes enceintes ayant des difficultés de gestion de leur poids, femmes en diabète gestationnel
- calendrier sur un an si possible (et si perspectives sur 4 ans si connues) : à partir de septembre 2019
- moyens humains et matériels : diététicienne, professionnels concernés des PMI et de ville, CHSD (maternité, maison des femmes, diététiciennes et sage-femme en charge des ateliers en direction des femmes en diabète gestationnel) réseau

Public cible : Femmes enceintes et professionnels de santé prenant en charge les femmes enceintes et leur futur bébé.

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

Existence d'un réseau et de staffs mensuels à la maternité de Delafontaine.

Existence d'acteurs spécialisés pour la prise en charge du diabète et d'un parcours hospitalier

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs psychosociaux et environnement social
système de santé

Thématique

Accès aux soins

Dispositif de coordination

Périnatalité

Santé de la femme

Santé de l'enfant

Thématique Prioritaire PRS2

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé

Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Projet REMI

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|-------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------|------------|
| | | Analyse des besoins | Mobilisation des ressources | Mise en œuvre | Copilotage |
| Santé (exemples) | Réseau, PMI, médecins de Ville, maternité | x | x | x | x |
| Social | CPAM 93 | x | | x | |

| | | | | | |
|------------------------|---|--|--|---|--|
| Autres : Réseau | Conseil départemental, Hôpitalx Delafontaine, PMI, CMS, médecins et sage femmes de ville. | | | x | |
|------------------------|---|--|--|---|--|

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non x**Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :**

Existence du réseau local.

Existence de professionnels permettant l'accès aux droits des femmes enceintes

Existence d'un parcours femmes enceintes diabétiques au CHSD

Existence de données accessibles au CH Saint-Denis

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Difficultés d'articulation entre les différents professionnels concernés.

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT**Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic****Indicateurs de processus :**

Gt sur les réunions de staff au niveau des PMI
Participation de professionnels hors pmi
Participations au réseau nombre et types de participants

Groupe de travail sur les suivis tardifs de grossesse associant
maternité et UVS/PMI

Indicateurs d'activité :

Nombre de situations évoquées en réunions de staff au niveau des
PMI
Participation de professionnels hors pmi

Nombre de permanences de médiation en PMI
Nombre de femmes reçues en permanences de médiation PMI
Nombre de dossiers de droits rédigés et transmis

Groupe de travail diabète gestationnel régulier nombre et type de
participants

Indicateurs de résultats :

Nombre d'orientations PMI/médecins de ville et inversement
Etude sur les suivis tardifs et propositions opérationnelles

Nombre de femmes ayant eu des droits ouverts
Nombre de femmes en diabète gestationnel orientées sur les
consultations diabétiques, sur le parcours hospitalier

Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) :

Comptes rendus de réunions
Outil de suivi / évaluation de la médiation PMI
Rapport d'enquête

AXE STRATEGIQUE : Offre de soins de 1^{er} recours**INTITULE DE L'ACTION : PASS (permanences d'accès aux soins de santé) de proximité****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) :****Direction Sante ville de Saint-Denis Unité ville santé : Marie Mazoyer et Tanaz Rohani****CHSD Service social et programme LAMPES****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X
Début : 2019 Fin : 2023**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?**

Malgré les efforts convergents des différents acteurs associatifs, municipaux et hospitaliers et du travail de concertation et de coordination mené par le groupe de travail santé précarité sur l'accès aux droits et aux soins des populations les plus précaires, l'un des principaux constats repose sur les difficultés d'accès à des consultations de 1^{er} recours pour les personnes en situation de précarité, en particulier sans droits santé ouverts.

Quelle démarche de diagnostic ?

A partir d'une veille documentaire et d'une enquête menée en 2009 pour le GT santé précarité sur les freins à l'accès aux droits sur le territoire de St Denis

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action ?

La Précarité à Saint-Denis : l'IDH2 est inférieur à 0.34 - Le taux de pauvreté à Saint-Denis est plus du double de celui d'Ile de France (Cf. annexe sur les indicateurs de santé)

Une part importante de la population n'a pas, pour différentes raisons, de couverture maladie ou de complémentaire santé.

Une étude des dossiers des femmes arrivant en PMI a permis d'évaluer en 2017 que selon les PMI, près d'un tiers à la moitié des femmes qui se présentaient n'avaient aucune couverture médicale. Pour la CMU-c, le Fonds CMU estimait en 2014 que le phénomène de non recours à ce droit se situait entre 21 et 34% des usagers et que pour l'ACS (aide à la complémentaire santé) le non-recours à se situait entre 57% et 70%.

Une enquête du défenseur des droits sur « l'accès aux droits » en mars 2017 démontre que plus de la moitié de la population de l'enquête (54 %) rapporte des difficultés pour résoudre un problème avec une administration ou un service public. 12% des personnes abandonnent les démarches et 14% des démarches s'avèrent infructueuses, soit 26% de ces personnes qui ne parviennent pas à recouvrir leurs droits. Les raisons avancées montrent pour les auteurs, une forme de résignation des usagers qui y sont confrontés : 51% considèrent que « ça ne sert à rien », 45% que « les démarches sont trop compliquées », et 18% ignorent « la possibilité de faire un recours ».

D'après la thèse de Marie Wicky-Thisse en 2017 sur « les causes et renoncements et de non recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité » : « La persistance des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité semble être influencée par des représentations et des malentendus tant de la part des patients, que des professionnels ou des institutions elles-mêmes, qui rendent dysfonctionnels les liens entre tous les acteurs impliqués dans l'itinéraire de soins »

Ce rapport préconise une prise en charge globale médico-sociale et pluridisciplinaire plus adaptée au contexte de vie réel des personnes. La Pass de proximité proposé dans les centres municipaux de santé est un des outils pour y parvenir.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés :

Les restes à charge comme les avances de frais ont des conséquences en termes de renoncement ou de

retards dans les soins et ont sans doute des conséquences en termes d'accès aux soins et sur l'utilisation des urgences hospitalières.

L'orientation vers un médecin généraliste relève en effet de la limite structurelle de la Pass hospitalière et du plateau technique hospitalier (inexistence de consultations de médecine générale). Une permanence hospitalière a été développée offrant deux demi-journées hebdomadaires de consultations de médecine générale. Elle est centrée sur les cas complexes et ne permet évidemment pas de répondre aux demandes de consultations de 1^{er} recours plus courantes, mais également de soins infirmiers...

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Depuis 2014 a été mis en place une PASS de Ville, sur les CMS. Un accompagnement dans l'ouverture de droits santé (avec une convention avec la CPAM 93) fait par les agents d'accueils formés par la coordinatrice du dispositif s'articule à un accès aux soins (consultations de médecine générale, soins infirmiers) et à un accès à des traitements et examens si besoin (et sans avance de frais pour le patient).

Une rencontre CPAM chaque vendredi avec la coordinatrice et les référents CPAM permet le dépôt des dossiers, des échanges autour de dossiers complexes ou de changements réglementaires

La PASS de proximité répond à un véritable besoin. Depuis 2014 chaque année près de 500 personnes rentrent dans le dispositif.

La personne est inscrite dans un parcours de soins qui se poursuit après l'obtention des droits santé (en moyenne en 45 jours) avec la possibilité après ce délai de se faire soigner n'importe où.

Les enjeux de ce CLS 3 sont :

- La pérennisation du dispositif et des financements à hauteur du coût réel pour la ville (ressources humaines)
- Le développement d'autres PASS de proximité sur les villes autour de Saint-Denis et l'amélioration de l'ouverture de droits santé afin de ne pas faire exploser le dispositif
- Les articulations avec la médecine de ville et notamment l'expérimentation des microstructures

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☒ Non ☐

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Accès aux soins de premier recours des personnes en situation de précarité.

Objectifs opérationnels de l'action :

- **Consolider le parcours PASS de ville, dans les 4 centres de santé concernés**
- **Renforcer la coordination avec les autres dispositifs hospitaliers et de ville.**

Déroulé des actions

Animation territoriale

Un copil annuel santé et précarité

Dans lequel un point sur les PASS est systématiquement fait.

Un cotech

composé des acteurs associatifs, municipaux et hospitaliers se réunit une à 2 fois par an. Ces rencontres permettent d'améliorer la visibilité, l'adressage et les orientations des personnes. Il dynamise et entretient le réseau d'accès aux droits et aux soins constitué depuis quelques années dans la ville de Saint-Denis.

Un cotech interne à la Direction de la Santé

cheffe de projet, coordinatrice du dispositif, cheffe de service offre de soins, cheffe de service gestion et direction des CMS, Directeurs et équipes CMS

se réunit mensuellement pour régler les modalités pratiques de la mise en place du dispositif (financements, conventions, gestion RH, formation, organisation procédure...) dans les centres.

Consolider l'organisation de la PASS de proximité dans les centres

Objectif d'intégrer les PASS dans le fonctionnement des CMS (fiches de poste, procédures internes,

formations initiales et continues des agents...)

-Requalifier les fiches de postes et fiches de mission des agents des CMS sur le dispositif PASS (coordinatrice, agent d'accueil, médecins, infirmiers, Directeurs de centre) et organiser et valider les formations spécifiques nécessaire

-Poursuivre les temps de réunion, de supervision, d'évaluation du dispositif dans les centres

-Mettre en place pour les agents d'accueil des espaces d'analyse des pratiques

-Consolider l'évaluation du dispositif à travers l'exploitation d'un outil de suivi informatique sur les éléments quantitatifs

-Réaliser une étude qualitative sur l'impact du dispositif sur le parcours de soins des personnes en situation de précarité en collaboration avec l'Université de Lille (2019/2020)

Renforcer la coordination avec les autres dispositifs et le lien avec les acteurs du territoire.

- Elaborer des outils de communication spécifiques auprès des partenaires et des habitants des quartiers Pour faire mieux connaître le dispositif et faciliter les orientations

- Développer les liens avec les acteurs associatifs du territoire et plus spécifiquement avec les médecins généralistes et les microstructures et l'hôpital (Pass hospitalière, Lampes , services des urgences)

- Consolider et enrichir les partenariats avec la CPAM, les services du régime général et de l'AME

- Poursuivre le travail de collaboration avec le groupe ressource plaidoyer CPAM (MDM, Comède, Hôpital Delafontaine , Hôpital, Ville –Evrard)

- Poursuivre le travail de partenariat / ressource/ développement avec les autres villes du département et des associations pour le déploiement des dispositifs de PASS de proximité dans les autres villes

Perspectives

- Ouvrir le dispositif aux personnes qui n'ont pas de complémentaires santé

- Développer un partenariat avec les PMI sur le suivi des femmes enceintes précaires

Public cible : Tous publics précaires : populations des quartiers, travailleurs pauvres, personnes en insertion, primo-arrivants, demandeurs d'asile, étudiants, personnes âgées, population Roms, familles monoparentales...

Lieux de l'action : les 4 centres municipaux de santé

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? En cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles

facteurs psychosociaux et environnement social

facteurs comportementaux (style de vie)

système de santé

Ce projet vise l'ensemble des déterminants sociaux de la santé , l'objectif étant de permettre aux personnes qui rentrent dans le dispositif PASS de ville d'avoir accès à l'ensemble des service de droit commun en partant d'une nécessité de soins ou d'un besoin de santé

Thématique

Accès aux droits

Accès aux soins

Accueil de la grande précarité par l'offre de soins

Intervention globale pour personne en difficulté sociale

Renforcement du parcours de santé des personnes hébergées

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé

Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes

Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

PRAPS (Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis)

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|------------------------------|---|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | -ARS IDF -Associations (comede, cimade, mdm, cdf, acsanté 93, aides, acsbe) | x | x | x | |
| Social | Ccas, maison des parents et de la solidarité, service social municipal et hospitalier, associations (amicale du nid, proses, samu social, siao, cada, France terre d'asile) | x | x | x | |
| Emploi/Insertion | Association Objectif emploi, canal Rencontre 93 AVEJ | X X | X X | X X | |
| Education | PRE | | | | |
| Logement /hébergement | SIAO, inter logement, amicale du nid, lhss | x | x | x | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒**Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :**

- La dynamique partenariale forte qui s'exprime dans le copil santé précarité avec un réseau santé précarité historique (constitué d'acteurs associatifs, municipaux et hospitaliers) dans le cadre d'un atelier santé ville
- Un travail étroit avec l'hôpital Delafontaine depuis plusieurs années (pass hospitalière, LAMPES)
- Un poste de coordination du dispositif occupé par la même personne depuis 5 ans (développement d'une expertise reconnue par la CPAM et les partenaires et les agents) et de cheffe de projet sur santé/précarité
- La volonté politique de développer et porter ce dispositif
- L'existence de centres municipaux de santé et d'équipes investies sur le dispositif (personnel d'accueil, médecins...)-
- La convention CPAM réévaluée et réactualisée chaque année,
- Le partenariat avec le CCAS autour d'une permanence accès aux droits santé sans RDV et un service domiciliation réactif pour les personnes qui rentrent dans le dispositif PASS mais qui n'ont pas d'adresse déclarative
- Des prestataires fiables (labo, pharmacies)

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

- Changements du cadre réglementaire et organisationnel de la CPAM qui rend l'accès aux droits santé de plus en plus complexe – freins dans l'accès aux droits santé qui met à mal le dispositif
- Projet complexe qui nécessite une adaptation des CMS d'un point de vue organisationnel, sur les RH (formation, encadrement, communication et accompagnement des agents) et un accompagnement sur les représentations autour des précarités
- Des financements qui ne sont pas stabilisés et pas pérennes et ne prennent pas en compte toutes les dépenses (RH)

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT**Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic**

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | Réunions partenariales, bilan d'étapes (difficultés rencontrées dans la mise en place du parcours, points fort, satisfaction des usagers, des équipes et des partenaires) Profil des participants (métiers et structure de rattachement) Modalités de communication entre les membres |
| Indicateurs d'activité : | 500 parcours réalisés chaque année nombre de personnes reçues à l'accueil des CMS et aux permanences de droits nombre de personnes reçues en consultation médicale type de besoin exprimé nombre d'actes médicaux, d'ordonnances honorées et d'actes en biologie nombre de réunions de concertation dans l'équipe CMS nombre de réunion du cotech, nombre de partenaires engagés, nombre de réunions avec les partenaires sessions de formation des agents d'accueil communication réalisée (flyer etc...) |
| Indicateurs de résultats : | 80 % des personnes reçues dans le parcours ont leur droit ouvert et sont sorties du dispositif en 4 mois Délai d'obtention de l'ouverture de droit 80 % des usagers ont suivi les orientations Evaluation d'un coût moyen d'un parcours ambulatoire |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | questionnaire en ligne (grille d'entretien) tableau CPAM complété par CPAM et agents d'accueil données informatisées des dossiers enquête de satisfaction auprès des usagers |

AXE STRATEGIQUE : Offre de soins de 1^{er} recours**INTITULE DE L'ACTION : Offre de soins libérale****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction de la santé, UVS Karine Bisson****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle x
Début : 2019 Fin : 2022**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?**

- une démographie médicale de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes) déficitaire et une offre inégalement répartie sur le territoire
- les vulnérabilités de la population freinant leur accès aux soins : risques élevés de renoncement aux soins, accès plus faible à la prévention, comportements moins propices à une bonne santé....
- une faible connaissance des dispositifs d'installation et des différentes étapes du montage de projet d'installation par les professionnels de santé.
- la faible connaissance des professionnels de santé des ressources en santé et dans le domaine médico-social existantes à St Denis.
- le souhait de certains professionnels de santé de partager un équipement commun et de travailler en équipe.
- la multi-sectorialité (santé, urbanisme, immobilier, économique, juridique...) des projets d'installation et/ou de déménagement des professionnels du soin.

Quelle démarche de diagnostic

Assure une veille continue de l'offre par quartier et des besoins de soins des habitants

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

A Saint-Denis, l'offre de soins ambulatoire de 1^{er} recours (médecine générale, kinésithérapie, infirmerie) est assurée par plusieurs secteurs : municipal (avec 4 CMS), libéral et associatif (un centre de santé communautaire). L'offre de consultations de médecine générale en CMS a été renforcée en 2017/18.

La démographie médicale reste très fragile (médecins généralistes, infirmiers, kinés, orthophonistes...). En 2018, la densité en médecine générale (incluant libéraux et salariés) est de 5.8 pour 10 000 habitants (La moyenne régionale est de 13 – cartosanté 2017). De nombreux libéraux partiront à la retraite dans les prochaines années (60% ont aujourd'hui plus de 55 ans - Monographie ARS 2018). La tendance est la même pour les masseurs-kinésithérapeutes et certains spécialistes libéraux. Le phénomène est très prégnant dans certains quartiers de la Ville : Pleyel, la Plaine, Cosmonaute.

Les départs à la retraite non remplacés renforcent les problématiques du type : difficultés à trouver un médecin traitant ou un professionnel pour des visites à domicile, voir un médecin pendant les vacances, avoir un rendez-vous de médecin ou de kiné dans la semaine, avoir une consultation pour un spécialiste ou un examen spécifique...

Les besoins de soins des dionysiens vont aller en s'accroissant du fait du vieillissement de la population (et de l'explosion des maladies chroniques), mais aussi de la forte évolution démographique dionysienne prévue (en moyenne plus de 2 500 personnes par an jusqu'en 2023) dont 212% d'augmentation prévue dans le quartier de Pleyel/Confluence (de 9 605 habitants à ce jour, à 20 400 en 2030 - Mairie de Saint-Denis - Secteur des études locales- Janvier 2019). Ces inégalités d'accès à l'offre de soins de proximité impacteront les nouveaux habitants mais elles aggravent avant tout les indicateurs de santé des populations précaires ou encore les personnes en situation de handicap ou à faible littératie.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

- Améliorer notre connaissance de l'offre de soins dans les quartiers et celle des habitants
- Développer des conditions d'accueil et de travail en équipe pluriprofessionnelle afin de maintenir et d'attirer les professionnels de santé : offre en locaux adaptés et accompagnement des professionnels dans leur projet d'installation et autres sollicitations (questions sur la mise aux normes du cabinet, départ à la retraite, stationnement, conflit au sein de l'équipe professionnelle,...).

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

CLS 2 : création poste de cheffe de projet pour travailler spécifiquement sur le renforcement de l'offre de soins en Ville depuis 4 ans avec 4 axes d'interventions : assurer la veille de l'offre de soins existante et de son évolution à l'échelle des quartiers, répondre aux demandes des professionnels déjà en exercice ou qui souhaiteraient s'installer et les accompagner dans leurs projets, renforcer l'attractivité du territoire pour de jeunes professionnels en soutenant la mise en réseau et les collaborations (stages, liens avec l'hôpital...).

Les CLS 2 a permis de :

- Faire un état des lieux de l'offre de soin en infra, de mesurer l'ampleur du phénomène de la démographie médicale déficitaire inégal sur le territoire et la méconnaissance des habitants de l'offre et des parcours.
- Observer la tendance des professionnels du soin à se regrouper en une structure commune et l'attractivité grandissante du territoire (5 demandes en 2016 contre 22 en 2018)
- créer une dynamique partenariale territoriale autour de l'offre de soins déficitaire
- confirmer la nécessité d'avoir une meilleure réactivité en matière de locaux.
- Préciser la nécessité d'un guichet unique pour les professionnels de santé porteurs de projets afin de coordonner les multiples partenaires impliqués dans le parcours d'accompagnement : les acteurs de l'immobilier, du développement économique et urbain, l'ARS, le Conseil Régional.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui x Non ☐

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique : Soutenir une offre de soins libérale sur le territoire qui réponde aux besoins des habitants

Objectifs opérationnels de l'action

- Affiner la vision des besoins en offre de soins et cibler les projets à l'échelle des quartiers
- Faciliter le parcours des demandes d'installation et/ou de déménagement des professionnels du soin

Déroulé des actions**Animation territoriale****Comité de pilotage**

Elus : santé, urbanisme, vie des quartiers, commerce, Plaine Commune, ARS dd93, CPAM, CHSD, CD 93, URPS, Maison de la santé, Plaine Commune : Unité territoriale Programme de Rénovation Urbaine, service de l'aménagement et service de développement économique service des études locales, Centres municipaux de santé, direction et vie des quartiers

Affiner la vision des besoins en offre de soins et cibler les projets à l'échelle des quartiers

- Recensement des professionnels présents sur le territoire à partir des données ameli.fr, réseau local (professionnels de santé, directeurs de quartier, bailleurs et habitants) et « diagnostic en marchant », et réalisation de données : démographie médicale et son évolution ; Repérage de cabinets fragilisés, des départs de professionnels, des projets de regroupement, difficultés ...
- Réalisation de documents d'Information de l'offre de soin de 1er recours/quartier (y compris le soir et le week- end) à l'intention des habitants (existant déjà dans le quartier de Pleyel).

Finalisation et diffusion de l'annuaire santé à destination des professionnels

- Favoriser l'inscription des professionnels de santé sur le territoire

faciliter leur connaissance des différentes ressources du territoire (accès aux droits des patients sans droits, associations, acteurs des champs sanitaires, médico-sociaux...) et leur accès à la démarche de construction de la communauté professionnelle de territoire (MT, soins non programmés, visites à domicile,...).

- Accompagner les porteurs dans la recherche de financements : fournir les éléments contextuels du territoire, soutien à l'écriture et faciliter le lien/organisation de rencontres avec les financeurs (CD 93, cpam, ars dd93 et crif)

Faciliter le parcours des demandes d'installation et/ou de déménagement des professionnels du soin notamment par une coordination sur les locaux

- Généraliser l'utilisation du formulaire en ligne de recueil des demandes (projets et sollicitations) des professionnels par tous : Cabinet du Maire, service de développement économique, direction santé, le site internet de la Ville le site internet de la Ville ou autre.

Suivi par chef (fe) de projet offre des soins, référent du parcours.

- Prioriser l'accompagnement des projets en fonction de critères permettant les arbitrages (projet de santé, localisation géographique...).

Ces critères seront partagés avec les différents acteurs de la Ville impliqués dans le parcours de ces projets et seront rappelés lors de la 1^{ère} rencontre de présentation du projet au porteur et moduleront les niveaux d'intervention (point d'information jusqu'à un accompagnement dans les différentes étapes du projet y compris l'aide à la rédaction de demande de financements ou recherche de locaux) ; Relais des informations (formations, groupe de travail, dispositifs et procédures,...)

- Partager les besoins en offre de soins et en matière de locaux types avec les opérateurs - aménageurs sur les besoins (service aménagement de Plaine Commune, UT PRU, UT habitat, promoteurs) et inscription de manière systématique dans les programmes d'aménagements d'espaces dédiés

- Poursuivre la veille de l'offre des petites et moyennes surfaces disponibles et potentiellement intéressantes pour des équipes de soins avec le service de développement économique de Plaine Commune, en renforçant le partenariat avec les services.

- Partager l'instruction des projets avec le service développement économique de Plaine Commune et la cheffe de projet de la direction santé, propositions et suivi coordonné à l'aide du partage du tableau de synthèse des projets. (depuis 2018) et point trimestriel pour situations complexes

- Mettre en place une commission semestrielle « locaux santé » composée de partenaires « gestionnaires » de locaux (bailleurs, aménageurs, économiques, commerce, urbanistes) et des directeurs de quartier. Elle permettra une réflexion partagée et la mise en commun des ressources de chacun sur les situations complexes. (fin 2019). Renforcer l'accès des projets ayant reçu un arbitrage favorable à des locaux adaptés

Il s'agit d'améliorer les délais de réponse aux porteurs de projet en rapprochant l'offre de locaux existante et les projets des professionnels et de se projeter sur le programme d'aménagement à venir.

Partenaires impliqués : Service commerce, urbanisme, dd 93 ars, CPAM, URPS, démarche quartier, service de l'aménagement, programme de rénovation urbaine, service de développement économique de Plaine Commune, I3F, PCH, SEM, autres bailleurs.

Public cible Les professionnels de santé de l'ambulatoire (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens...) - Les habitants

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? en cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles

Thématique

Accès aux soins
Dispositif de coordination

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses

Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du grand Paris

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

La stratégie nationale de santé 2018-2022

Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires, 2017.

1- Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue (zip, aides à l'installation de l'ars et cpam...)

3- Une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue (développement des msp, centre de santé et activité coordonnée, guichet unique « paps », soutien dans la prise en charge des situations complexes ...)

4- Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale (cpts, et fir,...)

Améliorer l'offre aux soins dans les quartiers Politique de la Ville et dans le cadre du Nouveau Programme national de Rénovation Urbaine

Politique régionale de développement du territoire

Titre IV le renforcement de l'offre de soins sur tout le territoire.

Délibération n°CR 03-12, Aide en investissement à l'installation et au maintien des professionnels médicaux ou paramédicaux en zone sous dotées ou fragiles

Deliberation n°CR 08-16, Contrat Régional d'Exercice Sanitaire

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|---------------------------|--|--|---|-------------------------------|------------------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | Institutions (ars/crif/conseil départemental), Urps médecins, Professionnels de santé exerçants sur le territoire ; collectifs d'habitants | X | X | X | |
| Social | Directeurs de quartier (développement social et urbain) | x | x | x | |
| Logement | bailleurs sociaux, des promoteurs immobiliers/particuliers | | x | x | |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|---|---|
| Aménagement du territoire | Plaine Commune (service de développement économique et aménagement, Unité territoriale du Programme de Rénovation Urbaine), sem, direction des bâtiments de la Ville | | x | x | x |
| Politique de la ville | NPNRU | | | | |
| Environnement | | | | | |
| Autres | Service commerce | | x | | |

PARTICIPATION

| | |
|---|---|
| Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? | Oui x Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, de quelle nature ? (cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet) | Participation à l'analyse des besoins x Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/> |

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Bonne dynamique partenariale des professionnels de l'aménagement et du développement économique, des directeurs de quartier, de l'ars et de l'urps autour de l'offre de soins.

Existence d'un réseau de professionnels libéraux sur la ville

Nombreuses ressources en offre de santé rendant le territoire attractif

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Professionnels du soin exerçant dans un champ privé

Peu de demandes spontanées d'installation de médecins généralistes

Pas d'aides financières pour l'installation des kinésithérapeutes à Saint-Denis (zone intermédiaire).

Une multitude d'acteurs privés et publics gestionnaire de locaux rendant difficile le repérage des locaux adaptés à un projet d'exercice de santé

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|-----------------------------------|--|
| Indicateurs de processus : | Mobiliser les acteurs locaux et habitants sur la veille de l'offre de soins dans les quartiers Maintenir le lien avec les professionnels de soins par quartier de façon régulière Nombre et type d'acteurs /de structures / d'institutions mobilisés dans le processus d'installation de professionnels du soins Mise en place de la commission « locaux » d'accompagnement des projets |
| Indicateurs d'activité : | Actualisation de l'annuaire santé en ligne sur le site de la Ville Création d'outils d'information sur l'offre de soin par quartier à destination des habitants et dans le cadre de la permanence de soins ambulatoire. Nombre de rencontres de la commission. |

| | |
|--|--|
| | <p>Nombre et type d'acteurs locaux impliqués</p> <p>Nombre et type de sollicitations</p> <p>Nombre et type de projets finalisés/accompagnés</p> |
| Indicateurs de résultats : | <p>Amélioration de la veille de l'évolution et de la typologie de l'offre</p> <p>Améliorer la coordination des différents acteurs locaux autour des projets d'installation</p> <p>Augmentation de la démographie en médecine générale, en kinésithérapie et en infirmerie surtout dans les quartiers très déficitaires</p> |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | <p>Recueil de données, réalisation de documents écrits, partage de tableaux recensant les situations</p> |

AXE STRATEGIQUE : Offre de soins de 1^{er} recours**INTITULE DE L'ACTION : CPTS communauté professionnelle territoriale de santé****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction Santé, direction offre de soins Karine Royer et UVS Karine Bisson****Maison de la Santé, direction Mathieu Vicogne****CHSD, Direction, Marie Hiance****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X
Début : Fin :**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic ?**

Des échanges réguliers sont organisés avec les professionnels de santé du territoire : pour les équipes de professionnels de CMS, avec certains professionnels libéraux dans le cadre des accompagnements de la cheffe de projet offre de soins ou de la participation de professionnels (libéraux et salariés) à des groupes de travail ou espaces d'échanges (EFGH, personnes âgées précaires, MG-psy, CLSM...) mais aussi les différentes instances de concertation du CLS (copil, cotechs...).

Une rencontre des professionnels de santé du territoire en janvier 2019 a réuni une soixantaine de participants où les professionnels ont fait part de leurs priorités et de leurs besoins.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

Une offre de soins primaires fragile voire déficitaire (Cf. fiche action « offre de soins libérale »).

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

A l'occasion de la rencontre de janvier 2019, des questionnaires sur leurs vœux ont été passés aux professionnels de santé. Le besoin de coordination des acteurs, en premier lieu avec l'hôpital, et de recensement et mise à disposition des ressources sont ressortis comme les attentes prioritaires des professionnels de santé.

Les habitants relaient leurs besoins en matière de visites à domicile et d'accès à un médecin traitant ou à des paramédicaux.

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

A l'échelle de la ville, des projets sont déjà développés de façon transversale qui concernent ou impliquent des professionnels de santé :

Accès aux droits : PASS de ville sur les 4 CMS, articulation avec la PASS hospitalière

Santé mentale : MG-Psy, RESAD pour les cas difficiles, Plate-forme jeunesse et santé mentale, CLSM

Alimentation/ nutrition : expérimentation « mission retrouve ton cap » avec des orientations de médecins généralistes, pédiatres et médecins de PMI / cotech alimentation et AP

Personnes vieillissantes : expérimentation sur un foyer de travailleurs migrants

Addictions : CSAPA alcool et CSAPA drogues, microstructures en expérimentation

Réunions de pairs EFGH : ces rencontres bimensuelles EFGH (Enseignement, formation, généralistes-hospitaliers) organisées depuis plusieurs années entre praticiens hospitaliers et médecins de ville sont des temps de formation mais aussi d'échanges et de discussion qui permettent d'améliorer l'articulation ville / hôpital.

Groupes de pairs qui regroupent différents médecins (notamment libéraux)

Projet de maison de santé pluriprofessionnelle à Floréal

Dynamique de coordination et de projet de santé à l'échelle d'un quartier portée par l'ACSBE/La Place Santé.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Soutenir la mise en place et l'animation d'une CPTS sur le territoire de Saint-Denis

Objectifs opérationnels de l'action

Travailler à la structuration de la CPTS (planification et gouvernance)

Participer à l'animation territoriale

Déroulé des actions

Structuration de la CPTS

Comme le précise le préambule aux CLS3 de l'ARS, « *le renforcement des fonctions de soutien des CLS à l'émergence et à la mise en synergie de différents dispositifs locaux de santé publique représente une orientation stratégique des CLS3. Il concerne notamment : Les CLS facilitateurs à l'élaboration des CPTS* ».

Il n'existe pas aujourd'hui formellement d'espace (amicale, association...), réunissant les professionnels libéraux du territoire, susceptible de porter une CPTS.

La Ville, en tant qu'opérateur de soins à travers ses CMS, souhaite soutenir l'émergence d'une CPTS qui puisse être portée par les professionnels du territoire (au-delà des seuls professionnels des CMS) et puisse répondre à la fois à leurs besoins et à ceux des habitants.

La CPTS à l'échelle de la ville s'appuiera sur les dynamiques locales :

- notamment à l'échelle d'un quartier à l'initiative de l'ACSBE-Place Santé sur le Franc Moisin / Bel Air / Stade de France),
- sur les équipes coordonnées et impliquées (centres de santé, maison de santé, cabinets libéraux dynamiques)
- sur les différents espaces de concertation existant (groupes de pairs, EFGH...) ou qui vont se développer
- sur les dynamiques de travail autour des parcours de soins ville/hôpital, avec un 1^{er} séminaire de travail organisé en septembre 2019.

Un portage par une association : la Maison de la Santé

La CPTS devrait être portée par l'association "Maison de la Santé", créée en 2002 par la Ville et l'hôpital. Son conseil d'administration rassemble des personnes physiques (professionnels, habitants...) et des personnes morales (Ville- hôpital- associations...); elle est reconnue par les professionnels de santé du territoire, notamment à travers les temps de rencontre « Midis santé » (temps de sensibilisation) qu'elle organise depuis de nombreuses années pour les différents professionnels du territoire. Ses orientations sont en cours de redéfinition pour se centrer sur l'information, la formation et l'orientation de l'ensemble des acteurs locaux.

Dans l'objectif d'améliorer l'accès à la santé et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, les acteurs regroupés au sein de la Maison de la Santé proposent d'initier un travail de préfiguration d'une CPTS à l'échelle de Saint-Denis.

L'enjeu sera notamment d'assurer l'implication la plus large possible de l'ensemble des professionnels de santé du territoire.

Un 1^{er} temps en 2019/2020 de **préfiguration** permettra :

- d'impliquer de nouveaux professionnels de santé (notamment libéraux) et de conforter les groupes existants
- de travailler à un projet de santé de la CPTS qui intègre les éléments réglementaires (socles et optionnels) de l'accord conventionnel et réponde aux besoins du territoire (de ses professionnels et de ses habitants),

- et de préciser les éléments de sa gouvernance.

Les articulations CLS/CPTS

Dès que les instances de travail et de gouvernance de la CPTS auront été précisées et formalisées, c'est à elles que reviendront l'animation et le portage des groupes de travail sur les parcours de soins, sur les stages en ambulatoire....

Des agents de la Ville (professionnels de santé des CMS et de la PMI, chargés de projet en santé publique...) participeront aux différents groupes de travail voire, selon les sujets, seront en situation de co-pilotage ou co-animation.

La Ville sera membre de la gouvernance en tant qu'opératrice de soins à travers ses CMS, son CSAPA, son centre médico-sportif et ses PMI.

Des représentants de la CPTS participeront au copil annuel « offre de soins libérale ».

Animation du projet CPTS

L'animation du projet de santé de la CPTS garantira son inscription dans les éléments réglementaires (socles et optionnels).

Par exemple, sur la mission socle en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient, la CPTS reprendra le pilotage des structurations de parcours (diabète, cancers, femmes enceintes...).

Ou encore, sur la mission optionnelle en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire :

- l'accompagnement des professionnels sur leurs projets d'installation, de regroupement en lien avec la Ville
- le développement de stages en ambulatoire, en favorisant les stages mixtes (ville-hôpital, PMI, libéraux...), permettant de mieux connaître le territoire et ses ressources
- les accompagnements pour les inscrire dans les dynamiques locales et dans la structuration des soins primaires

Public cible professionnels de santé

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

En réflexion

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

système de santé

Thématique

Accès aux soins

Dispositif de coordination

Renforcement du parcours de santé des personnes hébergées

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées

Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

La Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 définit la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

ACI - accord conventionnel interprofessionnel en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins et du développement de l'exercice coordonné a été signé le 20 juin par l'Uncam et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé

| PARTENAIRES DE L'ACTION | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | Professionnels de santé du 1 ^{er} recours libéraux et centres de santé CHSD – Maison de la Santé Réseau des professionnels de la PDSA (MMG) | x | x | x | x |

| PARTICIPATION | |
|---|--|
| Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> |
| Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Existence de la Maison de la Santé, espace connu des professionnels de santé du territoire Existence d'équipes de soins primaires : 4 centres de santé, centre de santé associatif La Place Santé, Maison de santé pluriprofessionnelle en constitution sur Floréal Liens étroits avec le CHSD et travail sur les parcours Ville/hôpital enclenché | |
| Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Faiblesse d'une dynamique libérale sur le territoire Offre de soins fragile et professionnels de soins saturés qui ont peu de temps à consacrer à des projets de santé publique | |

| SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT | |
|---|--|
| Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic | |
| Indicateurs de processus : | Mobiliser les acteurs locaux Nombre et type d'acteurs /de structures / d'institutions mobilisés dans le processus de préfiguration de la CPTS puis de sa mise en œuvre Rédaction d'un projet de santé de la CPTS travaillé avec différents acteurs des soins primaires du territoire et en articulation avec notamment le CHSD |
| Indicateurs d'activité : | Nombre de rencontres Nombre et type de professionnels impliqués Nombre de maquettes de stage et d'étudiants accueillis Document de préfiguration de la CPTS Projet de santé de la CPTS |
| Indicateurs de résultats : | Outils de coordination des différents acteurs des soins primaires Existence d'une CPTS portée par une gouvernance partagée Existence d'un projet de santé |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Recueil de données, réalisation de documents écrits, notes d'intention ou de préfiguration, projet de santé de la CPTS |

AXE STRATEGIQUE : Santé liée à l'environnement**INTITULE DE L'ACTION : Conseil Local en Santé Environnementale****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction Santé, UVS Smeralda Ruspoli****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X

Début : Fin :

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

Le territoire de Saint-Denis est particulièrement concerné par les déterminants environnementaux de la santé : pollution atmosphérique, pollution des sols héritée de l'histoire industrielle, bruit et nuisances liées aux infrastructures de transports, îlots de chaleur urbains, carence en espaces verts...

Ces nuisances et pollutions de l'environnement extérieur portent préjudice à la santé et au bien-être des dionysiens. Des zones de cumul de plusieurs de ces nuisances, dites points noirs environnementaux (PNE), impactent particulièrement certains secteurs.

Un diagnostic environnemental a été réalisé à Saint-Denis en 2017 : il a permis d'avoir une visibilité plus précise sur les facteurs environnementaux préjudiciables à la santé des dionysiens et des personnes travaillant sur le territoire. De manière complémentaire, une enquête qualitative auprès d'habitants a permis d'approcher le ressenti et les priorités des habitants en matière d'environnement et de santé.

Enfin, la journée de lancement du CLSE en 2018 a créé les conditions d'une réflexion collective en ateliers, qui a abouti à la priorisation de thématiques de travail pour le CLSE, dans l'objectif de réduire ces impacts environnementaux sur la santé.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

La population vivant dans les zones très impactées est soumise à des vulnérabilités sociales et économiques qui ne lui laissent pas le choix d'un cadre de vie meilleur.

Plusieurs études montrent que la santé des populations est impactées par les pollutions et nuisances environnementales, et que ce sont les populations les plus précaires et vulnérables qui sont le plus impactées. En effet, ces populations n'ont pas d'autres alternatives de logement et d'environnement, du fait de leurs fragilités sociales et économiques. La population de Saint-Denis se trouve au croisement de ces problématiques de vulnérabilités et de multi-exposition. Cette situation peut être qualifiée d'inégalité sociale en santé environnementale.

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

La réduction des inégalités environnementales impactant la santé passe par la mise en place de politiques publiques et d'actions spécifiques visant à réduire les pollutions et à améliorer le cadre de vie, et par des actions de sensibilisation des habitants et des professionnels concernés, notamment les professionnels de santé, les services de l'environnement, des espaces verts, de l'habitat, de la voirie, les aménageurs,...

La population concernée est celle qui est soumise à une ou plusieurs nuisances environnementales (points noirs environnementaux), et socialement et économiquement fragile, et particulièrement les personnes les plus vulnérables à ces nuisances (enfants, femmes enceintes, malades, personnes âgées...)

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

La journée de lancement en mars 2018 du CLSE de Saint-Denis, instance de concertation participative sur la santé environnementale, a permis une réflexion collective en ateliers, qui a abouti à la priorisation de 4 thématiques de travail pour le CLSE, dans l'objectif de réduire ces impacts environnementaux sur la santé : réduire l'impact de la circulation automobile sur la santé, l'accès à une alimentation saine pour tous, plus de nature en ville, des espaces publics propres et vecteurs de lien social.

Deux premiers groupes de travail se sont mis en place en Juillet 2018 sur la circulation automobile et sur l'alimentation saine pour tous, et DES ACTIONS ont commencé à être mises en œuvre.

Le Comité de pilotage du CLSE s'est réuni pour la première fois en Décembre 2018, et a identifié deux autres thématiques à travailler : les perturbateurs endocriniens et l'urbanisme favorable à la santé.

Le Comité du CLSE se réunira trimestriellement pour suivre l'actualité en santé environnementale et les actions en cours ; des groupes de travail thématiques pourront se mettre en place afin de produire des avis et recommandation à destination des décideurs.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique

Faire vivre et se développer le CLSE

Objectifs opérationnels

- Poursuivre la recherche d'un mode de gouvernance et de fonctionnement optimaux pour le Comité du CLSE
- Favoriser la mise en place ou le renforcement d'actions ayant un impact sur la santé de nombreux dionysiens
- Contribuer à la montée en compétence des habitants et autres acteurs du territoire sur l'impact de l'environnement sur la santé et les leviers pour améliorer la santé des habitants.

Déroulé des actions

Animation territoriale du CLSE

- Une équipe projet (Cotech) : réunion mensuelle
- Un Copil du projet : réunion trimestrielle
- Un Comité décisionnaire du CLSE : réunion trimestrielle
- Une Assemblée Plénière annuelle

-Poursuivre la recherche d'un mode de gouvernance et de fonctionnement optimaux pour le Comité du CLSE, lui permettant d'émettre des alertes et des recommandations sur l'impact de l'environnement sur la santé des dionysiens à l'intention des décideurs : rechercher la participation des différents collègues (élus et professionnels des collectivités, société civile, partenaires institutionnels) ; prendre en compte la diversité des compétences, représentations et priorités ; tenir une fréquence des réunions nécessaire au suivi des actions; mettre en place un mode d'animation des réunions favorisant l'expression de chacun et la prise de décisions collective.

- Organiser annuellement une Assemblée Plénière ouverte à tous, conviviale et participative : pour la restitution des actions de l'année écoulée, le recueil des alertes et proposition des participants, les échanges d'informations et d'idées, la mise en réseau des acteurs.

Actions du CLSE

Pour répondre à l'objectif opérationnel « Favoriser la mise en place ou le renforcement d'actions ayant un impact sur la santé de nombreux dionysiens » plusieurs axes de travail sont proposés :

- Mise en place de groupes de travail thématiques aboutissant à des projets, des rapports et/ou à des alertes et recommandations à l'intention des décideurs
- Poursuite de l'accompagnement des actions initiées avec les groupes de travail participatifs : pour la réduction des impacts de la circulation automobile sur la santé, et pour l'accès à une alimentation saine pour tous.
- Intégrer des actions existantes dans le CLSE, menées par des acteurs locaux.

Emissions de rapports thématiques, d'alertes et de recommandations par le Comité du CLSE pour des politiques locales favorables à la santé environnementale

- **population cible** : habitants de Saint-Denis exposés aux facteurs environnementaux défavorables à la santé
- **calendrier sur un an si possible** : réunions trimestrielles du Comité du CLSE : mise en place et suivi de groupes de réflexion thématiques avec le rendu de rapports et de recommandations destinées aux décideurs ; Assemblée Plénière annuelle.
- **moyens humains et matériels actuels** : élus, cheffe de projets et agents des services municipaux concernés, associations, services territoriaux et partenaires institutionnels ; pour l'instant petit financement municipal.
- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement** : les Groupes de Travail sont principalement constitués d'habitants, dont certains représentent des associations dionysiennes.

Cartographie participative sur les pollutions liées à la circulation automobile

- **population cible** : habitants de Saint-Denis exposés à ces nuisances
- **calendrier sur un an si possible** : réunions mensuelles du Groupe de Travail, déploiement de capteurs fixes chez les habitants et dans des structures situées dans des zones exposées ; cartographie des mesures soumise au Comité ; propositions du GT soumises au Comité pour réduire les nuisances dans ces zones les plus impactées ; recherche des compétences décisionnaires ; ...
- **moyens humains et matériels** : une cheffe de projets et agents des services municipaux concernés ; habitants participant au Groupe de Travail ; pour l'instant petit financement municipal ;
- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement** : le Groupe de Travail est principalement constitué d'habitants, dont certains représentent des associations dionysiennes.

Procédure d'alerte en cas de dépassement des seuils de pollution atmosphérique

- **population cible** : habitants de Saint-Denis exposés et vulnérables
- **calendrier sur un an si possible** : mise en place d'une procédure d'alerte et de recommandations en cas de dépassement des seuils de pollution atmosphérique, à diffuser auprès des publics les plus vulnérables (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, malades)
- **moyens humains et matériels** : chargés de projets Santé et Pôle Environnement ; responsables des structures recevant des publics vulnérables (directeurs de crèches, PMI, service retraités, direction des sports, associations sportives, ...), médias locaux...
- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement** : une fois la procédure validée, nous chercherons à associer des habitants à sa mise en place sur le terrain

Action pour une alimentation saine accessible à tous

- **population cible** : jeunes de la Plaine Saint-Denis et leurs familles, et enfants et jeunes dionysiens.
- **calendrier sur un an si possible** : réunions mensuelles du Groupe de Travail ; recherche avec les lycéens du Lycée Angela Davis d'une offre alternative aux boissons sucrées pour les lycéens ; recherche de déploiement sur le quartier de la Plaine et plus largement sur Saint-Denis de cette offre alternative ; travail sur l'offre alimentaire avec les commerçants de la Plaine ; travail envisagé avec l'épicerie sociale de la Plaine afin d'aller vers une offre d'alimentation saine (équilibrée, bio, ...)
- **moyens humains et matériels** : une cheffe de projets et agents des services municipaux concernés ; habitants et agents participant au Groupe de Travail ; pour l'instant petit financement municipal
- **si habitants associés à la démarche le préciser succinctement** : le Groupe de travail est constitué principalement d'habitants et de membres de l'équipe pédagogique et médico-sociale du Lycée

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Pollutions et nuisances environnementales
 Aménagement et urbanisme
 Nature en ville
 Politiques publiques
 Conditions de vie
 Offre alimentaire
 Habitudes de vie et comportement
 Réseaux sociaux et communautaires

Thématique

Dispositif de coordination
 Démarche participative (dont santé communautaire)
 Nuisances environnementales (sites pollués, air, bruit)
 Alimentation
 Approche urbaine de la promotion de la santé / EIS
 Santé de l'enfant (Thématique Prioritaire PRS2)

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif
 Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante
 Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du grand Paris

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

VILLE

Agenda 21 de Saint-Denis : axe 3
 PCAE de Saint-Denis : fiches 11 20

PLAINE COMMUNE

Trame verte et bleue
 Schéma sur l'agriculture urbaine

DEPARTEMENT

Engagements pour l'égalité environnementale face à l'urgence climatique

REGION

PRSE3 : actions 1.1, 4.1, 4.3, 4.4
 Plan Régional de Protection de l'Atmosphère
 Signataire de la Charte Ville et territoires sans perturbateurs endocriniens du RES

GRAND PARIS

Plans sur l'environnement et les nuisances (Plan de Prévention du Bruit, ...)

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|--------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Santé (exemples) | PMI | x | | x | |
| Social | SSM | x | | | |
| Education | Lycée Angela Davis, Lycée l'ENNA, | x | | x | |
| Habitat | MHI | x | | | |
| Aménagement du territoire | Département développement urbain et social de Plaine Commune | x | | x | |
| Environnement | Pôle Environnement municipal Délégation à l'écologie urbaine de Plaine commune Associations dionysiennes (PPV93, Vélo à St Denis, Comité enfouissement A1, Parents d'élèves de Pleyel, Collectif centre-ville, Pleyel en Herbe,) Associations environnementales (AirCitizen, Vivacités,) | x | x | x | x |
| Autres | Démarches quartier, | x | | x | x |

| | |
|--|--|
| PARTICIPATION | |
| Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, de quelle nature ? (cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet) | Participation à l'analyse des besoins X Participation à l'organisation de l'action X Participation à la direction des activités prévues (leadership) X Participation à la gestion de l'action X Participation à la mobilisation des ressources X |
| Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Des objectifs communs entre élus, services territoriaux, société civile, institutions partenaires Un portage politique fort : volonté politique affirmée d'inscrire la démarche dans les politiques publiques Une reconnaissance de tous les acteurs comme ressources contributives au développement du projet Une participation des services concernés de la collectivité Une inscription du projet dans la durée, en acceptant le temps nécessaire pour la maturation et le développement de cette démarche participative Une acceptation d'un niveau de participation élevé, en définissant les rôles de chacun | |
| Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Des représentations différentes des acteurs : sur la santé environnementale, sur la participation citoyenne, Les temporalités différentes entre habitants, services territoriaux, élus Les attentes différentes des acteurs par rapport au CLSE Les difficultés à trouver des modes de gouvernance et de fonctionnement opérationnels pour une instance innovante Le manque de moyens humains et financiers Le manque de disponibilité des acteurs, déjà impliqués dans divers projets | |
| SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT | |
| Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic | |
| Indicateurs de processus : | Les différents acteurs partagent représentations, attentes et objectifs, et participent à la mise en œuvre du CLSE Un mode de gouvernance et de fonctionnement opérationnel est |

| | |
|--|---|
| | <p>partagé</p> <p>Accroissement de la diversité d'acteurs s'intéressant et participant au CLSE</p> <p>Le CLSE est représenté dans les instances décisionnaires concernées par la Santé Environnementale</p> |
| Indicateurs d'activité : | Nombre de réunions (groupes de travail, Comité, équipe projet, Copil...) et comptes rendus |
| Indicateurs de résultats : | <p>Réalisation d'actions : actions de terrain, documents produits, interpellations et recommandations émises par le Comité, tenue d'une Assemblée Plénière,...</p> <p>Nombre de personnes informées ou sensibilisées sur la SE</p> <p>Nombre et diversité d'habitants, d'associations, de professionnels et d'institutions impliqués</p> <p>Nombre de personnes sensibilisées et informées lors DES ACTIONS de terrain</p> <p>Les avis et recommandations du CLSE sont reconnus et pris en compte par les décideurs</p> |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | <p>Observation des indicateurs ci-dessus</p> <p>Comptes rendus de réunions</p> <p>Evaluation participative auprès des différents acteurs : méthodologie à mettre en place avec l'Institut Renaudot</p> |

| | |
|---|---|
| AXE STRATEGIQUE : Santé liée à l'environnement | |
| INTITULE DE L'ACTION : Santé dans l'habitat | |
| PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) Direction santé, UVS et PMI | |
| DUREE DE L'ACTION : CLS3 | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle x Début : Fin : |
| ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION | |
| <p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ? Quelle démarche de diagnostic</p> <p>Les logements insalubres peuvent présenter des risques pour la sécurité et pour la santé de leurs habitants : logements trop petits, sans chauffage, sans lumière, très dégradés avec présence de moisissures ou de plomb qui peuvent entraîner chez les jeunes enfants des cas de saturnisme...</p> <p>Des problèmes de santé peuvent également se poser dans des logements salubres (en particulier présence d'allergène, mauvaise qualité de l'air...) et entraîner des pathologies importantes.</p> <p>Le service de pneumologie de Delafontaine a alerté la Direction santé sur le développement de pathologies respiratoires liées à des allergies, des moisissures (...) pouvant entraîner des pathologies sévères. Ils ont exprimé le besoin de s'articuler et de développer une fonction de CMEI.</p> <p>Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action</p> <p>Le territoire de la Ville de Saint-Denis est marqué par l'un des taux les plus élevés de dégradation du parc privé de France avec un taux de 21,5% d'habitat privé potentiellement indigne, soit près de 5 462 logements, contre 7,8% à l'échelle du Département, pourtant déjà l'un des plus touchés en France par ce phénomène. Autre signe de cette dégradation ancienne de l'habitat, on dénombre 775 arrêtés préfectoraux d'insalubrité en vigueur sur le territoire - mars 2019 – sources Mission Habitat Indigne de Saint-Denis.</p> <p>Un protocole de coopération dans la lutte contre l'habitat indigne entre la Ville, Plaine commune, l'Etat et l'Agence Régionale de Santé a été signé en 2019 pour travailler de concert à la résorption de ces situations.</p> <p>Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés</p> <p>Différents acteurs du territoire sont concernés par les problématiques de santé dans l'habitat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le service de pneumologie de l'hôpital et les professionnels de santé du territoire (médecins généralistes, IDE, professionnels des PMI...) - Les acteurs qui interviennent sur les immeubles plombés et la prévention / prise en charge des situations de saturnisme (agents d'enquête environnementale, animatrice sur la saturnisme...). - Les acteurs sociaux qui interviennent au domicile (service social, maintien à domicile, services du Conseil départemental de l'APA...) et le service logement - Les acteurs qui interviennent plus spécifiquement autour de l'habitat insalubre. <p>Poursuite et perspectives d'une action ancienne Mission saturnisme</p> <p>Une animatrice de prévention sur le saturnisme est positionnée au sein du service PMI de la Direction de la Santé. Un agent d'enquête de l'USE (Unité Santé Environnementale) réalise les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lorsqu'un enfant atteint de saturnisme a été dépisté par une P.M.I., l'USE réalise le sondage du logement concerné et celui des parties communes de l'immeuble, si ces dernières n'ont pas déjà été sondées, - en lien avec la Mission Habitat Indigne, elle réalise également les sondages des immeubles ou logements faisant l'objet d'un dossier d'insalubrité ou d'une saisine à la Commission Départementale Compétente en matière d'Environnement de Risques Sanitaires et Technologiques (CODERST), pour la prescription de travaux ou son interdiction à l'habitation par arrêté préfectoral, et d'immeubles et logements situés dans le périmètre du PNRQAD, | |

- le sondage de tout immeuble ou logement signalé comme pouvant être susceptible de constituer un risque d'accessibilité au plomb et d'intoxication pour les occupants mineurs, ou dans le cadre de sondage systématique sur des parties du territoire communal.
 - La transmission de plombémies supérieures à la norme transmises à l'ARS
- Dans tous ces cas, un travail d'information est fait auprès des (co)propriétaires et ou syndicats de copropriétés pour leur rappeler leurs obligations et les travaux à réaliser, ainsi qu'une sensibilisation auprès des occupants notamment sur les conduites à tenir pour minimiser le risque d'intoxication.
- Par ailleurs l'AFVS (Association des Familles Victimes du Saturnisme) est subventionnée annuellement pour un montant de 1000€ pour organiser des permanences en direction des familles.
- Les familles concernées par les risques de saturnisme ne sont pas au courant des risques qu'elles courent, a fortiori des bonnes pratiques pour prévenir ou réduire les atteintes sur leurs enfants en bas âge et les ressources sur le territoire.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Structurer un axe santé dans l'habitat en lien avec les acteurs (logement, social, soins, prévention)

Objectifs opérationnels de l'action :

Organiser une coordination territoriale sur la santé dans l'habitat

Renforcer les actions autour du saturnisme, en particulier l'information et l'éducation

Développer des actions autour du saturnisme et des missions de CMEI

Déroulé des actions

Animation territoriale - copil, cotech...

Il importe de proposer une coordination territoriale des différents acteurs afin notamment de faciliter le repérage et le parcours d'un usager ayant des problématiques de santé liées à l'habitat.

- Organisation de temps d'échanges avec les différents intervenants de la Ville (service social, service logement, MHI, USE, agent saturnisme, direction quartier de La Plaine sur le projet précarité, CMEI...) et du territoire (hôpital...)

-Sensibilisations des professionnels du territoire : logement, social, gardiens... en lien avec l'agent saturnisme

-Participer à la co-construction d'une coopérative d'acteurs « Santé respiratoire- habitat » sur le territoire de Seine-Saint-Denis : liens avec les autres coopérateurs, réunions en DDARS 93

Poursuite des actions sur le saturnisme en développant des actions d'information grand public et collectives

Le travail conjoint d'enquête environnementale de l'USE (agent d'enquête sur les mesures de plomb) et de l'animatrice sera poursuivi.

Un travail spécifique sera fait sur les enfants ayant des plombémies supérieures aux normes (en lien avec l'ARS) pour faciliter leur parcours.

Une information plus large sera proposée sur le saturnisme :

-Diffusion d'outils de communication à l'attention des habitants présentant le saturnisme, et les conduites à tenir ainsi que les ressources locales.

- Temps d'informations collectives sur le saturnisme et la santé dans l'habitat.

Développement d'une fonction de CMEI

Le développement d'une fonction de CMEI (conseillère médicale en environnement intérieur) est inscrit dans le CLS3 afin d'améliorer le repérage et/ou la prise en charge précoces de pathologies liées à l'habitat (notamment allergies, troubles respiratoires...) en lien avec des médecins orientateurs.

Elle permettra la coordination opérationnelle sur le repérage de situation de familles en habitat ayant des impacts potentiels sur leur état de santé (maladies respiratoires, saturnisme...).

Les objectifs de cette fonction :

- Améliorer le repérage et le dépistage précoce de pathologies liées à l'habitat (notamment allergies, troubles respiratoires...)

- Promouvoir les bons gestes et les bonnes pratiques afin réduire les impacts sur la santé d'un habitat défavorable à la santé chez les personnes ayant déjà une pathologie

Il / elle mènera des interventions dans les logements, sur orientation médicale, en lien avec l'agent saturnisme ; procédera à un audit de l'environnement intérieur et à des conseils de mise en œuvre d'éviction de l'allergène, de modifications de comportements et d'adoption de gestes et comportements préventifs. Il/elle sera en lien avec les médecins dans l'accompagnement du diagnostic et le traitement des maladies respiratoires et allergiques liées à l'environnement intérieur.

Une formation de Conseiller médical en environnement intérieur lui sera proposée courant 2020.

Public cible habitants

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

En cours sauf CMEI

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles
facteurs psychosociaux et environnement social
facteurs comportementaux (style de vie)

Thématique

Air intérieur
Dispositif de coordination
Habitat indigne
Nuisances environnementales (sites pollués, air, bruit)
Précarité énergétique
Réduction des risques et dommages

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Faire émerger et soutenir des territoires d'action à l'initiative des acteurs
Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes
Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité
Créer les conditions d'habitat, de logement, et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

PARTENAIRES DE L'ACTION

Secteurs mobilisés

Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....)

Cocher les cases ci-dessous

| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
|-------------------------|---|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| Santé (exemples) | CHSD service de pneumologie Médecins généralistes USE Saturnisme et CMEI | | | | |
| Social | Service social, | | | | |
| Logement | service du logement, | | | | |
| Habitat | mission habitat indigne | | | | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒**Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :**

Coopérative d'acteurs permettant l'échange d'expériences

Bonne connaissance du territoire par différents acteurs (MHI, programmes de rénovation, service social...)

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Besoins qui explosent et situations prégnantes d'insalubrité ou de logements défavorables à la santé sans possibilités de relogements à la hauteur des besoins

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT**Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic**

| | |
|--|--|
| Indicateurs de processus : | Rencontres sur la santé dans l'habitat de différents acteurs Construction d'outils d'information Formation en cmei effectuée |
| Indicateurs d'activité : | Outils créés en direction du grand public, des familles concernées et des professionnels Visites à domicile (saturnisme, cmei) Prélèvements plombs Orientations médicales sur le cmei |
| Indicateurs de résultats : | Nombre d'enfants dépistés et orientés saturnisme Nombre de personnes ayant reçu une information/ éducation dans les VAD ou les ateliers collectifs |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Notes Comptes rendus |

AXE STRATEGIQUE : Santé liée à l'environnement**INTITULE DE L'ACTION : Nuisances et nuisibles****PORTEUR(S) DE L'ACTION : direction Santé / Santé publique, USE Unité santé environnementale Mireille Benevolli****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle **X**
Début : Fin :**ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION****Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

Des signalements, croissants sur ces dernières années, sont faits à l'USE qui porte des missions de service communal d'hygiène (attributions en matière de désinfection, contrôle administratif et technique des règles d'hygiène...) avec à la fois des agents d'enquête et des inspecteurs de salubrité.

Ces signalements concernent notamment la prolifération des rats et des punaises de lits mais aussi des bruits de voisinage.

De plus, le département de la Seine-Saint-Denis est inscrit, depuis avril 2019, en zone de lutte contre les moustiques tigres (*Aedes Albopictus*).

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

La recrudescence de rats et les punaises de lit concernent de nombreux territoires limitrophes (Paris, les villes de Plaine Commune...).

L'augmentation de signalements de bruits du voisinage est sans doute liée à une moindre acceptation des bruits alentours et à une augmentation du seuil de tolérance aux bruits d'autrui.

Signalements à l'USE

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| Rats | 116 | 175 | 179 | 190 |
| Punaises | 6 | 25 | 29 | 29 |
| Bruit | 49 | 51 | 55 | 72 |

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Ces remontées sont faites par des courriers de signalement des habitants mais aussi des professionnels (crèches, écoles...) et des bailleurs, en particuliers les bailleurs sociaux.

Des mesures sont prises par l'USE notamment afin de remédier aux infestations de rats, ou de limiter les bruits dans le cadre de la réglementation en la matière.

Cependant, pour être réellement efficaces, ces mesures correctrices devraient être accompagnées d'une information du public de manière à ce que celui-ci apprennent à mieux connaître ces problématiques, adopte des comportements qui limitent les infestations, et sache vers qui se tourner en cas de problème.

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Des outils d'information en direction du grand public ont été ou sont en cours d'élaboration :

Bruit : une plaquette d'information du public en matière de bruit de voisinage en cours d'élaboration.

Rongeurs :

Des opérations de grande ampleur (par quartiers ou cités) sont mises en place depuis 2017. Elles donnent lieu à la rédaction de notices, listes de mesures préventives qui sont systématiquement diffusées aux bailleurs, occupants, pétitionnaires des PD et PC...

Il est nécessaire de faire évoluer les pratiques des UT sur la lutte contre les rongeurs, avec la mise en place du mode projet au niveau de l'agglomération (avec la participation de l'USE) dans le but d'établir notamment un référentiel des bonnes pratiques.

Punaises de lits : plaquettes et notices existantes sur les mesures à mettre en œuvre pour les éliminer

(notice établie avec le médecin responsable du service de parasitologie d'Avicenne)

Il convient de développer l'information en direction du grand public mais aussi de certains professionnels et en particulier les ERP pour prévenir leurs infestations

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: améliorer les connaissances du grand public (tout public y compris partenaires) et leurs capacités à agir

Objectifs opérationnels de l'action

Faire connaître les dispositifs existants et les ressources au niveau de la ville

Proposer des bonnes pratiques et conduites à tenir qui visent à prévenir les problèmes ou à les limiter

Déroulé des actions

Proposer une animation territoriale au niveau de Plaine Commune

Le niveau de l'agglomération pourra être un niveau pertinent pour travailler ces problématiques et associer dans des groupes de travail thématiques : les différentes Unités Territoriales (UT propreté...) mais aussi, dans la mesure où tout le territoire est concerné par ces problématiques, d'autres services de santé publique des villes de Plaine Commune.

Ces acteurs pourraient être associés à la construction des éléments de communication et à la réflexion sur leurs diffusions.

Pour chaque thématique : rats, punaises de lits, bruit, moustiques tigres

il est proposé de travailler selon une même méthode

- **Construction des référentiels permettant d'informer sur le sujet et de proposer des bonnes pratiques :**

A partir de l'ensemble des documents déjà établis et diffusés ou de documents émanant d'autres collectivités ou associations.

Pour le Moustique Tigre, il s'agira par exemple de présenter la problématique, les mesures préventives, le protocole de traitement des signalements et de travailler à la diffusion de l'information des administrés et des responsables des ERP.

- **Choix du-des supports et modes de communication**

Les formes seront déterminées avec le service communication, et selon le type de public visé et la thématique

Ces supports pourront être écrits (flyers, affiches...). Les supports et modes de diffusion (site internet, affichage dans la ville ou sur des supports comme des journaux, salles d'attente...) seront également travaillés en fonction des publics cibles.

Public cible Habitants/Partenaires (UT, services villes)/Bailleurs/

Lieux de l'action Territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

En cours pour une partie des thématiques

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles

facteurs psychosociaux et environnement social

facteurs comportementaux (style de vie)

Thématique

Démarche participative (dont santé communautaire)
Habitat indigne

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité
Créer les conditions d'habitat, de logement, et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles
Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Missions, organisation et fonctionnement du service communal d'hygiène et de santé : code de la santé publique, art. L. 1422-1 et s.

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements d'habitants.....) | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|--------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Habitat | MHI – UT Habitat | | | | |
| Environnement | Pôle environnement | | | | |
| Autres | UT Propreté et Cadre de Vie - Parcs et Jardins - Voirie | | | | |

PARTICIPATION

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui ☐ Non ☒

Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Un pilotage des actions au niveau de l'agglomération avec groupe de travail par thématiques associant les SCHS, les UT partenaires et les services communication ville et Plaine Commune

Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :

Manque de temps des acteurs, pris notamment par le suivi des aspects réglementaires

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic

| | |
|-----------------------------------|---|
| Indicateurs de processus : | Existence des groupes de travail au niveau ville et agglomération |
| Indicateurs d'activité : | Production des supports de communication / Diffusion des supports d'information |
| Indicateurs de résultats : | Mise en œuvre des mesures préventives par thématique par les acteurs |

Méthode d'évaluation envisagée
(questionnaires, entretiens,
observation...) :

Existence de supports de communications
Comptes rendus de groupes de travail

AXE STRATEGIQUE : Santé mentale**INTITULE DE L'ACTION : Conseil Local en Santé Mentale****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services)****Direction santé, coordination CLSM****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle X

Début : Fin :

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?****Quelle démarche de diagnostic**

S'appuyant sur une politique nationale de développement de la démocratie sanitaire en santé mentale, la ville de Saint-Denis, les secteurs de psychiatrie (G01 et G02) et de pédopsychiatrie I01, l'Unafam ont mis en place un conseil local en santé mentale (CLSM) depuis 2013. Une démarche de diagnostic débutée en 2011 a abouti à la mise en place de ce CLSM.

Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux, les services de psychiatrie publique, les différents acteurs du territoire qu'ils soient associatifs ou institutionnels qui interviennent dans différents domaines, les usagers et les aidants. Il a vocation à être le plus ouvert possible et à favoriser les décloisonnements en intégrant des acteurs de différents champs : du médical (et notamment de la psychiatrie) mais aussi du social et de la solidarité, du logement, de la jeunesse, des personnes âgées, de la culture ...

Les différents espaces d'échanges permettent une veille/diagnostic sur les problématiques du territoire et de soutenir des dynamiques partenariales de réponses et projets.

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

De nombreux acteurs (associatifs, professionnels de santé, du social ou de la jeunesse notamment) constatent l'importance dans leurs publics de manifestations de mal être, de déprime voire de troubles plus graves.

Les psychoses/troubles graves de la personnalité et arriérations mentales représentent la 2^{ème} cause d'ALD sur la commune après les diabètes (monographie CPAM 2017).

La précarité augmente la prévalence des troubles sensoriels cognitifs et psychiques.

Sur la commune de Saint-Denis, le nombre d'enfants en situation de handicap âgés de 0 à 12 ans qui bénéficient des dispositifs d'accompagnement de l'Éducation Nationale dans le cadre de l'inclusion scolaire est de 136. 870 enfants âgés de 0 à 12 ans ont un droit ouvert à la MDPH au 30/09/2018. sources MDPH, 09/2018 dans le cadre du projet ISIS

Le département de Seine-Saint-Denis est le plus touché d'Ile-de-France en ce qui concerne les troubles psychiques. Ainsi, pour 100 000 habitants, ces troubles ont une très forte prévalence avec 233,2 cas (contre 184,1 pour les Hauts-de-Seine – sources Groupe de Travail « Santé » de l'ARS IdF et la Préfecture de Seine Saint-Denis, 2019).

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Sur la commune de Saint-Denis de nombreux facteurs se cumulent pour compliquer l'accès à un accompagnement (médical mais aussi social) pour les personnes en souffrance psychique :

- l'importance des besoins liée à un cumul de vulnérabilités
précarités économique, sociale ; les fragilités psycho-sociales des familles ; dysfonctionnements psychologiques liés aux traumatismes individuels, familiaux et/ou migratoires ; violence sociale ; L
- le cumul de difficultés qui créent des situations complexes

Les professionnels en ville (travailleurs sociaux, médecins généralistes, éducateurs de rue...) rencontrent des personnes aux situations dont les difficultés psychiques, sociales, économiques, familiales (...) sont intriquées et se cumulent.

Ces difficultés sont encore accentuées lorsque les personnes sont isolées et/ou en errance car le rôle de la

famille, du réseau social d'accompagnement vers une démarche de soin fait défaut.

- la stigmatisation ou la défiance attachées au champ du handicap ou du soin psychique qui rendent difficile le passage vers un accompagnement

Les professionnels de l'enfance, de la jeunesse (animateurs, éducateurs de rue...) rencontrent des situations où les enfants et adolescents sont en grande souffrance. Les familles sont bien souvent réticentes pour rencontrer un professionnel du champ de la psychiatrie ou s'inscrire dans une démarche de reconnaissance de handicap psychique. Les adolescents ou jeunes adultes vont plus facilement vers des professionnels de proximité pour s'exprimer. Ces professionnels ont du mal à passer le relais parce qu'ils méconnaissent les signes alarmants et les ressources existantes sur le territoire pour les orienter.

- la tension capacitaire des services de santé

qui sont en surchauffe et qui ne peuvent aujourd'hui répondre aux demandes ; les délais d'attente explosent (les listes d'attente sont d'environ 9 à 12 mois au sein des CMP et des CMPP du territoire) et devraient encore être allongés en regard de la progressions démographique importante attendue dans les prochaines années.

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

Le CLSM de Saint-Denis a permis en quelques années le développement d'une dynamique partenariale très importante incluant des acteurs des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux (...), des usagers et des représentants de familles.

Cette dynamique a favorisé l'émergence de différents projets et actions autour du logement, des adolescents, de l'inclusion scolaire et sociale, de la déstigmatisation (...) qui donnent aujourd'hui au CLSM une place reconnue sur le territoire.

Il est nécessaire de poursuivre et renouveler régulièrement le travail d'information des acteurs et professionnels du territoire sur la santé mentale qui passe par des temps d'information, des formations spécifiques...

La coordination CLSM s'inscrit dans une équipe de santé publique qui porte par ailleurs de nombreuses actions (addictions, précarité, offre de soins...). Les CLSM constituent le volet santé mentale des CLS (préambule de l'ARS IDF aux CLS3).

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒

DESCRIPTION DES ACTIONS

Objectif stratégique: Poursuivre les dynamiques partenariales et territoriales autour de la santé mentale

Objectifs opérationnels de l'action :

- Organiser une coordination institutionnelle permettant de nourrir un diagnostic local de la situation en santé mentale
- Soutenir l'émergence de dynamiques et projets partenariaux et accompagner les projets visant à l'inclusion, à l'accès aux soins et à la destigmatisation.
- Organiser ou participer à des instances de suivi de situations de personnes en souffrance psychique

Déroulé des actions

Animation territoriale

Le CLSM est structuré en différentes instances : un copil, une assemblée plénière, les groupes de travail
Le copil est présidé par l'élue à la santé et rassemble la Direction de la santé, la Direction municipale des solidarités, la Mission handicap, les chefs de pôle des secteurs de psychiatrie G01 et G02 et de l'Intersecteur de psychiatrie I01, les deux EMPP du territoire, la DD-ARS 93, la Maison de la santé, l'Unafam, A Plaine Vie, la Trame.

Les enjeux sont notamment de poursuivre l'animation institutionnelle, la dynamique d'échanges et de concertation des acteurs du territoire en accentuant le décroisement et l'ouverture à de nouveaux acteurs.

Le CLSM, à travers en particulier son copil et son assemblée plénière, est aussi une instance de veille et d'interpellation des autorités sur les besoins et spécificités du territoire (par exemple sur les tensions capacitaires, l'ouverture de places de dispositifs...).

Soutien de projets qui s'inscrivent dans des perspectives d'inclusion, d'accès aux soins et de déstigmatisation

Tout en s'inscrivant dans les dynamiques de structurations régionales et départementales des PTSM et du PRS, l'échelle territoriale du CLSM permet de faire émerger des dynamiques et des projets qui répondent aux besoins et spécificités de nos habitants

Le rôle de coordination du CLSM est d'accompagner les actions issues de la dynamique CLSM et d'animer les groupes de travail.

Une attention particulière sera apportée à la **pérennisation de différents projets** dont

- la Trame (lieu d'accueil, d'orientation et d'échange pour les personnes en souffrance psychique et sociale, leurs proches et les professionnels du Nord-Ouest de la Seine-Saint-Denis),
- la plateforme logement et santé mentale
- la plateforme jeunesse et santé mentale Saint-Denis et Saint-Ouen et la perspective d'une coopérative d'acteurs
- la plateforme ISIS (Pour l'inclusion sociale et l'inclusion scolaire des enfants de 0 à 12 ans en situation de handicap).

Différentes **perspectives** sont à travailler dans le cadre de groupes constitués ou à organiser :

- autour du psycho traumatisme en lien notamment avec le parcours migratoire
- autour des médiations familiales - Des temps de médiation familiale sont proposés par la Maison des Parents. D'autres acteurs ont ou souhaiteraient développer des temps de médiation/thérapie familiale.
- La poursuite d'une meilleure information du public et des professionnels de santé sur les dispositifs et ressources potentiellement disponibles sur la santé mentale.

Une coordination renforcée des suivis des situations

Le CLSM sera mobilisé dans le cadre du travail sur les parcours de soins lorsqu'ils ont des dimensions d'articulations fortes entre somatique et santé mentale (comme c'est le cas pour les personnes vieillissantes par exemple) afin de faire le lien avec les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale (GEM, Trame...).

Différentes **instances de concertation** sur des suivis de situations sont organisées.

Il est essentiel de poursuivre ou relancer ces instances, impliquant à la fois la mobilisation des acteurs du suivi (social, santé, sanitaire et social...) et la coordination des actions à mettre en œuvre découlant des instances de concertation.

Certains suivis complexes nécessitent également la mise en lien le Dispositif Intégré de soins et de services pour personnes en situation de handicap de Seine-Saint-Denis (DI-93) qui vise à simplifier le parcours des personnes en situation de handicap sur les cas complexes.

- Des RESAD Réunions d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté mensuelles
- Une cellule incurie au niveau de la DGA regroupant la direction santé (USE, CLSM), le service social municipal, le CCAS et selon les situations la MHI – une formation des différents acteurs concernés par ces situations devrait être proposée en 2020.
- L'instance de concertation de la plateforme jeunesse santé mentale alternativement à Saint-Denis et Saint Ouen
- L'instance décentralisée autour du logement et de la santé (CTU – commission technique de

l'urgence) coportée par la direction santé/UVS/cheffe de projet santé précarité, le CHSD et le SIAO 93 avec une perspective à travailler d'y intégrer une ressource en santé mentale/psychiatrie

La coordination CLSM peut également, selon les situations, solliciter l'intervention de la CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) et organiser son déploiement.

La coordination CLSM et la direction santé sont également référents sur les procédures de SDRE (Soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat ...) qui peuvent concerner des situations évoquées en resad (ou pas).

Public cible habitants et professionnels

Lieux de l'action territoire de Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ? En cours

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

facteurs psychosociaux et environnement social
système de santé

Thématique

Accès aux soins
Accueil de la grande précarité par l'offre de soin
Dispositif de coordination
Santé mentale

Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Faire émerger et soutenir des territoires d'action à l'initiative des acteurs
Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes
Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses
Créer les conditions d'habitat, de logement, et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé qui précise que la politique de santé mentale est mise en œuvre par des acteurs diversifiés de prévention, du logement et de l'insertion.

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif aux projets territoriaux de santé mentale

7 principes du projet régional santé mentale : Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations ; faire du domicile le centre de gravité du parcours ; faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques ; agir pour des pratiques « orientées rétablissement » ; mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain ; soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes ; Rééquilibrer les ressources en vue de favoriser un accès plus égal aux soins

PARTENAIRES DE L'ACTION

Secteurs mobilisés

Acteurs mobilisés (structures, services, associations, groupements)

Cocher les cases ci-dessous

| | d'habitants.....) | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
|-------------------------|---|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| Santé (exemples) | secteurs de psychiatrie G01 et G02 ; l'Intersecteur de psychiatrie I01, deux EMPP, la Maison de la Santé, l'Unafam, A Plaine Vie, la Trame | | | | |
| Social | Service social municipal, CCAS, coordination personnes âgées Educateurs de rue | | | | |
| Médico social | IME, sessad, itep | | | | |
| Education | PRE | | | | |
| Logement | Bailleurs sociaux dont PCH | | | | |

PARTICIPATION

| | |
|---|--|
| Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? | Oui x Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, de quelle nature ? (cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet) | Participation à l'analyse des besoins x Participation à l'organisation de l'action x Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/> |
| Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Dynamique territoriale forte Interconnaissance des acteurs et projets décloisonnés associant sanitaire et médico-social | |
| Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : Besoins de la population énormes et croissants Saturation des dispositifs de soins et d'accompagnement Usure des professionnels | |

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT

| | |
|--|---|
| Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic | |
| Indicateurs de processus : | Instances de concertation existantes : copil, groupes de travail thématiques, instances de suivis de situations |
| Indicateurs d'activité : | Nombre de rencontres et nombre de participants Nombre et type de structures représentées : institutions, associations Nombre d'instances de concertations et nombre de participants |
| Indicateurs de résultats : | Nombre de projets émanant de la dynamique CLSM Nombre de situations présentées en instances de concertation |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Comptes rendus de copil, groupes de travail Fiches d'orientation resad- tableau de suivi des situations d'incurie |

AXE STRATEGIQUE : Santé mentale**INTITULE DE L'ACTION : Développer l'inclusion du public souffrant de TSA/Troubles neuro-développementaux****PORTEUR(S) DE L'ACTION : pilotes (directions / services) Mission Handicap, Maison des Parents, Coordination CLSM****DUREE DE L'ACTION : CLS3**Annuelle ☐ Pluriannuelle ☒

Début : Fin :

ARGUMENTATION (JUSTIFICATION) DE L'ACTION**Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins (diagnostic) qui justifient l'action ?**

Manque de places en structures spécialisées, freins à l'inclusion scolaire tels que manque de postes d'accompagnateurs (AVS-AESH). Difficultés pour l'accès aux services, loisirs, sports.

Manque de formation des professionnels, besoin de sensibilisation du grand public sur les spécificités du trouble autistique.

Quelle démarche de diagnostic

Remontées des professionnels du territoire (ville et partenaires), rencontres des familles, échanges en groupe de travail autisme, retours des associations

Quelles données santé, démographiques, socio-éco pour justifier l'action

Familles fragilisées, sur-représentation des familles monoparentales (femmes seules avec un ou plusieurs enfants en situation de handicap). Le handicap s'ajoute souvent à d'autres difficultés sociales, financières, (difficultés liées à la langue de populations ayant migré récemment, logement inadapté,...), difficultés pour l'accès au droit...

Quels besoins populations et /ou professionnels identifiés

Pour les familles : Accompagnement social renforcé, spécifique, accès aux droits

Pour les professionnels : formation/sensibilisations

Pour les porteurs de projets : accompagnement/soutien/mise en réseau

Poursuite et perspectives d'une action ancienne

La période 2014-2017 a vu la structuration d'un réseau local efficient sur l'autisme et le renforcement de l'offre médico-sociale à destination des personnes avec autisme, même si cette offre reste encore insuffisante, en particulier pour les adultes.

Les journées de sensibilisation proposées aux professionnels de première ligne ont su rencontrer leur public, et gagneront à être relancées.

La mise en réseau des acteurs facilite l'émergence de nouvelles propositions d'actions et la connaissance de l'offre disponible.

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?

Oui ☐ Non ☒**DESCRIPTION DES ACTIONS****Objectifs opérationnels de l'action**

Axe 1 : Journées de sensibilisation et de formation des professionnels de la ville et partenaires, notamment dans les professionnels du secteur péri-scolaire (accueil de loisirs, animateurs sportifs, structures culturelles)

Axe 2 : Mise à jour et réimpression du guide du handicap, groupe de parole/soutien à la parentalité

Axe 3 : Poursuite du GT autisme, du copil CLSM pour la mise en réseau des acteurs du territoire dans le domaine de l'autisme

Axe 4 : Soutien aux porteurs de projet pour le territoire répondant aux AAP et AMI proposés par les structures de tutelle/financeurs (ARS et Département), ayant trait au handicap/à l'autisme (projets de structures spécialisées, équipes mobiles,...)

| Action | Population cible | Calendrier | Moyens humains et matériels | Remarques |
|--|--|---|---|--|
| Journées de sensibilisation et de formation | Tous les professionnels de la ville et partenaires susceptibles d'accueillir du public autiste | 3 sessions par an | Pilotage Mission handicap, formations réalisées par le biais de prestations ou par les professionnels issus du réseau | Reconduction, mise en place d'un rythme annuel/sessions systématiques face aux changements de professionnels |
| Mise à jour et réimpression du guide du handicap | Tous publics, personnes confrontées a handicap | Mise à jour et réimpression de 2500 exemplaires fin 2019/2020 | Mission handicap Direction de la communication Prestation pour le maquettage et l'impression | Guide datant de 2015 en rupture de stock |
| Groupe de travail autisme | Professionnels du secteur médico-social, associations | Poursuite des séances à un rythme trimestriel | Coordinateur CLSM, Mission handicap, Maison des parents | Action en reconduction |
| Soutien aux porteurs de projets | Structures médico-sociales/associations souhaitant développer des projets sur le territoire | Toute l'année, en fonction des échéances des AAP/AMI | Coordinateur CLSM, Mission handicap, membres du GT autisme | Action en reconduction |

Public cible : professionnels et familles de Saint-Denis

Lieux de l'action : Saint-Denis

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION : Si oui, quel est le stade d'avancement ?

Tous les volets de l'action sont engagés

DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION

Circonstances matérielles
facteurs psychosociaux et environnement social
facteurs comportementaux (style de vie)

Tous les déterminants sont visés : aide au repérage et à la prise en charge de la problématique autistique sur le volet matériel, comportemental, échange entre acteurs, ...

Thématique

Accès aux soins
Dispositif de coordination
Santé et autonomie des personnes handicapées
Santé mentale
Service / Etablissement médico-social

Thématique Prioritaire PRS2
Thématique Prioritaire PRS2

A quel projet(s) du Schéma Régional de Santé 2018-2022 l'action contribue-t-elle ?

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé
Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes
Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours (dont article 51)
Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées
Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale

Articulation avec d'autres plans locaux ou nationaux – politiques publiques

4^{ème} stratégie nationale pour l'autisme 2018/2022

CLSM

PARTENAIRES DE L'ACTION

| Secteurs mobilisés | | Cocher les cases ci-dessous | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|--|----------------------|----------------|
| | | Analys e des besoin s | Mobili sation des resour ces | Mise en oeuvre | Copilo tage |
| Santé (exemples) | Intersecteur de pédopsychiatrie, médecins en libéral, ou dans une structure PMI | x | | | |
| Social &médico-social | structures médico-sociales (Adam Shelton, Silence des Justes, ...) | x | x | x | |
| Culture | structures culturelles (TGP, musée, unité d'archéologie, conservatoire, EAP,...) | x | x | x | |
| Education | Equipes enseignantes, Médecins référents handicap, associations de parents d'élèves/d'enseignants | x | | | |
| Enfance | Direction de l'enfance | x | x | | |
| Parentalité | Maison des parents, associations de parents (All inclusive, ...) | x | x | x | x |
| Logement | PCH – plateforme logement/santé mentale | x | | | |
| Loisirs/éducation spécialisée | -Association Tes Vacances & Relais Ile-de France | x | x | x | |
| Sport | Associations et clubs sportifs | | | | |

PARTICIPATION

| | |
|--|--|
| Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, de quelle nature ? (cf Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet) | Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/> |
| Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : | |
| Réseau d'acteurs professionnels engagés sur l'autisme | |
| Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action : | |
| Peu d'associations de parents sur lesquelles s'appuyer, les associations qui se créent sont fragiles, liées à la mobilisation de parents sur un temps donné de leur histoire personnelle/familiale, en lien avec l'âge de l'enfant en situation de handicap. | |

| SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT | |
|---|---|
| Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic | |
| Indicateurs de processus : | Participants venant de différentes structures, associations (...) y compris des aidants et parents – et de différents champs (santé, médico-social, culture, sport, éducation...) |
| Indicateurs d'activité : | Nbre de participants aux formations et groupes de parole |
| Indicateurs de résultats : | Retours qualitatifs des participants |
| Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) : | Questionnaires (professionnels et familles) Entretiens observations |

Entre

Monsieur le Maire de Saint-Denis,

Monsieur le Préfet de Seine-Saint-Denis,

Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

Monsieur le Président du Conseil Général de Seine-Saint-Denis,

Monsieur le Directeur Général de la CPAM de Seine-Saint-Denis,

Monsieur le directeur du Centre Hospitalier de Saint-Denis,

Il a été convenu de signer le présent
Contrat Local de Santé

Portant sur la Commune de **Saint-Denis (93200)**

Et dont le contenu est décrit dans le présent document.

A Saint-Denis, le 4 décembre 2019

Le Maire de Saint-Denis



Le Préfet
de la Seine-Saint-Denis



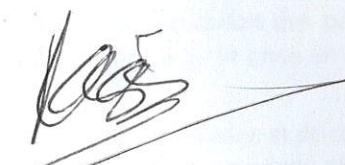
Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé



Le Président du Conseil
Départemental
de Seine-Saint-Denis



Le Directeur Général
de la CPAM de Seine-Saint-Denis



Le Directeur du Centre Hospitalier
de Saint-Denis

