

Direction de la prévention
et de l'action sociale

Service de la prévention
et des actions sanitaires

13-7

RAPPORT À LA COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL GÉNÉRAL

Réunion du 18 DEC. 2014

OBJET : SIGNATURE DE L'AVENANT AU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ DE DEUXIÈME GÉNÉRATION (CLS-2) DE LA COMMUNE DE MONTREUIL.

Le Département est fortement engagé en faveur du bien-être et de la santé de la population de la Seine-Saint-Denis à plusieurs titres :

- ses propres compétences : protection maternelle et infantile (PMI), personnes handicapées, population âgée ;
- les compétences déléguées par l'Etat : vaccination, tuberculose, infections sexuellement transmissibles, lutte contre le cancer du sein et du côlon-rectum ;
- la compétence générale : programme bucco-dentaire, prévention des cancers professionnels, prévention des conduites à risque, promotion du sport et d'une alimentation équilibrée auprès des jeunes.

Le Département est chef de file de l'action sociale en matière d'accès à la prévention et aux soins, d'accès au logement, de cohésion sociale et de lutte contre les inégalités, autres dimensions essentielles qui conditionnent le bien-être et la santé de la population.

L'implication du Département se traduit pour les communes par le financement des centres de PMI, des équipes techniques locales de promotion de la santé bucco-dentaire, le financement d'opérations de réhabilitation de l'habitat indigne ou encore des séances publiques de vaccination...

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) définissent au niveau communal la déclinaison du Projet Régional de Santé (PRS) adopté par l'Agence Régionale de Santé, après réception de l'avis formulé, le 15 novembre 2012, par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis.

Les CLS de préfiguration arrivent à échéance et doivent être renouvelés par des contrats quinquennaux de deuxième génération, dits « *Contrats Locaux de Santé renforcés* », qui peuvent s'ouvrir à de nouveaux signataires, dont le Département par sollicitation de l'ARS.

Le CLS de Montreuil, joint au présent rapport, vous est proposé pour examen.

Ce CLS renforcé rappelle les nombreux partenariats d'ores et déjà développés entre la Commune et le Département. Plusieurs de ses axes concernent les politiques et les actions du Département (voir annexe).

La signature de ce CLS n'engagera pas le Département dans la participation au financement des actions retenues ; elle nécessitera en revanche une mobilisation de ses agents dans le cadre d'une coordination de l'ensemble des acteurs dans leur préparation, leur mise en œuvre et leur évaluation.

Cet engagement permettra de renforcer la coordination entre les différents services départementaux du Pôle Solidarité concernés par les questions de santé. Cette transversalité permettra également de garantir une mise en cohérence de cette démarche avec celle des projets sociaux de territoire.

Au-delà du Pôle Solidarité, sur les questions de santé liées à l'environnement, au développement durable et à l'aménagement du territoire, il s'agira d'associer la Direction de l'Aménagement et du Développement avec le volet de la Politique de la Ville, ainsi que la Direction de la Stratégie, de l'Organisation et de l'Evaluation sur les questions de coopération territoriale et d'organisation territorialisée des systèmes d'information à l'échelle des communes, au sein du Système d'Information Décisionnel.

Le CLS de Montreuil a été signé le 17 février 2014, par le Directeur général de l'ARS d'Ile-de-France, la Maire, le Préfet et le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis, suite à sa présentation lors d'une séance de la Conférence de territoire de Seine-Saint-Denis. Les délais impartis n'ont pas permis au Département de signer le contrat à cette date mais la possibilité reste ouverte d'une signature à posteriori par voie d'avenant.

En conséquence, je vous propose :

- d'approuver l'engagement du Département dans le Contrat local de santé de la commune de Montreuil et la conclusion d'un avenant à ce CLS ;
- de charger M. le Président du Conseil général de signer ledit avenant au nom et pour le compte du Département.

Pour le Président du Conseil général
et par délégation,
la Conseillère générale déléguée



Michèle Bailly

Délibération n° du

SIGNATURE DE L'AVENANT AU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ DE DEUXIÈME GÉNÉRATION (CLS-2) DE LA COMMUNE DE MONTREUIL.

La Commission permanente du Conseil général,

Vu le Code général des Collectivités territoriales,

Vu le Code de la santé publique,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée dite « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST),

Vu la délibération du Conseil général n° 2012-IX-42 en date du 4 septembre 2012 lui donnant délégation,

Vu le Contrat local de santé du 17 février 2014 signé par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, la commune de Montreuil, la Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis et la Préfecture de la Seine-Saint-Denis,

Sur le rapport du Président du Conseil général,

après en avoir délibéré

- APPROUVE l'engagement du Département dans le Contrat local de santé de la commune de Montreuil et la conclusion d'un avenant à ce CLS ;

- CHARGE M. le Président du Conseil général de signer ledit avenant au nom et pour le compte du Département.

Pour le Président du Conseil général
et par délégation,
le Directeur général des services,

Valéry Molet

Adopté à l'unanimité

Adopté à la majorité

Voix contre

Abstention(s)

Date d'affichage du présent acte,
le

Date de notification du présent acte,
le

Certifie que le présent acte est devenu exécutoire,
le

Le présent acte peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Montreuil dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou publication.



AVENANT au CONTRAT LOCAL DE SANTE DE LA VILLE DE MONTREUIL ENTRE :

La Ville de Montreuil, sis le Maire de Montreuil , représentée par Monsieur Patrice BESSAC, dûment autorisé à signer par délibération n° du 18 décembre 2014, d'autre part,

L'Agence Régionale de Santé Ile de France, sis Le Directeur Général de l'ARS IDF représentée par Monsieur Claude EVIN d'autre part,

La Préfecture de Seine-Saint-Denis, sis le Préfet du département, représentée par Monsieur Philippe GALLI d'autre part,

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-Saint-Denis, sis Le Directeur Général de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-Saint- Denis, représentée par Monsieur Nicolas LE BELLEC, d'autre part,

Le Département de Seine-Saint-Denis, sis le Président du Conseil Général représenté par Monsieur Stéphane TROUSSEL, dûment autorisé à signer par délibération n° du, d'autre part

Il est convenu ce qui suit :

Article 1- Le présent avenant complète le Contrat Local de Santé de la ville de Montreuil pour la période 2013-2017, signé le 17 février 2014 par le Directeur Général de l'ARS IdF, le Maire de Montreuil, le Préfet de Seine-Saint-Denis et le Directeur de la CPAM 93.

Les Contrats Locaux de Santé quinquennaux de deuxième génération peuvent s'ouvrir à de nouveaux signataires.

Article 2- Le présent avenant valide l'ajout du Département de la Seine-Saint-Denis aux signataires du Contrat Local de Santé de Montreuil. Le département de la Seine-Saint-Denis s'engage à participer à la déclinaison des objectifs et des actions du CLS qui en découlent dans les champs et domaines d'intervention relevant de ses compétences.

Article 3 - L'avenant n°1 prend effet à sa date de signature pour la durée du contrat restant à courir.

Patrice BESSAC

Philippe GALLI

Maire de Montreuil

Préfet de Seine-Saint -Denis

Stéphane TROUSSEL

Nicolas LE BELLEC

Président du Conseil général
de la Seine-Saint-Denis

Directeur Général CPAM93

Claude EVIN

DG ARS IDF



CONTRAT LOCAL DE SANTE

DE MONTREUIL

2013 - 2017

Entre Madame la Maire de Montreuil, Monsieur le Préfet de Seine-Saint-Denis, Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-Saint-Denis

il a été convenu le présent

Contrat Local de Santé

portant sur la ville de Montreuil

et dont le contenu est décrit dans le présent document

A Bobigny, le 17 février 2014

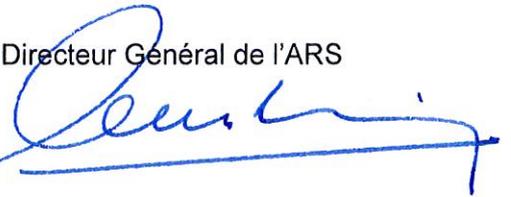
La Maire de Montreuil



Le Préfet de la Seine Saint-Denis



Le Directeur Général de l'ARS



Le Directeur de la CPAM de Seine-Saint-Denis



SOMMAIRE

I - UN CONTRAT LOCAL DE SANTE, POURQUOI , COMMENT ?		Pages
PREAMBULE		8
1.	LES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC GENERAL	10
1.1	Eléments socio démographiques	
1.2	Indicateurs de santé	13
1.2.1	Ce que l'on sait en matière de déterminants de santé	
1.2.2	Ce que l'on sait en matière d'indicateurs de mortalité	
1.2.3	Ce que l'on sait en matière de pathologies et d'indicateurs de morbidité	
1.2.4	Ce que l'on sait en matière d'accès aux soins	
	a. En ce qui concerne l'accès aux droits de santé	
	b. En ce qui concerne la consommation de soins des Montreuillois	
1.3	Offres de prévention et de soins	26
1.3.1	Offre sanitaire et sociale de prévention	
1.3.2	Offre de soins	
1.4	Offre médico-sociale	30
1.4.1	Personnes handicapées	
1.4.2	Personnes âgées	
2	ELABORATION ET MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE (CLS)	32
2.1	La démarche municipale	
2.2	La démarche de l'ARS Ile de France	
3	PRINCIPES POLITIQUES COMMUNS	33
3.1	Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé	
3.2	Attention vis-à-vis des personnes éloignées de la prévention ou de l'accès aux soins	
3.3	Appui sur l'Atelier Santé Ville	
3.4	Parcours cohérents de santé	
3.5	Démarche transversale	
3.6	Dispositif participatif	
3.7	Volonté d'observation et d'évaluation	
4	LES PARTENAIRES CONCOURANT AUX OBJECTIFS DU CLS	34
5	POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE, ARTICULER LES POLITIQUES PUBLIQUES	35
6	AGIR SUR DES LEVIERS PRIORITAIRES / LES ACTIONS CONCRETES INSCRITES AU CLS	37
6.1	Il est nécessaire de développer une approche de santé environnementale prenant en compte les déterminants sociaux	
6.1.1	Améliorer l'habitat réduit le fardeau des maladies	
6.1.2	Mieux documenter la question des pollutions et nuisances environnementales	
6.2	Renforcer l'accès à la prévention et aux soins passe par la construction de parcours de santé adaptés et de qualité et par le fait d'aller au devant des populations les plus précaires en facilitant leur accès aux droits	
6.3	Il est nécessaire de renforcer l'offre de soins de 1^{er} recours et de la rééquilibrer territorialement	
6.4	Il est nécessaire d'agir en direction des jeunes, des femmes, des	

	personnes âgées et des personnes handicapées	
6.5	Il est nécessaire d'agir sur la mortalité infantile et sur l'ensemble des déterminants et éléments de prise en charge qui déterminent cette mortalité	
6.6	Il est nécessaire de tenir compte des politiques publiques favorables à la santé	
7	PILOTAGE ET EVALUATION	39
7.1	Pilotage	
7.2	Evaluation	
8	CALENDRIER PREVISIONNEL	40

II LES 12 AXES DU CLS ET LES 25 FICHES-ACTION

LE SOMMAIRE DES 12 AXES DU CLS ET DES 25 FICHES-ACTION

1.	AGIR POUR LA SANTE DES ENFANTS	
	<u>Fiche Action 1</u>	Mieux accompagner les enfants et leurs parents la 1 ^{ère} année de vie et analyser la mortalité infantile montreuilloise 44
	<u>Fiche Action 2</u>	Développer des actions de prévention, dépistage, promotion de la santé et accompagner des enfants en surpoids et obèses 50
	<u>Fiche Action 3</u>	Organiser des actions de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et à la consultation de dépistage « M'T dents » auprès des élèves et se tourner vers les enfants handicapés en Institut Médico-Educatif (IME) 57
2.	AGIR POUR LA SANTE DES ADOLESCENTS	
	<u>Fiche Action 4</u>	Développer un réseau local santé adolescents auprès des jeunes de 12 à 19 ans 63
3.	AGIR POUR LA SANTE DES FEMMES	
	<u>Fiche Action 5</u>	Développer une action participative avec des femmes d'un quartier politique de la Ville sur le dépistage du cancer du sein 69
	<u>Fiche Action 6</u>	Développer une action participative avec des femmes d'un quartier politique de la Ville pour promouvoir une meilleure nutrition 75
	<u>Fiche Action 7</u>	Améliorer la prise en compte des femmes victimes de violence 80
4.	AGIR POUR LA SANTE DES MIGRANTS	
	<u>Fiche Action 8</u>	Renforcer l'accompagnement social, l'accès aux soins l'accès aux droits et les démarches de la promotion de la santé dans les foyers de travailleurs migrants. 88
5	AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES	
	<u>Fiche Action 9</u>	Soutenir les aidants 94
	<u>Fiche Action 10</u>	Développer un programme de promotion de la nutrition des personnes âgées 98

	<u>Fiche action 11</u>	Rendre la gérontologie plus accessible	103
	<u>Fiche Action 12</u>	Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap	108
6.	PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE		
	<u>Fiche Action 13</u>	Créer un Conseil local en santé mentale	112
	<u>Fiche Action 14</u>	Renforcer l'accompagnement médico-psycho-social à domicile	117
7.	AGIR CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET SES CONSEQUENCES SANITAIRES		
	<u>Fiche Action 15</u>	Prévenir l'exposition au plomb des enfants et femmes enceintes	121
	<u>Fiche Action 16</u>	Poursuite de l'action d'identification et de prévention de pathologies liées à la précarité énergétique dans l'habitat et/ou à l'insalubrité	128
	<u>Fiche Action 17</u>	Développer des stratégies globales concertées de lutte contre l'habitat indigne	139
8.	PREVENIR LES RISQUES TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX		
	<u>Fiche Action 18</u>	Mieux accompagner les habitants victimes avérées ou potentielles de pollutions	145
	<u>Fiche Action 19</u>	Développer des démarches d'évaluation de l'état des milieux, d'évaluation des risques sanitaires et informer les bénéficiaires des jardins sur le site des murs à pêches	151
9.	FAVORISER L'ACCES AUX DROITS ET A LA COUVERTURE SANTE		
	<u>Fiche Action 20</u>	Développer un réseau précarité accès aux droits et à la santé permettant d'informer sur les principaux repères d'accès à une couverture santé, d'aller au devant des populations vivant en habitat très précaire et d'organiser un dispositif expérimental de PASS de ville visant un parcours de santé coordonné pour les personnes en grande précarité	156
10.	RENFORCER LA PREVENTION DES ADDICTIONS		
	<u>Fiche Action 21</u>	Développer une approche intégrée et diversifiée de prévention primaire, secondaire et tertiaire des addictions en veillant à avoir une approche spécifique vis-à-vis des adolescents	164
11.	AMELIORER L'OFFRE DE SOINS		
	<u>Fiche Action 22</u>	Renforcer le fonctionnement de la maison médicale de garde ouverte pour les populations de Montreuil et Bagnolet	170
	<u>Fiche Action 23</u>	S'appuyer sur les 5 centres municipaux de santé pour participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, pour développer des pratiques innovantes et coordonnées notamment pour l'éducation thérapeutique des patients et pour favoriser la participation des usagers	176
12.	DEVELOPPER DES APPROCHES TERRITORIALISEES ET COOPERATIVES AVEC LES HABITANTS		
	<u>Fiche Action 24</u>	Continuer une approche de la santé plus marquée sur les quartiers politique de la ville à travers l'Atelier Santé Ville	185
	<u>Fiche Action 25</u>	Promouvoir la démarche coopérative en santé	193

III Annexes

ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE SANTE - SOCIAL – PREVENTION	198
ANNEXE 2 : TABLEAU DE L'OFFRE DE SOINS EN CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE	199
ANNEXE 3 : SIGLES UTILISES	200

Préambule

Conformément à la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a souhaité s'engager de façon volontariste dans la signature de Contrats Locaux de Santé (CLS) avec certaines communes d'Ile de France. Ces CLS apparaissent à l'Agence comme l'un des outils privilégiés pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé qui caractérisent la région d'Ile de France.

De son côté, la ville de Montreuil dans le cadre de sa politique de santé attache une grande importance au renforcement des actions de prévention et de promotion de la santé et au rééquilibrage de l'offre de soins en faveur des populations les plus démunies.

A ce titre, elle a engagé depuis de nombreuses années des démarches novatrices en matière de l'amélioration de la santé des Montreuillois notamment avec la mise en place d'une direction dédiée à la santé. Celle-ci est composée de

- Cinq Centres municipaux de santé,
- un Service communal d'hygiène et de santé,
- une Mission de prévention du saturnisme,
- un Atelier Santé Ville (ASV),
- une Mission santé mentale et réseau santé des adolescents
- une Mission handicap.

La ville de Montreuil attache une importance particulière à la mise en place transversale du CLS dans tous les domaines de la vie de la cité : l'agenda 21, le réseau de la coordination gérontologique, la santé des populations migrantes, des solidarités etc.

Le Préfet de Seine-Saint-Denis est attaché à ce que les questions de santé soient l'un des enjeux importants de la politique de cohésion sociale d'une part, et de l'ensemble des politiques publiques d'autre part.

Les crédits ACSE, CUCS et FIPD participent à cet engagement, s'inscrivant en cohérence avec les orientations définies dans les CLS.

Les dispositifs ACSE et FIPD participent aux problématiques de santé notamment dans le cadre de la coordination ASV ainsi que dans le domaine de la prévention des violences faites aux femmes, des violences intrafamiliales et de l'aide aux victimes, ainsi que la prévention de la délinquance des jeunes. Le CUCS prend en compte par ailleurs les déterminants de santé et s'adressent prioritairement aux populations en situation de vulnérabilité. La coordination ASV est de plus soutenue par la Ville et l'ARS IDF dans le cadre de l'ingénierie CLS. La coopération entre la démarche ASV et le volet santé du PRE est recherchée par la Préfecture. Cette coopération est globalement installée avec les dispositifs politiques de la Ville sur le territoire de Montreuil

La CPAM, fortement engagée dans l'accès aux soins et l'accès aux droits, et partenaire de plusieurs actions dans le cadre du CLS de préfiguration, souhaite rejoindre la démarche en tant que signataire du CLS 2ème génération. Elle s'engage dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'Etat sur la période 2010- 2013 à garantir l'accès aux soins des populations les plus fragiles ou les plus éloignées du système de soins et à réduire les inégalités de santé. Dans ce contexte, la CPAM propose d'agir tout particulièrement en faveur des personnes en vulnérabilité sociale afin d'accroître l'accès de cette population à une couverture complémentaire (dispositif national ACS et local ACS+) et aux programmes de prévention et de dépistage (dépistage du cancer, prévention bucco-dentaire, bilans de santé, accompagnement des patients diabétiques, campagnes de vaccinations).

Dans ce cadre, l'ARS, la ville de Montreuil, la Préfecture de la Seine-Saint-Denis et la CPAM de Seine-Saint-Denis, souhaitent signer un Contrat Local de Santé 2ème génération, pour la durée du PRS Celui-ci est dans la continuité du contrat de préfiguration signé le 13 septembre 2012 pour une durée d'un an.

Par cet engagement volontaire, la Ville, l'Agence, la Préfecture et la CPAM réaffirment leur volonté d'améliorer et d'approfondir la réponse apportée aux besoins de santé de la population montreuilloise.

Cet engagement et cette volonté commune ont été fortement soulignés lors du comité de pilotage du 11 octobre 2013 qui a permis de dégager des perspectives d'évolution de ce contrat territorial en présence des futurs signataires comme la CPAM de la Seine-Saint-Denis et le Conseil Général du département.

Le comité de pilotage a décidé de maintenir les priorités repérées et la plupart des actions identifiées dans le contrat initial. Il a également décidé de renforcer et de développer certaines de ces actions. Celles-ci découlent d'un accord entre les signataires, avec la contribution des acteurs locaux et des habitants.

Les signataires souhaitent que le CLS de Montreuil soit traversé par plusieurs principes qui vont se retrouver au fil des actions. Car le CLS est l'un des outils de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce cadre il doit permettre d'agir sur certains déterminants sociaux et environnementaux de santé par la mobilisation convergente des signataires mais aussi des acteurs de politiques publiques.

Références des partenaires

La ville de Montreuil a préparé ce contrat sur la base d'une démarche de Plan Local de Santé Publique engagée dès 2008. Celle-ci a permis de définir les grands axes de la politique municipale de santé :

- Renforcer la place de la prévention et de la promotion de la santé en considérant l'ensemble des déterminants de santé, tels que re-précisés par L'INPES en février 2012, et sur lesquels la politique municipale peut avoir un impact
- S'inscrire dans les orientations d'intersectorialité et de coopération professionnels/habitants promues par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Garantir un accès aux soins pour tous par :
 - Favoriser la modernisation des 5 centres municipaux de santé tout en développant des nouveaux partenariats pour un rééquilibrage équitable de l'offre de soins en faveur des quartiers déficitaires.
 - Développer la nécessaire complémentarité entre tous les acteurs de santé
 - Organiser le développement de la permanence de soins en ville portée par l'Amicale des Médecins de Montreuil dès 2010.
- Soutenir les projets structurels dans le domaine hospitalier notamment
 - Le Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire
 - La relocalisation sur Montreuil des lits d'hospitalisation psychiatrique en soutenant la construction de l'annexe précédemment situés à l'hôpital Ville Evrard basé à Neuilly sur Marne
 - Accompagner la reconstruction par l'UGECAM (Union pour la Gestion des Caisses d'Assurance Maladie) Ile de France d'une ancienne pouponnière en établissement de soins de suite et de réadaptation pédiatrique à vocation régionale, comportant 152 lits pour les enfants de 0 à 18 ans.
- Etre un acteur de développement durable par l'inscription du CLS dans l'Agenda 21
- Explorer avec les huit autres villes de la communauté d'agglomération Est Ensemble les actions santé qui pourront être portées par l'intercommunalité notamment au travers du volet santé des futurs Contrats de Ville intercommunaux

De son côté, l'ARS Ile de France s'est engagée dans la construction de la Stratégie Nationale de Santé et a adopté son Projet Régional de Santé pour 2013-2017 et les plans et schémas qui y sont inscrits, auxquels le CLS de Montreuil répond globalement.

1° Les éléments de diagnostic général

En préalable à l'élaboration du Contrat Local de Santé (CLS), les signataires se sont attachés à partager les éléments de diagnostics dont ils disposaient. Ces éléments reposent sur le diagnostic santé établi par la commune dans le cadre de l'Atelier Santé Ville, sur la monographie éditée par la direction de la Stratégie de l'ARS, et par des éléments quantitatifs relevés par les partenaires notamment les services du Conseil Général et de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Il s'appuie également de manière importante sur les données issues de l'Analyse des Besoins Sociaux 2013 du CCAS, les données du service recensement de la Ville, celles internes aux services des Directions de la Santé des Solidarités et de la Politique de la Ville, des groupes de travail thématiques du CLS, des concertations menées avec la population et les divers partenaires engagés dans l'élaboration du CLS.

1.1 Eléments socio démographiques

Avec ses 103 068 habitants au 1er janvier 2011, Montreuil est la 2^{ème} ville la plus peuplée du département, et la 5^{ème} d'Île-de-France. Elle fait partie des communes en périphérie immédiate de Paris où la croissance démographique depuis 1999 a connu la plus forte accélération. Ainsi Montreuil a vu sa population augmenter de 13 % entre 1999 et 2010 (+12 000 habitants). Cette augmentation est en très grande majorité liée à une hausse continue des naissances depuis 1999. 1 777 naissances domiciliées à Montreuil ont été recensées à Montreuil en 2011. Seulement 7 mères avaient moins de 18 ans. La population montreuilloise compte par ailleurs 19 711 personnes de nationalité étrangère, soit 19% de la population.

Montreuil est une ville dense, avec ses 11 521 habitants / km² (6 444 hab/km² pour la Seine-Saint-Denis).

Par ailleurs, il ressort que, dans ou hors ZUS (Zone Urbaine Sensible), la population des îlots en difficulté (dont le revenu médian est inférieur à 75 % de la médiane de l'unité urbaine) représente 40 680 habitants soit 44,83 % des habitants, alors que la population des ZUS ne représente que 17 % des habitants de la Ville selon une étude menée par la Délégation interministérielle à la Ville en 2006 sur la définition de la géographie prioritaire. (source Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS)).

L'âge moyen des Montreuillois est en moyenne plus élevé qu'en Seine-Saint-Denis avec 36,5 ans en moyenne en 2007 (département : 35,4 ans) et une part des moins de 20 ans ne représentant que 26 % de la population contre 29 % à l'échelle du département. On constate cependant que depuis 1999, l'effectif des moins de 20 ans augmente rapidement (27 060 personnes actuellement) tandis que celui des plus de 65 ans est à la baisse, ce qui va à l'inverse de la tendance nationale. On note aussi que parmi les 3 429 personnes de plus de 80 ans recensées, 1 850 personnes vivent seules. Globalement, la ville tend à se rapprocher rapidement du profil démographique du département, qui est, le plus jeune de France.

Sur la Ville plus du tiers des ménages (38,5 %) ne comptent qu'une personne (département : 31,2 %), 27 % sont composés d'un couple avec enfant(s). Sur les 24 729 familles recensées, 5 559 sont des familles monoparentales. Les ménages montreuillois sont composés de 2,3 personnes en moyenne en 2010 (département : 2,6 personnes).

80% des résidences principales de la ville sont des appartements et la taille moyenne des logements est plus faible que celle du département dans son ensemble (3 pièces en moyenne contre 3,2 pièces). Ces logements se répartissent de façon assez égalitaire entre les différents modes d'occupation (propriétaires occupants, locatif privé, logement social) puisqu'ils représentent chacun environ un tiers du parc de logements.

Même si le niveau de diplôme moyen des Montreuillois est plus élevé que sur le département, la part des non diplômés reste toutefois très importante, avec 26 % de la population de plus de 15 ans sortie du système scolaire sans aucun diplôme, ce qui implique de fortes inégalités au sein de la population, notamment face à l'emploi.

Les Montreuillois (15 à 64 ans) enregistrent un taux de chômage (sens recensement) plus élevé que sur le département (17,3 % contre 16,9 %, en 2010), même s'il a diminué entre 1999 et 2010, et que l'écart avec le département a fortement réduit. Dans les faits, le taux de chômage des femmes n'est pas plus élevé à Montreuil mais les hommes rencontrent quant à eux plus de difficultés, notamment les jeunes actifs. Ainsi à Montreuil, 32% des hommes actifs de 15 à 24 ans se sont déclarés au chômage en 2010, contre 30 % à l'échelle du département. De la même façon, si 15 % des hommes

actifs de 25 à 54 ans se déclarent au chômage sur le département, ce taux est de 16 % chez les actifs montreuillois.

Le revenu fiscal médian à Montreuil est plus élevé que sur le département avec 16 298 € par unité de consommation en 2011 contre 15 234 € pour le département. En revanche, le niveau de vie des personnes à bas revenus est plus faible à Montreuil. Ainsi, ce sont les hauts revenus qui créent le contraste et font monter le revenu médian, alors que les écarts entre les plus faibles et les plus hauts revenus sont plus grands qu'à l'échelle du département.

Au 31 décembre 2012, 9960 foyers allocataires de la CAF sont considérés comme étant à bas revenus, soit 22 831 personnes âgées de 0 à 64 ans qui vivent au sein de ces foyers à bas revenus. A ce chiffre s'ajoute 1 270 personnes âgées de 65 ans ou plus qui vivraient sous le seuil de pauvreté : 24 101 personnes en 2012 sont ainsi en situation de pauvreté à Montreuil soit 23,5 % de la population. En prenant en compte les situations irrégulières ce seraient 26,5 % de la population qui serait en situation de pauvreté monétaire en 2012.

Les aspects économiques, sociaux mais aussi démographiques sont contrastés sur l'ensemble du territoire montreuillois. Ainsi, l'augmentation de la population entre 1999 et 2009 varie selon le secteur étudié de + 1 % (comme sur le quartier Ruffins Théophile Sueur) à + 26 % (Jean Moulin Beaumonts) et dans certaines zones l'âge moyen est à la baisse alors qu'il augmente ailleurs.

Selon les dernières données disponibles. (Données 2006 révisées en 2011 issues des fiches ZUS de l'INSEE)

ZUS Grands Pêcheurs – Bel Air :

Située sur la partie Est de la ville, en limite de Fontenay-sous-Bois, cette ZUS se caractérise par une population jeune, avec 29% de la population âgée de moins de 20 ans (ville : 26%) et seulement 13 % de la population âgée de plus de 60 ans (ville : 15%). En 2006, il y avait dans ce secteur 2,3 jeunes de moins de 20 ans pour une personne de plus de 60 ans (ville : 1,8).

Un tiers des ménages ne comptent qu'une personne (ville : 37 %) et 16 % ont pour famille principale une famille monoparentale (ville : 13%).

Comme pour les deux autres ZUS, la zone Grands Pêcheurs – Bel Air est caractérisée par un parc immobilier quasi exclusivement collectif. Le nombre moyen de personnes par logement est bien plus élevé que pour la commune dans son ensemble avec 2,7 personnes en moyenne (ville : 2,3), il est même supérieur à celui du département (2,6).

En terme d'emploi, on observe de réelles difficultés avec 19,7 % de la population active du secteur inscrite au Pôle Emploi fin 2009 (demandeurs d'emploi en fin de mois - Insee).

Quant au profil de ces demandeurs d'emplois, 18 % ont moins de 26 ans (ville : 13 %) et la proportion de demandeurs d'emplois sans formation ni qualification est deux fois plus forte que sur la ville, avec 21 % des inscrits dans ce cas (ville : 10%). 20 % des demandeurs d'emplois de la zone sont bénéficiaires du RMI ou du RSA et 22 % des ménages sont concernés directement par une allocation chômage.

En parallèle, 60 % de la population du secteur est couverte par les prestations de la CAF.

Le revenu mensuel médian n'est que de 652 € par unité de consommation, soit deux fois moins que le revenu mensuel médian de la ville (1 314 €) et de loin le plus faible des trois ZUS.

Concernant les emplois occupés par les résidents de la ZUS, on constate que les emplois de cadre concernent moins de 10 % des actifs occupés (ville : 21 %) et que près d'un quart occupent un emploi d'ouvrier non qualifié (ville : 15 %). Les fonctions d'employés représentent, elles, comme pour la ville, la majorité des emplois occupés par les habitants de la ZUS Grands Pêcheurs – Bel Air.

Ce secteur est également celui des trois qui connaît le plus faible taux de scolarisation des 16-24 ans : seulement 49 % d'entre eux sont inscrits dans un établissement scolaire.

ZUS Montreau – Ruffins :

Située à la limite Est de la ville, en limite de Fontenay-sous-Bois, cette ZUS se caractérise par une population qui fait partie des moins jeunes de la ville. Les moins de 20 ans représentent certes 27 % de la population (ville : 26%) mais les plus de 60 ans sont également très présents (19 % de la population contre 15 % pour la ville). En 2006, il y avait dans ce secteur 1,4 jeunes de moins de 20 ans pour une personne de plus de 60 ans (ville : 1,8).

36 % des ménages ne comptent qu'une personne (ville : 37 %) et 13 % ont pour famille principale une famille monoparentale (ville : 13%).

Comme pour les deux autres ZUS, la zone Montreau - Ruffin est caractérisée par un parc immobilier quasi exclusivement collectif. Le nombre moyen de personnes par logement est plus élevé que pour la commune dans son ensemble avec 2,5 personnes en moyenne (ville : 2,3).

Les résidents de cette ZUS connaissent un des taux de chômage les plus élevés avec 21,5 % de la population active du secteur inscrite au Pôle Emploi fin 2009 (demandeurs d'emploi en fin de mois - Insee)

Quant au profil de ces demandeurs d'emplois, 21 % ont moins de 26 ans (ville : 13 %) et la proportion de demandeurs d'emplois sans formation ni qualification est deux fois plus forte que sur la ville, avec 20 % des inscrits dans ce cas (ville : 10%). 18 % des demandeurs d'emplois de la zone sont bénéficiaires du RMI ou du RSA et 18 % des ménages sont concernés directement par une allocation chômage.

La caractéristique la plus marquante de ce secteur est le fait que 76 % de la population du secteur soit couverte par les prestations de la CAF.

Le revenu mensuel médian n'est que de 989 € par unité de consommation, soit 25 % de moins que le revenu mensuel médian de la ville (1 314 €).

Concernant les emplois occupés par les résidents de la ZUS, on constate que les emplois des cadres concernent un peu plus de 10 % des actifs occupés (ville : 21 %) et que près de 20 % occupent un emploi d'ouvrier non qualifié (ville : 15 %). Les fonctions d'employés représentent, elles, comme pour la ville, la majorité des emplois occupés par les habitants de la ZUS Montreau – Ruffins

Concernant la scolarisation, on observe sur ce secteur que 57 % des 16-24 ans sont inscrits dans un établissement scolaire.

ZUS La Noue :

Située à la limite Nord Ouest de la ville, en limite de Bagnolet, cette ZUS se caractérise par une population assez proche de la ville en terme de répartition par groupes d'âge. Les moins de 20 ans représentent 28 % de la population (ville : 26%) et les plus de 60 ans 16 % (ville : 15 %). En 2006, il y avait dans ce secteur 1,7 jeunes de moins de 20 ans pour une personne de plus de 60 ans (ville : 1,8).

Seulement 29 % des ménages ne comptent qu'une personne (ville : 37 %), au profit des couples avec enfants, et 15 % ont pour famille principale une famille monoparentale (ville : 13%).

Comme pour les deux autres ZUS, la ZUS La Noue est caractérisée par un parc immobilier quasi exclusivement collectif. Le nombre moyen de personnes par logement est plus élevé que pour la commune dans son ensemble et égal au département avec 2,6 personnes en moyenne (ville : 2,3).

En terme d'emploi, on observe de réelles difficultés avec 19,7 % de la population active du secteur inscrite au Pôle Emploi fin 2009 (demandeurs d'emploi en fin de mois - Insee).

Quant au profil de ces demandeurs d'emplois, 19 % ont moins de 26 ans (ville : 13 %) et la proportion de demandeurs d'emplois sans formation ni qualification est un peu plus élevée que sur la ville, avec 13 % des inscrits dans ce cas (ville : 10%). Cet écart est en revanche beaucoup plus élevé sur les deux autres ZUS. 19 % des demandeurs d'emplois de la ZUS sont bénéficiaires du RMI ou du RSA et 20 % des ménages sont concernés directement par une allocation chômage.

En parallèle, 57 % de la population du secteur est couverte par les prestations de la CAF.

Le revenu mensuel médian est de 1 134 € par unité de consommation, soit le plus élevé des trois ZUS, mais reste tout de même plus faible que le revenu mensuel médian de la ville (1 314 €).

Concernant les emplois occupés par les résidents de la ZUS, on constate que les emplois des cadres concernent environ 15 % des actifs occupés (ville : 21 %) et qu'à l'image de la ville, 15 % occupent un

emploi d'ouvrier non qualifié. Les fonctions d'employés représentent, elles, comme pour la ville, la majorité des emplois occupés par les habitants de la ZUS La Noue.

Ce secteur est celui des trois qui connaît le plus fort taux de scolarisation des 16-24 ans : 61 % d'entre eux sont inscrits dans un établissement scolaire.

Ces trois aires géographiques, malgré leur identification ZUS commune, illustrent les situations et profils divers qui rendent compte d'une partie de la diversité montreuilloise.

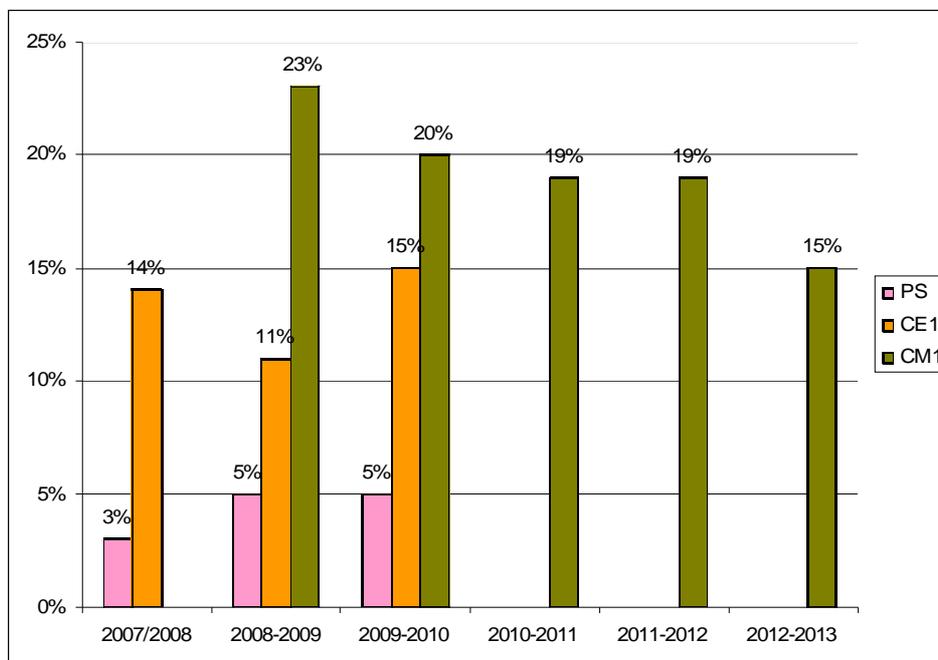
1.2 Indicateurs de santé

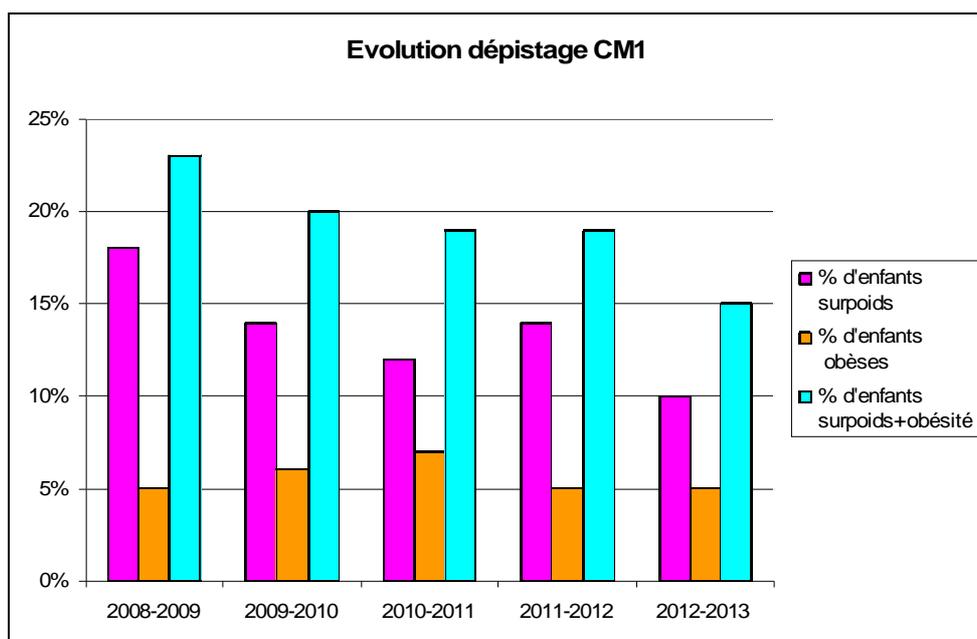
1.2.1 Ce que l'on sait en matière de déterminants de santé

Outre les données socio démographiques exposées précédemment, trois déterminants de santé sont classiquement utilisés :

- En Ile de France (IDF), Montreuil se situe très nettement en dessous du niveau régional pour ce qui est de l'indice du développement humain : 0,40 versus 0,57 et sensiblement au même niveau que la Seine Saint Denis : 0,39. Cet indice retient trois dimensions jugées importantes, la santé, l'accès à l'éducation et aux connaissances ainsi que l'accès aux ressources matérielles indispensables. C'est sur la base de cet indicateur que l'Agence Régionale de Santé détermine ses territoires prioritaires d'intervention.
- Un autre déterminant de santé fréquemment utilisé est la fréquence du surpoids et de l'obésité infantile. Elle est de 19% dont 5% d'enfants obèses en CM1 à Montreuil (source bilans SCHS 2011-2012) contre 14,1 % et 3,1% d'enfants obèses (3-17 ans) au niveau français (source PNNS 2011-2015/ENNS 2006-2007). Les écoles des quartiers de La Noue, Bel Air Grands Pêcheurs, Montreuil-Ruffins ont des taux beaucoup plus importants, respectivement 32%, 22% et 19%. Pour 2012/2013, sur les 364 enfants qui ont pu être dépistés, 40 % sont en ZEP. 18 % sont en surpoids et 6 % sont obèses.

Résultats (surpoids + obésité) en fonction des différents niveaux scolaires





En ce qui concerne l'évolution du dépistage en CM1, il faut mettre au regard du diagramme le nombre d'enfants dépistés par année scolaire qui est moindre en 2012-2013 que les années précédentes.

Après une diminution de 2008 à 2009 du pourcentage d'enfants en surpoids et en obésité, les chiffres ont tendance à se stabiliser ces 5 dernières années (autour de 19-20%). Cette tendance est également retrouvée au niveau national. Les cartographies indiquent par ailleurs une différence infracommunale entre les différentes écoles de Montreuil concernées par l'action de dépistage.

- Le parc privé potentiellement indigne issu d'un croisement de données sur l'état délabré du logement et de très faibles revenus économiques est lui aussi un fort déterminant de santé ; il est particulièrement élevé à Montreuil : 3047 logements sont concernés sur un parc privé de 27 437 logements concernant 7803 personnes (source ANAH données 2005)

1.2.2 Ce que l'on sait en matière d'indicateurs de mortalité :

Pour ce qui est de l'espérance de vie, on retrouve des écarts : pour les hommes 76,9 ans à Montreuil versus 79 ans en IDF, et pour les femmes 83,8 ans à Montreuil versus 84,9 ans en IDF.

Deux types de comparaisons peuvent être faites pour ce qui est des causes de mortalité :

en matière de genre entre les hommes et les femmes,

- ✓ les tumeurs représentent 36% des causes de mortalité pour les hommes versus 30% pour les femmes ;
- ✓ les maladies de l'appareil circulatoire représentent 21% des causes de mortalité pour les hommes versus 27% pour les femmes ;
- ✓ les maladies de l'appareil respiratoire représentent 5% des causes de mortalité pour les hommes versus 7% pour les femmes

en matière géographique, entre Montreuil et la région Ile de France, la surmortalité prématurée chez les hommes est de 1,15 et chez les femmes de 1,26.

On note une surmortalité féminine spécifique marquée pour les cardiopathies ischémiques 1,33 et pour les causes externes (traumatiques...) 1,30.

La mortalité infantile est également nettement plus élevée sur Montreuil qu'en Ile de France avec 7,6 pour 1000 contre 3,81 pour 1000. On note qu'en Seine Saint Denis, elle est de 5,24 décès pour 1000 naissances vivantes.

1.2.3 Ce que l'on sait en matière de pathologies et d'indicateurs de morbidité

En matière d'affections longue durée

Les affections longue durée fin 2009 (source ARS IDF et CPAM) touchent pour Montreuil : 14,2% des affiliés et touchent pour la Seine-Saint-Denis : 13,7% des affiliés

On retrouve de très forts taux (entre 5 et 6% des 67 497 personnes affiliées) pour les tumeurs malignes, pour l'hypertension artérielle (HTA), pour le diabète et pour les affections psychiatriques.

En matière d'affections psychiatriques

Les chiffres issus du secteur 93G10 de psychiatrie adultes qui couvre 80 % de la superficie de Montreuil, montrent l'importance des prises en charge :

- ✓ 2 585 patients en file active (donnée 2010) versus 2684 (données 2012)
- ✓ 244 patients hospitalisés à temps plein au cours de l'année (données 2010) versus 241 (données 2012)
- ✓ 24 hospitalisations en soins à la demande d'un représentant de l'Etat (ex hospitalisations d'office) en 2012

En matière de Tuberculose

Le nombre de cas de maladies notifiées en 2012 pour des personnes résidant à Montreuil est de 26 (versus 32 en 2011). Cependant, compte tenu du faible nombre de cas annuels et des fortes variations inter années, il faut analyser la situation épidémiologique et l'évolution chronologique avec prudence et considérer cette évolution sur plusieurs années.

On dénombre ainsi 92 cas cumulés de 2010 à 2012 contre 108 cas cumulés de 2007 à 2009, donc un nombre de cas moyen annuel qui semble diminuer sur les deux périodes, sans que cette différence ne soit statistiquement significative.

Le taux d'incidence sur la période 2007-2009 est de 29,7/100 000/an, soit encore supérieur mais se rapprochant du taux départemental de 28,4 qui lui-même reste beaucoup plus élevé que les taux régionaux et nationaux. Ce taux d'incidence élevé de tuberculose est en lien avec la précarité sociale que vivent de nombreuses personnes souvent de nationalité étrangère habitant à Montreuil.

En matière de saturnisme

Le bâti construit avant 1949 correspond à 7000 adresses.

Les données du recensement montrent que 2576 enfants de moins de 7 ans vivent dans un parc construit avant 1949, ce qui correspond à 2046 logements.

Depuis 1992, sur 1662 enfants dépistés, 235 étaient intoxiqués dont :

- 67% habitaient des immeubles construits avant 1916
- 24% des immeubles construits entre 1916 et 1948
- 9% des immeubles construits après 1948

Le nombre des intoxications repérées a baissé : 38 intoxications supérieures à 100 microg/l en 1999 contre 6 intoxications supérieures à 100 microg/l en 2010. Dans la perspective d'un abord de l'intoxication par le plomb désormais considéré « comme sans seuil », il est important de noter que 25 enfants ont des taux entre 50 et 100 microg/l.

Depuis 2000, 606 opérations de travaux ont été accompagnées dans 214 immeubles pour garantir la mise en sécurité de 498 familles comprenant 947 enfants.

En matière de précarité énergétique

A octobre 2013 une soixantaine de dossiers ont été ouverts dont 50 % à la demande d'habitants.

Les situations investiguées montrent pour la mesure de l'ancienneté du bâti :

construits avant 1915	entre 1916 et 1948	entre 1949 et 1974	après 1974
27 (48 %)	10 (18 %)	12 (21,5 %)	7 (12,5 %)

Sur les 22 situations de précarité énergétique identifiées :

construits avant 1915	entre 1916 et 1948	entre 1949 et 1974	après 1974
9 (41 %)	8 (36 %)	3 (14 %)	2 (9 %)

Sur les 40 dossiers renseignés, et selon la classification des effets pathogènes communiquée par le LHVP

risque infectieux	risque allergisant	risque d'alvéolite	risque toxique
14 (soit 35 %)	40 (100 %)	35 (88 %)	33 (83 %)

13 dossiers cumulent les quatre effets pathogènes.

Dans toutes les situations, des symptômes respiratoires à différents niveaux d'intensité ont été relevés. Notamment, un enfant dans un logement particulièrement infesté de moisissures a dû être mis sous assistance respiratoire (aérosol sonore), la pathologie de l'enfant ayant entraîné la perte d'emploi de sa mère, qui a vu ses allocations CAF suspendues.

En matière de dépistage des cancers du sein et du côlon

- Pour ce qui est du cancer du sein, les femmes de 50 à 74 ans touchées par un dépistage organisé représentent 43,80% (VS 43,9 % en 2009-2010) des femmes de cette tranche d'âge en 2011-2012 alors qu'elles sont 43,6 % en Seine- Saint- Denis. Ce taux départemental était de 45,70% en 2009-2010. Ces chiffres sont à mettre en relation avec le niveau régional où le dépistage organisé touche 40,1 % des femmes .

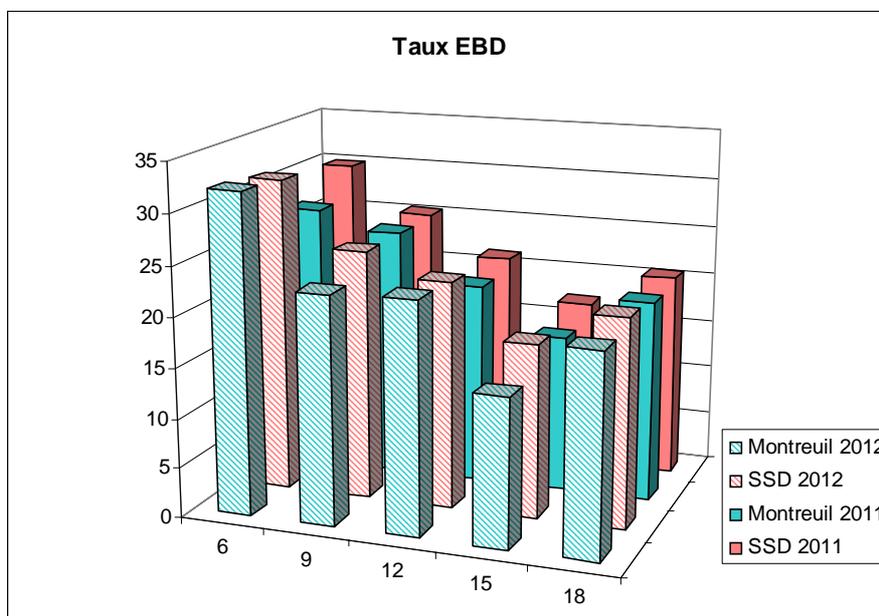
En partenariat avec le CDC93, l'université Paris Ouest Nanterre La défense (LEST) et Elus Santé Publique et Territoires (ESPT), une étude en géographie de la Santé est en cours. On observe au niveau communal une forte disparité entre les quartiers avec pour ceux du Bas Montreuil un taux de participation de près de 80 à 90 % et pour des quartiers situés dans le Haut Montreuil et en ZUS une participation de 4 à 9 % .

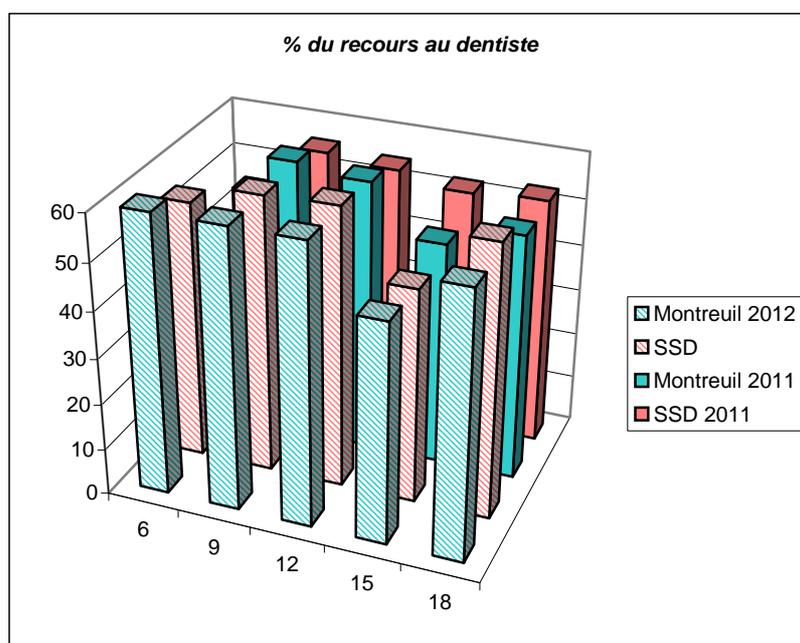
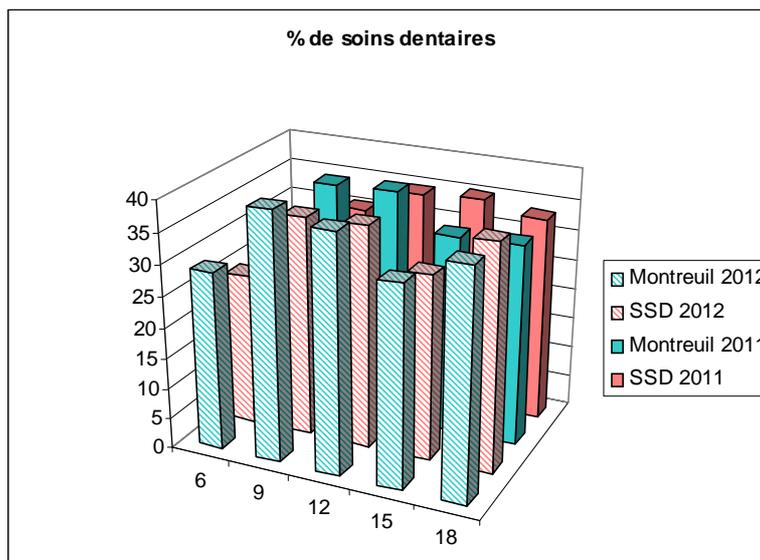
- Pour ce qui est du cancer du côlon, le dépistage organisé touchait 33,30% des adultes de 50 à 74 ans sur Montreuil contre 35,50% en Seine-Saint-Denis et 27,50% en Ile de France en 2009-2010. Pour 2011-2012, les taux ont globalement baissé avec 29,6 % pour Montreuil, 30,2 % pour la Seine – Saint- Denis et 25,2 % pour le niveau régional.

En matière de bucco-dentaire :

En ce qui concerne les données relatives aux examens bucco-dentaires (Données ARS-CPAM) :

- Pour la classe d'âge des 6 ans : le pourcentage d'examens bucco-dentaires (EBD) est nettement inférieur pour Montreuil en 2011 par rapport au département et légèrement supérieur en 2012 que pour le département (26,9 % vs 29,9 % en 2011 et 32,1% vs 31,6 % en 2012). Parallèlement le pourcentage de soins dentaires est supérieur à Montreuil par rapport au département sur les deux années alors que le pourcentage de recours au dentiste est légèrement inférieur pour Montreuil en 2011 (43,43 % vs 44, 84 %). Il est nettement supérieur en 2012 (61,03 % vs 55,37 %) . On note par ailleurs que le pourcentage de soins dentaires a quasiment doublé entre 2011 et 2012 alors que le nombre de bénéficiaires est quasiment identique. On note aussi un saut en matière de recours au dentiste. (43,43 % en 2011 et 61,03 % en 2012)
- Pour la classe d'âge des 9 ans : alors que le nombre de bénéficiaires est de 1136 en 2011 et 1202 en 2012, le pourcentage d'examens buccodentaires est légèrement inférieur au département en 2012. On note néanmoins un pourcentage de soins dentaires nettement supérieur au département soit en 2011 pour Montreuil 37,68 % vs 30,58 % et en 2012 40,77 % (Montreuil) vs 35,66% (SSD) . Le recours au dentiste sur Montreuil est supérieur à celui du département avec un taux de près de 63 % vs 44, 84 % en 2011 et 55,37 % en 2012.
- Pour la classe d'âge des 12 ans : les taux d'examens bucco-dentaires 2011 et 2012 sont quasi identiques à ceux du département. Le total du recours au dentiste est légèrement supérieur en 2011 et 2012 par rapport au département sinon les valeurs sont similaires. Le pourcentage de soins dentaires est également légèrement supérieur.
- Pour la classe d'âge des 15 ans : Le taux d'EBD est supérieur sur le département avec des valeurs quasi identiques entre 2011 et 2012 pour le département et la Ville. En ce qui concerne les soins dentaires, le taux départemental est supérieur en 2011 et inférieur en 2012. Enfin le recours total au dentiste est inférieur en 2011 pour Montreuil et légèrement supérieur pour 2012.
- Pour la classe d'âge des 18 ans : les taux montreuillois sont quasi identiques à ceux de la Seine- Saint - Denis et ce pour 2011 et 2012.





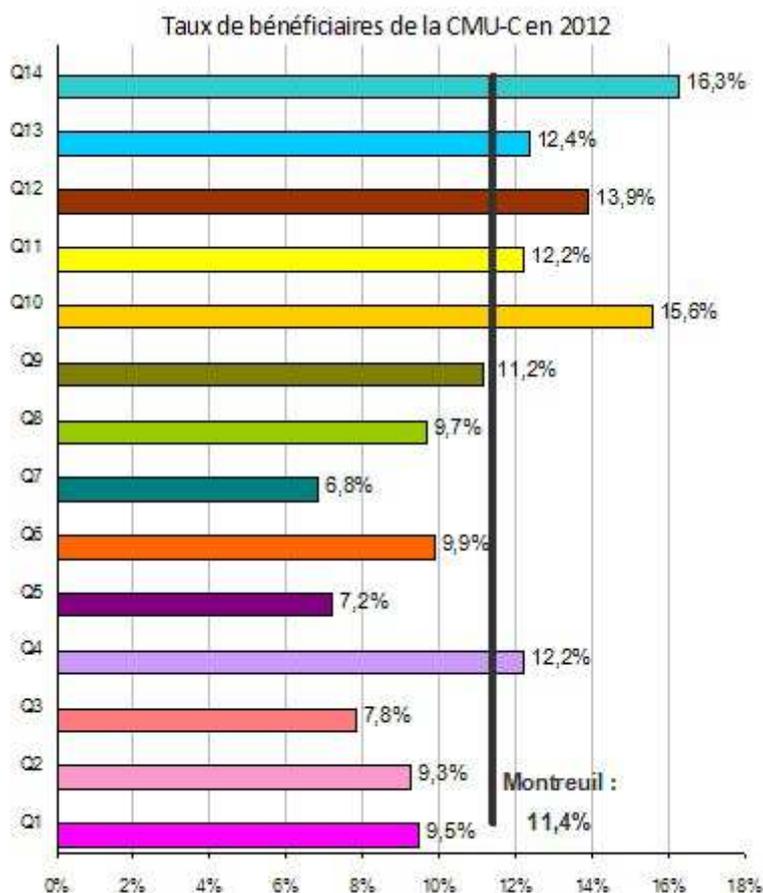
Enfin quelques données ont été recueillies à un niveau infracommunal dans le cadre d'une action de prévention et de dépistage auprès de classes de grandes sections de maternelles. Sur 234 élèves vus, on note sur les écoles D Renault en moyenne 28 % de caries, 24 % pour Paul Lafargue, 38% pour Anatole France alors que Romain Rolland a de 38% à 42% de caries. Au total 33% des enfants sont cariés. Ces écoles se situent en territoires CUCS.

1.2.4 Ce que l'on sait en matière d'accès aux soins

a. En ce qui concerne l'accès aux droits de santé :

L'Analyse des Besoins Sociaux indiquent que, à Montreuil

- en ce qui concerne la couverture maladie, début 2012, 6 085 personnes à Montreuil sont bénéficiaires de la CMU de base, soit 5.8% de la population affiliée à l'assurance maladie.
- 11 633 personnes sont bénéficiaires de la CMU-c soit 11,4 % de la population affiliée à l'assurance maladie dont 4272 enfants de moins de 18 ans. Ce taux reste inférieur à la moyenne du département (12,2%) mais entre 2010 et 2012, le nombre de bénéficiaires de la CMU-c a connu une forte hausse soit 1,3 point.
- On sait par ailleurs que début 2012, 37 395 personnes font partie d'un foyer ne disposant pas d'une couverture complémentaire (mutuelle), soit 35.7% de la population protégée. (Source : BDO Base Famille CPAM au 04-01-2012)
- Selon les données de la CNAM – INSEE au 31-12-2012, on note pour les quartiers Montreuil- Le Morillon (Q14) et Ramenas –Léo Lagrange (Q10) les taux les plus élevés, avec respectivement 16.3% et 15.6% de la population affiliée à l'assurance maladie bénéficiaire de la CMUC en 2012.



Pour l'Aide Médicale d'Etat, au 30 juin 2013, 4183 personnes sont couvertes, soit environ 4% de la population. Montreuil arrive ainsi à la 3ème place du département parmi les villes présentant le plus grand nombre de bénéficiaires de l'AME en 2013, après Saint-Denis et Aubervilliers. On note une hausse de +15 % entre 2009 et 2013.

En 2012, l'association Emmaüs Alternatives a assuré 729 ouvertures / renouvellements des droits AME ou CMU, et compte 2042 domiciliations actives dans le cadre de l'AME. Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) a quand à lui instruit 431 demandes d'ouverture / renouvellement de l'AME et domicilié 143 personnes dans le cadre d'une demande d'AME.

b. En ce qui concerne la consommation de soins des Montreuillois :

• **Communes de recours aux soins des Montreuillois**

L'analyse des données de la CPAM/ ARS 2010-2011 démontre que la consommation des soins des Montreuillois diffère selon la spécialité. Elle vise à faciliter la compréhension sur la thématique du recours aux soins des Montreuillois. Néanmoins, elle doit être corrélée à un examen conjoint des flux (données présentées, système de transport en commun et taux d'équipement des ménages en voitures).

Au préalable, il est à noter que 11 spécialités sont prises en compte dans cette étude ainsi que la commune de résidence du bénéficiaire ayant-droit (estimée par la commune de résidence de l'assuré ouvrant –droit). On dispose ainsi de l'ensemble des communes (ou arrondissements parisiens) où le bénéficiaire consomme (source ERASM/SNIRAM assurance maladie année 2010).

Les premières analyses indiquent que 66,06 % des actes des professionnels de Montreuil sont au bénéfice des Montreuillois en ce qui concerne l'orthophonie alors que pour les gynécologues seulement 17 % des actes des praticiens les concernent.

De plus, après les médecins, les dentistes sont la catégorie de professionnels de 1er recours la plus utilisée en maillage de proximité. Vient ensuite la catégorie des infirmiers, suivie par celle des kinésithérapeutes.

Concernant les praticiens, 54 % des actes de médecine générale sont pratiqués à Montreuil, 7 % à Bagnolet, 2,76 % à Rosny- Sous- Bois, 2,40 % à Vincennes malgré la notion de médecin traitant. Néanmoins, il est à noter que ces données ne prennent pas en compte la présence de centres de santé (municipaux, associatifs, privés) or les résultats pourraient être différents avec un pourcentage d'actes et de consultations plus élevés.

En effet, les données de la répartition de la consommation de soins selon la couverture sociale de l'ensemble des bénéficiaires (assurés et ayants-droits) (données CPAM/ARS2011) indiquent que le recours aux centres de santé sur la Ville est de 9 % sauf pour les personnes sans CC (soit hors CMU, CMUc, AME, ALD et sans mutuelle) où il est de 13 %. Les personnes bénéficiaires de l'AME consultent par ailleurs majoritairement un médecin libéral hors Montreuil.

En ce qui concerne la gynécologie, le pourcentage d'actes au niveau communal est beaucoup plus faible avec 17 % de consultations au niveau communal. Hors Montreuil, la répartition est la suivante :

- 8,64 % des actes sont réalisés à Vincennes,
- 6,5 % à Paris 11^{ème},
- 4,41 % à Paris 20^{ème}

De plus, la consommation de soins dans cette spécialité se fait majoritairement en libéral hors Montreuil pour 75 % des actes pratiqués et pour 20 % en moyenne en centres de santé .

Pour cette spécialité, les communes de Bagnolet, Saint-Mandé, Romainville et Noisy le Sec ont accueilli moins de 75 Montreuillois.

Concernant la psychiatrie, le pourcentage d'actes effectué par des praticiens montreuillois concernant les habitants de Montreuil, est inférieur à celui réalisé par des praticiens de Paris 11 ou de Fontenay–Sous-Bois.

En ce qui concerne la consommation de soins dentaires, près de 36 % des actes des praticiens restent concentrés à Montreuil, ensuite viennent les communes de Rosny- sous- Bois, Paris 11^{ème}, et Paris 20^{ème}.

Pour la Kinésithérapie, 65 % des actes des praticiens se font à Montreuil. Les 35 % d'actes restant sont répartis sur les communes de Vincennes, Noisy-le Sec, Paris 19^{ème} et Paris 20^{ème}. Ce sont les personnes mutualistes qui consomment le plus ce type de soins.

Une deuxième série de données de l'ARS et de la CPAM permet de les analyser selon le statut social des personnes. Il s'agit ici de la couverture sociale des bénéficiaires.

On note que

- Pour les personnes en CMUc, une prépondérance d'actes est effectuée en secteur libéral (Montreuil et hors Montreuil). Le recours sur Montreuil est légèrement plus élevé (28 567 vs 21 871).
 - ✓ Concernant la gynécologie obstétrique et la psychiatrie, le recours le plus important se fait en libéral hors Montreuil
 - ✓ Inversement, le taux d'actes en chirurgie dentaire est plus important en centre de santé local et en libéral hors Montreuil.
 - ✓ Pour les infirmiers, le recours est majoritairement en libéral local.

- Pour les bénéficiaires de l'AME, le recours à la médecine générale se fait plutôt hors Montreuil. Le nombre d'actes est 6 fois moins important en centres de santé (CS) mais quasi identique en CS local et externe.
 - ✓ Le recours à la gynécologie obstétrique se fait pareillement que précédemment en libéral externe.
 - ✓ Le nombre d'actes est aussi similaire entre les CS locaux et le libéral externe pour la chirurgie dentaire et le nombre d'actes est très faible pour le libéral local.

- En ce qui concerne les bénéficiaires des ALD, le nombre d'actes en libéral local est très important en ce qui concerne l'offre de soins de 1er recours:
 - ✓ 57 685 en médecine générale,
 - ✓ 136 093 pour les soins infirmiers et
 - ✓ 70 944 en Kinésithérapie.
 - ✓ Le nombre d'actes est nul pour la gynécologie.

- Les bénéficiaires avec mutuelle hors CMUc et hors AME consomment le plus d'actes :
 - ✓ 104 785 en médecine libérale locale,
 - ✓ 63 457 en médecine libéral hors Montreuil.
 - ✓ Le nombre d'actes est également très important en soins infirmiers et en kiné (+ de 90 000).
 - ✓ Le nombre d'acte est toujours nul pour le libéral local en gynécologie.

- Pour les bénéficiaires sans CC soit hors CMS, hors CMUc, hors AME, hors ALD et sans mutuelle, la majorité des actes est réalisée par des praticiens en libéral local ou externe. Viennent ensuite les centres de santé au niveau local mais avec 3 fois moins d'actes que le libéral externe pour la gynécologie.

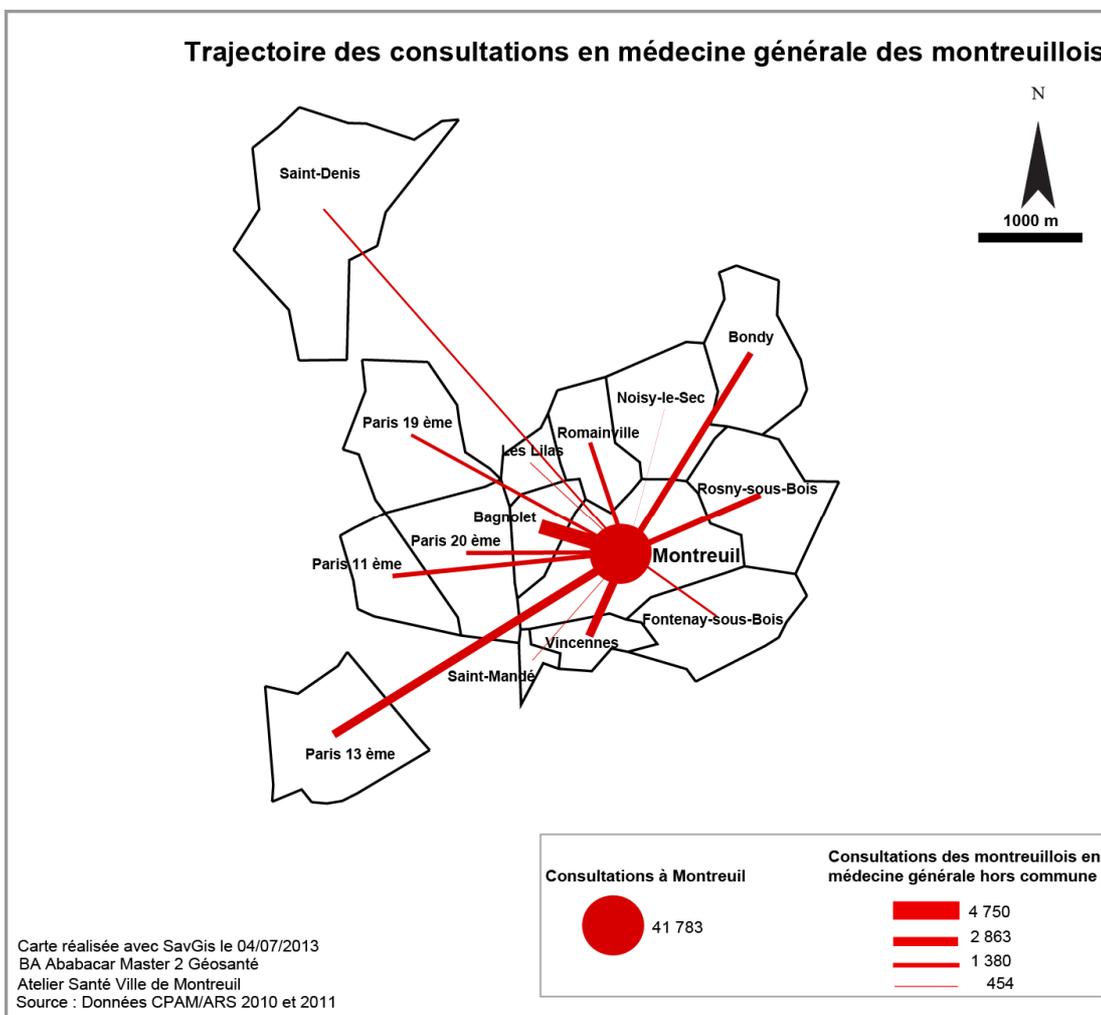
En résumé, les Montreuillois consultent globalement plus à l'intérieur de la commune qu'en dehors de celle-ci. Néanmoins, le taux de consultations dans les communes limitrophes est différent selon les spécialités avec tout de même un recours majoritaire aux praticiens des communes de Vincennes et Bagnolet et non de Paris comme on aurait pu le présumer au regard de la ligne 9 du métro.

Communes de recours des montreuillois par spécialités

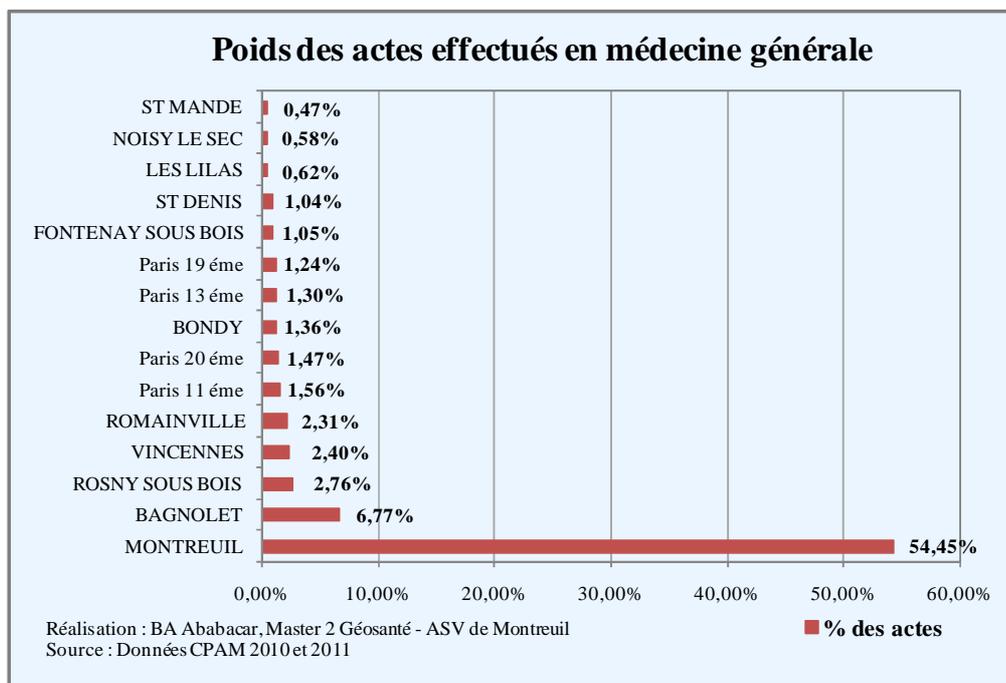
Source : Données CPAM/ARS 2010 et 2011.

Spécialités	Généralistes	Pédiatrie	Gynécologie	Dentistes	Kiné	Infirmiers	psychiatres	Ophtalmologie
Nombre de communes de recours des Montreuillois	3001	235	301	1033	563	689	141	401

Trajectoire des consultations en médecine générale des montreuillois



Poids des actes effectués en médecine générale



- **Analyse de la fréquentation des CMS,**

Selon les données de 2012, Les CMS ont accueilli au total 28 593 patients dont 84 % des Montreuillois soit 11 351 patients au CMS Savattero, 4 513 au CMS Daniel Renoult, 2 565 patients au CMS Léo Lagrange, 2 296 patient au CMS Tawhida Ben Cheikh et 1 353 au CMS Bobillot pour des actes médicaux. En ce qui concerne les actes dentaires, la patientèle du CMS Bobillot fait plus du double de celle du CMS Daniel Renoult avec respectivement 4 341 et 2 174 patients. Les CMS sont majoritairement fréquentés par des Montreuillois à plus de 80 % et à 8 % par des Séquano-Dyonisiens. 8 % viennent d'autres départements. On note que la patientèle hors du département de la Seine Saint-Denis consulte un peu plus que les Séquano - Dyonisiens au CMS Tawhida Ben Cheikh mais ce dernier a une patientèle à 88 % de Montreuil, ce qui concorde avec l'objectif de son implantation sur ce territoire en tant que structure de soins de proximité. Il en est de même pour le CMS Savattero qui accueille environ 82 % des patients Montreuillois et pour 10 % des patients hors du département de la Seine -Saint -Denis. Le CMS Léo Lagrange quand à lui concentre une patientèle majoritairement de Montreuil (84 %) et de la Seine Saint Denis à 12 % comme le CMS Daniel Renoult qui compte parmi ses patients pour 85,5 % des Montreuillois et pour 9 % des Séquano- Dyonisiens.,

Au niveau de l'activité médicale des CMS :

	Montreuil	Seine-Saint-Denis	Hors département
Pourcentage	83,8	8,3	8
Nombre de patients	18 491	1 834	1 751

Au niveau de l'activité dentaire des CMS

	Montreuil	Seine-Saint-Denis	Hors département
Pourcentage	82,3	9,7	8
Nombre de patients	5 361	633	521

- **Zoom sur la problématique du recours aux soins à Montreuil.**

Les données ci-dessous sont issues de l'analyse des besoins sociaux et d'un master en géographie de la santé. Cette dernière analyse porte sur un échantillon non représentatif. Néanmoins, elle permet d'alimenter la réflexion et il est nécessaire de croiser ces données avec la connaissance des acteurs de terrain.

- Début 2012, 37 395 personnes font partie d'un foyer ne disposant pas d'une couverture complémentaire (mutuelle) , soit 35,7 % de la population protégée. Si on revient sur la consommation de soins des montreuillois selon leur couverture sociale, on observe que :
- L'absence de couverture complémentaire (mutuelle) entraîne un usage moins fréquent du système de soins (renoncement aux soins).

Part des bénéficiaires ayant consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois selon la couverture sociale en 2012	
Tous	63%
Mutualistes	79%
CMU-C	82%
Aide Médicale d'État	64%
Sans couverture complémentaire	38%

Source : données CPAM/ARS Contrat Locaux de Santé, actes remboursés en 2011 pour les bénéficiaires au 04-01-2012 (champ : secteur ambulatoire hors consultations hospitalières externes et consultations gratuites)

- 63% de la population affiliée à l'assurance maladie a consulté un médecin généraliste en 2011, contre 38% pour les personnes qui ne possèdent pas de couverture complémentaire.

- L'usage du système de soins à Montreuil est légèrement inférieur à la moyenne départementale, notamment pour les personnes sans couverture complémentaire : 38% à Montreuil contre 42% pour la Seine-Saint-Denis.
- En moyenne, l'Assurance Maladie enregistre 4.06 actes par an chez un généraliste par bénéficiaire mutualiste, contre 1.25 par an chez les personnes sans couverture complémentaire

Par ailleurs, Les travaux de l'INSEE font apparaître qu'en 2012, 26.6% des bénéficiaires du RSA socle en Seine-Saint-Denis n'ont pas fait valoir leur droit à la CMUC, soit 17 500 allocataires sur le département.

En extrapolant ce taux sur notre territoire, ce seraient près de 1700 foyers allocataires du RSA qui seraient en situation de non-recours à la CMU-C à Montreuil. (Source Analyse des Besoins Sociaux).

De plus, une étude de master 2 en géographie de la santé en 2013 nous apporte quelques éléments d'informations sur la notion de non recours aux soins dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant. Cette étude porte sur deux quartiers politique de la Ville.

Dans les deux quartiers étudiés, la notion de proximité de l'offre de soins revêt son importance concernant la médecine générale. Dans leur grande majorité, les femmes interrogées ont recours au médecin généraliste ou au gynécologue dans le quartier ou dans la commune. Toutefois, on note que même si cette pratique est identique dans les deux quartiers, son ampleur varie selon le territoire concerné.

PROFIL DES FEMMES INTERROGÉES :

81 femmes ont été interrogées sur les deux quartiers :

- o **Bel Air**, 26 % des femmes avaient entre 15 et 24 ans, 51 % entre 25 et 34 ans et 23 % entre 35 et 45 ans.
- o **La Noue** 22 % avaient entre 15 et 24 ans, 43 % entre 35 et 34 ans et 23 % entre 35 et 45 ans.

La moyenne d'âge est de 31 ans sur la Noue et 29 ans sur Bel-Air. Ces femmes sont majoritairement mariées pour 66 à 67 % d'entre elles. Elles ont un niveau d'étude contrasté : 48 % sont titulaire du Bac à la Noue et 34 % à Bel Air . Il s'agit d'une part importante de femmes ouvrières ou employées (63 % sur la Noue et 43 % au Bel –Air) et plus de la moitié de 50 % à 60 % vivent en logements sociaux.

L'enquête montre que :

- Concernant l'offre de soins en médecine générale : 54 % des femmes de Bel Air s'y rendent à pied
- Pour l'offre en soins gynécologiques : 60% des femmes interrogées à Bel Air, consultent un gynécologue en CMS. Cela concerne 50 % d'entre elles à La Noue
- Les professionnels de santé sont considérés « accessibles » de façon globale
- Les délais de rendez-vous : en médecine générale les délais de rendez-vous sont jugés raisonnables contrairement à la gynécologie jugés longs
- En ce qui concerne la santé de leurs enfants, 63 % des femmes à Bel Air choisissent leur médecin traitant contre 59 % à La Noue
- La sectorisation des professionnels de santé est presque méconnue par 54 % des femmes interrogées à Bel Air et 37 % à La Noue
- Les avis sont mitigés concernant le renoncement aux soins : près de 49 % des femmes interrogées à Bel Air et 41 % à La Noue ont renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois

Tableau n°10 : Nombre de consultations en médecine générale des femmes interrogées.

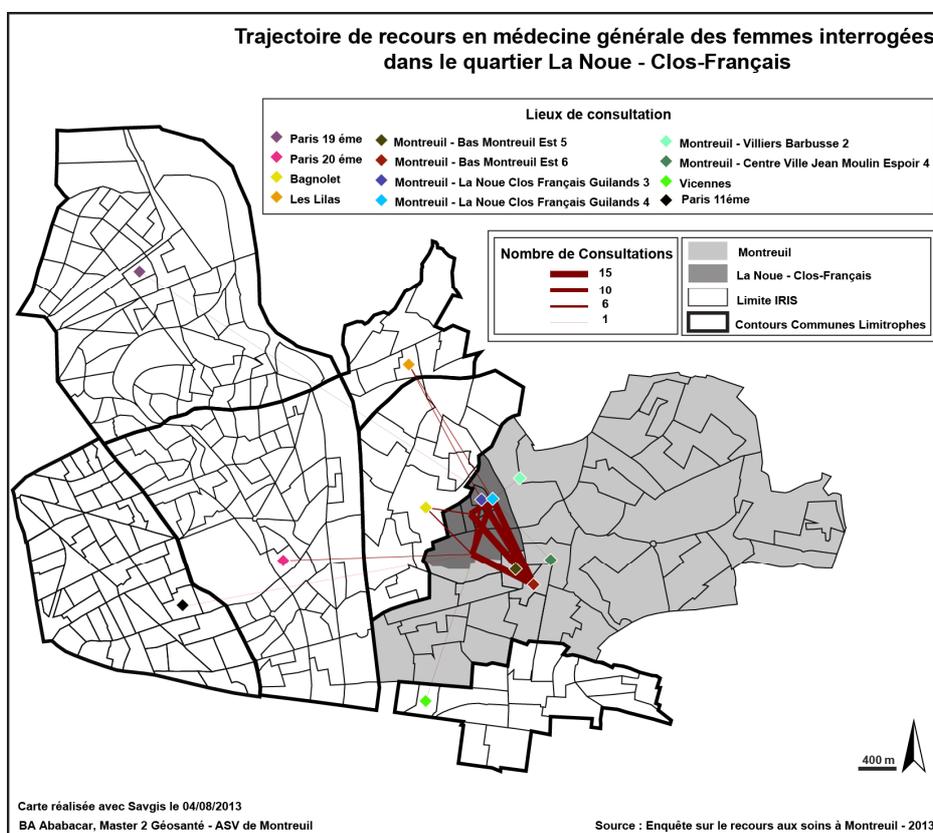
Localités / Nombre de femmes	Quartier	Commune	Hors commune
La Noue - Clos-Français	17	20	9
Bel Air - Grands-Pêcheurs-Renan	28	2	5

Source : Enquête sur le recours aux soins à Montreuil – 2013.

Par ailleurs, les femmes habitant le quartier La Noue – Clos-Français ont plus recours à l'offre disponible au sein de la commune. Vient ensuite le quartier comme territoire de recours aux soins. Quelques unes affirment se soigner hors de la commune.

Pour celles vivant au quartier Bel Air – Grands-Pêcheurs-Renan, le constat est différent. Elles consultent dans leur grande majorité à l'intérieur du quartier (28 d'entre elles). Seulement 2 femmes consultent dans la commune et 5 hors de la commune. Ces résultats soulèvent des questions relatives à ces écarts de recours aux soins entre les femmes vivant dans deux quartiers d'une même commune.

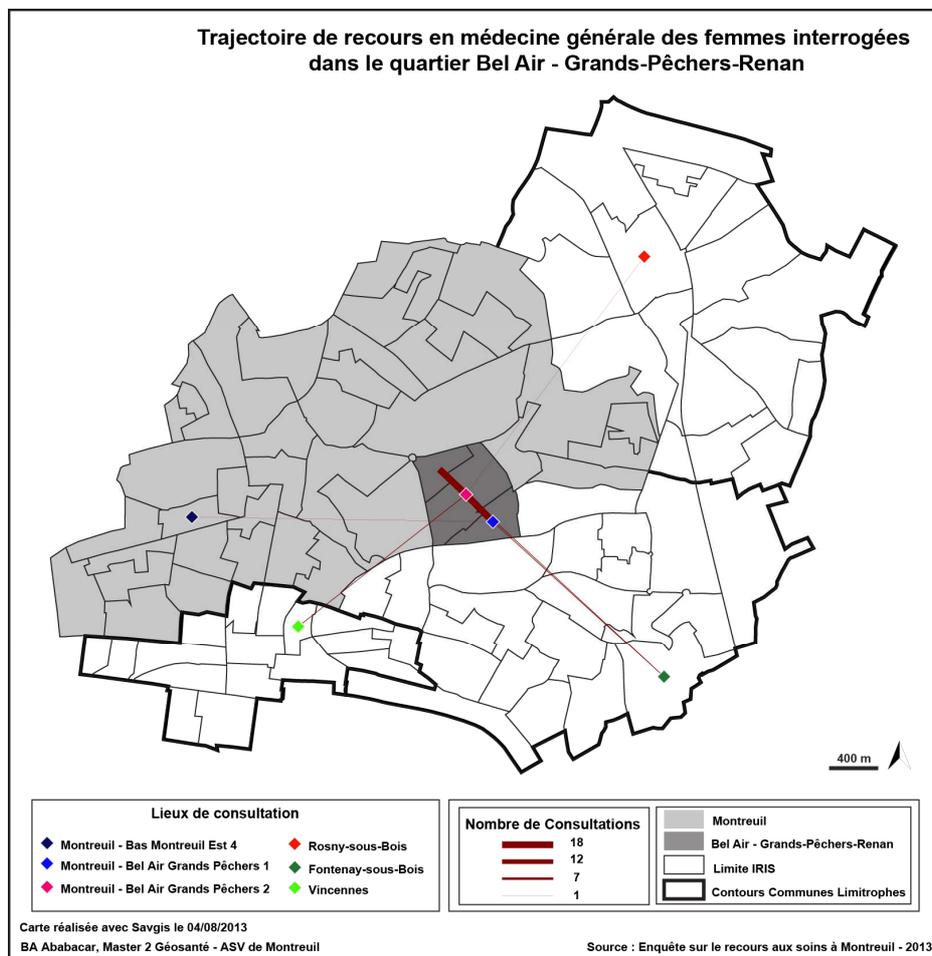
A Bel Air – Grands-Pêcheurs-Renan, la présence du CMS Tawhida Ben Cheik explique ce recours aux soins important dans le quartier contrairement à La Noue – Clos-Français où on ne recense que deux médecins libéraux (les femmes se tournent alors plus vers la commune). De plus, Le quartier La Noue – Clos-Français se trouve à proximité du centre Ville et du Bas Montreuil qui concentre la majorité de l'offre de soins publique comme privée. Enfin, la ligne de bus 122 qui dessert le quartier, passe par la Croix de Chavaux non loin des CMS Savattero et Bobillot.



Mais d'autres facteurs explicatifs peuvent intervenir comme par exemple : la confiance entre le médecin et le patient, ou son ancienneté et sa réputation qui peut entraîner la fidélisation de la patientèle. Ce dernier point a été évoqué par deux femmes interrogées à La Noue – Clos-Français pour qui leur médecin généraliste est le médecin de famille qui les soigne depuis leur enfance.

Par ailleurs, les deux cartes relatives aux trajectoires de recours, montrent que les femmes interrogées, si elles ne consultent pas dans le quartier ou dans la commune ne s'en n'éloignent pas non plus. Généralement, elles se tournent vers les communes à proximité immédiate de la Ville.

Les femmes interrogées au quartier La Noue – Clos-Français ont recours donc aux soins dans les localités suivantes : Bagnolet, Les Lilas, Paris 11ème, Paris 19ème, Paris 20ème. Parmi elles, la Ville de Bagnolet enregistre le nombre le plus important de consultations. Quant aux femmes interrogées du quartier Bel Air – Grands-Pêcheurs-Renan, les communes de recours sont Vincennes, Fontenay-sous-Bois et Rosny-sous-Bois.



1.3 Offre de prévention et de soins

1.3.1 Offre sanitaire et sociale de prévention (cf cartographie en annexe n° 1)

La ville de Montreuil dispose de nombreuses ressources sur son territoire rendant le travail en partenariat et en réseau riche en projets et actions de Santé. (cf cartographie en annexe n° 1)

Dans le champ de la santé et des solidarités, la ville possède ses propres services, de compétence municipale ou déléguée : CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique), SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé), Mission de lutte contre le saturnisme, ASV, Mission handicap, service des Centres Municipaux de Santé avec 5 centres dont 2 comptent des cabinets dentaires, service RSA, MOUS visant l'intégration des populations Roms, service Intégration, Centres sociaux, service municipal de la jeunesse, un chef de projet politique de la ville...

Par ailleurs, de nombreuses associations socio-sanitaires et structures institutionnelles du domaine participent à la mise en œuvre du CLS sur le territoire communal . Ces structures bénéficient d'un soutien de l'Agence Régionale de Santé, de l'Etat, du Conseil Général, de la CPAM 93 et /ou de la Ville selon leurs missions.

On peut compter sur :

- Des structures ou réseaux sur le territoire qui interviennent au delà de la commune comme Santé Service Hospitalisation A Domicile (HAD) , , Réseau de soins palliatifs Océane...
- Trois structures relevant de la prise en charge des addictions : un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) : PROSES et 2 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : Prévention Accompagnement, Solidarité Santé 93 (PASS93) et Mosaïque sans compter la section locale Vie Libre (groupe de parole alcool)
- Un centre hospitalier intercommunal, un établissement de soins de suites et de réadaptation pédiatrique de l'UGECAM
- Des structures relatives à la santé mentale : (CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique) , CMP (Centre Médico Psychologique) pour adultes et CMP enfants, hôpital de jour..), les associations Solienka et AGAT
- Des CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), résidences sociales et maisons relais : Cité Myriam, Centre d'Orientation Sociale (COS) les Sureaux, Maison Bleue, Emmaüs Alternative et des structures d'insertion par l'activité économique telle que la régie de quartier.
- Des espaces d'écoute et d'accueil jeunes S' PASS 24, LEA antenne jeunes, des éducateurs de rues de Rues et Cités ;
- AIDES Montreuil installé en 2011 ;
- l'association GRDR qui travaille avec les foyers de travailleurs migrants ;
- Des centres sociaux, des associations caritatives, l'association le CAP'S santé, LEA antenne parents, la maison des femmes,...
- La CPAM gère un accueil assurance maladie pour la population.
- L'Education Nationale dispose d'une équipe de santé scolaire.

Par ailleurs, le Conseil général gère une circonscription de PMI avec 7 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), une circonscription du service social et une circonscription de l'Aide Sociale à l'Enfance. Son service de prévention sanitaire comprend en outre un Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire (CDDPS) compétent à la fois sur la lutte contre la tuberculose et la lutte contre les IST ; il existe aussi deux centres de dépistages anonymes et gratuits pour le VIH, l'un intégré au CDDPS et l'autre au CHI.

Il existe par ailleurs un pôle santé au sein de la mission locale intercommunale pour l'emploi des jeunes.

De plus, d'autres réseaux et structures socio-sanitaires interviennent sur le territoire de Montreuil sans y être localisés tels que le Comité Départemental des Cancers 93 (CDC 93), Oncologie 93, la CPAM 93 par ses actions de prévention ou encore les réseaux FNAIR (Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux) et RENIF (Réseau de Néphrologie d'Île de France) avec lesquels un partenariat est établi chaque année pour des actions de dépistage des maladies rénales et qui interviennent au sein des foyers de travailleurs migrants.

La Ville a associé ces acteurs locaux à l'élaboration du CLS et /ou à sa mise en œuvre durant ces dernières années.

1.3.2 Offre de soins.

Le maillage territorial décrit ci dessus représente donc une vraie richesse. Il existe cependant une césure entre le Haut-Montreuil et le Bas-Montreuil mettant en évidence une fracture territoriale qui est beaucoup plus marquée en ce qui concerne l'offre de soins.

- [Les médecins généralistes \(MG\) et spécialistes \(MS\)](#) du secteur libéral : La densité de médecins représente, en 2011, 10,19 pour 10 000 habitants donc une diminution malgré des installations sur le territoire depuis 2006 (11,7 pour 10 000 habitants), soit une densité de MG de 6,69 pour 10 000 et de MS de 3,95 pour 10 000 habitants.

En 2012 & 2013, le nombre de médecins généralistes s'élevaient à 62 soit une densité de 5,98 pour 10 000 habitants .

En ce qui concerne les médecins spécialistes au nombre de 35 en 2012, il est de 36 en 2013 malgré notamment l'installation de deux pédiatres ce qui porte son taux à 3,5 pour 10 000 habitants. Ces derniers sont répartis en une quinzaine de spécialités certaines apparaissent sous représentées (la rhumatologie, la stomatologie, la pneumologie, l'ORL, la gynécologie et la gastro-entérologie notamment). Le quartier du Centre Ville concentrant la moitié de ces professionnels.

Deux des 6 secteurs géographiques, les secteurs 1 et 3 (Bas Montreuil et Centre ville) concentrent 63% de l'offre libérale en médecine générale.

Les secteurs 2, 4 et 6 (le Clos français, Ramenas et Théophile Sueur) apparaissent nettement déficitaires avec 12 médecins généralistes installés soit 19 % de l'offre, pendant que le secteur 5 Bel - Air Grands- Pêcheurs Renan atteint 16% de cette offre.

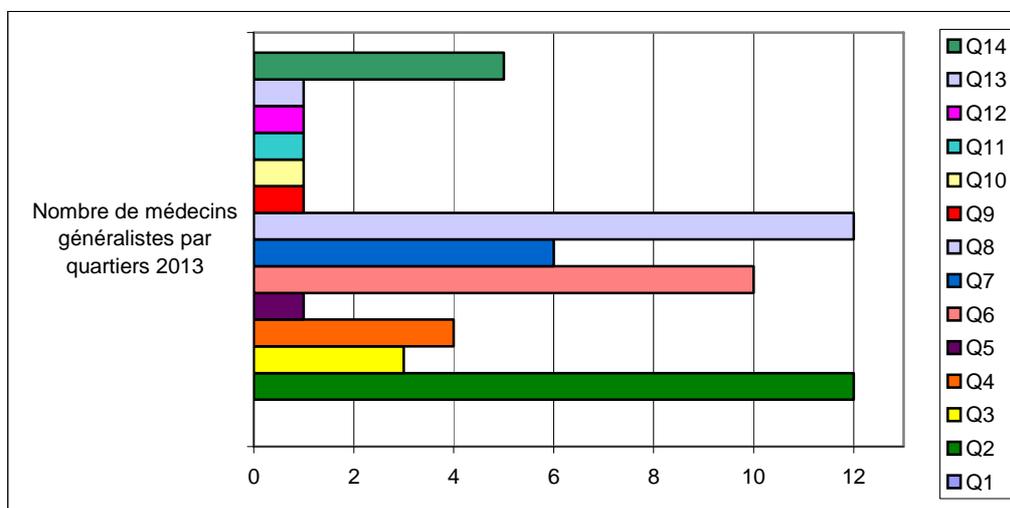
Les médecins généralistes libéraux sont majoritairement conventionnés en secteur 1.

- [Les dentistes](#) : 26 dentistes libéraux sont installés sur la commune en 2012. on en compte 23 en 2013

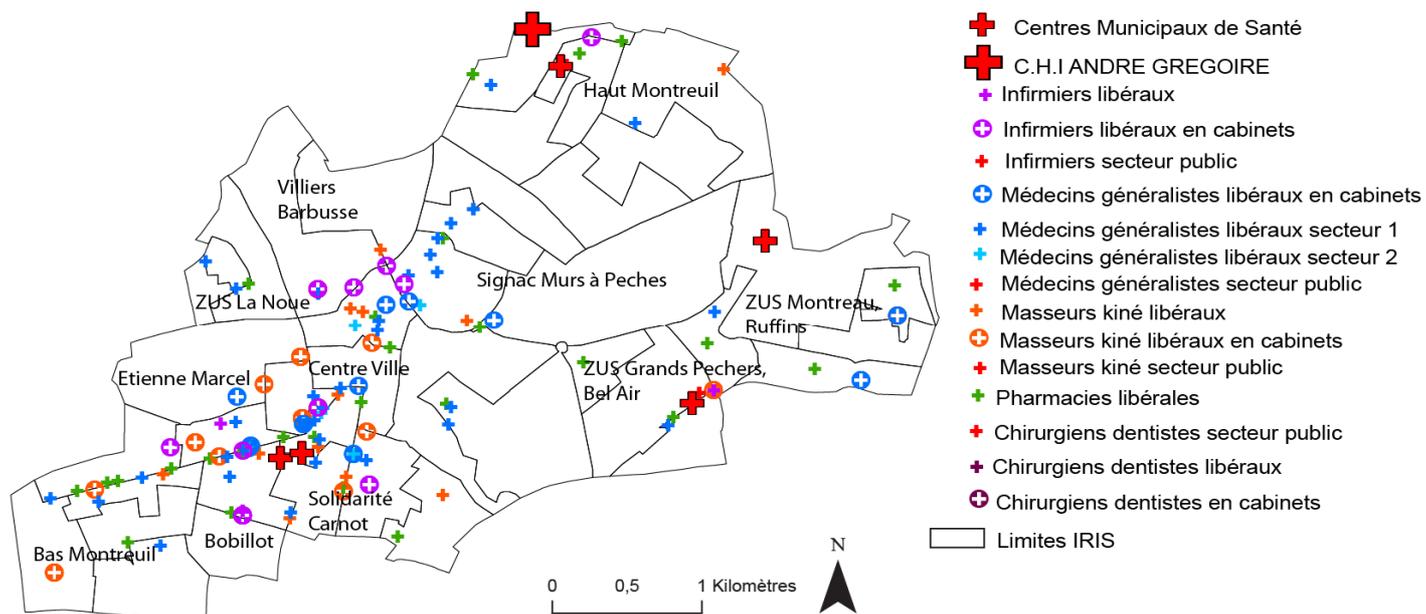
L'offre libérale en dentisterie se répartit globalement sur le quartier du Centre Ville à 65% 2 praticiens exercent dans les quartiers Montreuil Le Morillon et le quartier Bel Air. Branly Boissière et La Noue apparaissent tout à fait déficitaires puisque aucun dentiste n'y est installé. Ainsi, pour l'ensemble du Haut de Montreuil, on comptabilise peu de dentistes libéraux.

- [Les autres professions médicale et paramédicale](#)

En ce qui concerne les infirmier(e)s libérales, ces dernier(e)s sont réparties sur le territoire de Montreuil avec une concentration dans le Bas-Montreuil. Une installation est achevée en 2013, Place les Morillons en ZUS. Mais il est à noter que cette profession couvre tout le territoire communal pour les interventions à domicile malgré une faible densité. On compte par ailleurs, dans le secteur libéral, 69 masseurs kinésithérapeutes en 2012. A cette fracture territoriale s'ajoute une inégalité en matière de disponibilité temporelle de ces professionnels comme le montre la carte relative aux médecins généralistes.



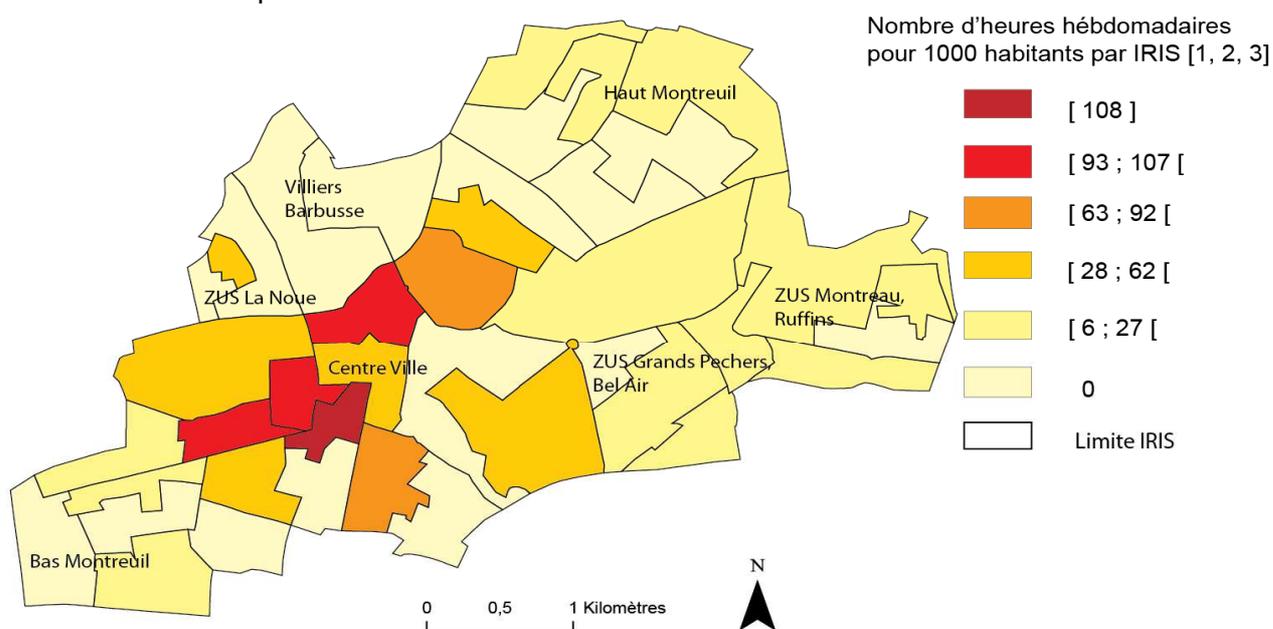
Carte 16 : Répartition spatiale de l'offre de soins de premier recours dans la commune de Montreuil en 2012



Réalisation: BA ABABACAR, M1 Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Atelier Santé Ville de Montreuil

Sources: Améli, Pages jaunes, Ordre National des Médecins, ARS, Fichier ASV 2012

Carte 22 : Le temps de travail hebdomadaire disponible chez les omnipraticiens pour 1000 habitants par IRIS dans la commune de Montreuil en 2012



Fait avec Philcarto * 30/06/2012 13:01:50 * <http://philcarto.free.fr>

Réalisation: BA ABABACAR, M1 Géosanté Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Atelier Santé Ville de Montreuil

Sources: Ordre National des Médecins, ARS, Fichier ASV 2011.

[Les 5 centres Municipaux de santé](#) (dont 2 ont des cabinets dentaires) de la Ville représentent une offre de soins importante qui ne permettait pas le classement de Montreuil en zone déficitaire par l'Agence Régionale de Santé. Néanmoins, au regard de la fracture territoriale et de la sous démographie médicale et paramédicale, la Ville soutient les installations de professionnels sur son territoire dans le cadre d'un partenariat actif avec l'Office Public d'Habitat Montreuillois. Elle s'appuie également sur ses propres outils qui sont les CMS pour réduire cette fracture : Ex le transfert d'un centre du Bas Montreuil vers le Haut Montreuil.

L'offre de soins en CMS est diverse et variée (cf tableau des activités de soins des centres de santé municipaux – annexe 2). Le CMS Bobillot est par ailleurs le lieu d'accueil de la maison médicale de garde de Montreuil / Bagnolet.

Par ailleurs, il existe sur la Ville un centre de santé associatif.

- [le CHI](#) propose des consultations dans 22 spécialités médicales. Les consultations se font sur rendez-vous.

Il dispose également d'un large Pôle chirurgie (orthopédique et traumatologique / plastique, esthétique et réparatrice / vasculaire / viscérale et digestive / maxillo-faciale), avec des consultations de médecins anesthésistes), d'un Pôle Urgences médicales, chirurgicales et psychiatriques et d'un Pôle mère-enfant

1.4 Offre médico-sociale

La ville de Montreuil accueille de nombreux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ou personnes handicapées financés par l'ARS et le Département.

1.4.1 Personnes handicapées

[Personnes handicapées adultes](#) :

On compte

- trois Etablissements et Services d'Aide par le Travail (l'association Les Papillons Blancs, l'association Pierre Boudet et l'établissement public Marsoulan)
- une Section d'Accueil de Jour (au sein de l'ESAT Pierre Boudet)
- un Foyer d'Accueil Médicalisé Les Bons Plants qui accueille des personnes atteintes d'autisme ou de troubles apparentes.
- une Maison d'Accueil Spécialisée (Alexandre Glasberg) qui accueille des adultes en situation de handicap neuromoteur.
- un Institut d'Education Motrice qui accueille des adultes polyhandicapés
- un Centre de Rééducation Professionnelle (Jean Pierre Timbaud).

Il existe des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) qui contribuent à la réalisation du projet de vie à domicile de personnes adultes handicapées. Aucun d'entre eux n'est basé à Montreuil. Pour les handicaps moteurs, le SAMSAH du COS basé à Rosny-sous-Bois couvre Montreuil. Pour les handicaps sensoriels, le SAMSAH Remora de l'association Voir ensemble couvre tout le département dont Montreuil. Pour le handicap mental le SAVS/SAMSAH des ateliers de Rosny (APAJH-Rosny) couvre Montreuil Enfin, le GEM (Groupe d'Entraide Mutuel), basé à Montreuil, accompagne des personnes ayant une pathologie psychique .

[Enfants handicapés mentaux](#) ou polyhandicapés

On compte trois établissements accueillant des enfants handicapés mentaux ou polyhandicapés :

- Le Centre Jean Macé qui accueille dans son externat médico- pédagogique 30 enfants handicapés mentaux âgés de 10 à 14 ans et dans son hôpital de jour 40 enfants présentant des pathologies psychotiques et autistiques.
- Le Centre d'éducation motrice (Groupement des Infirmes Moteurs Cérébraux GIMC) qui accueille 26 adolescents polyhandicapés.

- L'Institut Médico Educatif (IME) Bernadette Coursol qui accueille 30 enfants et adolescents handicapés mentaux ou présentant des troubles envahissant du développement et 15 enfants et adolescents polyhandicapés.

Des établissements ont, depuis les années 2000 créé des services médico-éducatifs de soutien à la scolarisation d'enfants et d'adolescents handicapés mentaux dans les écoles et collèges de Montreuil : le SESSAD du GEIST (Groupe d'Etudes pour l'insertion Sociale des personnes porteuses de Trisomie 21).

La mission Handicap, rattachée à la Direction de la Santé, contribue à la mise en œuvre d'une politique transversale et intégrée du handicap. En lien avec la Commission Communale pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées (CCAPH) et en partenariat avec l'ensemble des directions municipales, elle travaille à la prise en compte des questions de l'accessibilité et du handicap par l'ensemble des politiques sectorielles conduites sur la Ville.

La mission Handicap anime et développe également un réseau de partenaires, favorise la sensibilisation des professionnels de l'action sociale et médico-sociale aux problématiques de l'accès aux soins et à la prévention des personnes porteuses de handicap, met en place des dispositifs répondant à des besoins comme un groupe de paroles dédié aux parents d'enfants handicapés.

1.4.2 Personnes âgées

- Le secteur médico-social pour personnes âgées s'est enrichi fin 2010 d'une structure de coordination et d'orientation, le Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique (CLIC) s'adressant aux personnes de plus de 60 ans, à leur entourage, aux bénévoles et aux professionnels de la gériatrie. Il pratique une évaluation globale et individualisée des besoins des personnes dans une optique de maintien de l'autonomie et du lien social. Il comprend une équipe d'évaluatrices sur la situation des personnes en vue de l'attribution de l'aide départementale personnalisée d'autonomie

- Il existe une offre médicale composée du service de gériatrie hospitalier, de plusieurs services d'hospitalisation à domicile (Santé service, la Croix Saint-Simon notamment), de 2 services de soins infirmiers à domicile ainsi qu'un réseau de soins palliatifs.

Ces dispositifs complémentaires doivent permettre d'orienter les personnes âgées vers le type de soins nécessaires selon sa gravité. La gériatrie en ville est très peu développée et le CLS porte le projet de développement de consultations de ville.

La gériatrie psychiatrie est, elle aussi, quasi inexistante sur Montreuil malgré des besoins importants.

- Au niveau social, le service social départemental, le service social hospitalier, le CLIC travaillent en bonne coopération.

Il existe des aides à domicile gérées par le service de maintien à domicile du Centre Communal d'Action Sociale (plus de 600 personnes âgées aidées par 55 auxiliaires) et des aides à domicile gérées par le secteur associatif et privé. De nombreuses associations et sociétés jouent un rôle important notamment pour le portage de repas à domicile. Le service activités séniors du CCAS contribue à la lutte contre l'isolement, la promotion de la citoyenneté et le développement du lien social (animation dans les quartiers, mise en place d'un club sénior, séjours...).

Des associations comme CAP'Santé et les Petits frères des pauvres jouent aussi un rôle important.

Les transports sont facilités à travers diverses initiatives ; minibus, carte améthyste, taco's (transport à la demande)...

L'amélioration et l'aide pour l'habitat font aussi l'objet de politiques publiques.

- Pour ce qui est des lieux de vie, il existe :

- 2 foyers logements gérés par le CCAS d'une capacité cumulée de + de 100 studios ;
- 4 EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
 - Les Beaumonts
 - Diane Benvenuto (Rothschild)
 - La Maison des Vergers

- L'EHPAD intercommunal de Fontenay sous Bois :
- 2 foyers logements : les appartements du 111 géré par Isatis et un autre foyer géré par Pro BTP
- 10 logements adaptés dans le parc social réservé aux personnes âgées handicapées, résidence Claude Gaillard

En 2014, une annexe de l'EHPAD intercommunal ouvrira rue de Rosny

2° Elaboration et mise en œuvre du Contrat Local de Santé

2.1 La démarche municipale

La démarche d'élaboration du CLS de préfiguration s'est appuyée sur trois actions convergentes menées au niveau de la Ville en 2011 :

Une démarche d'approfondissement thématique notamment sur 6 thèmes à travers des groupes de travail réunis au minimum 3 fois. Ces groupes portaient sur :

- ✓ habitat et santé,
- ✓ risques technologiques et santé,
- ✓ migrants et santé,
- ✓ adolescents et santé,
- ✓ personnes âgées et santé,
- ✓ prévention de l'obésité infantile.

D'autres thématiques présentées dans le CLS n'ont pas fait l'objet de groupes de travail mais se sont appuyées sur des démarches, dispositifs ou actions existantes.

Ces résultats ont donné lieu à un document écrit qui a été complété de données collectées auprès d'experts sur 4 thèmes complémentaires :

- ✓ la précarité sociale et l'accès aux droits et à la couverture santé ;
- ✓ l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées ;
- ✓ la santé mentale ;
- ✓ la santé des femmes.

Les groupes de travail et recours aux expertises ont chacun produit un état de lieux et des propositions sur la thématique concernée qui ont été exposés à mi parcours lors d'un comité de pilotage du Plan Local de Santé Publique en juin 2011.

Parallèlement, des « forums » santé citoyen ont eu lieu sur les 6 secteurs géographiques de la Ville afin de présenter les premiers résultats des groupes de travail et recueillir les suggestions des habitants présents sur ces thèmes ou d'autres thèmes leur tenant à cœur.

Cette démarche s'est prolongée avec une conférence locale de santé les 21 et 22 octobre 2011 qui a permis de présenter l'ensemble des constats et pistes d'action et d'en débattre au sein d'ateliers.

Suite à la signature du CLS le 13 septembre 2012, les fiches actions ont été mises en œuvre au travers de différents groupes de travail qui existaient préalablement ou ont été mis en place dans ce cadre. Le CLS apparaît notamment comme un outil :

- De réaffirmation des gouvernances
- D'intersectorialité interne et externe
- De consolidation, de redynamisation, de développement et d'innovation d'actions, de projets et de groupes de travail.

Ce dans le cadre d'une approche globale de la santé

Le comité de pilotage du 11 octobre 2013 a permis de dégager des 1ers éléments de perspectives à inscrire dans le CLS 2ème génération comme : la gérontopsychiatrie, une approche globale de la santé des publics précaires avec le développement d'une PASS ambulatoire en complémentarité de leur accompagnement social, la mise en place d'un comité local de l'offre de soins comme réalisé à Bobigny.

Pour ce qui est du recueil des indicateurs de santé, le travail avec les 8 autres villes de la communauté d'agglomération Est Ensemble n'a pas encore abouti à la mise en place d'un futur observatoire. Néanmoins un travail de collecte et d'analyses de données a été poursuivi et conforté. La mise en œuvre du CLS a été l'opportunité d'un partage de données avec l'ARS et avec la CPAM. Il permet aussi de développer des partenariats en matière d'observation tel qu'avec les services du Conseil Général et du Service de Promotion de la Santé en faveur des Elèves sur les données obésité et le Comité Départemental des Cancers (CDC 93) dans le cadre du dépistage Organisé du Cancer du Sein ainsi que l'accueil d'étudiant en master de géographie de la santé avec le soutien d'ESP et l'Université de Nanterre.

2.2 La démarche de l'ARS Ile de France

De son côté, l'Agence Régionale de Santé définit ses priorités dans le cadre du Projet Régional de Santé. C'est en déclinaison des principes validés dans le Plan Stratégique Régional de Santé et dans le Projet Régional de Santé que, suite au processus de concertation, l'ARS et sa délégation territoriale de Seine-Saint-Denis s'engagent autour des actions mentionnées dans le présent contrat, dans un contexte d'élaboration de la Stratégie Nationale de Santé.

L'ARS IdF finance la contribution de l'ASV à l'ingénierie CLS à Montreuil et co-finance, avec la Ville, la coordination du Conseil Local de Santé Mentale, en partenariat avec l'EPS Ville Evrard

L'ARS IdF s'est engagée, notamment, depuis 2013, dans la santé périnatale à travers le projet RéMI (Réduction de la Mortalité Infantile et périnatale) sur le département de Seine Saint Denis qui affiche un taux plus élevé de mortalité infantile d'environ 38% par rapport à la moyenne régionales (5,24 décès/1000 naissances vivantes versus 3,81/ 1000 naissances vivantes).

Dans le cadre de ce projet, l'ARS IdF pilote, en partenariat avec les acteurs locaux :

- . Le projet d'accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères sans hébergement pour améliorer la prise en charge afin de limiter les effets de l'instabilité du logement sur l'état de santé de la mère et de l'enfant

- . La promotion d'actions d'éducation à la santé des femmes en renforçant les partenariats avec les acteurs de proximité.

L'ARS IdF soutient une action concernant les violences envers les femmes en partenariat avec le Réseau Naitre dans l'Est Francilien grâce à la mise en place d'une formation des professionnel(le)s des maternités hospitalières, dont celles du Centre Hospitalier André Grégoire, et au développement de partenariat avec les acteurs locaux.

Une réflexion est en cours avec le réseau Océane sur le développement de leurs missions en tant que réseau de santé gérontologique sur le territoire sud-est du département de Seine-Saint-Denis, ainsi que sur la mise en place d'une MAIA sur le même territoire.

3° Principes politiques communs

Les signataires souhaitent que les Contrats Locaux de Santé soient traversés par plusieurs principes, qui vont se retrouver au fil des actions, tout particulièrement en Seine-Saint-Denis

3.1 Le contrat local de santé est un outil décisif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce cadre, il doit permettre d'agir sur certains des déterminants sociaux et environnementaux de santé, par une mobilisation convergente des signataires – mais aussi des autres acteurs des politiques publiques.

3.2 C'est aussi à ce titre que le contrat local de santé doit s'attacher à ce que les actions développées en son sein atteignent spécifiquement et prioritairement les groupes d'habitants ou les quartiers spontanément éloignés de la prévention ou de l'accès aux soins.

3.3 Dans ce cadre, l'articulation des priorités retenues avec celles mises en œuvre par la Politique de la Ville est une priorité absolue. Sur ce point, il importe de s'appuyer chaque fois que possible sur la démarche de l'Atelier Santé Ville.

3.4 Le Contrat Local de Santé doit favoriser la mise en œuvre à l'échelle du territoire local de parcours cohérents de santé, allant de la prévention à la prise en charge en passant par les soins. Cet effort de cohérence doit bénéficier en particulier aux personnes pour

lesquelles les difficultés sociales conduisent à une fragmentation ou à des lacunes dans la prise en charge.

- 3.5 En conséquence, le CLS doit s'efforcer de faciliter les démarches transversales, pour dépasser les fonctionnements cloisonnés qui caractérisent trop souvent le système de santé.
- 3.6 Les habitants, qu'ils soient usagers du système de santé ou destinataires des politiques de prévention, et les professionnels de tous exercices doivent être associés dans l'ensemble de la démarche.
- 3.7 Le contrat est l'occasion pour les signataires non seulement de s'accorder sur des priorités partagées, mais aussi de mesurer les résultats des actions engagées, et éventuellement de les réorienter ou de les moduler en fonction de cette évaluation dans le cadre d'avenants. Parallèlement, la ville de Montreuil signale son engagement auprès de ses partenaires de la Communauté d'Agglomération d'Est Ensemble de développer un observatoire sur les questions de santé et d'accès aux soins.

4° Les partenaires concourant aux objectifs du CLS

Dès la mise en place des démarches ASV, l'Etat, la DDASS93 et maintenant la DT ARS, la direction de la cohésion sociale, la CPAM 93, le CG93, l'Ordre départemental des médecins ont été fortement impliqués et investis par la démarche. Cet ancrage territorial plus ou moins fort a pu perdurer dans le temps, selon les différents changements légaux et institutionnels, et a permis un soutien de facto à l'élaboration du CLS.

De plus, de par l'approche globale de la santé et de ses déterminants, de nombreux autres partenaires concourent à l'élaboration du CLS.

Il s'agit de partenariats institutionnels ainsi qu'associatifs, de partenariats historiques mais aussi de partenariats plus opérationnels sur des actions très concrètes

A ce titre, au-delà des signataires, plusieurs acteurs départementaux ont souhaité contribuer à la réalisation de certaines actions décrites dans ce contrat tels que :

- Le Conseil Général de Seine-St-Denis

Le Conseil Général de Seine-Saint-Denis se positionne comme un partenaire institutionnel majeur, producteur de santé sur son territoire, en contribuant significativement à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans ses différents domaines d'intervention, et maintient son offre de contribution dans une complémentarité coordonnée et organisée avec les autres partenaires intervenant dans le domaine de la santé. Le service de PMI et le Service de Prévention des Actions Sanitaires ont contribué à la transmission de données, à certaines propositions formulées dans le CLS. Il participe activement à sa mise en œuvre tel que le service de PMI dans le cadre de la fiche action 1.

- Le Comité Départemental des Cancers

Conformément aux dispositions de la loi de santé publique de 2004 et à l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, le Comité départemental des Cancers 93 (CDC93) constitué en Groupement d'Intérêt Public est composé de l'ARS, du Conseil général, de la CPAM, du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, des organisations de professionnels et d'usagers. Il est chargé de la promotion et de la mise en œuvre du dépistage organisé (DO) des cancers du sein et du colorectal sur la Seine-Saint-Denis. Convaincu que l'action territoriale est le meilleur relais auprès des populations, le CDC93 participe activement dans la construction des CLS afin de valoriser le DO auprès des acteurs de terrain, des publics et de leur entourage en s'appuyant sur une argumentation rationnelle. D'autre part, au-delà de l'observation chiffrée, le CDC 93 se donne pour objectif de développer des analyses plus spécifiques, identifiant les leviers d'action pour les populations les plus éloignées du DO, œuvrant ainsi dans la réduction des inégalités territoriales de santé.

Par ailleurs, **L'Etat** cosignataire du CLS a participé à sa mise en œuvre par le soutien d'actions inscrites au volet santé du CUCS tels que le réseau précarité, une action d'accompagnement en santé mentale de jeunes en difficultés et de leur familles sur trois quartiers par l'association Solienka et une action sur la thématique parentalité et addictions. L'Etat soutient par ailleurs la démarche ASV depuis

sa mise en place, dans la coordination du CLS mais aussi en tant que pilote et copilote de l'action du contrat.

Enfin, **le CHI André Grégoire** est un acteur majeur de la définition et de la mise en œuvre du CLS. Il est partenaire sur de nombreuses thématiques et fiches actions au regard de l'enjeu de renforcement et de développement des axes déjà mis en place.

Par ailleurs, des liens ont pu être développés avec le secteur libéral lors de la mise en place de la Maison Médicale de Garde (Amicale locale, Ordre départemental des médecins...) ou encore de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 (infirmières libérales...). Ce partenariat sera à développer dans le cadre du CLS 2ème génération

Sur quelques partenariats historiques locaux, on peut indiquer ceux avec le CAP'santé, l'association LEA, Rues et Cités, Vie Libre ou encore l'association PROSES, L'Education Nationale, le CHI André Grégoire...etc qui préexistaient au CLS dans le cadre de l'activité des services, de la démarche Atelier Santé Ville mais qui ont pu être renforcés ou consolidés.

Enfin, d'autres partenariats répondent aux enjeux de réduction des inégalités de santé. On peut citer celui avec la Société Régionale d'Horticulture de Montreuil sur l'action « *miss pomme* » du plan de lutte contre l'obésité, mais aussi avec des associations de femmes habitantes telle que l'association des femmes des Morillons dans le cadre de la démarche de santé coopérative. Ou encore plus récemment avec AIDES Montreuil, l'association Solienka sur la thématique de la santé mentale.

La cartographie relative à l'offre « en santé social et prévention » est une photographie non exhaustive des ressources mobilisées ou mobilisables dans le cadre de la mise en œuvre du CLS . A ce titre un fichier de près de 600 invités a été élaboré pour la Conférence Locale de Santé des 21 et 22 octobre 2011 ce qui témoigne du nombre d'acteurs recensés intéressés par ce contrat.

5° Pour réduire les inégalités sociales de santé, articuler les politiques publiques

La santé dans toutes les politiques

Les signataires entendent promouvoir une conception intégrée de la santé qui considère dans leur globalité les conditions de vie des habitants comme déterminants de santé.

Comme il est déjà spécifié par la charte d'Ottawa en 1986, logement, éducation, nourriture, revenus, environnement, ressources durables, justice et équité en sont les déterminants fondamentaux.

Dans cette optique, prenant acte de ce que l'ensemble des politiques publiques sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé des personnes et que leur abord demande une approche intersectorielle affirmée, Montreuil a adhéré en octobre 2011 au Réseau Français des Villes – Santé de l'OMS, approuvé les objectifs de Santé - santé pour tous au XXIème siècle et signé la charte de Zagreb.

Cette dynamique se retrouve, de façon cohérente, dans le volet santé de l'Agenda 21, fortement incité par l'Observatoire Régional de Santé d'Île de France, lié au Plan Climat Energie Territorial, plusieurs axes d'intervention se complétant en synergie avec le Plan Local de Santé Publique et le présent contrat. Le CLS est intégré à part entière dans l'agenda 21.

De son côté, l'Agence Régionale de Santé a engagé des partenariats importants avec les pilotes de politiques publiques que sont la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement, l'Education Nationale et la Direction de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion Sociale. Elle souhaite favoriser l'émergence de stratégies d'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

Le rôle spécifique de la politique de la Ville et du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) de Montreuil

La Politique de la Ville prend une place spécifique par son objectif de lutte contre les phénomènes d'exclusion, de relégation spatiale et sociale des territoires fragilisés et repérés. Elle constitue donc le

cadre par lequel l'Etat, les collectivités locales et leurs partenaires s'engagent à mettre en œuvre de manière concertée, des politiques territorialisées de développement social et urbain. Cette politique est formalisée dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale prolongé jusqu'au 31 décembre 2014 et du dispositif de coordination de l'Atelier Santé Ville.

Les signataires considèrent que l'articulation des politiques de santé avec la Politique de la Ville est donc un enjeu essentiel : d'une part, la santé constitue le « 5^e pilier de la Politique de la Ville » ; d'autre part, les expérimentations engagées dans le champ de la santé au sein de cette politique publique ont, en général, contribué à faire avancer les pratiques en santé publique plus généralement.

Faisant suite au précédent contrat de ville qui portait déjà un volet Santé, le CUCS de Montreuil conjugue une approche thématique mais également une approche territoriale de par la territorialisation historique de la ville de Montreuil en 14 quartiers et en 6 secteurs sur lesquels interviennent des équipes développement vie des quartiers.

Elaboré de façon partenariale, ce CUCS

- Vise à intervenir dans les interstices de l'action publique et associative en renfort des politiques de droit commun
- N'a pas vocation et n'a pas les moyens de se substituer à des politiques de droit commun solides et engagées sur les territoires les plus fragiles
- Il est un levier de mobilisation des moyens de droit commun.

Il comporte par ailleurs trois enjeux :

1. l'adaptation de l'offre institutionnelle et associative aux besoins spécifiques des plus démunis
2. Le recentrage de l'accompagnement des personnes et des groupes sur leurs ressources et leurs compétences pour leur permettre de prendre une place dans la société.
3. La réduction des écarts qui se creusent entre les différents groupes de population en créant les conditions de la mixité, de la rencontre, du dialogue et de l'échange.

Selon une approche globale de la santé et de ses déterminants, ses autres volets concourent aussi à une meilleure santé des Montreuillois ; des passerelles sont établies notamment avec le volet éducatif à travers le Programme Réussite Educative (PRE) mais aussi avec le volet Prévention sur la question des addictions où des objectifs communs peuvent émerger.

Enfin, la santé constitue dans le cadre de l'appel à projet 2014 un axe fortement lié au CLS. Les projets santé du CUCS doivent notamment s'inscrire en cohérence complète avec les orientations définies dans les CLS et devront prendre en compte les déterminants de santé. Ils doivent avoir des liens forts avec les autres thématiques prioritaires de l'Agence Nationale de la Cohésion Sociale et de l'Egalité des chances.

Conforter l'Atelier Santé Ville

Transversale à la politique de la Ville et à la politique de santé, la démarche Atelier Santé Ville, outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, répond aux objectifs du volet santé du CUCS. En effet, elle s'inscrit dans la durée et s'adresse prioritairement aux populations en situation de vulnérabilité. Elle est fondamentalement une dynamique de coordination d'acteurs et d'actions - avec une fonction dédiée à ce titre -au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de Santé sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

La ville de Montreuil s'y est engagée en 2002.

La Ville, l'Agence Régionale de Santé, la Préfecture, le Conseil général de Seine-Saint-Denis et la CPAM souhaitent dans ce cadre conforter le rôle de l'ASV. En effet, en permettant de mener des actions visant une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et une meilleure coordination des acteurs locaux en santé bénéficiant au premier chef aux quartiers de la politique de la Ville, il contribue à la réalisation des objectifs de ce contrat.

C'est pourquoi, dans le cadre des orientations nationales et régionales, les signataires souhaitent travailler à améliorer l'ancrage spécifique de l'ASV dans les quartiers en développement urbain et en Politique de la Ville. Ils souhaitent donc conforter leur investissement dans cette structure. La coordinatrice ASV constitue un soutien à la mise en place des projets santé sur la ville et favorise leur mise en cohérence.

6) Agir sur des leviers prioritaires par les actions concrètes inscrites au CLS

Pour réduire les inégalités de santé sur le territoire montreuillois, les signataires ont retenu 5 principes de travail qui sont des leviers facilitateurs pour mettre en œuvre les actions du CLS.

6.1 Il est nécessaire de développer une approche de santé environnementale prenant en compte les déterminants sociaux.

6.1-1 Améliorer l'habitat réduit le fardeau des maladies

C'est dans ce cadre que les signataires mentionnent l'importance qu'ils attachent à voir allégé le fardeau des maladies liées à l'habitat insalubre et dégradé et aux situations de précarité énergétique. Les données scientifiques internationales montrent qu'une bonne politique de santé passe par une politique d'amélioration de l'habitat et d'abord de ses segments les plus dégradés.

Dans ce cadre, la ville, l'Agence, le Préfet et leurs partenaires s'efforceront non seulement de mener des actions spécifiques à la réduction de l'impact sanitaire de l'habitat dégradé, mais aussi d'intégrer la dimension santé dans les grands projets que constituent le Programme National de Requalification des Quartiers Anciens Dégradés et l'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat. Ce travail devra s'effectuer en lien étroit avec la Communauté d'Agglomération d'Est Ensemble, compétente depuis le 1^{er} janvier 2012 en matière de lutte contre l'habitat indigne. Un effort particulier sera mené sur le suivi et l'actualisation des arrêtés d'insalubrité et la capacité des autorités publiques de se substituer pour la mise en œuvre des travaux dans le cas de propriétaires défaillants.

6.1-2 Mieux documenter la question des pollutions et nuisances environnementales

Les signataires souhaitent pouvoir mieux prendre en compte les questions sanitaires liées aux pollutions et nuisances environnementales en se dotant d'un outil de veille environnementale participatif et en renseignant la qualité des sols de certains secteurs géographiques sensibles.

6.2 Renforcer l'accès à la prévention et aux soins passe par la construction de parcours de santé adaptés, de qualité et cohérents.

Que cela concerne certaines populations, enfants, adolescents, personnes âgées, personnes handicapées ou certaines problématiques notamment la santé mentale, les addictions – conduites à risque, la nutrition, l'accès aux droits de santé et aux soins pour les personnes en situation de précarité, les femmes victimes de violences, les signataires ont la volonté commune de travailler sur une construction plus cohérente et plus lisible des parcours en matière de santé. Différents objectifs de travail seront mis en œuvre : comment réactiver des dépistages en les articulant mieux aux soins, comment permettre une meilleure articulation entre acteurs de la prévention et acteurs de soins, afin de favoriser un accès à l'offre de soin plus précoce et une entrée au bon moment dans le parcours de santé. Un parcours pour l'accès à la Santé pourra, par exemple, définir quel est le meilleur outil pour évaluer les droits santé des usagers (ouverture potentielle des droits, accès à une complémentaire santé,...)

Au sein de ces parcours de santé, les signataires souhaitent prendre en compte l'aspect social et articuler au mieux les actions concernant l'intervention sociale et l'accès aux droits avec celle du soin.

L'identification facilitée des lieux et procédures pour accéder à ses droits et à une couverture santé sera rendue plus accessible pour tous.

Un effort particulier devra être mené pour aller au devant des populations les plus précaires

6.3 Il est nécessaire de renforcer l'offre de soin de 1er recours et de la rééquilibrer territorialement

Les signataires de ce contrat souhaitent lutter contre la baisse de la démographie médicale et soutenir des projets permettant d'associer divers professionnels de santé.

Pour cela, ils soutiennent les différents modes d'exercice regroupés tels que les centres de santé et les maisons pluriprofessionnelles. Ils affirment leur volonté de travailler avec les différentes catégories de professions de santé et leurs représentants pour faciliter le maintien et l'arrivée de professionnels, particulièrement sur les quartiers actuellement moins bien couverts.

6.4 Il est nécessaire d'agir en direction des jeunes, des femmes, des personnes âgées et des personnes handicapées

Si les actions sont majoritairement inscrites de manière thématique, elles touchent aussi des publics ciblés, notamment les jeunes et les femmes, sans négliger les personnes âgées et les personnes handicapées. Des fiches action rendent lisibles les différentes actions réalisées ou à réaliser envers ces populations.

Les signataires souhaitent être particulièrement vigilants sur la santé des jeunes afin de pouvoir agir précocement et éviter une dégradation de leur état de santé. Cette question est particulièrement importante à Montreuil du fait d'une forte population jeune.

La population des personnes âgées et des personnes handicapées fera aussi l'objet d'une attention particulière à travers la recherche d'un meilleur accès aux programmes de prévention et aux soins et la volonté de faciliter une plus grande intégration sociale.

Enfin la santé des femmes fera aussi l'objet d'une attention particulière liée notamment aux inégalités de genre. Le programme de prévention des violences subies par les femmes sera renforcé par la mise en place de nouveaux dispositifs. Par ailleurs, des femmes des quartiers politique de la ville seront encouragées à participer à la mise en œuvre d'actions relatives au dépistage du cancer du sein et à la promotion de la nutrition.

6.5 Il est nécessaire d'agir sur la mortalité infantile, et sur l'ensemble des déterminants et éléments de prise en charge qui déterminent cette mortalité

La lutte contre la mortalité néonatale et la mortalité infantile fait partie des priorités assignées à l'Agence en Ile de France. Montreuil connaît une mortalité infantile (7,6/1 000) plus élevée que celle du département de Seine-Saint-Denis (5,4/1 000), département qui dans son ensemble connaît la mortalité la plus élevée de la région (3,9/1 000)

Dans le premier temps du CLS, l'ARS, la Ville de Montreuil et le Conseil Général en lien étroit avec le CHI André Grégoire entendent avant tout comprendre les mécanismes qui conduisent à cette surmortalité. Ce n'est qu'à l'issue de cette phase de compréhension partagée que des mesures d'ampleur pourront être engagées.

Cependant, les signataires soulignent que le territoire de Montreuil est intégré au réseau périnatalité. Les relations qu'il permet entre les équipes de PMI, les praticiens hospitaliers de la maternité et de néonatalogie de Saint Denis, de l'unité psychiatrie périnatale, le staff médico-social périnatal mensuel permettent de réfléchir ensemble et de répondre aux problèmes spécifiques des parturientes en grandes difficultés psychologiques ou sociales. Les signataires entendent partir de cet acquis considérable et soutenir cette démarche. Il est donc important que ce dispositif soit étendu en favorisant la participation des médecins des CMS et des médecins libéraux.

6.6 Il est nécessaire de tenir compte des politiques publiques favorables à la santé.

De nombreuses politiques publiques sont des leviers pour améliorer la Santé des personnes ou intègrent la problématique santé dans leur plan d'action. A ce titre, on peut citer les politiques de lutte contre l'habitat indigne, le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, les politiques d'insertion des personnes migrantes, de développement durable.

Les signataires concourent donc ensemble à la réussite des actions de santé afin qu'elles soient prises en compte dans ces différentes politiques publiques

7) Pilotage et évaluation

7.1 Pilotage

Le Contrat Local de Santé sera suivi par un comité de pilotage qui se réunira au moins une fois par an pour suivre son avancement. Ce comité de pilotage est présidé par la Maire de Montreuil, le délégué territorial de l'ARS, le Préfet délégué à la Cohésion Sociale, ou leurs représentants désignés. Il comprend de droit :

- Le Conseiller municipal délégué à la prévention et à la santé
- La Maire adjointe déléguée à la politique de la ville et à la vie des quartiers
- La Maire-adjointe aux solidarités, aux affaires sociales, à l'économie sociale et solidaire
- La DGA chargée du secteur solidarité santé citoyenneté
- La Direction de la Santé, son directeur et les responsables des CMS, du SCHS, de l'Atelier Santé ville, de la Mission Saturnisme et la chargée de mission handicap.
- La Direction des solidarités et des coopérations, la Direction de l'Environnement, la direction de la citoyenneté et la direction de l'urbanisme et de l'habitat
- Le/la délégué(e) territorial(e) adjoint(e) en charge du pôle santé publique à l'ARS
- Le/la directeur(trice) du pôle offres de soins
- Le/la chef de service prévention/promotion de la santé
- Le/la chef de service Veille sanitaire et santé environnementale
- Le/la Préfet(e) de Seine-Saint-denis
- Le directeur départemental de la Cohésion Sociale
- La directrice du CHI André Grégoire
- La directrice du Comité Départemental des Cancers 93
- Un représentant du Directeur de la CPAM 93
- Pour le Conseil général la responsable de circonscription de PMI de Montreuil et un représentant du service de prévention des actions sanitaires.
- La médecin coordinatrice du service de promotion de la santé en faveur des élèves.
- Des représentants des professionnels de santé libéraux, médecins et autres professionnels de santé.
- Des représentants des associations d'usagers et des associations locales, dont la Maison des femmes, l'association LEA, l'association PROSES et l'UNAFAM.

Pourront être associés d'autres partenaires selon un commun accord des signataires.

En dehors des réunions de pilotage, un comité technique associant l'ensemble des pilotes et porteurs d'actions est constitué. Il se réunit autant de fois que nécessaire.

7.2 Evaluation

Chacune des actions est dotée d'un ensemble d'indicateurs d'évaluation. Toutefois, les signataires considèrent que l'impact attendu de ce contrat dépasse la somme des impacts attendus de chacune des actions.

C'est pourquoi, ils conviennent de mandater leurs services techniques pour élaborer, dans un délai de 6 mois après la signature du contrat, une stratégie d'évaluation globale du processus porté par le CLS.

Cette stratégie d'évaluation s'efforcera d'identifier notamment les processus qui auront été impactés par la signature du CLS ; elle s'efforcera d'identifier les processus et l'impact du contrat au sein des quartiers en politique de la ville.

Enfin, les signataires s'accordent à considérer que, malgré les difficultés méthodologiques considérables, la démarche d'évaluation devrait, si ce n'est au terme de la première phase de contractualisation, du moins à l'issue des premières années, permettre de mieux comprendre l'impact du CLS sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

D'ores et déjà, le principe est retenu d'une évaluation s'appuyant sur 3 axes :

- Impulsion et coordination générale du projet
- Processus action par action avec degré de participation coopérative
- Résultat et impact action par action

A travers ces axes, on s'attache notamment à repérer :

- Les leviers semblent les plus efficaces dans la stratégie de correction des inégalités sociales de santé portée par ce contrat
- Les démarches semblent faciliter la transversalité et la cohérence notamment dans les parcours de santé.

8) Calendrier prévisionnel

Le présent contrat couvre la période du Plan Stratégique Régional de Santé jusqu'à 2017 à compter de sa signature en référence à la durée du PSRS ; il sera soumis à une révision à cette échéance.

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

SOMMAIRE DES 12 AXES DU CONTRAT LOCAL DE SANTE ET DES 25 FICHES-ACTION

Approche en direction de populations spécifiques

1- AGIR POUR LA SANTE DES ENFANTS

Fiche action 1 : Mieux accompagner les enfants et leurs parents la 1^{ère} année de vie et analyser la mortalité infantile montreuilloise

Fiche action 2 : Développer des actions de prévention, dépistage, promotion de la santé et accompagner des enfants en surpoids et obèses

Fiche action 3 : Organiser des actions de sensibilisation à l'hygiène bucco dentaire et à la consultation de dépistage « M'T dents » auprès des élèves et se tourner vers les enfants handicapés en IME

2- AGIR POUR LA SANTE DES ADOLESCENTS

Fiche action 4 : Développer un réseau local santé-adolescents auprès des jeunes de 12 à 19 ans.

3- AGIR POUR LA SANTE DES FEMMES

Fiche action 5 : Développer une action participative avec des femmes d'un quartier politique de la ville sur le dépistage du cancer du sein

Fiche action 6 : Développer une action participative avec des femmes d'un quartier politique de la ville pour promouvoir une meilleure nutrition

Fiche action 7 : Améliorer la prise en compte des femmes victimes de violence

4- AGIR POUR LA SANTE DES MIGRANTS

Fiche action 8 : Renforcer l'accompagnement social, l'accès aux soins, l'accès aux droits et les démarches de la promotion de la santé dans les foyers de travailleurs migrants.

5- AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES

Fiche action 9 : Soutenir les aidants

Fiche action 10 : Développer un programme de promotion de la nutrition des personnes âgées

Fiche action 11 : Rendre la gérontologie plus accessible

Fiche action 12 Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap

Approche sur des thématiques et des déterminants de santé

6- PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE

Fiche action 13 : Créer un Conseil Local en Santé Mentale

Fiche action 14 : Renforcer l'accompagnement médico psycho social à domicile

7- AGIR CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET SES CONSEQUENCES SANITAIRES

Fiche action 15 : Prévenir l'exposition au plomb des enfants et des femmes enceintes

Fiche action 16: Poursuivre l'action d'identification et de prévention de pathologies liées à la précarité énergétique dans l'habitat et/ou à l'insalubrité

Fiche action 17 : Développer des stratégies concertées de lutte contre l'habitat indigne

8- PREVENIR LES RISQUES TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

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

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

9- FAVORISER L'ACCES AUX DROITS ET A LA COUVERTURE SANTE

Fiche action 20 : Développer un réseau « *précarité – accès aux droits et à la santé* » permettant d'informer sur les principaux repères d'accès à une couverture santé, d'aller au devant des populations vivant en habitat très précaire et d'organiser un dispositif expérimental de PASS de ville visant un parcours de santé coordonné pour les personnes en grande précarité

10-RENFORCER LA PREVENTION DES ADDICTIONS

Fiche action 21 : Développer une approche intégrée et diversifiée de prévention primaire, secondaire et tertiaire des addictions en veillant à avoir une approche spécifique vis-à-vis des adolescents

Améliorer l'offre de soins

11- AMELIORER L'OFFRE DE SOINS

Fiche action 22 : Renforcer le fonctionnement de la maison médicale de garde ouverte pour les populations de Montreuil et Bagnolet

Fiche action 23 : S'appuyer sur les 5 centres municipaux de santé pour participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé pour développer des pratiques innovantes et coordonnées notamment pour l'éducation thérapeutique des patients et pour favoriser la participation des usagers

Développer des approches territorialisée et coopérative avec les habitants

12- DEVELOPPER DES APPROCHES TERRITORIALISEE ET COOPERATIVE AVEC LES HABITANTS

Fiche action 24 : Continuer une approche de la santé plus marquée sur les quartiers politique de la ville à travers l'Atelier Santé Ville

Fiche action 25 : Promouvoir la démarche coopérative en santé

AXE 1 : AGIR POUR LA SANTE DES ENFANTS

ACTION N°1 : MIEUX ACCOMPAGNER LES ENFANTS ET LEURS PARENTS LA PREMIERE ANNEE DE VIE ET ANALYSER LA MORTALITE INFANTILE MONTREUILLOISE

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

La mortalité infantile est nettement supérieure à Montreuil : 7.6/1000 contre 5.4/1000 au niveau départemental et 3,9 au niveau Ile de France (chiffres 2006-2008)

Réduire cette mortalité passe par une compréhension fine des mécanismes en cause, ceux-ci peuvent concerner l'environnement social, les conditions de vie, l'accès aux soins ou à la prévention, l'organisation de la prise en charge prénatale ou postnatale

Selon Médecins du Monde (forum février 2010) la mortalité néo-natale chez les ROM est 8 fois supérieure à la moyenne française et la mortalité infantile 5 fois supérieure. Par ailleurs leur couverture vaccinale est très faible.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Réflexion sur l'ensemble des actions et dispositifs permettant une prise en charge précoce des femmes enceintes, un accompagnement des parents, un renforcement de leurs propres compétences, un développement de la prévention précoce.

Attention précoce aux conditions de vie et de logement des femmes enceintes et jeunes enfants

Type d'action envisagée

Renforcer l'accompagnement pré et postnatale pour les personnes les plus fragiles :
Développer l'information générale sur la PMI montreuilloise aux femmes pendant et après la grossesse.
Organiser les modalités d'adresse à la PMI pour les plus fragiles
Mieux accompagner sur le plan sanitaire les populations ROM
Analyser la mortalité infantile par cause et par période de décès

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Prévention précoce en début de vie et baisse de la mortalité infantile

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Enquête périnatale 2010 DRESS /INSERM
Cahier des charges des réseaux en périnatalité d'Ile de France

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Favoriser l'accès aux soins et à la santé

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Orientations 2011 de l'ARS IDF (Plan Stratégique Régional de Santé) en prévention et promotion de la santé
Réduction des inégalités
Amélioration de la qualité du service rendu
Axe 2 du schéma de Prévention du PRS « Favoriser l'intégration de la prévention dans le parcours de santé »
Action Précarité 1 « Agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et de la petite enfance »

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Collaboration Département /Ville
MOUS roms : ville – Etat (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement)
L'ARS île de France mène une étude sur les causes de mortalité infantile en vue de proposer des actions correctives.

Description de l'action

Porteur du projet

Service de PMI , Réseau périnatal de proximité du CHI André Grégoire, MOUS ROM

Publics bénéficiaires de l'action

Les femmes enceintes et les familles avec des enfants de moins d'un an
Les familles roms

Secteur(s) géographique(s)

L'ensemble du territoire communal avec en plus les secteurs prioritaires où vivent les familles roms

Objectifs opérationnels de l'action.

1. Travailler au recueil de données en lien avec l'ARS IdF et le Conseil Général de Seine-Saint-Denis 93
2. Faire connaître la PMI à toutes les parturientes montreuilloises du CHI
3. Améliorer l'accompagnement sanitaire des familles roms ayant un enfant de moins d'un an
4. Mettre en place des actions visant à réduire le tabagisme périnatal.
5. Participer à des actions permettant de sensibiliser et d'informer les parents sur l'hygiène bucco-dentaire.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

- Analyse des données avec les épidémiologistes du Service de Prévention et d'Action Sanitaire (SPAS) du Conseil Général et de la PMI ainsi qu'avec la mission de recherche de l'ARS sur la mortalité infantile.
- Plaquette d'information sur les PMI diffusée lors de la sortie de maternité
- Présentation des plaquettes et des missions de la PMI aux partenaires au cours des réunions de travail
- Visite d'une sage-femme de la PMI auprès des femmes enceintes sur les sites aménagés
- Réactiver le groupe de travail animé par Rues et Cités sur l'accompagnement sanitaire des Roms de Montreuil
- Envisager l'ouverture par la PMI d'une consultation mensuelle sur les aires aménagées pour les Roms, orientée sur l'information sur la puériculture et le système de santé local, l'échange sur le vécu et des consultations avec notamment des vaccinations. Veiller à une adaptation des temps de consultation au sein des centres de PMI pour faciliter l'accueil.
- Organisation des demi-journées de formation avec les professionnels en contact avec les familles Roms et les familles les plus précaires.
- Organisation d'atelier de sensibilisation/formation des professionnels de PMI sur le sevrage tabagique
- Organisation d'informations/sensibilisation des usagers (mères, pères et enfants) de PMI sur le tabagisme et son sevrage
- Organisation de campagnes d'information au sein des PMI, des CMS, de la maternité du CHI de Montreuil, des médecins libéraux, sur l'examen bucco-dentaire de grossesse
- Campagne d'éducation parents-enfant durant les 2 premières années de vie : réalisation de temps d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire durant les consultations de suivi et vaccination des nourrissons à 4, 11 et 18 mois, en collaboration avec les dentistes des CMS, voire les dentistes libéraux.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Services départementaux : PMI, Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Service Social Départemental (SSD), Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire (CDDPS)

Services Municipaux : centres de santé, MOUS Roms et ASV

Associations : les 3 opérateurs de la MOUS Roms, Rues et Cités, Cité Myriam et ALJ 93, les associations d'insertion...

Secteur hospitalier : maternité, pédiatrie, service social hospitalier, service de psychiatrie périnatale

Facteurs favorisant identifiés

- Existence d'un réseau périnatal de proximité
- Existence d'un travail partenarial entre les PMI et les acteurs socio-sanitaires de la Ville
- Expérience de travail en commun sur la santé des Roms
- Expérience du Département de SSD pour l'analyse de la mortalité périnatale

Facteurs contraignants identifiés

Sous démographie médicale et paramédicale globale qui impacte outre le secteur libéral, les structures telles que les CMS et les PMI

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

La DRIHL finance 50% du fonctionnement de la MOUS roms sur l'insertion.
L'ARS finance le réseau Naître dans l'Est Francilien (NEF) qui fédère notamment les réseaux périnataux de proximité

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

La MOUS roms fédère les divers acteurs agissant auprès des Roms.
Des passerelles sont créées avec les actions du Réseau précarité
CMS : médecins pour réaliser des interventions sur le tabagisme au sein des PMI, dentistes dans le cadre de l'action sur l'Hygiène bucco-dentaire.

Contribution des autres partenaires ou cosignataires du CLS

Le réseau périnatal de proximité réalise les plaquettes et les distribue au CHI. La PMI dégage un temps mensuel médical dédié aux populations Roms. Les épidémiologistes du SPAS et de la PMI analysent les données de mortalité infantile transmises par l'INSERM
Rues et Cités relance le groupe de travail santé Roms qui se réunissait en 2010
Dentistes libéraux éventuellement.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

Début 2012, démarrage des actions

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Une partie du projet est ciblée sur les populations précaires et la population ROM

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Association de l'ASV aux démarches

Pilote et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Voir comité de pilotage CLS		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Recherche menée par l'ARS (siège et DT) sur les causes de mortalité infantile en Seine-St-Denis Désignation d'un référent « ville » pour l'action CMS : généralistes, pédiatres, gynécologues, dentistes.		
Usagers non professionnels de santé	Centres maternels et accueil mères-enfants de Montreuil		
Professionnels autres que de santé	MOUS ROM, et opérateurs insertions se réunissent pour organiser l'action		
Professionnels de santé	PMI, diffusion des plaquettes PMI et séances d'animation et de consultation auprès des Rom. Professionnels de la maternité impliqués pour la distribution de plaquettes PMI du réseau périnatal de proximité		
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

- Mobilisation du réseau périnatal de proximité et de la MOUS roms
- CMS : médecins pour réaliser des interventions sur le tabagisme au sein des PMI, des dentistes pour l'action sur l'hygiène bucco-dentaire.

Indicateurs d'activité

- Nombres de séances annuelles de PMI organisées dans les aires aménagées roms
- Nombre de plaquettes distribuées dans les maternités
- Analyse de la mortalité infantile montreuilloise et définition plus précise de pistes d'action.
- Nombre de séance réalisées sur le thème du tabac et périnatalité
- Nombre de temps d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire réalisé au moment des consultations de suivi-vaccination des nourrissons à 4, 11 et 18 mois

Indicateurs de résultats

- Baisse de la mortalité infantile à terme selon les données actualisées de la monographie de l'ARS
- Taux de tabagisme chez les femmes enceintes
- Taux de tabagisme passif chez les nouveaux nés
- Prévalence de la maladie carieuse chez les enfants à Montreuil

Dispositif d'évaluation participative

Recueil auprès des populations Roms de leur perception des contacts avec la PMI

AXE 1 : AGIR POUR LA SANTE DES ENFANTS

ACTION N° 2 : DEVELOPPER DES ACTIONS DE PREVENTION, DEPISTAGE, PROMOTION DE LA SANTE ET ACCOMPAGNEMENTS DES ENFANTS EN SURPOIDS ET OBESES.

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Depuis 2005, la ville de Montreuil est engagée dans un Plan de lutte contre l'Obésité Infantile qui comporte un volet prévention, dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile.

Malgré ce programme, la prévalence du surpoids et de l'obésité infantile reste élevée. Sur l'année scolaire 2011–2012, 19 % des élèves montreuillois dépistés en CM1 présentaient un surpoids modéré ou une obésité, dont 14 % des enfants en surpoids modérés et 5 % des enfants présentant une obésité (d'après la campagne « peser-mesurer » 2011 –2012 menée par la ville de Montreuil).

Si l'on rapporte ces chiffres aux dernières études nationales la prévalence du surpoids et de l'obésité infantile était de 14.3 % pour le surpoids et de 3.5 % pour l'obésité d'après l'étude ENNS (Etude Nationale Nutrition Santé) 2006-2007.

On observe que les données de la ville de Montreuil sont au dessus des données nationales concernant l'obésité

Type d'action envisagée

Mise en oeuvre du Plan de Lutte contre l'Obésité Infantile, à travers :

La prévention nutritionnelle des enfants, des adolescents, de leurs familles et des professionnels en responsabilité auprès d'eux,

La surveillance épidémiologique et dépistage des enfants à risque d'avoir une surcharge pondérale et des enfants en surcharge pondérale.

La prise en charge médicale et diététique pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

La promotion de l'activité physique adaptée.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Améliorer l'état de santé des enfants et des adolescents en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition, à travers la mise en œuvre du Plan de Lutte contre l'Obésité Infantile de la ville de Montreuil.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Programme National Nutrition Santé, Plan Obésité

INPES Manger bouger et la fabrique à menus

Plan national de prévention de l'activité physique et sportive 2008

Rapport de l'HAS sur le développement de thérapeutiques médicamenteuses 2011

Plan Sport Santé IdF

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Plan de Lutte contre l'obésité Infantile.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Favoriser la prévention de la santé des enfants et des jeunes.
Favoriser l'intégration de la prévention dans les parcours de santé.
Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
Face aux maladies chroniques, assurer un suivi transversal et coordonné avec notamment le renforcement de la prévention primaire.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) , ville active Programme National Nutrition Santé (PNNS), Programme de réussite éducative (PRE)

Description de l'action

Porteur du projet

Direction de la Santé – service des Centres Municipaux de Santé (CMS), Service Communal d'Hygiène et de santé (SCHS)

Publics bénéficiaires de l'action

Enfants, adolescents et leurs familles de l'école maternelle au lycée dont certains établissements situés en zones prioritaires d'éducation et politique de la ville.
Enfants, adolescents et leurs familles des structures extra-scolaires (centre de loisirs, centre social, foyers, associations, ...) dont certaines structures situées en zones prioritaires d'éducation et politique de la ville.
Professionnels relais agents de la ville ou non et partenaires.

Secteur(s) géographique(s)

Ville de Montreuil, dont les territoires prioritaires politique de la ville.

Objectifs spécifiques de l'action.

1 - Axe prévention nutritionnelle :

- Développer et renforcer l'éducation nutritionnelle (alimentation et activité physique et sportive) des enfants, des adolescents, de leurs familles et des professionnels en responsabilité auprès d'eux en milieu scolaire et extra-scolaire dont certains en territoires prioritaires de la ville.
- Sensibiliser et former à l'éducation nutritionnelle (équilibre alimentaire et activité physique et sportive) des personnes relais de la ville.

2 - Axe épidémiologie et dépistage :

- Participer à la veille épidémiologique sur la prévalence du rebond d'adiposité précoce, du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.
- Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité de la population infantile montreuilloise.

3 - Axe prise en charge :

Sensibiliser, favoriser et permettre la prise en charge nutritionnelle (alimentation et activité physique et sportive) des enfants, des adolescents, en surpoids et obèses et de leurs familles à Montreuil.

Objectifs opérationnels de l'action.

1 - Axe prévention nutritionnelle :

- Mener des actions d'éducation nutritionnelle et d'activité physique et sportive auprès des enfants, des adolescents adaptées aux tranches d'âge (de la maternelle au lycée) en milieu scolaire et extra-scolaire (centre de loisirs, centre social, ...) ainsi qu'auprès de leurs familles et des professionnels en responsabilité auprès des enfants.
- Favoriser l'acquisition par des personnes relais agents de la ville ou non, des messages d'éducation nutritionnelle et à la mise en place d'actions auprès de leur public.

2 - Axe épidémiologie et dépistage :

- Recueillir et compiler les données épidémiologiques aux différentes tranches d'âge de l'enfant afin d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'obésité infantile.
- Organiser et réaliser le dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant en classe de CM1 dans les écoles de Montreuil
- Organiser et réaliser un dépistage du rebond précoce d'adiposité chez les enfants en maternelle à Montreuil
- Améliorer le suivi et la prise en charge des enfants dépistés

3 - Axe prise en charge :

- Réaliser des consultations de prise en charge médicale et diététique des enfants, des adolescents montreuillois en surpoids et obèses.
- Mettre en place une coordination sur le territoire permettant d'inciter, de faciliter, voir d'organiser, la pratique d'une activité physique régulière et adaptée pour les personnes en surcharge pondérale.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Les centres municipaux de santé et le SCHS de la ville de Montreuil mettent en place les actions suivantes à travers le développement, l'animation et le travail partenarial que nécessite la mise en œuvre du Plan de Lutte contre l'Obésité Infantile.

Un comité de pilotage du Plan composé de professionnels relais et partenaires de la ville se réunira trois fois par an. Il sera chargé de mener à bien le projet en respectant ses objectifs et son processus d'évaluation.

1 - Axe prévention nutritionnelle : assuré par les diététiciennes des CMS

- Mise en place de projets d'éducation nutritionnelle auprès des enfants et adolescents (de la maternelle au lycée) en milieu scolaire et extra-scolaire dont certains dans les territoires prioritaires politique de la ville.
- Conseil méthodologique en éducation nutritionnelle

2 - Axe épidémiologie et dépistage : Le Service Communal d'Hygiène et de Santé met en place un recueil les données épidémiologiques concernant le surpoids et l'obésité infantile auprès des partenaires de la ville (service de Protection Maternelle et Infantile et service de santé scolaire) puis il compile ses données. La méthode de compilation, de traitement, d'exploitation et de publications des données fera l'objet d'une thèse d'exercice en médecine générale en 2014..

Il organise et réalise la campagne « peser et mesurer » dans les écoles de Montreuil pour les enfants en classe de CM1. Suite à ce dépistage fait par un agent de la ville un courrier d'information est envoyé aux familles puis un accompagnement vers une prise en charge est proposé. Des outils de communication/information à destination des familles, des enfants et des professionnels sont réalisés afin d'optimiser cette prise en charge.

Un protocole permettant de dépister et de prendre en charge le rebond précoce d'adiposité chez les jeunes enfants est en court d'écriture dans le cadre d'un autre projet de thèse d'exercice de médecine générale. Il devrait être finalisé en 2014 et être mis en place en 2015.

3- Axe prise en charge :

Le service des Centres Municipaux de Santé (CMS) réalise des consultations de prise en charge diététique et médicale destinées aux enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

Un partenariat avec le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPOP) 93 sera étudié.

Mise en place d'une coordination sur le territoire permettant d'inciter, de faciliter, voire d'organiser, la pratique d'une activité physique régulière et adaptée pour les personnes en surcharge pondérale.

Moyens matériels :

Équipement des centres municipaux de santé de la ville de Montreuil.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Au niveau du Plan de Lutte contre l'Obésité Infantile :

Services Municipaux :

- Centres municipaux de santé, Service Communal d'Hygiène et de Santé,
- Atelier Santé Ville, Service Education, Service Enfance, Service Jeunesse, Direction des sports
- Service propreté des bâtiments, restauration collective et vie scolaire,
- Service Politique de la ville, , Antennes vie de quartiers,
- Centres sociaux, Service communication, ...

Partenaires extérieurs :

- l'Education Nationale (enseignants, conseillères pédagogiques, infirmières et médecins scolaires...),
- Fédération de parents d'élèves,
- Conseil général de Seine Saint-Denis : Protection Maternelle et Infantile (PMI),
- Centre Hospitalier Inter-Communal de Montreuil,
- Amicale des Médecins de Montreuil,
- Des associations : association de quartiers, associations sportives, l'Athlétic-club de Montreuil, Unis cité, Société Régionale d'Horticulture de Montreuil, ...

Facteurs favorisant identifiés

Programme National Nutrition Santé et Plan Obésité,

L'ARS et le Plan régional de Santé,

Plan de Lutte contre l'Obésité Infantile de la ville de Montreuil.

Le réseau de partenaires interne et externe de la ville et le travail partenarial.

L'accueil d'étudiants de thèse en médecine.

Facteurs contraignants identifiés

Nécessité de mobiliser durablement et en partenariat des moyens humains matériels et financiers conséquents

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Financement ARS 2013 :	
Dépistage de l'obésité infantile	20 000€
Prévention de l'obésité et de la dénutrition des personnes âgées	27 000€
Dépistage et accompagnement des personnes en surcharge pondérale	20 000€

Contributions de la Politique de la Ville

Action spécifique financée par l' ACSE sur 10 écoles en ZUS
Financement ACSE 2011 – 2012 : 10 000 €

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

Action en cours depuis 2005.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Interventions auprès des enfants et adolescents en milieu scolaire et extra-scolaire et auprès de leurs parents dont certains établissements situés en zones prioritaires d'éducation et politique de la ville.

Interventions dans les maisons de quartiers et associations.

Consultations gratuites pour favoriser l'accès des familles en difficultés.

Accès privilégié à la prise en charge des enfants en surpoids / obèses, par le biais du partenariat avec les services de PMI et de santé scolaire.

Consultations avec supports imagés.

Accès facilité à la pratique d'activités physiques

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Priorité d'interventions dans les quartiers politique de la ville.

Intervention dans 4 Centres Municipaux de Santé de Montreuil, dont 3 Centres Municipaux de Santé (Léo Lagrange, Daniel Renoult et Tawhida Ben Cheikh) situés en quartiers politique de la ville (géographie prioritaire du CUCS).

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'Atelier Santé Ville participe au Plan de Lutte contre l'obésité Infantile.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? articulation avec les autres volets de la Politique de la ville

Le service politique de la ville a intégré cette thématique au volet santé du CUCS et dans le cadre de l'appel à projet.

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Appui politique et communication		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Pilotage technique par SCHS, CMS, ASV, service enfance et éducation	Pilotage par les techniciens de la commune	
Usagers non professionnels de santé	Mise en oeuvre	Spécifique en fonction de leurs compétences	
Professionnels autres que de santé	Mise en oeuvre	Spécifique en fonction de leurs compétences	
Professionnels de santé	Mise en oeuvre Suivi Evaluation	Spécifique en fonction de leurs compétences	
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Les services municipaux procéderont à une évaluation du processus et des résultats (en particulier une évaluation des objectifs opérationnels), tout au long de l'année, pour chaque axe.

Méthodes d'évaluation :

Par auto questionnaire : pour les jeunes, les parents d'élèves et les professionnels relais.

Et/ou

Par entretien collectif (bilan oral) : pour les jeunes.

Les services municipaux effectueront une évaluation finale globale du projet, en utilisant les mêmes méthodes d'évaluation et grâce à la synthèse de l'évaluation de chaque structure, suivant les indicateurs présentés ci-dessous.

Indicateurs de processus

Perception de la qualité du projet (objectifs, respect des axes de travail, cohérence des actions mise en place, contenus des interventions, mise en œuvre des consultations, techniques et outils d'animation, partenariat, évaluation, ...).

Taux de satisfaction par rapport au projet.

Indicateurs d'activité

1 - Axe prévention nutritionnelle :

- Nombre structures concernées (établissements scolaires, extra scolaires, associations, foyers, ...).
- Nombre d'enfants, adolescents, parents, d'adultes, professionnels et partenaires ayant été directement touchés par les projets,
- Nombre et type projets menés,
- Nombre et type de séances réalisées,
- Nombre de professionnels relais et parents impliqués dans la démarche,
- Nombre de professionnels relais concernés ayant bénéficié d'un conseil méthodologique adapté à leur population et type de conseils donnés.

2 - Axe épidémiologie et dépistage :

- Nombre d'enfants ayant participé au dépistage en classe de CM1,
- Nombre d'enfants dépistés en rebond précoce d'adiposité, en surpoids et en obésité,
- Nombre d'enfants ayant consulté un professionnel de santé suite au dépistage.

3- Axe prise en charge :

- Nombre de consultations diététiques réalisées (répartition par sexe et âge),
- Nombre de patients ayant eu un suivi diététique
- Nombre de patients ayant des pathologies associées et types de pathologies associées,
- Nombre de personnes adressées par les praticiens des centres municipaux de santé et les professionnels de santé extérieurs aux CMS (médecins libéraux, infirmières et médecins scolaires...)
- Nombre de personnes adressées par les diététiciennes pour un bilan d'aptitude physique.
- Nombre de consultations pour un bilan d'aptitude physique réalisées (répartition par sexe et âge),
- Nombre de réentrainements à l'effort réalisé.
- Nombre et type d'orientation vers une activité physique adaptée.

Indicateurs de résultats

1 - Axe prévention nutritionnelle :

- Evaluation des connaissances et comportements « avant-après » ou « après » le projet des personnes directement concernées par celui-ci,
- Utilisation pratique des connaissances acquises par les participants lors des actions,
- Evaluation de satisfaction des participants aux actions menées,
- Evaluation de satisfaction des personnes relais, professionnels et partenaires ayant participé aux actions menées,
- Degré d'implication des personnes relais, professionnels et partenaires lors de la réalisation des projets,
- Evaluation de satisfaction des personnes relais, professionnels et partenaires sur le conseil méthodologique apporté,
- Evolution de l'obésité et la surcharge pondérale en milieu scolaire à Montreuil en comparaison avec d'autres villes similaires sans programme d'éducation nutritionnelle et avec les données de l'évolution nationale.

2 - Axe épidémiologie et dépistage :

Evolution du surpoids et de l'obésité infantile sur la ville de Montreuil avec une attention particulière portée sur la réduction de l'obésité infantile dans les quartiers Politique de la ville comparée à la réduction dans les autres quartiers.

3 - Axe prise en charge :

Pourcentage d'enfants dépistés en surcharge ou en rebond précoce ayant un IMC se rapprochant de l'IMC moyen pour leur âge

AXE 1 : AGIR POUR LA SANTE DES ENFANTS

ACTION N°3 : ORGANISER DES ACTIONS DE SENSIBILISATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE ET A LA CONSULTATION DE DEPISTAGE « M'T DENTS » AUPRES DES ELEVES ET SE TOURNER VERS LES ENFANTS HANDICAPES EN IME

Cadrage et légitimité de l'action

Les pathologies bucco-dentaires représentent un enjeu majeur de santé publique en raison notamment de leur fréquence et des répercussions importantes sur la santé générale. Elles constituent par ailleurs un marqueur des inégalités sociales de santé.

La prise en charge de la santé bucco-dentaire est un parfait exemple de la nécessité de décloisonner les différents secteurs du système de santé.

Une réelle difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires sur le département est mise en avant par les acteurs de terrain.

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

L'importance de la carie dentaire précoce est un constat national fait par la santé scolaire particulièrement dans les quartiers ZEP.

Une action de dépistage/sensibilisation a été menée durant l'année scolaire 2012/2013 auprès de 4 écoles maternelles du haut Montreuil, elle montrait que 33 % des enfants scolarisés en grande section présentaient au moins une lésion carieuse. Cette action a permis de voir qu'il existait des différences majeures de prévalence d'une école à l'autre.

- École Paul Lafargue : 24 %
- École Daniel Renoult : 28 %
- École Anatole France : 38 %
- École Romain Rolland : 40 %

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Un agent de prévention de la Ville en partenariat avec le Conseil Général de la Seine-Saint-Denis et la CPAM, a mis en place une animation pour les enfants de CP.

Engagement des CMS dans la prise en charge des enfants et adolescents en situation de handicap à travers une convention avec le Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques D'Ile de France (RHAPSODIF)

Volonté de reprendre les actions en direction des élèves de grandes sections maternelles dans les écoles et de les accueillir au CMS

Type d'action envisagée

Mise en place d'une équipe technique locale de travail bucco-dentaire

Animation autour de l'apprentissage du brossage des dents, de la prévention des caries et de la motivation de consulter un dentiste avec le dispositif M'T Dents. Promotion du dispositif MT'Dents

Sensibilisation/formation des professionnels encadrant les enfants (établissements scolaires, centres de loisirs)

Sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire par les praticiens et assistants dentaires des CMS dans les écoles maternelles pour les élèves de grandes section maternelle et mise en place de techniques de brossages adaptées, dépistage et suivi

Dépistage et découverte du cabinet dentaire par les enfants sur le CMS Daniel Renoult

Action de sensibilisation/formation des futurs et jeunes parents à la santé bucco-dentaire du nourrisson.

Actions d'information/sensibilisation/formation sur la santé bucco-dentaire des professionnels travaillant en IME

Réalisation de soins dentaires en IME

Adaptation de l'accueil (circulation) et des soins (praticiens formés, sédation consciente) au sein des services dentaires des CMS pour les patients porteurs de handicaps.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Prévention bucco-dentaire, dépistage

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Programme départemental de prévention bucco-dentaire.
Programme national M'T dents.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Priorité à la santé des jeunes et des enfants et accès à la prévention et à la santé des personnes en situation de handicap.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Le combat contre les inégalités sociales de santé particulièrement fortes chez les enfants en matière de caries dentaires.
Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
Favoriser l'accès aux campagnes de prévention et de dépistage aux soins pour les personnes handicapées.
Promouvoir l'équité en santé et protéger les plus vulnérables.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

M'T dents programme CPAM
Programme de prévention dentaire du Conseil général

Description de l'action

Porteurs du projet

Ville de Montreuil - Service Communal d'Hygiène et Santé et CMS service dentaire

Publics bénéficiaires de l'action

Tous les enfants de Cours Préparatoire dans le cadre de MT Dents
Les grandes sections maternelles et enfants en IME
Couple parents-enfant dans la période péri-natale
Enfants en centre de loisir

Secteur(s) géographique(s)

Toutes les écoles et centres de loisir de la ville de Montreuil, Instituts Médico Educatifs volontaires

Objectifs opérationnels de l'action.

Apprendre aux publics visés à se brosser les dents et les sensibiliser à l'importance des consultations préventives et curatives précoces.

Conseils d'hygiène bucco dentaire, dépistage et traitement précoce.

Description de l'action

Action 1 : dépistage et sensibilisation en grande section de maternelle

Séance d'une heure par classe, l'animation consiste à informer les enfants de l'apparition de caries et la prévention de celles-ci, animation de brossages de dents, dépistage des lésions carieuses et orientation pour leur prise en charge

Action 2 : prévention bucco-dentaire du nourrisson

- Campagne d'information/sensibilisation auprès des PMI, des CMS, de la maternité du CHI de Montreuil, des médecins libéraux pour qu'ils assurent auprès de leur patientes enceintes la promotion de l'examen bucco-dentaire à faire dès le 4^{ème} mois de grossesse.
- Campagne d'éducation parents-enfant durant les 2 premières années de vie : réalisation de temps d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire durant les consultations de suivi et de vaccination des nourrissons à 4, 11 et 18 mois.

Action 3 : action brossage des dents en CP (action MT dent)

Action 4 : action brossage + formation des professionnels des centres de loisir

Réalisation d'une séance d'éducation au brossage des dents dans un centre de loisir + formation du personnel du centre de loisir à la réalisation de la même action le reste de l'année.

Il est prévu de renforcer les actions dans les quartiers ZEP et dans les établissements montrant une plus forte prévalence des lésions carieuses lors des dépistages.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Service enfance
Conseil Général de la Seine-Saint-Denis
CPAM
Service éducation
IME établissements accueillant des enfants
Education Nationale écoles élémentaires de la ville.
Réseau RHAPSODIF
PMI
Mission Handicap
Atelier Santé Ville.

Facteurs favorisants identifiés

Soutien pédagogique, et financier du Conseil général,
Expérience de prise en charge des publics visés
Compétence et expérience de prise en charge de publics en situation de handicap et formations adaptées, accessibilité du service dentaire des CMS.

Facteurs contraignants identifiés

Faible articulation avec la santé scolaire.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Convention de partenariat et financement ville de Montreuil - réseau RHAPSODIF relative à la prévention et aux soins bucco dentaires des personnes en situation de handicap : soutien financier de l'ARS au réseau RHAPSODIF.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Organisation des animations par l'agent de prévention.
Implication des professionnels de santé dentistes et assistantes dentaires des CMS

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :

Conseil général et CPAM
Financement mixte annuel CPAM , CG 93 de 9 840 €
Accompagnement pédagogique et fourniture de matériel par le CG 93 à l'agent de prévention.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique.

Année scolaire, reconductible

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Forte prévalence de la carie dentaire dans les quartiers ZEP.(Réf DREES n°737 septembre 2010 : La santé des enfants en grande section de maternelle).
Il est prévu de renforcer les actions dans les quartiers ZEP et dans les établissements montrant une plus forte prévalence des lésions carieuses lors des dépistages.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Idem

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Participation de l'ASV au groupe de travail

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? articulation avec les autres volets de la Politique de la ville

PRE
CUCS

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Comité de pilotage du CLS		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	SCHS et l'agent de prévention de la ville fait les animations dans les écoles		
Usagers non professionnels de santé	Enseignants Equipes éducatives		
Professionnels autres que de santé	Mission handicap ASV/ soutien et copilotage		
Professionnels de santé	Chirurgiens dentistes et assistantes dentaires des CMS : actions de sensibilisation, animation d'ateliers, visite du service dentaire/ santé scolaire/ PMI		
Autres	Conseil général : le SPAS organise des réunions d'échanges de pratiques et de bilans		

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

65 classes de CP à Montreuil

Indicateurs de processus

Réunions PMI, santé scolaire, dentistes des CMS, SCHS

Indicateurs d'activité

- Nombre de classes de grande section touchées et nombre d'enfants.
- Nombre de classes sensibilisées sur nombre total de classes pour le niveau CP.
- Nombre de centre de loisir bénéficiaires de l'action 4
- Nombre de temps d'éducation parents-enfant réalisés dans le cadre de l'action 3

Indicateurs de résultats

- Nombre de visites de groupes au CMS
- Nombre de dépistage au fauteuil
- Nombre d'enfants dépistés (porteur d'au moins une carie dentaire)Nombre d'enfants en situation de handicap pris en charge
- Nombre de femmes enceintes réalisant l'examen bucco-dentaire de la grossesse (chiffre CPAM/CG93)
- Six ans après la mise en place l'action 3, réduction de la prévalence des caries constatées lors de l'action 1

Dispositif d'évaluation participative

Recueil par les enseignants de la perception des enfants sur l'intérêt et la réalité du brossage dentaire et de la consultation dentaire.

AXE 2 : AGIR POUR LA SANTE DES ADOLESCENTS

ACTION N°4 DEVELOPPER UN RESEAU LOCAL SANTE-ADOLESCENTS AUPRES DES ADOLESCENTS DE 12 A 19 ANS.

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Il s'agit d'une période de changements corporels et psychiques importants avec la nécessité d'accompagner les prises de risque fréquentes qui surviennent. Il y a nécessité de mieux planifier, coordonner, évaluer les interventions en milieu scolaire facilitant une culture adolescente préventive et solidaire ; il y a nécessité aussi de développer un repérage et des liens entre les lieux-ressource, de favoriser l'intégration au système de soins en travaillant étroitement avec la mission locale pour l'emploi qui est en lien avec des jeunes ayant quitté l'école à 16 ans.

Un travail spécifique existe au sein de l'Education nationale et au sein du Programme Réussite Educative afin de gérer les exclusions temporaires et de prévenir la déscolarisation, phénomènes témoins de fragilité.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Groupe de travail 2011 dans le cadre du PLSP avec mémoire Master 2 de santé publique intitulé « Approches territorialisées en santé : étude qualitative portant sur les perspectives locales de promotion de la santé des jeunes » réalisée à Montreuil en 2011.

Mise en place du réseau en 2012-2013 avec différents sous-groupes de travail.

Mise en place d'une action d'information et de sensibilisation à la consommation d'alcool et de cannabis et de dépistage des conduites addictives.

- Dans ce cadre 519 élèves de 4^{ème} ont rempli un auto-questionnaire de dépistage de dépendance.
- 15% ont eu un score témoignant d'une dépendance mais seulement 28% de ces collégiens « dépendants » déclarent qu'ils vont se faire prendre en charge.
- 8% déclarent avoir des alcoolisations ponctuelles excessives.

Type d'action envisagée

Dans le cadre de la création progressive d'un réseau Santé-Adolescents sur la Ville, identification et développement de liens entre les intervenants potentiels avec cycle de conférences publiques, étude de faisabilité pour la mise en place de consultations spécifiques, coordination de programmes d'animation en milieu scolaire et auprès de la mission locale d'insertion des jeunes.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Amélioration de la santé des jeunes

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Plan national Santé des jeunes

Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013- 2017

Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010- 2014

Versini D. Adolescents en souffrance. Plaidoyer pour une véritable prise en charge. Défenseure des enfants ARS PSRS Ile de France – 2011
Le Lay E, Haisseau B. « Dialogue et Education pour la santé avec un adolescent : état des connaissances », INPES, Repères pour votre pratiques, 2009.
L'abord culturel du « prendre soins de soi » a été développé comme un axe majeur.
Les assises montreuilloises de la culture 2011-2012 sont une opportunité pour promouvoir un versant culturel en direction des adolescents.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Priorité de la politique municipale tournée vers la santé des jeunes

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

PSRS 2011, revalorisation de la place de la prévention et renforcement des réseaux de santé.
Agir sur les comportements individuels et sociaux de la santé.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

CUCS – Ouverture d'une Maison des parents sur le quartier Boissière et Programme Réussite Educative.
Association Rues et Cités et Léa fortement implantées pour la prévention auprès des jeunes sur la Ville.
Le groupe de travail santé-adolescents 2011 de préparation du CLS a permis à un grand nombre d'acteurs sur la Ville de se rencontrer et d'échanger
Dans le cadre de la contractualisation en matière de service civique, un volontaire est affecté au soutien d'une dynamique « santé-adolescents »
L'Education nationale et le service de PMI et Planification Familiale programment des animations en direction des élèves en matière d'éducation à la sexualité. Le département finance les 6 centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) dans Montreuil et le CPEF hospitalier.

Description de l'action

Porteur du projet

Direction Santé ville de Montreuil : Mission santé adolescents - - CMS

Publics bénéficiaires de l'action

Adolescents 12 – 19 ans et parents d'adolescents

Secteur(s) géographique(s)

Tout Montreuil

Objectifs opérationnels et description de l'action.

Développer un cycle de conférences grand public sur l'adolescence en lien avec les acteurs : santé scolaire – psychiatrie ado – Etap ado – clubs de prévention – maison des parents – PMI/planification familiale.

Organiser des séances de sensibilisation auprès de toutes les troisièmes en priorisant le thème sexualité / contraception – Prévention Infections Sexuellement Transmissibles (IST) / lutte contre les violences sexistes en lien avec les CPEF y compris dans les structures médico-éducatives volontaires pour enfants handicapés. Des intervenants sur la prévention des addictions seront aussi recherchés.

Développer une connaissance des troisièmes sur les lieux ressources consultations santé ado, centres de planification familiale, espace tête à tête, relais Etap ado et actualiser l'annuaire santé montreuillois et son chapitre « adolescents ».

Mise en place du guide réseau santé ado effectué.

Etudier la possibilité notamment en lien avec le département d'ouvrir une consultation adolescents en CMS avec orientation des jeunes reçus à la mission locale pour l'emploi et faciliter l'accès à des consultations dentaire, ophtalmologie et nutrition.

Développer une réflexion prospective sur un réseau de lieux culturels adolescent qui établiraient des passerelles avec la santé.

Participer à la recherche sur la déscolarisation menée par l'Education nationale et travailler avec le PRE chargé d'accompagnement sur les exclusions temporaires.

Développer un partenariat avec des médecins généralistes pour engager le dialogue avec les adolescents sur leurs difficultés

Description des leviers d'actions

Constitution d'un réseau à travers les actions menées en 2012-2013

Ouverture de l'Education nationale et de sa mission de lutte contre le décrochage scolaire pour engager un partenariat avec le réseau santé adolescents.

Forte sensibilisation au manque de coordination et de résultats en terme de couverture pour ce qui est des actions d'information-débat sur la sexualité auprès des jeunes.

Implication du café la pêche dans le réseau santé adolescent et actions déjà engagées sur la prévention des risques auditifs.

Implication du SMJ

Mise en place d'une consultation précarité gratuite en CMS.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

CMS, SCHS, ASV, mission handicap

CPEF et service de PMI

Service jeunesse

Direction de la culture

Mission locale pour l'emploi

CMP ado et CMPP

Léa, rues et Cité, Ensemble notre quartier (Maison des parents)

Education nationale et santé scolaire

Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS), AIDES, Tête à tête

Facteurs favorisant identifiés

Consensus sur l'enjeu d'agir

Un jeune du service civique volontaire en soutien à l'animation du réseau

Une mission santé des adolescents ville dédiée

Facteurs contraignants identifiés

Contribution de l'ARS

Soutien méthodologique et financier

Contributions de la ville et de ses établissements publics

Ville Consultations en CMS
 Organisation des conférences
 Implication du café municipal la pêche

 Réactualisation annuaire santé et
 Mobilisation des équipes planification familiale des CMS et de la PMI
 Recrutement d'un volontaire du service civique en appui
 Appui du service communication avec la mise en place d'un guide réseau santé des ados

Contributions de la Politique de la Ville

Contribution ACSE financement Maison des parents
Articulation avec le programme Réussite Educative
Cofinancement CUCS/État/ARS de l'action Solienka visant la prise en charge psychologique des jeunes et de leurs familles

Contribution des autres partenaires ou co-signataires du CLS

Autres partenaires : travail en réseau
Education Nationale : animation groupe de travail déscolarisation adolescents et interventions sur la sexualité
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) : financement interventions en milieu scolaire sur prévention des addictions
Conseil Général : mission légale sur la Planification Familiale et engagement concernant la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

2011 Concertation d'un groupe de travail santé adolescents
 Première réunion novembre 2011 – équipes de santé scolaire / planification familiale / intervenants addictions

2012 Arrivée d'un volontaire du service civique

Juin 2012 Bilan partagé des interventions faites sur l'année 2011-2012

Sept. 2012 Réunion de planification des interventions 2012-2013

2013 Publication du guide santé ado, réalisation des 2 lettres info réseau ado et de deux conférences débat

2014 Initiatives de concertation avec les médecins généralistes et développement d'animations avec le café la pêche

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Moindre connaissance des réseaux-ressource pour les adolescents au sein des familles touchées par la pauvreté et la précarité.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Maison des parents située en quartier Politique de la ville

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Articulation avec l'Atelier Santé Ville et le Programme Réussite Educative
Et le CUCS notamment dans le cadre des actions et projets cofinancés dans le CUCS

Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, santé et jeunesse	Pilotage politique	réunion annuelle bilan perspective	
Médecin chargé mission santé adolescents	Coordination de projet Pilotage technique		
Médecin CMS	Consultation médicale spécifique		
Service civique volontaire	Animations partenaires		
Etap ado Maison des adolescents Associations de parents d'élèves	lien avec les délégués de classe information concertation sur le projet de réseau		
Professionnels autres que de santé	Notamment la mission locale intercommunale co-porteur de la réalisation du guide ressource santé ados		
Professionnels de santé Spécialistes ophtalmo-dentiste-nutritionniste	Facilitation d'accès aux consultations		
Autres : Service municipal jeunesse, LEA, PRE	Partenariat, relais locaux		

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Réunion d'un groupe de coordination technique d'animation du réseau

Indicateurs de processus

Création d'une lettre du réseau local santé adolescents
Mise en place d'un guide ressource santé des adolescents

Indicateurs d'activité

- Nombre de conférences adolescence organisées
- Nombre de consultations adolescents mis en œuvre annuellement
- % d'enfants en troisième touchés par des séances de sensibilisation sexualité
- Nombre de situations d'enfants décrocheurs scolaires pour lesquelles la mission santé adolescents aura donné un éclairage

Indicateurs de résultats

Elaboration du projet : lieux culturels santé adolescents sur Montreuil

Dispositif d'évaluation participative

Analyse des fiches élèves retour suite aux séances éducation à la sexualité

AXE 3 : AGIR POUR LA SANTE DES FEMMES

ACTION N°5 : DEVELOPPER UNE ACTION PARTICIPATIVE AVEC DES FEMMES D'UN QUARTIER POLITIQUE DE LA VILLE SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

La prise en compte des avis et compétences des habitants dans les domaines qui les concernent directement, leurs conditions de vie en premier lieu, fait partie de longue date des orientations de la politique locale de santé.

Un poste de chargé de mission en santé communautaire a été créé à l'ASV en 2007 et a permis d'engager une dynamique d'action avec des habitants de plusieurs quartiers (Jean Moulin, Cité Coli, Beaumarchais, quartier La Noue).

Dans le cadre de l'élaboration du CLS, des forums santé organisés sur les 6 secteurs géographiques de la ville ont été l'occasion de développer l'esprit de la démarche coopérative et d'identifier des problématiques de santé infra communales.

Le cancer du sein est de loin le plus fréquent chez la femme avec 52 600 nouveaux cas en France estimés en 2010.

Chez les femmes, il devance les cancers du poumon, les suicides, l'alcoolisme et les accidents de circulation et il représente 18,8 % des décès par cancers féminins.

S'il est dépisté à un stade précoce, il est guéri dans 9 cas sur 10.

Selon les données du Comité Départemental des Cancers 93, à Montreuil sur les différentes campagnes de dépistages organisés de 2005 à 2012, le pourcentage de femmes utilisant le dispositif est globalement moindre que sur le département même si on note une amélioration du recours sur cette période avec en 2011 et 2012 un taux de recours pour Montreuil de 43,8 % vs 43,6 % pour la Seine-Saint-Denis.

Afin d'inciter à ce dépistage, différentes actions ont déjà été menées :

la ville est annuellement le relais de la campagne nationale octobre rose, le CDC a réalisé en lien avec l'ASV une information des structures de proximité et relais pour améliorer le recours au dépistage.

Dans le cadre de la démarche en santé coopérative, deux actions ont été menées en 2009 au centre social Lounès Matoub : une projection du film « T'as fait ta mammo ? » suivie d'une animation sur le thème du cancer du sein, réalisé par les femmes de l'association Soleil Santé (Bondy).

Une action similaire a été menée en octobre 2013 au centre social Espéranto (quartier Le Morillon) : diffusion du film « t'as fait ta mammo », présentation du dépistage organisé par une intervenante du CDC 9, présence d'une infirmière du CMS Daniel Renault.

Etat 2012-2013 de l'action : étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Rencontre du CDC 93 et présentation de la fiche auprès de plusieurs associations de femmes (Association des femmes du Morillon, Association des femmes maliennes, LEA antenne parents, Vivons notre quartier...).

Une action d'information/échanges a été menée sur le quartier du Morillon (oct 2013), les quelques femmes présentes pourraient potentiellement se mobiliser dans le cadre d'une action en santé communautaire.

Type d'action envisagée

La sous utilisation du dispositif nécessite donc une nouvelle modalité d'intervention, il est proposé d'intégrer une démarche coopérative en santé à cette action.

Avant de lancer ces actions, il est nécessaire de partager les constats départementaux sur la question du dépistage du cancer du sein avec les différents acteurs de terrain locaux afin d'établir une culture partagée.

Une fois cela réalisé, les actions déjà mises en œuvre identifiées, seront préfigurées ces deux actions avec une ou des association(s) de femmes non déterminées à ce jour (par exemples l'association des femmes de Jean Moulin, association des femmes des Morillons, l'association « vivons notre quartier »...)

La ville sera aussi le relais de la campagne nationale annuelle d'information Octobre Rose.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Améliorer le recours au dispositif départemental de dépistage organisé de cancer du sein des montreuilloises de 50 à 74 ans.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Plan cancer 2009/2013 mesure 14 à 17

Arrêté du 29 septembre 2009 relatif aux programmes de dépistage des cancers

Arrête du 24 janvier 2008 portant introduction de la mammographie numérique

Référence Dépistage Organisé Cancer du Sein : Baisse de 20 à 30% de la mortalité par cancer du sein avec l'hypothèse de 70 % de taux de participation de la population cible acceptable. Objectif un taux désirable de 75 %. (Guide européen en matière d'assurance qualité du dépistage mammographique" 4ème version 2006).

L'expérience des femmes de Bondy soleil santé avec le soutien méthodologique de l'Institut Renaudot : « Concilier santé publique et citoyenneté , soleil santé, une expérience participative sur le dépistage organisé du cancer du sein » Février 2006.

« Concilier santé publique et citoyenneté - conditions de transfert d'une démarche participative de sensibilisation au dépistage du cancer du sein » Mai 2011.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Le PLSP prévoit explicitement de promouvoir la démarche coopérative et l'ARS souhaite promouvoir une approche intégrée qui, à chaque fois que c'est utile et nécessaire, privilégiera le préventif au curatif.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

La conférence de territoire de santé de Seine-Saint-Denis précise dans sa contribution au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) « l'importance de prendre en compte les besoins, la créativité et les compétences des personnes (habitants, usagers et associations) »

Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) : Garantir à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé/ entrer au bon moment dans le parcours de santé/ Renforcer l'accès au dépistage organisé

PRS et Schéma régional de prévention :

Axe 1 : Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Action/Priorité 2 : « co construire avec les usagers/citoyens en promouvant des diagnostics de santé partagés ainsi que la santé communautaire »

Axe 6 : Poursuivre les actions partenariales répondant aux besoins des Franciliens

Action/Priorité 3 : Développer le DO des cancers

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Volet santé de l'agenda 21 dont un des axes est la mise en œuvre du PLSP
CUCS dans l'objectif général de l'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de vulnérabilité sociale.

Description de l'action

Porteur du projet

Direction de la santé
Atelier Santé Ville : Chargée de mission santé communautaire
CDC 93

Publics bénéficiaires de l'action

Les femmes de 50 ans à 74 ans, les femmes plus jeunes pourront être relais.
Les femmes en situation de vulnérabilité sociale dans cette tranche d'âge

Secteur(s) géographique(s)

Ville entière
Territoires politique de la ville

Objectifs opérationnels de l'action.

Renforcer l'utilisation du dépistage organisé du cancer du sein par le développement des modes de promotion de la santé dans lesquels les habitants sont acteurs.
Réduire les inégalités sociales de santé dans l'accès au dépistage.

Il faudra prendre en compte la nécessité d'une information équilibrée sur le rapport bénéfices/risques de la mammographie conformément à l'obligation d'information préalable des patients sur toute intervention qui leur est proposée.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Cette action consistera à la promotion du dépistage du cancer du sein par l'accompagnement d'une association ou d'un groupe de femmes qui sera relais d'information et promouvra le dispositif de dépistage organisé, en valorisant les aspects qualitatifs (double lecture, formation spécifique des radiologues..) et l'absence d'avance de frais pour les usagers.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Habitantes volontaires non organisées, associations de femmes comme par exemple l'association des femmes des Morillons, l'association Vivons Notre Quartier, autres associations de femmes locales ..., centres sociaux, service RSA , CCAS, CMS, politique de la ville, développement vie des quartiers, ASV, CdC93, en lien avec les membres du Groupement d'Intérêt Public qui le compose : ARS idf, Conseil général 93, CPAM 93, Comité départemental de l'Ordre des médecins, organisation de professionnels et d'usagers, association de dépistage (ARDEPASS).

Autres personnes ressources pouvant être relais

Facteurs favorisants identifiés

Existence d'un(e) chargé(e) de mission santé communautaire à l'ASV depuis 2007

Historique de la démarche sur la ville

Equipes développement vie des quartiers

Une action et expérimentation déjà menée à Bondy

(Un historique sur l'accompagnement des femmes de Jean Moulin)

Facteurs contraignants identifiés

- Sollicitation des habitant(e)s sur d'autres démarches participatives.
- Les temporalités différentes : c'est une démarche de long terme difficilement évaluable sur une année civile.
- La question du cancer du sein n'est pas une problématique identifiée par les habitants à ce jour, ni par une association de femmes au plan local.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Contribution financière, en particulier pour l'ASV

Soutien méthodologique et financier

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Agents des services, antennes de quartiers et centres sociaux

Contributions de la Politique de la Ville

Soutien aux associations impliquées, contribution financière de l'ACSE sur la démarche ASV, dont le poste de chargée de mission en santé communautaire.

Contribution des autres partenaires ou co-signataires du CLS

Les différents acteurs associatifs socio-sanitaires mais aussi de la politique de la ville, le CDC 93, la CPAM93, les habitantes

Contribution du CDC 93 : Données chiffrées actualisées ; documentation ; mobilisation en tant que de besoin pour aide méthodologique.

ESPT, LEST dans le cadre de l'étude de la géographie de la santé.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

2012 avec le remplacement du poste de chargé de mission en santé communautaire.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

- La démarche coopérative participe au rétablissement de la dignité des personnes en leur reconnaissant des compétences, en leur laissant une place d'acteur à part entière. Elle contribue donc à la réduction des inégalités comme déterminant majeur de santé, au sens proposé par Richard Wilkinson.
- En lien avec la CPAM, une attention particulière est portée sur les publics bénéficiaires de la CMUc.
- Des outils spécifiques sont disponibles pour communiquer avec les non-francophones

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Le gain de dignité des habitants des secteurs les moins favorisés de la ville est susceptible de réduire les écarts d'implication citoyenne entre les différents secteurs.

Un travail de géocodage mené par le CDC93 doit permettre une meilleure connaissance des zones géographiques non répondantes au Dépistage Organisé et permettre un travail de réduction des écarts infra-communaux. A ce titre, un travail de géographie de la santé, en partenariat avec ESPT et LEST, est en cours en 2013-2014

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Participation de l'ASV et de son ou sa chargé(e) de mission en santé communautaire dans la mise en place de la démarche coopérative avec les habitants sur le dépistage du cancer du sein.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? articulation avec les autres volets de la politique de la Ville ?

Articulation avec le CUCS, l'étude action d'ARFOS sur deux secteurs où des associations de femmes seront éventuellement mobilisables.

Pilote et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Conseiller municipal délégué à la Prévention et à la Santé : pilote Conseillère municipale déléguée à la politique de la ville : appui et soutien de la démarche	politique	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	ASV : Chargée de mission en santé communautaire CDC93 CPAM Montreuil et CPAM 93 ARS Ville : CMS, Chef de projet CUCS, service développement vie des quartiers, responsables de secteurs, Direction des solidarités (centres sociaux)	Pilotage technique Copilotage appui technique Appui technique Appui technique Appui relatif à l'action et participation dans la mise en œuvre du projet	
Usagers non professionnels de santé	Acteurs de l'action : habitantes notamment, association de femmes locales et de proximité : relais	Acteurs de l'action et relais d'information	
Professionnels autres que de santé	Associations de proximité, de femmes, lieu de vie des femmes	Relais d'information sur l'action Promotion de l'action sur le territoire	
Professionnels de santé	Médecins libéraux infirmières libérales, associations locales socio-sanitaires	Relais d'information sur l'action Promotion de l'action sur le territoire	
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de processus

- Mise en place effective d'une ou plusieurs actions coopératives sur la question du dépistage du cancer du sein.
- Nombre de femmes touchées par ces actions
- Nombre de femmes impliquées dans l'organisation des actions

AXE 3 : AGIR POUR LA SANTE DES FEMMES

ACTION N°6 : DEVELOPPER UNE ACTION PARTICIPATIVE AVEC DES FEMMES D'UN QUARTIER POLITIQUE DE LA VILLE POUR PROMOUVOIR UNE MEILLEURE NUTRITION

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

La prise en compte des avis et compétences des habitants dans les domaines qui les concernent directement, leurs conditions de vie en premier lieu, fait partie de longue date des orientations de la politique locale de santé.

Un poste de chargé de mission en santé communautaire a été créé à l'ASV en 2007 et a permis d'engager une dynamique d'action avec des habitants de plusieurs quartiers (Jean Moulin, Cité Coli, Beaumarchais, quartier La Noue).

D'après le Baromètre Santé Nutrition 2008, les Franciliens ayant un niveau de revenu faible ou intermédiaire ont des consommations moins favorables à la santé que ceux ayant un niveau de revenu élevé.

A ce titre, en ce qui concerne la nutrition, cette thématique avait été identifiée prioritaire par l'association des femmes de Jean Moulin en 2008. Une action avait donc été accompagnée lors de la fête de quartier par la chargée de mission en santé coopérative avec un appui des diététiciennes en matière d'expertise.

De plus, il est apparu dans le cadre de l'étude ARFOS que la question du diabète interpelle les habitantes et habitants du secteur centre ville.

A ce titre, il est donc proposé de développer une action participative avec une association de femmes sur la thématique de la nutrition.

Etat 2012-2013 de l'action : étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Les diététiciennes des CMS sont déjà intervenues sur différents quartiers ou encore au sein de maisons relais.

Des ateliers ont déjà eu lieu avec l'association des femmes des Morillons.

Type d'action envisagée

Mise en place d'une démarche coopérative en santé en s'appuyant sur :

- Les actions d'éducation nutritionnelles déjà réalisées par les CMS
- Les équipes développement vie des quartiers
- L'expérience de 2008 avec l'association des femmes de Jean Moulin.
- L'action « Montreuil a la Pêche » de 2012
- La promotion d'une activité physique adaptée

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Améliorer l'état de santé des Montreuillois en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Mettre en place une action coopérative sur les questions de nutrition.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Programme National Nutrition Santé, Plan Obésité
INPES Manger Bouger et la fabrique à menus

Plan national de prévention de l'activité physique et sportive 2008
Rapport de l'HAS sur le développement des thérapeutiques non médicamenteuses 2011
Plan sport santé IdF

L'expérience locale de 2008 avec l'association des femmes de Jean Moulin.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Le PLSP prévoit explicitement de promouvoir la démarche coopérative et l'ARS souhaite promouvoir une approche intégrée qui, à chaque fois que c'est utile et nécessaire, privilégiera le préventif au curatif.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Le PRSP « indique que la prévention est non seulement à développer, mais à adapter à des populations très souvent éloignées de ces préoccupations, avec pour résultat des indicateurs de santé très dégradés. Le travail préventif doit donc être renforcé, en intense articulation avec les secteurs œuvrant auprès de ces populations, qu'il s'agisse du logement (hébergement, logement adapté ou logement de droit commun), de l'accès aux droits sociaux ou de l'accès au travail. Les déterminants de santé seront également l'objet d'interventions spécifiques, que l'on pense à la nutrition ou aux addictions »

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Volet santé de l'agenda 21 dont l'un des axes est la mise en œuvre du PLSP.
CUCS dans l'objectif général de l'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de vulnérabilité sociale.
Ville active Programme National Nutrition Santé (PNNS)

Description de l'action

Porteur du projet

Ville de Montreuil
Direction de la santé
Atelier Santé Ville : Chargée de mission en santé communautaire

Publics bénéficiaires de l'action

Les femmes de Montreuil et /ou association de proximité notamment en territoire politique de la ville.
Les habitant(e)s de Montreuil par les actions développées par les femmes en situation de relais.

Secteur(s) géographique(s)

Ville entière
Territoires politique de la ville

Objectifs opérationnels de l'action

Promouvoir les messages nutritionnels par les habitant(e)s elles-mêmes selon la démarche coopérative en santé :

- Repérer les acteurs locaux (associations de femmes) pouvant être relais
- Accompagner ces habitantes sur des thématiques Santé qu'elles souhaitent investir
- Mobiliser ces habitantes sur la thématique de la nutrition.
- Promouvoir les messages nutritionnels par les habitant(e)s elles-mêmes
- Promouvoir une activité physique adaptée.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

La chargée de mission en santé coopérative impulse les actions coopératives qui s'intègrent au plan de lutte contre l'obésité

Cette action consistera à la promotion de la santé sur la thématique nutrition et activité physique adaptée par l'accompagnement d'une association de femmes.
Cette association de femmes sera le relais d'information pour promouvoir la mise en place d'actions de proximité relatives à la nutrition.

Orientation vers les diététiciennes des CMS.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Habitantes volontaires non organisées, associations de femmes comme par exemple l'association des femmes des Morillons, l'association Vivons notre quartier, centres sociaux, service RSA, CCAS, CMS, développement vie des quartiers, SCHS, service politique de la ville, service communication, direction des sports, autres associations de femmes locales, associations de quartiers, autres personnes ressources pouvant être relais.

Facteurs favorisants identifiés

Existence d'un(e) chargé(e) de mission santé communautaire à l'ASV depuis 2007
Historique de la démarche sur la ville
Equipes développement vie des quartiers
Un historique sur l'accompagnement des femmes du quartier de Jean Moulin
Un historique du plan de lutte contre l'obésité notamment les actions de promotion de la santé.

Facteurs contraignants identifiés

Les temporalités différentes : c'est une démarche de long terme difficilement évaluable sur une année civile.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Contribution financière, en particulier pour l'ASV
Soutien méthodologique et financier

Contributions de la ville et de ses établissements publics

Agents des services, antennes de quartiers et centres sociaux

Contributions de la Politique de la Ville

Soutien aux associations impliquées, contribution financière de l'ACSE sur la démarche ASV dont le poste de chargée de mission en santé communautaire.

Contributions des autres partenaires (non signataires du CLS) : participation à la dynamique et démarche ASV.

Les différents acteurs associatifs socio-sanitaires mais aussi de la PDV, les habitantes

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

2012 avec le remplacement du poste de chargé de mission en santé communautaire.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

La démarche coopérative participe au rétablissement de la dignité des personnes en leur reconnaissant des compétences, en leur laissant une place d'acteur à part entière. Elle contribue donc à la réduction des inégalités comme déterminant majeur de santé, au sens proposé par Richard Wilkinson
Interventions en zones prioritaires d'éducation et politique de la ville.
Interventions dans les maisons de quartiers et associations.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Le gain de dignité des habitantes des secteurs les moins favorisés de la ville est susceptible de réduire les écarts d'implication citoyenne entre les différents secteurs.
Priorité d'intervention dans les quartiers contractualisés dans le cadre de la géographie prioritaire du CUCS avec notamment 3 Centres Municipaux de Santé (Léo Lagrange, Daniel Renoult et Tawhida Ben Cheikh) qui y sont situés.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Pilotage par la chargée de mission Santé communautaire de l'Atelier Santé Ville.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Articulation avec le CUCS, la recherche action de la Direction Vie des quartiers sur deux secteurs géographiques où des associations de femmes seront éventuellement mobilisables

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Conseiller Municipal délégué à la Santé et à la Prévention Maire adjointe déléguée à la politique de la ville et à la Vie des quartiers	Pilotage Politique	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	ASV – santé communautaire CMS- SCHS	Pilotage Référents : plan de lutte contre l'obésité	
Usagers non professionnels de santé	Habitantes Associations de femmes, centres sociaux,	Acteurs et partenaires de l'action	
Professionnels autres que de santé			
Professionnels de santé			
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de processus

Mise en place effective d'une ou plusieurs actions coopératives sur les questions de la nutrition.

Indicateurs d'activité

Nombre de personnes touchées par les actions nutrition.

Indicateurs de résultats

Evaluation de satisfaction des personnes relais, professionnels et partenaires ayant participé aux actions menées,
 Degré d'implication des personnes relais, professionnels et partenaires lors de la réalisation des projets,
 Nombre de personnes prises en charge sur les consultations suite à ces actions de promotion de la santé coopérative

AXE 3 : AGIR POUR LA SANTE DES FEMMES

ACTION N°7 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, une femme sur dix vivant en couple est victime de violences conjugales (soit approximativement 2 000 femmes à Montreuil). Ces violences concernent également les plus jeunes. Ainsi, bon nombre d'adolescentes subissent différentes formes de violences physiques, psychologiques, verbales et sexuelles, commises majoritairement par des proches (famille, petit ami). Selon l'enquête sur Comportement sexiste et les violences envers les jeunes filles (CSVF) menée en Seine-Saint-Denis en 2006, 23 % des jeunes femmes interrogées (18-21 ans) ont déclaré avoir subi des violences physiques au cours de leur vie, et 14 % des agressions sexuelles. Rapportés aux 14 000 filles et jeunes femmes de 0 à 21 ans que compte la ville de Montreuil, ces statistiques montrent l'ampleur du phénomène.

Sur le plan de la santé, l'impact psychologique de telles agressions qui s'installent dans la durée, aussi bien sur les femmes qui en sont victimes que sur les enfants qui en sont les témoins, est bien connu.

Des études ont montré que les femmes qui subissent des violences conjugales sollicitent fortement les professionnels de santé pour divers problèmes (traumatologie, blessures, céphalées, insomnies, troubles anxieux, troubles alimentaires, etc.) sans évoquer la plupart du temps leur situation familiale.

Malgré un mouvement récent de libération de la parole des victimes, confirmé par de nombreux acteurs locaux, une majorité d'entre elles continue de se taire. Pourtant l'expérience montre que lorsque les professionnels leur offrent la possibilité d'en parler, bon nombre d'entre elles n'hésitent pas à le faire.

Enfin, le coût des violences conjugales est estimé à 2,5 milliards d'euros par an pour la société française, dont 383 à 483 millions d'euros pour les frais de santé.

En matière de santé, deux types de besoin se font sentir à Montreuil :

1. En matière d'accompagnement global des victimes (y compris sur les plans psychologique et judiciaire)
2. En matière de dépistage et de formation des professionnels de santé.

Etat 2012-2013 de l'action : étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

1/ Accompagnement global des victimes :

Différents lieux d'écoute sont disponibles à Montreuil, mais non spécialisés, parfois coûteux et en nombre insuffisant. Plusieurs consultations de victimologie sont présentes en Seine-Saint-Denis, dont l'objectif consiste en une prise en charge précoce des troubles psychiques causés par les maltraitances.

Deux consultations de victimologie pour les femmes victimes de violences existent à Romainville et Bagnolet, villes limitrophes. En janvier 2014, la Ville de Montreuil en accueillera également une.

De plus, deux consultations implantées à Montreuil pour les mineurs ayant vécu des événements traumatiques (notamment les enfants témoins des violences conjugales et leur mère dans le cadre d'une aide à la parentalité dans le contexte familial très particulier qui est celui des violences conjugales) connaissent une fréquentation importante.

Or, la pertinence de cet outil spécialisé dans l'accompagnement des victimes ainsi que la nécessité d'étendre ce dispositif ont été soulignées par de nombreux partenaires.

2/ Dépistage des violences :

L'absence de dépistage systématique des femmes victimes de violences génère sur le long terme un surcoût important en termes de problématiques sanitaires et de consommation médicale. Au CHI R. Ballanger où une étude sur le dépistage des violences conjugales aux urgences a été réalisée, plus de la moitié des patientes dépistées avaient déjà consulté aux urgences, et 83 % d'entre elles subissaient des violences anciennes.

Type d'action envisagée

1/ Accompagnement global des victimes :

Maintien des consultations de victimologie pour les femmes, enfants et adolescents, victimes de violences dans le couple. Ces consultations pourront également bénéficier aux victimes de violences sexuelles.

Renforcement de l'articulation entre les centres municipaux de santé, les centres de PMI et le réseau local d'aide aux femmes victimes de violences à travers l'élaboration d'un protocole de prise en charge.

2/ Dépistage des violences :

Mise en place d'une formation des professionnels médicaux du service des urgences du centre Hospitalier André Grégoire, à l'accueil et au dépistage des femmes victimes de violences, en partenariat avec le réseau Naître dans l'Est Francilien (NEF).

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

1/ Améliorer l'accompagnement global des victimes (adultes et enfants), notamment sur les plans psychologique et judiciaire.

2/ Obtenir des données quantitatives et qualitatives sur la typologie des femmes victimes de violences sollicitant les urgences hospitalières.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016

Rapport de l'ONED et du SDFE : « Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ? »

Rapport du Pr Henrion (2001) sur le rôle des professionnels de santé face aux violences conjugales

Etude sur le dépistage des violences conjugales aux urgences, menée au sein du service des urgences du CHI R. Ballanger à Aulnay-sous-bois

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

L'action s'inscrit dans la politique municipale de lutte contre les violences faites aux femmes (définie dans le Contrat de stratégies territoriales de sécurité et de prévention de la délinquance 2009-2012) et de promotion des droits des femmes et de l'égalité femmes-hommes (définie dans le Plan d'action égalité femmes-hommes 2014-2016).

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

L'intégration systématique de la problématique des violences faites aux femmes dans les PRS constituait l'une des actions du Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013, axe V « Mobiliser les professionnels de santé sur un meilleur repérage et traitement des violences », action 13 « Veiller, via les ARS, à l'intégration systématique de la problématique des violences dans le PRS »

Autres axes du Plan concernent :

- Axe VI : Faciliter l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violences
- Axe VII : Améliorer la prise en compte de l'impact des violences conjugales sur les enfants

Suivant la perspective de la stratégie nationale de santé, le Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 prévoit de « consolider la réponse sanitaire et assurer la coordination des politiques publiques », notamment en travaillant sur la construction de parcours médico-sociaux adaptés aux victimes, intégrant également le volet judiciaire. Dans ce cadre, un protocole national sur la prévention des violences faites aux femmes, la prise en charge et le suivi des victimes sera destiné à être décliné sur le plan régional à travers des conventions santé/police/justice dont l'élaboration et la mise en oeuvre sera coordonnée par les agences régionales de santé.

De plus, l'amélioration du réseau d'aide aux femmes victimes de violences fait partie des priorités du Contrat de stratégies territoriales de sécurité et de prévention de la délinquance 2009-2012, dont le bilan est actuellement en cours.

Description de l'action

Porteur du projet

Chargée de mission aux droits des femmes à la Mairie de Montreuil, CMS et CHI André Grégoire

Publics bénéficiaires de l'action

Les femmes et adolescentes victimes de violences familiales et de violences sexuelles
Les enfants exposés aux violences dans le couple

La gratuité du dispositif pour les bénéficiaires permet de toucher des publics défavorisés.

Secteur(s) géographique(s)

1/ Accompagnement global des victimes :

Les 3 consultations de victimologie se situent dans des centres dédiés à la santé (centres municipaux de santé et centre de dépistage et prévention sanitaire) implantés dans 3 quartiers différents de la Ville, permettant une bonne couverture du territoire :

- Centre ville (CDDPS)
- Bel Air / Grands pêcheurs (CMS Tawhida Ben Cheikh)
- Ruffins / Théophile Sueur (CMS Daniel Renoult) en 2012

2/ Dépistage des violences :

L'ensemble du secteur géographique couvert par l'hôpital intercommunal A. Grégoire est concerné par l'étude de faisabilité sur le dépistage des violences

Objectifs opérationnels de l'action

1/ Accompagnement global des victimes :

- Améliorer la coordination de la prise en charge des victimes
- Apporter un soin nécessaire aux mineurs victimes de violences directes et indirectes
- Soutenir les mères dans leur parentalité fragilisée par le contexte des violences conjugales
- Favoriser la sortie des violences pour les femmes (prise de conscience de l'emprise exercée, compréhension des mécanismes en jeu, amélioration de l'estime de soi et de la confiance dans le réseau d'aide)
- Prévenir une dégradation de la situation (perte d'emploi, errance, suicide pour les femmes, déscolarisation, rupture, troubles psychiques et relationnels, reproduction des violences pour les enfants, etc.).

2/ Dépistage des violences :

- Former les professionnels à la problématique des violences faites aux femmes
- Améliorer la prise en charge des victimes en lien avec le réseau local d'aide aux victimes (élaboration d'un questionnaire et d'un protocole de prise en charge, , etc.).
- Dépister les femmes victimes de violences
- Renforcer la connaissance sur les besoins et les parcours (médicaux, sociaux et juridiques) des femmes victimes de violences

Description de l'action - Description des leviers d'actions

1/ Accompagnement global des victimes :

Maintien des 3 demi-journées hebdomadaires de consultation de victimologie pour les femmes et les mineurs : suivi des patients sur quelques séances (travail ciblé sur l'impact psychologique des événements traumatiques) avant orientation

2/ Dépistage des violences :

- 2.a)** Entretiens avec la direction du CHI de Montreuil et les équipes des services potentiellement concernés (principalement les urgences médicales) en lien avec des équipes ayant déjà pratiqué ce type de dépistage
- 2.b)** Réalisation en cours d'une étude et d'une formation des professionnels au sein de la maternité du CHI et de l'ensemble des maternités du département, par le Réseau Naître dans l'Est francilien

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Mairie de Montreuil : Institut de victimologie
Commissariat
CHI André Grégoire
Centre départemental de dépistage et de prévention sanitaire de Montreuil
PMI,
Santé scolaire
Conseil général (Observatoire des violences envers les femmes, circonscription de service social)
Associations (SOS victimes 93, SOS femmes 93, CIDFF 93, Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), Maison des femmes de Montreuil...)

Facteurs favorisants identifiés

Pour ces différentes actions :

- une méthodologie expérimentée ;
- un réseau local (ville et hôpital) sensibilisé à la problématique des violences faites aux femmes et très investi dans les actions d'accompagnement des victimes (service social, écoles, PMI, associations d'aide aux victimes, etc.).

Facteurs contraignants identifiés

Des financements non pérennes (pour ce qui concerne les consultations de victimologie).
Problèmes budgétaires hospitaliers

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Dépistage des violences :

Contribution de l'ARS : financement des formations du personnel médical.

Soutien méthodologique et financier.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

1/ Accompagnement global des victimes :

- Participation financière (10 000 €)
- Centre municipal de santé : mise à disposition de locaux et de personnel pour l'accueil et l'information du public ainsi que les prises de rendez-vous.
- Information auprès des partenaires et des habitantes et poursuite du travail de sensibilisation à l'impact psychologique des violences et la nécessité d'une prise en charge adaptée
- Articulation avec le réseau local

2/ Dépistage des violences :

Soutien à la recherche action menée au CHI, animation du réseau local d'aide aux victimes, mise à disposition d'outils.

Contribution des autres partenaires ou cosignataire du CLS

1/ Accompagnement global des victimes :

- Contribution financière de la Préfecture, du Conseil général et de la CAEE aux différents dispositifs d'aide aux femmes victimes de violences à Montreuil, dont l'Institut de victimologie qui assure les différentes consultations de victimologie.
- Contribution de l'Observatoire départemental des violences envers les femmes : communication départementale, mise à disposition d'outils, organisation de temps de sensibilisation des professionnels.

2/ Dépistage des violences :

- Contribution du Centre Hospitalier A. Grégoire : analyse des besoins et participation à la formation du personnel médical.
- Contribution de l'Observatoire départemental des violences envers les femmes : contenu de la recherche action formation, communication départementale et mise à disposition d'outils
- Contribution du réseau NEF : mise en place de la formation et développement des liens avec les acteurs locaux.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

1/ Accompagnement global des victimes :

La première consultation de victimologie spécialisée pour les enfants et leurs mères a été ouverte au centre départemental de dépistage et de prévention sanitaire de Montreuil en 2009.

La deuxième a été ouverte au centre de santé TBC en juillet 2012.

La consultation pour adultes ouvrira en janvier 2014.

L'élaboration d'un protocole local de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales s'effectuera en 2015.

2/ Dépistage des violences :

Mise en place de la formation à partir de 2014

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Le processus de sortie des violences conjugales reste pour beaucoup de femmes un parcours du combattant, en raison notamment des difficultés économiques engendrées par les violences conjugales (perte d'emploi ...) et de la multiplicité des intervenants à rencontrer et des démarches à effectuer. Aussi la construction d'un réseau d'accompagnement stable, formé, structuré et bien repéré par les acteurs locaux, favorise-t-elle sa sollicitation par l'ensemble des femmes concernées, même les plus isolées et démunies.

1/ Accompagnement global des victimes :

La gratuité des consultations permet de toucher un public large, notamment les habitantes qui ne peuvent avoir accès à des consultations psychologiques en cabinet privé.

2/ Dépistage des violences :

Cette action s'adresse à toutes les femmes victimes de violences, quelque soient leur âge et leur catégorie sociale, dans la couverture intercommunale du CHI A. Grégoire.

Les urgences hospitalières sont l'une des rares structures publiques à Montreuil accessibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Accompagnement global des victimes :

La consultation pour enfants, au sein du Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire implanté dans le centre-ville, est très accessible de par sa proximité avec le réseau des transports en commun (métro, plusieurs lignes de bus). L'implantation des deux autres consultations dans les quartiers Bel Air / Grands pêcheurs et Ruffins / Théophile Sueur permettra d'apporter une ressource de proximité aux familles résidant dans ces secteurs.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Axe sécurité/prévention : amélioration de l'accès au droit et la prise en charge des victimes « Améliorer la prise en charge socio-sanitaire des femmes victimes de violences, de leurs enfants et des hommes violents »

Axe éducation/jeunesse : A travers l'ouverture de consultations destinées aux femmes ayant subi des violences et leurs enfants, il s'agit d'un soutien aux parents qui rencontrent des difficultés dans leur mission éducative, en s'appuyant sur leurs ressources « Rassurer les parents, reconnaître leurs compétences et les renforcer »

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Décision, validation		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Mise en œuvre et suivi de l'action Mise en relation avec le réseau local Construction des outils Recueil des évaluations	Travail en réseau Gestion administrative et logistique	
Usagers non professionnels de santé	Transmission d'informations sur leurs besoins et sur la pertinence du dispositif au regard de leur situation	Participation aux dispositifs Appropriation de la démarche de demande d'aide	
Professionnels autres que de santé	Evaluation des besoins des publics Orientation des publics Evaluation de la pertinence du dispositif au regard des besoins de la population et des ressources locales	Travail en réseau Relation directe avec les usagères	

Professionnels de santé	Participation aux temps de travail et de sensibilisation Dépistage et orientation des femmes victimes de violences	Travail en réseau Relation directe avec les usagères	
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

1/ Accompagnement global des victimes :

Ouverture effective et maintien des consultations de victimologie.

Taux de fréquentation des consultations (notamment au-delà du premier entretien) et évolution.

Participation des acteurs locaux aux réunions d'information et d'évaluation du dispositif.

Diversité des orienteurs.

Mise en place effective d'un protocole de prise en charge et nombre de femmes accompagnées dans le cadre de ce protocole

2/ Rendu de l'étude de faisabilité concernant la formation des professionnels médicaux du service des urgences de l'hôpital A. Grégoire à l'accueil et au dépistage des femmes victimes de violences.

AXE 4 : AGIR POUR LA SANTE DES MIGRANTS

ACTION N°8 : RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL, L'ACCES AUX SOINS, L'ACCES AUX DROITS ET LES DEMARCHES DE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS.

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Les problématiques suivantes ont été identifiées de façon générale :

- ✓ Le manque d'information sur l'accès aux droits et aux soins (retraite, retraite complémentaire, mutuelle collective...)
- ✓ Comment favoriser les parcours santé de ces publics.
- ✓ Le vieillissement des populations dans les foyers et les résidences sociales (isolement – solitude.)
- ✓ L'inadaptation du bâti des foyers pour des personnes âgées ou présentant une mobilité réduite.
- ✓ Education à la santé et prévention (informations sur les différentes pathologies courantes, hypertension, diabète, hépatite, tuberculose, bilharziose..)
- ✓ Hygiène du foyer (cuisines collectives) et aux abords du foyer

Constat :

Il existe 8 foyers de travailleurs migrants (FTM) sur Montreuil. Le Foyer Bara, le foyer Rochebrune, le Foyer Edouard Branly, dont le gestionnaire est COALLIA. Le foyer Lenain de Tillemont est géré par l'ADEF et les foyers La Noue, Ruffins et Rapatel par ADOMA. Chacune de ces structures a un responsable d'hébergement qui, dans le cas d'ADOMA, est mutualisé entre 2 résidences (Ruffins et Rapatel.) Ces foyers comptent 3 307 résidents selon le recensement de 2010.

La fonction de médiation et d'accompagnement social au foyer répond au besoin d'accompagnement des publics migrants FTM pour répondre à leurs problématiques spécifiques.

Etat des lieux actuel en termes d'accompagnement social :

Il existe une médiatrice à temps plein au foyer ADEF.

Il n'y a plus de médiatrice sur les foyers gérés par COALLIA. Sur les foyers Rochebrune, Edouard Branly, sur les résidences Ruffins et Rapatel, il est constaté un pourcentage élevé de personnes migrantes vieillissantes qui rencontrent des problématiques d'accès aux droits (retraite, CMU, Sécurité sociale, CAF...)

Il n'y a pas de médiatrice non plus sur le foyer autogéré de la rue du Centenaire.

Il apparaît que l'accompagnement social et sanitaire au sein des foyers reste très insuffisant et inégalitaire

De nombreux acteurs interviennent dans ces foyers mais de façon sporadique que ce soit sur l'accès aux droits ou sur les questions d'éducation ou de prévention. Il s'agit donc de favoriser des interventions allant dans ce sens avec un objectif de cohérence globale.

Par ailleurs, la fonction de relais qui a été identifiée comme un facteur d'amélioration de l'information est à explorer. Il s'agit également d'assurer au mieux l'accompagnement social des migrants âgés et notamment ceux qui ont plus de 60 ans (retraites, CAF ect.....) et de favoriser le parcours santé.

Les problématiques évoquées plus haut sur le vieillissement de la population migrante dans les foyers et résidences sociales, le manque d'information sur l'accès aux droits et l'amélioration de leur parcours médico-social ont amené la Ville à répondre à un appel à projet dans le cadre d'un co-financement du fonds européen d'intégration sur l'axe « amélioration de l'accès aux droits médico-sociaux des personnes âgées migrantes. »

La Ville ayant été retenue, ce projet piloté par le service intégration a démarré depuis un an et se poursuivra en 2014. Il est mené en partenariat avec le GRDR et les gestionnaires et tous les acteurs locaux sur un périmètre couvrant les foyers Bara et Rochebrune gérés par COALLIA et les sites Ruffins, Rapatel et La Noue, gérés par ADOMA.

Le lien avec le groupe de travail santé-migrant est fait pour relayer les informations et l'approche méthodologique dans le cadre de ce programme d'actions et des passerelles sont à construire et développer.

Etat 2012--2013 de l'action: (étude exploratoire, préfiguration, ou intervention)

Groupe de travail santé-migrants en lien avec l'ASV

Type d'action envisagée

Poursuite de l'animation du groupe de travail santé-migrants sur les actions de santé et de prévention menées dans les FTM.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Favoriser l'accès aux droits et les actions d'éducation et à la promotion de la santé de ces publics.
Faciliter la mise en lien des acteurs entre eux (associations, institutions, gestionnaires.)

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Réduction des inégalités sociales par une mobilisation des acteurs
Objectif stratégique : rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques
Favoriser l'accès aux droits et la prévention et l'éducation à la santé dans le cadre de l'Atelier santé-Ville.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Prévention santé
Réduction des inégalités sociales par une mobilisation des acteurs (accès aux droits)
Favoriser la qualité des pratiques professionnelles

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Les orientations de la politique municipale en matière d'intégration notamment favoriser l'accès aux droits des publics migrants (foyers) se déclinent dans les objectifs du CUCS pour les personnes les plus fragiles.

Description de l'action

Porteur du projet

Service Lutte contre les Discriminations et Intégration en inter-action avec l'ASV sur la fiche action 21 dont le thème est : « développer un réseau précarité accès aux droits et à la santé »

Publics bénéficiaires de l'action

Les migrants des foyers et résidences.

Secteur(s) géographique(s)

L'ensemble du territoire de la Ville et particulièrement les quartiers où les foyers et résidences migrants sont présents et les quartiers où il y a une forte proportion de personnes âgées

Objectifs opérationnels de l'action

1. L'animation et coordination du groupe de travail (santé-migrants) sur les FTM
2. Proposer des pistes d'actions sur des problématiques déjà identifiées et améliorer les parcours santé des migrants dans les FTM

Description de l'action

1/ Actions correspondant à l'objectif opérationnel N°1

Organisation de réunions régulières du groupe de travail (1/trimestre). Ce groupe de travail est composé de :

Elus, services municipaux SCHS, ASV, CCAS, mission saturnisme, des responsables d'hébergement, des comités de résidents et résidents, du département CCDPS, service sociaux, service des centres municipaux de santé, d'associations locales (AIDES, Groupe de Recherches et de Réalisations pour le Développement rural GRDR, RENIF) Association des Maliens de Montreuil (AMM).

2/ Actions relatives à l'objectif opérationnel N° 2

- Interventions des professionnels pour informer et sensibiliser les publics sur leurs droits ou l'éducation à la santé et ce, en lien avec les résidents sous différentes formes (groupes d'expression, d'information, permanences.....) en lien également avec les actions menées par le GRDR dans le cadre du projet d'accompagnement des personnes âgées migrantes dans le cadre du fonds européen d'intégration
- Actions de sensibilisations récurrentes suivies par des dépistages s'il y a lieu pour ancrer la démarche d'éducation à la santé
- Identifier des personnes relais dans les foyers et les accompagner dans la démarche (formation) afin qu'ils relayent les informations importantes aux résidents que ce soit pour l'éducation à la santé ou pour l'accès aux droits.

- Construire une plaquette d'information à destination des professionnels des champs sanitaire et social, relative aux démarches d'accès aux droits et aux soins (ASV)
- Organiser des temps d'information/formation auprès des acteurs sur la connaissance des dispositifs (système de soins à Montreuil) et des publics susceptibles d'y prétendre – les problématiques complexes rencontrées qui impactent l'état de santé des publics

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

L'ASV, les professionnels de santé, les relais locaux : résidents des foyers de travailleurs migrants.

Les services de la CPAM en lien le cas échéant avec le service social de l'Assurance Maladie.

Le CCAS

La caisse nationale d'assurance vieillesse

Le service social départemental

Les professionnels de santé, les associations, les CMS et autres relais locaux, résidents des foyers, responsables d'hébergement, médiatrices...

Facteurs favorisant identifiés

S'appuyer sur les ressources locales (gestionnaires, médiatrices, résidents et les associations partenaires dans le cadre du groupe de travail santé-migrants.)

Une meilleure communication au sein des foyers par le biais de « relais » à identifier ou de la fonction de médiation sociale importante au sein de chaque structure

La présence d'un groupe de travail piloté par le service intégration

La présence d'un groupe de travail sur la précarité et l'accès au soins

Mise en place d'un projet pilote Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Ville

Facteurs contraignants identifiés

L'insuffisance de relais au sein des foyers, les médiatrices (eurs) ne sont pas suffisamment nombreux au regard du nombre de foyers et de résidents

Conditions de vie difficiles dans certains foyers engendrées par la suroccupation (chambres à plusieurs) état du bâti rendant difficiles les interventions extérieures notamment pour les publics migrants vieillissants....

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS, de la ville et de ses établissements publics de la Politique de la Ville

Mobilisation des associations

Ressources humaines des associations intervenantes pour la mise en place de réunions d'informations

Mise à disposition de certains moyens logistiques et humains des services municipaux

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :

Partenariat avec le GRDR en charge de l'opérationnalité du projet sur l'accompagnement des personnes âgées migrantes.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Les inégalités sociales de santé se traduisent par une moindre participation des publics en fragilité sociale, aux programmes de prévention et de dépistage. Notamment dans les foyers de travailleurs migrants où les conditions de vie sont difficiles et où souvent le cumul de problématique (manque d'information par rapport aux droits, absence de travail, de logement décent....) relèguent les questions de santé au second plan.

Constat qui appelle des actions spécifiques et ciblées.

Prise en compte du déterminant habitat (tuberculose) et ressources (précarité).

La prévention est un aspect fondamental de lutte contre les inégalités sociales.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Ce groupe de travail s'inscrit dans la démarche ASV

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

La question de l'accès aux droits des migrants s'inscrit dans la politique d'intégration sociale et culturelle des migrants et notamment des migrants âgés habitants dans les foyers et résidences. Articulation également avec le groupe de travail VIH dans le cadre de l'ASV. Cette action contribue à l'amélioration de l'accès aux droits et à l'éducation à la santé des publics migrants vivant dans les foyers.

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Elu à la Santé		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la Préfecture			
Usagers non professionnels de santé			
Professionnels autres que de santé	Médiatrices sociales dans les foyers étroitement associées		
Professionnels de santé			
Autres	Le groupe de travail est composé d'élus, de services municipaux SCHS, ASV, CCAS, mission saturnisme, des responsables d'hébergement, des comités de résidents et résidents, du département CCDPS, service sociaux, centres de santé, d'associations locales (AIDES, GRDR, RENIF), Association des maliens de Montreuil (AMM)		

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

- Recueil d'informations (documents, études) auprès des gestionnaires
- Identification des actions menées par les partenaires
- Bilan écrit du groupe de travail (2010)

Indicateurs de processus

- Nombre de réunions du groupe.
- Nombre de participants.

Indicateurs d'activité

- Nombre d'actions sur l'accès aux droits (retraite, AME, CMU, CAF etc...)
- Nombre d'actions de promotion de la santé réalisées au plan local

Indicateurs de résultats

Nombre d'actions de sensibilisation et de dépistages réalisés dans les foyers et résidences de migrants.

Dispositif d'évaluation participative

- Nombre de personnes dépistées par rapport aux différentes campagnes menées qui sont rentrées dans un parcours de soin.
- A moyen terme, rédaction d'un plan d'actions concertées annuel ou pluri-annuel.

AXE 5 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

ACTION N°9 : SOUTENIR LES AIDANTS

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

L'aidant est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour des activités de la vie quotidienne.

Cette aide régulière est permanente ou non. Elle peut prendre différentes formes comme le « nursing », les soins, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, les activités domestiques... L'activité d'aidant familial peut se dérouler au domicile du proche que vous aidez ou au domicile de l'aidant lui-même.

Dans un contexte de vieillissement de la population et de forte augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes à domicile, les aidants familiaux ou « naturels », sont des acteurs nécessaires au maintien de bonnes conditions de vie des personnes fragilisées. Les aidants ont besoin d'être soutenus dans leurs rôles, au risque de ne plus pouvoir en assumer psychologiquement et physiquement la charge.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Selon les actions : Reconstitution ou Etude de faisabilité.

Type d'action envisagée

Reconstitution de l'organisation d'un «Café des aidants » mensuel, en partenariat avec l'Association Française des Aidants, et subventionné par le Conseil Général de Seine Saint Denis.

Reconstitution possible d'un programme de 6 demi-journées de formations des aidants accompagnant des malades Alzheimer, par France Alzheimer, et/ou programme de conférence ciblant l'aide aux malades Alzheimer.

Etude de faisabilité des projets suivants :

- Développement d'une offre de « baluchonnage » c'est à dire organisation de relais d'aidants à domicile pour que l'accompagnant puisse partir se reposer sur certaines périodes.
- Identification et diffusion des espaces gymnastique pour PA.
- Identification et diffusion des aides pour identifier les aménagements prévention des chutes souhaitables : cette action a été réalisée avec le cycle de formation des aidants aux gestes et postures réalisés en partenariat avec le service de kinésithérapie des CMS.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Soutien des aidants naturels : formation et répit.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Plan Alzheimer
Plan National « Bien vieillir »
Charte éthique et de fonctionnement de la coordination gérontologique de Montreuil
Pédagogie de France Alzheimer
Expérience passée d'utilisation des lits hospitaliers du CHIAG par une association gestionnaire d'un SSIAD : CAP'S Santé.
Les diverses expériences menées en France et dans d'autres pays.
Programme National Nutrition Santé/ Guide la santé en mangeant et en bougeant pour les aidants des personnes âgées.
Plan national de prévention par l'activité physique et sportive 2008
Rapport de l'HAS sur le développement des thérapeutiques non médicamenteuses 2011
Plan Sport Santé IdF.

Intérêt de la gymnastique dans la prévention des chutes de PA (Revue Prescrire).

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Le soutien aux aidants est un axe de la politique municipale envers les Personnes Agées. La création du CLIC municipal en décembre 2010 est l'expression de cette volonté.
Volonté municipale de prévention et promotion de la santé, illustrée ici par la volonté de donner des outils aux aidants et de prévenir leur, source de surmortalité des aidants bien connue

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Cf PSRS : avoir la capacité d'entrer au bon moment dans le parcours de santé (P.69).

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Le soutien des aidants est un axe fort du Plan Alzheimer et du Schéma gérontologique Départemental 2013- 2017.

Description de l'action

Porteur du projet

CLIC de Montreuil et service des CMS

Publics bénéficiaires de l'action

Aidants familiaux ou naturels

Secteur(s) géographique(s)

Montreuil

Objectifs opérationnels de l'action.

Meilleure connaissance par les aidants de l'articulation des professionnels (MT, SSIAD, HAD, Hôpital...)

Meilleure connaissance par les aidants de la conduite à tenir dans l'accompagnement au quotidien des personnes âgées

Etudier les possibilités d'augmentation les possibilités de lits d'accueil temporaire dans le cadre du PRIAC

Etudier les possibilités de développement de répit à domicile pendant plusieurs jours consécutifs.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

CF ci-dessus

Leviers : CLIC et son réseau médico-social

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

CLIC, CHIAG, Réseau médico-social gérontologique, Direction de la santé de la ville de Montreuil.

cadre référent PA de l' ARS DT 93

Réseau Association d'aide à domicile (Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Hospitalisation à Domicile (HAD), Service d'aide à domicile)

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Soutien méthodologique et financier.

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :

Lien avec CAPS Santé, association gestionnaire d'un SSIAD et porteuse de projets vis à vis des P.A.

Baluchonnage :

Valorisation de ce type d'aide dans le cadre des plans d'aide ADPA financés par le CG 93.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

Faisabilité des projets nouveaux (baluchonnage) = faisabilité en 2013.

Reconduction de la formation et café des aidants

Diffusion du guide des seniors en 2013.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Travail avec toute la population PA avec l'accent mis sur la population à faibles revenus qui a plus de difficulté pour trouver des solutions d'accompagnement.

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Elu santé et élue personnes âgées		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la Préfecture	CLIC CMS service de kinésithérapie		
Usagers non professionnels de santé	Associations locales Club des seniors de Montreuil		
Professionnels autres que de santé			
Professionnels de santé	CHI		
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Café des aidants (nombre de sessions 2011) et formations des aidants par France Alzheimer

Indicateurs de processus

Reconduction projets existants

- Etudes de faisabilité sur le baluchonnage et l'utilisation de lits hospitaliers l'été.
- Diffusion du guide des seniors

Dispositif d'évaluation participative

Réunions régulières avec le Club des seniors de Montreuil.

AXE 5 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES

ACTION N° 10: DEVELOPPER UN PROGRAMME DE PROMOTION DE LA NUTRITION DES PERSONNES AGEES

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Selon le schéma gérontologique 2006-2011 :

Personnes âgées de 85 ans et plus : 58 635 en Ile de France (1^{er} département français)
44 % des plus de 60 ans vivent seuls (Ile-de-France : 29 %, moyenne des 5 plus grandes villes françaises : 33%)
17,2 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont d'origine étrangère (72 000 personnes).

Quant à la situation à Montreuil le nombre de personnes
âgées de 60 ans et plus 16 206 et
80 ans et plus 3 429

Type d'actions envisagées

Dépistage de la dénutrition des personnes âgées et prise en charge de celle ci.
Formation des aidants professionnels et particuliers à la nutrition de la personne âgée.
Organiser des conférences grand public sur la nutrition des personnes âgées.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Améliorer l'état nutritionnel des personnes âgées montreuilloises qui est souvent corrélié à l'isolement social, à la précarité économique et à la mauvaise dentition.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Programme National Nutrition Santé.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Les personnes âgées sont une des populations prioritaires dans la politique municipale de santé

A quel(s) objectifs du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Face aux maladies chroniques, assurer un suivi transversal et coordonné avec notamment le renforcement de la prévention primaire.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Le CLIC Municipal intègre cette action dans son programme d'activité.
Le Schéma départemental gérontologique 2013- 2017

Description de l'action

Porteur du projet

Ville de Montreuil – service Centres Municipaux de Santé

Publics bénéficiaires de l'action

La population des personnes âgées de Montreuil
Les particuliers et professionnels au contact des personnes âgées

Secteur(s) géographique(s)

L'ensemble du territoire communal de Montreuil

Objectifs spécifiques de l'action

Dépister la dénutrition dans la population de personnes âgées montreuilloises à domicile.
Participer à l'amélioration des compétences des aidants professionnels ou particuliers, à domicile et en foyer.
Sensibiliser le grand public à la nutrition des personnes âgées.

Objectifs opérationnels de l'action.

Evaluer l'état nutritionnel des personnes enquêtées.
Mettre en place des sessions de formation pour les aidants et les professionnels de maintien à domicile sur le thème de la nutrition de la personne âgée.
Organiser des conférences sur la nutrition de la personne âgée.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Un comité technique du projet qui sera piloté par les diététiciennes des Centres municipaux de Santé (CMS) et composé des représentants des services diététiques et infirmiers des Centres Municipaux de Santé (CMS), de l'ASV, du CLIC, CCAS, AMM ... sera mis en place. Il se réunira deux fois durant l'année du projet.

1) Axe dépistage :

Dépistage de la dénutrition des personnes âgées par questionnaire (Mini Nutritional Assessment) et dosage albumine et pré-albumine, par les médecins traitants, infirmières à domicile et aidants professionnels ou particuliers, à domicile et en foyer.
Par la suite des actions spécifiques pourront être mises en œuvre en fonction des besoins repérés.

2) Axe formation :

Formations sur la nutrition des personnes âgées en direction de professionnels relais. Elles seront réalisées par les diététiciennes et/ou infirmières des CMS ,ou intervenants extérieurs à raison d'une dizaine de séances ouvertes à 15 personnes sur une journée ½.
Le contenu pédagogique de ces formations sera :

- ✓ un enseignement général de la nutrition de plus de 60 ans (alimentation / hygiène de vie).
- ✓ un point spécifique sur le dépistage, la prévention, la malnutrition et la prise en charge de la dénutrition.

3) Axe conférences « Conserver son capital santé après 60ans » :
Conférences et cycles « bien vieillir » réalisés en 2013.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Services Municipaux :

CMS : diététiciennes, infirmières, médecins généralistes
ASV
CLIC

Partenaires extérieurs :

CCAS
Foyers logements
Amicale des Médecins de Montreuil (AMM)
CHI
CRAMIF (caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France)
Caisse des retraites complémentaires
Sociétés de portage de repas à domicile
Infirmières libérales
Associations...

Facteurs favorisant identifiés

Partenariat interne et externe de la ville de Montreuil.
Politique d'animation sociale auprès des personnes âgées
Centres municipaux de santé qui comprennent des cabinets dentaires pouvant faciliter l'accès aux soins.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Voir ci-dessous

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) : participation à la dynamique et démarche ASV.

Partenariat avec le club des seniors de Montreuil associé au CLIC

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

Financement ARS

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'Atelier Santé Ville participe à la coordination du projet personnes âgées.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Appui politique communication		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Mobilisation du réseau Mise en œuvre Suivi Evaluation	Pilotage	
Usagers non professionnels de santé	Personnes à sensibiliser A former	Formation	
Professionnels autres que de santé	Personnes à sensibiliser A former		
Professionnels de santé	Mis en œuvre Suivi Evaluation		
Autres : personnes âgées	Devenir acteur de sa santé et adopter des comportements alimentaires favorables	Consultation du club des seniors sur les actions à engager	

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Les Centres Municipaux de Santé procéderont à une évaluation du processus et des résultats (en particulier une évaluation des objectifs opérationnels), tout au long de l'année, pour chaque axe.

Méthodes d'évaluation :

- Par auto questionnaire : pour les professionnels relais.
Et/ou
- Par entretien collectif (bilan oral) : pour les personnes touchées

Les Centres Municipaux de Santé effectueront une évaluation finale globale du projet, en utilisant les mêmes méthodes d'évaluation et grâce à la synthèse de l'évaluation de chaque axe, suivant les indicateurs présenter ci-dessous.

Indicateurs de processus

Perception de la qualité du projet (objectifs, respect des axes de travail, cohérence des actions mise en place, contenu des interventions, mise en œuvre des consultations, techniques et outils d'animation, partenariat, évaluation, ...).

Taux de satisfaction par rapport au projet.

Indicateurs d'activité

1 - Axe dépistage :

- Nombre de structures concernées (établissements d'hébergement, sociétés de livraison de repas, associations, foyers, ...)
- Nombre de personnes âgées, professionnels et partenaires ayant été directement touchés par le projet
- Nombre de bilans biologiques réalisés et leurs résultats
- Nombre et type de séances réalisées
- Nombre de professionnels relais impliqués dans la démarche
- Nombre de professionnels relais concernés ayant bénéficié d'un conseil méthodologique adapté à leur population et type de conseils donnés.

Indicateurs de résultats

2 - Axe formation :

- Nombre et type de formations réalisées,
- Nombre de professionnels relais formés,
- Nombre de professionnels relais concernés ayant bénéficié d'un conseil méthodologique adapté à leur population et type de conseils spécifiques donnés.

3 - Axe conférences :

- Nombre de conférences réalisées,
- Nombre de participants.

Ainsi qu'un bilan de satisfaction du public et des professionnels concernés.

Dispositif d'évaluation participative

En lien avec le club des seniors de Montreuil.

AXE 5 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

ACTION N°11 : RENDRE LA GERONTOLOGIE PLUS ACCESSIBLE

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

16 206 personnes de 60 ans et plus à Montreuil, soit 15,8% de la population globale
Total des 80 ans et plus : 3 429 personnes
Total des 85 ans et plus bénéficiaires de l'APA : 708

Pathologies particulièrement fréquentes après 65 ans

Dénutrition (1/3 des personnes)

Pathologies iatrogènes :

+ 58 % de consommation de médicaments entre 1985 et 1995

15% des hospitalisations des plus de 65 ans dues aux effets indésirables

Fractures col du fémur

65 ans : 1.1/1000

85 ans : 32.2/1000

Conséquences :

12 à 20 % de mortalité dans l'année

Perte sévère d'autonomie pour 30 %

Ostéoporose :

40 % des femmes de 75 ans (Monique Ferry -INSERM)

Maladie d'Alzheimer

850 000 à 1 million de malades

185 à 220 000 nouveaux cas /an

30% des plus de 90 ans

Accidents vie courante

60 et plus : 7/100 (chutes, fractures, hospitalisations)

Augmentation des problématiques gérontopsychiatriques

Une augmentation du nombre de personnes cumulant pathologies psychiatriques et problématiques propres au vieillissement. Ces personnes peuvent être des patients psychiatriques vieillissants ou des personnes âgées décompensant une pathologie psychiatrique à un âge avancé.

Une méconnaissance et une réticence à l'accompagnement de ce public par les services de gériatrie et par les services psychiatriques.

Certaines personnes âgées présentant des problèmes psychiatriques sont parfois hospitalisées en secteur psychiatrique, ce qui n'est pas adapté d'un point de vue thérapeutique et même de leur sécurité.

Rappel de l'existant

Le Centre Hospitalier Spécialisé Ville-Evrard a mis en place une équipe psychiatrique d'urgence au sein des urgences générales du CHI André Grégoire.

Des modèles existent, comme la consultation et l'équipe mobile de géronto-psychiatrie du secteur 06 de l'EPS Ville Evrard (Aubervilliers)

Des lieux de concertation pluri-professionnelle existent : le RESAD (Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté), orienté sur les situations psychiatriques en général et les réunions de coordination du CLIC orientées sur les situations des personnes âgées en perte d'autonomie.

Coordination et parcours de soins

Des sorties d'hospitalisation non-sécurisées, aboutissant à des ruptures de soins et des ré-hospitalisations fréquentes.

Une méconnaissance par le public et les professionnels, des possibilités de consultations spécialisées et des différents intervenants médico-sociaux.

Une sous-utilisation des possibilités de consultations de jour de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire. A contrario, une bonne connaissance des possibilités d'entrée directe en hospitalisation au sein du secteur gériatrique du CHI André Grégoire, puisque 50 % se font en direct du domicile, sans passage par les urgences.

Un manque de formation des médecins traitants aux problématiques spécifiques du grand âge et à l'articulation possible entre services de soins infirmiers à domicile, services d'HAD et hospitalisation en établissement.

L'accès aux soins médicaux spécialisés (dentiste, ophtalmologie...) est difficile pour les personnes à mobilité réduite et/ou isolées. En conséquence un grand nombre de personnes restent sans soins médicaux, ce qui est défavorable à leur maintien en autonomie (maintien d'une alimentation solide et appétissante, perte de l'acuité visuelle défavorable au maintien des activités sociales et de loisirs...)

Les participants constatent que toutes les actions visant la population âgée doivent favoriser un déploiement dans les quartiers, en proximité. Ainsi l'existence d'une offre de consultations au CHI André Grégoire n'est pas suffisante, même si elle constitue un pôle d'excellence nécessaire. Notamment, les personnes isolées et dans une position de retrait sont très réticentes à une consultation hospitalière, qui leur semble compliquée et qui est plus anxiogène qu'une consultation de proximité ou à domicile.

Rappel de l'existant

L'existence d'une amicale des médecins libéraux de Montreuil pouvant jouer le rôle de vecteur de communication.

La volonté de la municipalité de développer, si possible en collaboration avec le CHIAG, une consultation gériatrique dans les Centres Municipaux de Santé

Etat 2012-2013 de l'action : étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Réflexion sur la mise en oeuvre d'une consultation en Centre Municipal de Santé d'un gériatre de la filière gériatrique du CHIAG, au regard des besoins locaux

Réflexion sur la création d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique, sur la base des pratiques d'évaluation commune et pluriprofessionnelles déjà renforcées par l'existence d'un CLIC sur le territoire.

Type d'action envisagée

Réflexion sur l'ouverture d'une consultation gériatrique dans les CMS, assurée par la filière gériatrique du CHIAG, pour des consultations de second recours.

Etudier la faisabilité de création d'une équipe mobile pluridisciplinaire d'évaluation gériatrique à l'initiative de la filière gériatrique du CHI et étudier les possibilités d'ouverture de lits spécialisés en gérontopsychiatrie dans le cadre notamment du futur SROS psychiatrique.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Fluidité du parcours de soins

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

« La consultation de gériatrie » Drs Ankri, Puisieux et Rainfray.
Equipe mobile de prévention de la perte d'autonomie menée avec le CHU de Limoges.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Améliorer la santé des personnes âgées à travers une coordination gérontologique en lien avec le CLIC.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Développer des parcours de santé et de soins cohérents.
Prendre en compte les besoins spécifiques engendrés par le vieillissement.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

L'ancrage dans d'autres processus (PLHI, CUCS, PRNQAD,...)
Schéma départemental gérontologique 2013- 2017

Description de l'action

Porteurs du projet

Mission Santé mentale, CHIAG, CLIC, CMS.

Publics bénéficiaires de l'action

Personnes âgées de Montreuil

Secteur(s) géographique(s)

Montreuil

Objectifs opérationnels de l'action

Améliorer les parcours de soins des PA

Description de l'action - Description des leviers d'actions

1. Pertinence de développer les consultations gériatriques de ville, en complémentarité avec le service de consultation de la filière gériatrique du CHIAG.

L'objectif de ce déploiement étant de constituer une médecine spécialisée de seconde ligne en relais ou complément d'un suivi global relevant du médecin traitant généraliste. Un autre objectif étant de rendre l'acte de consultation plus facile et moins anxiogène.

2. Etudier la possibilité de créer une « équipe mobile d'évaluation gériatrique », dont la composition pourrait être : un(e) gériatre + un(e) infirmière + un(e) assistant(e) sociale + un(e) ergothérapeute.
Modèle existant : « Equipe mobile de prévention de la perte d'autonomie » instaurée en Haute-Vienne avec le CHU de Limoges.
Partenaire / structure porteuse possible :
La mutualisation des possibilités de financement de poste est une possibilité envisagée, entre des partenaires de nature différente (par exemple, financement ville / hôpital / EHPAD...)
3. Développer des actions de formations à la géronto-psychiatrie à destination des professionnels du secteur psychiatrique (Centres Médico-Psychologiques), des Centres Municipaux de Santé, des gérants de tutelle, des intervenants médicaux sociaux (aide ou soin à domicile), et de EHPAD.
Renforcer la possibilité pour les CMP de réaliser des évaluations et des suivis à domicile des personnes à mobilité réduite.
Développer une consultation de géronto-psychiatrie sur le territoire de Montreuil, éventuellement en collaboration avec l'EPS Ville-Evrard.
Les importants besoins en géronto psychiatrie amènent à proposer une étude exploratoire pour analyser la façon dont le futur SROS psychiatrique pourrait favoriser la création de lits de géronto-psychiatrie.
4. Créer un groupe de travail médico-psycho-social et juridique en gérontopsychiatrie (cf. fiche action n° 14)

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

CLIC de Montreuil
EPS Ville-Evrard (secteur 10 de psychiatrie)
CHIAG
Centres Municipaux de Santé
Réseau Médico-social gérontologique local

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Dans le cadre de la relocalisation des lits psychiatriques de Ville-Evrard sur Montreuil, il y aura une réflexion partagée à engager sur la répartition des moyens entre l'hôpital et le secteur ambulatoire en intégrant le développement des visites à domicile et la prospective pour la création de lits de géronto-psychiatrie.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Un CMS hébergera la consultation gérontologique si cette hypothèse se confirme.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

Création d'une consultation de la filière gériatrique en CMS : Étude de faisabilité et calendrier à déterminer

Equipe mobile et ouverture des lits de gérontopsychiatrie : Étude de faisabilité et calendrier à déterminer.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Les personnes âgées en situation de précarité sont moins en capacité de trouver des solutions aux problèmes sanitaires qu'elles affrontent.
Les actions proposées permettront d'aller au devant de ces personnes et d'éviter parfois des hospitalisations psychiatriques sous contrainte, prises dans l'urgence de situations très dégradées.

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Réunion de coordination de différents acteurs concernés.

Indicateurs de processus

Modélisation et formalisation d'un cadre des modalités visant à mettre en œuvre une VAD avec différents types de professionnels et d'institutions susceptibles d'être concernés
Etude de faisabilité de la création de 5 lits de géronto-psychiatrie
Ouverture d'une consultation en CMS si cette hypothèse se confirme.

Dispositif d'évaluation participative

Consultation du club des seniors de Montreuil

AXE 5 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

ACTION N°12 : FAVORISER L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Les différents forums et groupes de travail organisés à Montreuil dans le cadre du CLS soulignent :

- Les personnes handicapées sont d'autant plus touchées par les inégalités d'accès à la prévention et aux soins que leurs besoins en soins sont plus élevés.
- Un manque de formation et d'information chez de nombreux professionnels de santé tant sur les déficiences et leurs traitements que sur l'appréhension globale de la santé chez les personnes handicapées dont les déficiences masquent trop souvent les besoins communs de toutes personnes : prévention des maladies et accidents, dépistage, bonnes pratiques, éducation sexuelle pour les adolescents, traitement de la douleur.

Etat 2012-2013 de l'action : étude exploratoire, préfiguration ou intervention

Dans un champ précis, l'accessibilité des cabinets médicaux et para médicaux aux différents types de handicap, le groupe de travail des personnes handicapées a élaboré en lien avec l'Atelier Santé Ville, un questionnaire adressé à ces professionnels de santé. Les signataires souhaitent continuer à approfondir la réflexion, avec les professionnels de santé et les associations de personnes handicapées, sur les conditions d'une amélioration de cette accessibilité.

Dans un autre champ, la Ville a signé avec le réseau Rhapsodif une convention visant à favoriser l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap.

Type d'action envisagée

Organisation de conférences-débats pour sensibiliser les professionnels de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale aux besoins spécifiques des personnes handicapées en matière de santé.

Il s'agit, en fait, d'animer un réseau de professionnels pour mettre en commun des informations et des compétences, renforcer les coopérations et les synergies, et améliorer l'information, le dépistage et les soins des personnes handicapées. Dans le cadre de ce réseau, il s'agit aussi d'organiser des actions de prévention (cf fiches action 3 et 4) dans les établissements médico-sociaux financés par l'ARS.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Favoriser l'accès aux dispositifs médicalisés de prévention et de soins pour les personnes en situation de handicap

Favoriser la prise en compte de l'autonomie de la personne handicapée

Renforcer des partenariats locaux en matière de prévention et de santé en faveur des personnes handicapées

Développer une stratégie de diffusion d'information sur la santé et le handicap

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Audition Publique sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap organisée par la Haute Autorité de Santé, rapport de la commission d'audition en janvier 2009

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

L'accès à la prévention et à la santé des personnes en situation de handicap est une priorité municipale, inscrite dans le Programme Local de Santé Publique.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

PSRS, § 1.3.2.2 : « pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap, la priorité de l'ARS est de favoriser le recours aux dispositifs de droit commun. En la matière l'accès aux soins des personnes handicapées constitue un enjeu particulier qu'il s'agisse de la sensibilisation des équipes, de la prise en charge du handicap ou de l'accès aux campagnes de prévention et de dépistage ».

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Schéma départemental en faveur des personnes handicapées de la Seine-Saint-Denis pour 2012-2016, qui souligne l'importance des actions de sensibilisation et de formation

Description de l'action

Porteur du projet

Direction de la Santé / Mission Handicap

Publics bénéficiaires de l'action

L'organisation de ces conférences-débats toucherait en moyenne 300 professionnels de l'action médicale, sociale ou médico-sociale

Secteur(s) géographique(s)

Montreuil et les communes limitrophes

Objectifs opérationnels de l'action

Améliorer l'accès à la prévention et à la santé des personnes en situation de handicap
Permettre aux professionnels de différentes disciplines de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques et de mieux travailler ensemble dans une logique de renforcement des partenariats locaux en matière de prévention et de santé en faveur des personnes handicapées
Favoriser et identifier des circuits d'aide dans une logique de proximité et d'accès aux soins

Informier et sensibiliser les acteurs et contribuer à l'évolution des pratiques pour réduire les inégalités en matière d'accès aux soins des personnes handicapées
Déterminer et mettre en place des projets et actions répondant aux problématiques soulevées lors de ces conférences

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Il est proposé d'organiser des conférences-débats pour les professionnels de l'action sanitaire, médico-sociale ou sociale sur l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap.

- 1 heure d'intervention par des personnes qualifiées exerçant notamment dans les établissements médico-sociaux
- 1 heure d'échange avec les participants

Il est également proposé (voir fiches actions n° 3 et 4) des actions de prévention (bucco-dentaires, prévention des maladies sexuellement transmissibles, planification familiale) dans les établissements médico-sociaux financés par l'ARS.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Direction de la Santé : Mission Handicap, Centres Municipaux de Santé, Atelier Santé Ville, CCAPH,

Groupes de travail

Structures médico-sociales : un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), trois Instituts Médico Educatif (IME) auxquels il faut ajouter les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou Service Accompagnement Médico Sociale pour Adultes Handicapées (SAMSAH) basés sur des communes limitrophes mais intervenant sur Montreuil

Associations des personnes handicapées

Facteurs favorisants identifiés

Validation politique municipale

Mise en place d'une CCAPH se réunissant régulièrement

Existence d'un groupe de travail constitué en moyenne de 20 personnes, se réunissant en moyenne une fois par mois et ayant constitué un sous-groupe consacré à l'accès à la santé

Facteurs contraignants identifiés

Les obstacles environnementaux : l'inaccessibilité des lieux de soins, l'absence de signalétique adaptée, l'inadaptation des dispositifs matériels (tables gynécologiques et radiologiques, sièges de soins dentaires, appareils d'examen d'ophtalmologie et ORL), l'inadaptation des dispositifs de droit commun et notamment le planning familial.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Financement des établissements médico sociaux

Contributions de la ville et de ses établissements publics

La contribution de la ville s'élève à 800 000€ en investissement (mise en accessibilité des Etablissements Recevant du Public, de la voirie et des espaces publics) et 10 000€ en fonctionnement (mise en place de dispositif répondant aux besoins recensés : partenariat avec une association d'interprètes en français / langue des signes française ; groupe de paroles pour les parents d'enfant porteur de handicap via le soutien financier à l'association SOLIENKA)

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

Démarrage du programme des conférences-débats début 2012, en continuation et approfondissement des actions menées par la Mission handicap depuis 2008

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Nombre de conférences débats mises en place

Indicateurs de processus

- formation / sensibilisation des professionnels et mise en action dans leur pratique
- amélioration des circuits d'aide
- développement des liens et du réseau

Indicateurs d'activité

- nombre de participants
- Diversité des participants et acteurs mobilisés

Dispositif d'évaluation participative

Réunions régulières avec le Club des seniors de Montreuil.

AXE 6 : PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE

ACTION N°13 : DEVELOPPER LE CONSEIL LOCAL EN SANTE MENTALE

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Nécessité d'un espace de concertation (professionnels, associations, élus) pour analyser les besoins et élaborer des stratégies particulièrement dans le champ de l'habitat accompagné des personnes ayant des pathologies psychiatriques. En effet, il existe tout au plus une vingtaine de places dans des appartements gérés par diverses institutions alors que la file active de patients montreuillois suivis par le secteur psychiatrique est de l'ordre de 3000 personnes. Lorsque ces personnes n'ont pas d'entourage soutenant, il est fréquent que les services publics locaux soient appelés en urgence pour résoudre des situations qui vont de simples troubles de voisinage à des violences mais aussi à des incendies provoqués.

Etat 2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Il existe déjà des concertations institutionnalisées sous forme de synthèses sur des situations individuelles, le RESAD (Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté). Les liens entre service de médiation, bailleurs sociaux, services sociaux, services de psychiatrie, services santé de la ville et UNAFAM ont ainsi une forme codifiée. Des réunions entre familles UNAFAM (Union nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) et services de psychiatrie sont aussi institutionnalisées. Création d'un conseil stratégique local en santé mentale en 2012 présidé par l'élu montreuillois délégué à la santé et à la prévention. Il porte de façon prioritaire sur la problématique de l'accès à des logements accompagnés.

Type d'action envisagée

- Développement du travail en réseau.
- Développement de l'offre en logements accompagnés destinés aux personnes en souffrance psychique.
- Proposition d'accompagnement psychologique aux personnes en situation de grande précarité.
- Développement d'actions culturelles pour faire évoluer les représentations sur la pathologie psychiatrique
- Développement d'actions spécifiques de formation des gardiens d'immeubles de l'OPHM à la souffrance psychique et aux troubles de voisinage.
- Création d'un groupe de travail pour analyser les besoins géranto psychiatriques et promouvoir l'existence d'une équipe mobile pluridisciplinaire d'évaluation gériatrique.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Définir sur le territoire les priorités en termes de santé mentale et organiser la régulation des partenariats (logement, insertion, sécurité, ...).

Prévenir les ruptures de soins, les rechutes d'hospitalisation et la désinsertion sociale des personnes ayant une maladie psychiatrique.

Encourager le dialogue et la recherche de solutions partagées entre les acteurs y compris les représentants des usagers et/ou de leurs familles et proches.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Plan national Psychiatrie et santé mentale
SROS Psychiatrie (volet hospitalisation)
PSRS : Assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé – Promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale.
Santé de l'homme n°413 mai juin 2011 dossier « empowerment et santé mentale »,
Circulaire DGAS/SDA 2002/595
Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
Document provisoire « résidences accueil et services » AGAPSY, UNAFOS SE, UNAFAM, sept 2011
Rapport Pinte, nov 2011

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Volonté d'une implication municipale sur les questions de santé mentale avec subvention du groupe d'entraide mutuelle et pilotage de l'animation du RESAD.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Décloisonnement du préventif, du soin et du médico- social et encouragement à une politique volontariste de création de CLSM (Conseil Local de santé mentale)
Promouvoir la santé mentale des jeunes
SROS psychiatrie, volet hospitalier : favoriser la démocratie sanitaire en encourageant des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées.
Existence de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et de services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées (SAMSAH)
Politique de la DRIHL (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement)
Politique Personnes âgées du Conseil général

Description de l'action

Porteur du projet

Mission santé mentale, Service Communal d'hygiène et de santé (SCHS), Secteurs psychiatriques 93G10- 93G11- 93103 de l'EPS Ville Evrard

Publics bénéficiaires de l'action

Ensemble de la population montreuilloise et plus particulièrement les patients psychiatriques qui ne disposent pas d'un entourage soutenant.

Secteur(s) géographique(s)

Tout Montreuil

Objectifs opérationnels de l'action.

Organiser des concertations 3 fois par an sur les besoins et le suivi de projets en commun.
Explorer la faisabilité de solutions en matière de logements accompagnés (résidence accueil, SAMSAH).

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Il existe déjà un lieu de concertation RESAD et une volonté des partenaires à travailler ensemble. Dans ce cadre, l'EPS Ville – Evrard a répondu à l'appel à projet initié par l'ARS IDF pour la mise en place du CLSM en partenariat avec la ville de Montreuil. Nécessité d'une étude des expériences sur d'autres territoires : résidence accueil de Villepinte et SAMSAH psychique de Sevrans.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Psychiatrie de secteur, SCHS, services sociaux, UNAFAM, bailleurs sociaux, commissariat, service municipal de médiation, CLIC, juge et associations tutélaires : UDAF (union départementale des associations Familiales) et ATR (Association Tutélaire Raincéenne), direction municipale de la culture., CMS

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Financement de 1/2 du poste de coordonnateur du CLSM, lui-même à 1/2 temps, à travers un financement de l'hôpital de Ville Evrard à hauteur de 15 000 euros.
Animation d'un groupe de travail de soutien à la santé mentale en Seine Saint Denis

Contributions de la Ville et de ses établissements publics.

La logistique des réunions est organisée par la Ville
Mise à disposition de moyens matériels pour le poste de chargé de mission et des médecins généralistes des CMS pour la continuité de l'action santé mentale.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

Constitution du CLSM en septembre 2012.
Réunions tous les deux mois du RESAD.
Réunions trimestrielles du groupe de suivi technique et annuel de l'assemblée plénière du CLSM.
Réunion en novembre 2013 d'une réunion avec l'OPHM sur la formation envisagée des gardiens d'immeubles
Projection du film les voix de ma sœur dans le cinéma municipal le 26 novembre 2013
Rédaction d'une note technique pour la construction d'une résidence accueil service en novembre 2013
Réflexion et problématique émergentes sur la question des visites à domicile ou sur les lieux de vie.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

La pauvreté et la précarité fragilisent l'état psychique. Cette action est tournée vers des populations vulnérables.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Concertation avec les CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), les organisateurs du dispositif du plan grand froid et les foyers de travailleurs migrants Développement d'actions telles que celle portée par Solienka

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Participation de l'ASV au CLSM

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Croisement avec les dynamiques Habitat et Sécurité de la politique de la ville

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Elu municipal à la santé, pilote politique		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	CLIC Médecin chargé de mission santé mentale Médecins des CMS avec médecin chargé de mission santé mentale : référents sur les hospitalisation sous contrainte	Pilote technique	
Usagers non professionnels de santé	Présence de l'UNAFAM et du GEM dans le projet		
Professionnels autres que de santé	Social, culture, logement, police		
Professionnels de santé	Secteurs psychiatriques,		
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Structuration du CLSM et de sa commission logement.
Nombre de réunions annuelles
Suivi des projets stratégiques.

Indicateurs de processus

Nombre et typologie des situations complexes traitées en RESAD et lien avec les initiatives du CLSM.
Avancement du projet de résidence accueil et services.
Concertation pluri institutionnelle et associative au niveau départemental.

Dispositif d'évaluation participative

Recueil régulier de l'avis de l'UNAFAM et du GEM (Groupe d'entraide Mutuelle)

AXE 6 : PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE

ACTION N°14 : RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-PSYCHO-SOCIAL A DOMICILE

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Nombreux signalements provenant de bailleurs sociaux ou de voisins (avec notamment des logements en déshérence) ou des associations de tutelles. Il existe 600 personnes sous tutelle ou curatelle avec très souvent un handicap psychique. Fréquentes situations de crise à évaluer en vue d'une orientation. File active de 2 500 patients psychiatriques avec nécessité d'un suivi à domicile en prévention des ruptures de traitement

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Constitution d'un réseau entre la direction santé (SCHS, Mission santé mentale, CMS, CLIC) la psychiatrie, le juge et les associations de tutelles, les services sociaux. Il existe des visites à domicile à partir du CMP (Centre Médico psychologique) avec des infirmiers accompagnés parfois de médecin et/ou d'assistante sociale. Un laboratoire du partenariat pluridisciplinaire des personnes vulnérables a été créé sur Montreuil.

Type d'action envisagée

Renouvellement du financement d'un poste de travailleuse familiale pour accompagner les personnes dans un logement en déshérence.

Structuration d'équipes de VAD

- soit pour suivi psychiatrique,
- soit pour maintien de la vie sociale,
- soit pour maintien du soin psychiatrique,
- soit pour prévention des ruptures de traitement,
- soit pour adaptation aux actes de la vie quotidienne,
- soit pour insertion sociale,
- soit pour évaluation en situation de crise.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Continuité du parcours de santé et de soins

Action sur une sortie de logement en déshérence

Prévention des hospitalisations et des drames humains (incendies, suicides...).

Développer le soin psychiatrique ambulatoire

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

En cas de troubles de santé mentale, référence possible aux lois du 5 août 2011 et du 27 septembre 2013 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Promotion de la santé avec action mixte sur l'habitat, l'accompagnement social et la santé psychique. Non rupture du parcours de soins.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Meilleure coordination entre prévention / promotion de la santé, soins et médico-social.

Description de l'action

Porteurs du projet

Le SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé) pour l'accompagnement préventif des personnes vivant dans un logement en déshérence.

Le secteur psychiatrique, la mission santé mentale, les CMS et le CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique) en cas de personnes âgées pour les VAD de suivi ou d'orientation en cas de crise.

Publics bénéficiaires de l'action

Personnes adultes et/ ou âgées vulnérables d'un point de vue psychique.

Secteur(s) géographique(s)

Montreuil.

Objectifs opérationnels de l'action.

Mettre en place les mesures d'accompagnement pour sortir les personnes de logements en déshérence.

Renforcer les capacités d'une équipe pluri-professionnelle psychiatrique impliquant, à la demande, le médecin de CMS chargé de précarité sociale.

Développer l'opérationnalité d'une équipe pluri-professionnelle de psychiatrie pour le maintien des personnes vulnérables psychiques dans un logement individuel adapté.

Prévenir l'aggravation de l'état de santé des personnes vulnérables psychiques, de l'incurie, de l'expulsion des logements et de la précarité.

Créer un groupe de travail médico-psycho-social et juridique pour analyser les besoins des personnes âgées ayant des difficultés cognitives et psychologiques dans ses différentes composantes de prise en charge médicale notamment neurologique, psychiatrique, sociale avec la dimension de protection de majeurs vulnérables. L'objectif du groupe est de mieux définir les ' caractéristiques de l'équipe pluri-professionnelle d'évaluation gériatrique face aux nombreuses situations problématiques de personne âgées, et de définir des modes de concertation et des arbres décisionnels partagés

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Travail avec les personnes concernées pour sortir de l'habitat en déshérence : diagnostic inspecteur de salubrité, tri des affaires, intervention d'entreprises de nettoyage, réintégration de droits sociaux et accompagnement médico-psycho-social adapté.

Renforcement du travail d'équipe de VAD psychiatriques dans le cadre d'une concertation entre l'hôpital psychiatrique et le secteur ambulatoire au moment où des lits psychiatriques de Ville Evrard vont être relocalisés sur Montreuil.

Organisation d'un groupe de travail avec un noyau comportant le service de gérontologie du CHI, le secteur psychiatrique, le CLIC, le service social et le chargé de mission santé mentale

Renforcement du travail d'équipe de VAD psychiatriques dans le cadre d'une concertation entre l'hôpital psychiatrique et le secteur ambulatoire au moment où des lits psychiatriques de Ville Evrard vont être relocalisés sur Montreuil.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Secteur psychiatrique, services sociaux, SCHS dont la travailleuse familiale, Médecin chargé de mission santé mentale, CLIC, CMS

Facteurs favorisants identifiés

Existences d'une équipe d'IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) de psychiatrie centré sur le suivi psychiatrique des patients les plus fragilisés.

Facteurs contraignants identifiés

Moyens humains du secteur psychiatrique et du service de gérontologie du CHI

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

30 000€ de l'ARS pour le financement d'un poste de travailleuse familiale au sein du SCHS à côté des inspecteurs de salubrité depuis 2009.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Forte implication du SCHS qui reçoit les plaintes et font des visites à domicile notamment d'insalubrité.

Animation du groupe de travail par le chargé de mission santé mentale

Réflexion et problématique émergentes sur la question des visites à domicile ou sur les lieux de vie avec des services municipaux concernés pouvant faire des Visites à domicile ou un accompagnement des personnes sur leur lieux de vie comme le CLIC, le CCAS, les CMS ...

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

Premier semestre 2012 :

analyse des besoins en VAD psychiatrique avec ses diverses origines : voisins, syndics, tutelles, CLIC...au regard des moyens actuellement déployés.

Deuxième semestre 2012 :

Réorganisation d'équipes pluri-professionnelles.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Population en grande vulnérabilité sociale et psychique de façon souvent mixte.

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	- Elu à la Santé - Médecins chef de secteur psychiatrique		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture et professionnels de santé	- Secteurs psychiatriques X et XI - Equipe du SCHS : inspecteurs, travailleuse sociale, Médecin chargé de mission santé mentale - Médecin santé précarité des CMS - CLIC		
Usagers non professionnels de santé	UNAFAM (Union nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) Club senior		
Professionnels autres que de santé	Professionnels sociaux et médico-sociaux		
Professionnels de santé			
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Nombre annuel de situations traitées de personnes vivant dans un logement en déshérence

Evaluation des résultats.

Nombre annuel de VAD socio-psychiatriques.

Indicateurs de processus

Introduction progressive d'une typologie informatisable

Tableau de bord sur :

Nombre de sollicitations

Origine des sollicitations

Création d'arbres décisionnels partagés

Recommandations suite aux VAD

Résultats

Nombre de réunions du groupe de travail

AXE 7 : AGIR CONTRE L'HABITAT TOXIQUE ET INDIGNE

ACTION N°15 :PREVENIR L'EXPOSITION AU PLOMB DES ENFANTS ET FEMMES ENCEINTES

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Le bâti construit avant 1949 sur Montreuil représente 7000 adresses.
Des données de présence de plomb sont disponibles sur 1000 adresses, dont 416 ont fait l'objet de DRIPP.

40 de ces immeubles ont été construits après 1948, dont 10 avec des DRIPP positifs suite à des enquêtes environnementales sur D.O.(Dépistage organisé).
Depuis la mise en place de la prévention au niveau communal, 228 enfants sur les 1476 dépistés étaient intoxiqués.

67% des cas habitaient des immeubles construits avant 1916 ; 24% des immeubles construits entre 1915 et 1949 ; 9% des immeubles construits après 1948.

Les données du recensement indiquent que 2576 enfants de moins de 7 ans vivent dans le parc construit avant 1949, dans 2046 logements.

En 2010, 6 intoxications et 25 taux > 50 µg/l dont 10 > 70 µg/l ont été identifiés.
487 opérations de travaux dans 168 immeubles ont nécessité la mise en sécurité de 402 familles, 785 enfants

Etat 2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Poursuite de l'intervention initiée en 1999, affinement progressif des priorisations de dépistage et d'intervention.

Type d'action envisagée

L'action est la continuation du programme de prévention dans ses volets technique (DRIPP, suivi de chantiers), sanitaire (incitation au dépistage, promotion de la santé) et social (accompagnement social, mises en sécurité pendant travaux).

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Prévention globale de l'exposition au plomb des enfants et femmes enceintes.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Code de la santé publique
Recommandations de la conférence de consensus ANAES / SFP / SPSP 2006
L'intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte, Ministère de la santé 2006
Sources inhabituelles d'intoxication par le plomb chez l'enfant et la femme enceinte INVS, 2006
Intoxication au plomb dans l'enfance : délinquance et atteintes cérébrales comme conséquences.
Quotidien du médecin 23/05/08, PloS medicine 5 (5) : e 101 & e 112
Plombémie et QI : le seuil international encore trop élevé Le Quotidien du Médecin 17/04/2003, Dr Richard Canfield, Cornell University Ithaca (NY).

Intérêt d'une limitation des usages du plomb dans certains produits de consommation INVS, 2008
Expertise opérationnelle Inserm InVS « Saturnisme, Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant »
2008

Blood lead levels and major depressive disorder, panic disorder, and generalized anxiety disorder in
US young adults, Bouchard MF, Bellinger DC et al. Arch Gen Psychiatry. 2009;16(12):1313-1319.

« Plein droit » n° 86, octobre 2010 : « santé des étrangers, l'autre double peine, Discriminations : quel
impact sur la santé ? »

Exposition des enfants au plomb et autres métaux toxiques : des données françaises inédites.
EHESP, Irset, CSTB, 06/2012

Lead contamination in French children's homes and environment. EHESP, U P Est, CSTB-
ESE/Santé, Environmental Research juillet 2012

Implications of different residential lead standards on children's blood lead levels in France:
predictions based on a national cross-sectional survey. EHESP, Rennes, Sorbonne; INSERM
UMR1085, IRSET; INSERM U954, 2013,

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

La prévention du saturnisme est une priorité municipale, inscrite dans le Programme Local de
Santé Publique, dans l'Agenda 21 et dans la charte municipale pour l'environnement.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Objectif général n°1 (prévention primaire) : réduire la survenue d'intoxications nouvelles. Il est
décliné en trois objectifs spécifiques :

- affiner la connaissance générale sur les facteurs de risques dans l'habitat
- obtenir une forte connaissance par les acteurs concernés des risques liés aux peintures
anciennes
- diminuer l'accessibilité du plomb dans l'habitat.

Objectif général n°2 (prévention secondaire) : stopper ou réduire le processus d'intoxication et
ses conséquences. Il est décliné en quatre objectifs spécifiques :

- Améliorer et étendre le dépistage.
- Améliorer et étendre la prise en charge thérapeutique des enfants intoxiqués.
- Adapter le mode de vie de la famille.
- Réduire la toxicité de l'environnement.

Objectif 29 : Protéger la santé des populations vivant en habitat indigne.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

L'OPAH-RU (Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat – Rénovation Urbaine) en cours
de programmation sur le Bas-Montreuil et le PNRQAD (Programme National de Requalification
des Quartiers Anciens Dégradés) des Coutures Montreuil-Bagnolet devront prendre en compte
les préconisations de sécurité relatives à la présence de plomb dans l'habitat.

L'agenda 21 intègre l'action dans son volet santé.

La prévention du saturnisme est inscrite dans la charte municipale pour l'environnement.

Description de l'action

Porteur du projet

Mairie de Montreuil – Mission saturnisme.

Publics bénéficiaires de l'action

Ménages avec enfants montreuillois exposés au plomb dans l'habitat ou signalés par les consultations PMI, les services sociaux, les associations ou à leur propre demande.

Secteur(s) géographique(s)

Ville entière.

Objectifs opérationnels de l'action.

Prévenir les risques d'exposition et d'intoxication des enfants et femmes enceintes par le plomb.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

- Prévention globale de l'intoxication d'enfants par le plomb : repérage des logements, contact et suivi des familles, information et orientation des propriétaires, accompagnement des interventions techniques ;
- Repérage et diagnostic des immeubles sur critères de risque (date de construction, état d'entretien, antériorité de cas d'intoxication repérés, fréquentation par des enfants) ;
- Enquêtes environnementales élargies aux autres sources de plomb et aux causes des dégradations ;
- Communication aux services de l'Etat des rapports pour injonction (L 1334 CSP) en qualité d'opérateur agréé ;
- Contact et suivi des familles ;
- Information par : visites à domicile, projection du film vidéo multilingue (14 langues) de prévention, réunions collectives dans les structures de quartier (Antennes, centres sociaux, associations, établissements scolaires) et de consultation (Centre municipaux de santé, PMI) ;
- Incitation au dépistage et suivi des résultats ;
- Soutien et orientation pour ouverture de droits et / ou régularisation de situations sociales ;
- Mise en sécurité pendant les travaux ; coordination des hébergements (dispositif d'hébergement sur des logements du patrimoine privé de la Ville dédiés) et / ou relogements avec le service logement / patrimoine municipal, les bailleurs et le bureau du logement de la DRIHL, le pôle « accords collectifs » ;
- Informations aux propriétaires, syndics, conseils syndicaux de copropriété et entreprises sur la bonne conduite des travaux ;
- Orientation vers les aides à la réhabilitation (ANAH, Région, Conseil général, collecteurs 1%), directement ou en lien avec l'assistance à maîtrise d'ouvrage ;
- Coordination des procédures saturnisme et insalubrité avec le SCHS, la DUH – Habitat ancien (ex MOUS Insalubrité, convention avec l'Etat signée en juillet 2003, suite au protocole de lutte contre l'habitat indigne), l'ARS 93, l'opérateur d'assistance à maîtrise d'ouvrage ;
- Formation d'autres professionnels, en particulier autour de la diffusion de la cassette vidéo de prévention ;
- Démarche de développement social avec l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux (habitants, associatifs, professionnels) des quartiers concernés, en lien avec l'Atelier Santé Ville ;
- Promouvoir la prise en compte des taux dits « faibles » ou « d'exposition » (>50 µg/l <100 µg/l) comme taux d'intoxication avérée ;
- Faire appliquer l'article L 1334-2 du CSP imposant l'hébergement des enfants un mois après la notification préfectorale en attendant la réalisation des travaux ;

- Faire appliquer l'obligation de réalisation de CREP dans l'habitat et leur communication systématique aux occupants et aux services.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

- Equipe de la Mission saturnisme : 2 techniciens, 1 infirmière, 1 agent d'enquête, 1 CESF, 1 secrétaire, 1 responsable.
- 7 Inspecteurs de salubrité du SCHS
- 5 agents de la Direction de l'Urbanisme et de l'Habitat
- Agents de la Communauté d'agglomération Est-Ensemble

Facteurs favorisants identifiés

- Proximité de l'équipe d'intervention, relation bien établie avec les familles, possibilité de réactivité, pluridisciplinarité du service (technique, sanitaire, social).
- Film de prévention en 14 langues
- Nomination d'un médecin animateur de projet en PMI et relance des dépistages dans les centres de PMI.

Facteurs contraignants identifiés

- Nécessité d'accroître le dépistage à hauteur des risques identifiés
- Présence de propriétaires indécis en direction desquels il est nécessaire de mener des procédures judiciaires
- Insuffisance des aides et de l'accompagnement des bailleurs en difficulté
- Arrêt en 2010 des financements de l'Etat au titre de la MOUS saturnisme.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

- Réception des rapports de diagnostic du bâti, rédaction et envoi des injonctions de travaux, demande de substitution à la DRIHL, validation des mises en sécurité pendant travaux réalisées par la Mission
- Contribution financière (2012) ; 65 000 € (action financée DDASS/PRSP/GRSP depuis 1999).
- Participation active au traitement des dossiers, rapidité du passage en substitution en cas de retard de réaction des propriétaires et gestionnaires
- Validation des mises en sécurité un mois après notification, conformément à l'article L.1334-2 du CSP

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

- Validation de l'intervention du service saturnisme
- Mise à disposition de lots du patrimoine dédiés pour hébergements
- Participation des CMS au dépistage
- Contribution financière 2011 : 233 004 €
- 2012 : 329 750 €

Contributions de la Politique de la Ville

Participation de l'ASV dans la mise en place de la démarche coopérative avec les habitants.

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS)

- Orientation des familles, signalement de risques à investiguer.
- Aides du Conseil Régional à la réalisation des DRIPP

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

Action permanente depuis 1999, à poursuivre jusqu'à résorption ou traitement pérenne du parc potentiellement toxique.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Les familles concernées sont majoritairement d'origine migrantes, en difficulté d'accès au logement social ou privé de qualité, du fait de faibles revenus ou d'une discrimination relative à leur origine.

L'action vise à leur assurer un logement sain, en entretenant avec elles une relation leur restituant une reconnaissance de leur dignité, de leurs compétences sociales.

La requalification de l'habitat indigne en habitat sain est un critère signifiant.

L'accès des ménages concernés à une parole entendue par les professionnels est également un critère majeur.

La diminution des situations d'intoxication et d'exposition au plomb réduit l'inégalité devant l'accès au savoir.

La révision attendue du seuil définissant l'intoxication, selon les recommandations du Dr Richard Canfield, Cornell University Ithaca (NY) en 2003 et de l'InVS / Inserm 2008, réduira l'inégalité face à l'exposition au plomb

Une vigilance particulière est à porter sur les effets de renchérissement du foncier et des loyers qui générerait une « gentrification » productrice d'inégalités.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

La situation sanitaire et sociale du département de Seine-Saint-Denis, de Montreuil avec un indice de développement humain (IDH2) de 0,4 appelle à rééquilibrer les champs qui influent sur cet état, celui du logement sain en l'occurrence.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Participation de l'ASV dans la mise en place de la démarche coopérative avec les habitants

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Validation politique, Financement		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la Préfecture	Visites à domicile, mesures, constat de risque		
Usagers non professionnels de santé	Accueil des techniciens, consultations, demandes de dépistage, avis sur les solutions proposées		Positionnement d'acteurs plutôt que de bénéficiaires, si la place leur en est laissée
Professionnels autres que de santé	Orientation des ménages, signalement des situations de risque		Prise en compte du risque plomb dans les projets d'urbanisme et de rénovation du bâti
Professionnels de santé	Dépistage des enfants, orientation des familles vers la Mission saturnisme		Accroissement du dépistage
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

- Nombre d'immeubles visités, diagnostiqués, ayant fait l'objet de travaux
- Nombre de familles informées, d'enfants dépistés, évolution des intoxications par rapport aux années précédentes
- Nombre d'hébergements et de relogements coordonnés et accompagnés
- Effets de la projection aux familles du film de prévention en 14 langues
- Nombre d'immeubles suivis dans le cadre des divers dispositifs d'hygiène ou d'urbanisme en prenant en compte la question du plomb.

Indicateurs de processus

- Participation des familles à la démarche de prévention, demandes de dépistage
- Acceptabilité (ou contestation) des mesures de sécurité, des éloignements pendant travaux, degré de satisfaction.

Indicateurs d'activité

- Qualité, durabilité des travaux, respect des préconisations
- Intégration, par les professionnels d'autres champs, de la problématique plomb dans leurs interventions (avec Atelier Santé Ville)

Indicateurs de résultats

- Intégration de la prévention du saturnisme dans le plan local de santé publique (PLSP)
- Place de cette prévention dans les forums santé avec les habitants
- Liens avec les autres pathologies liées à l'habitat définies dans le PLSP (précarité énergétique en particulier).

Dispositif d'évaluation participative

- Cadre général de la démarche coopérative en santé, considérant les habitants comme interlocuteurs.
- Recueil de satisfaction (oral, écrits spontanés), échanges sur l'acceptabilité des mesures proposées.

AXE 7 : AGIR CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET SES CONSEQUENCES SANITAIRES

ACTION N° 16 : POURSUITE DE L'ACTION D'IDENTIFICATION ET DE PREVENTION DE PATHOLOGIES LIEES A LA PRECARITE ENERGETIQUE DANS L'HABITAT ET/OU A L'INSALUBRITE

Cadrement et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Etat des lieux de la précarité énergétique à Montreuil :

- 900 ménages, soit 20 % des ménages montreuillois, sont en situation de précarité énergétique (source : Energies Demain à partir des données Ademe / INSEE (Agence de l'environnement et de la Maîtrise de l'énergie / Insee, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques).
- 1 350 dossiers Fonds Solidarité Energie FSE(instruits en moyenne par an. Augmentation de + 21 % des demandes de FSE et augmentation de + 48 % du montant total des factures d'électricité de 2007 à 2009 (source: Centre Communal d'Action Sociale, Ville de Montreuil)
- 500 le nombre d'éligibles au tarif social de l'énergie pour 1 140 bénéficiaires en 2010 (source : Sipperec).
- 500 bénéficiaires du Tarif Spécial Solidarité Gaz (source : GDF-Suez).
- 75 % des résidences principales datent d'avant 1974, date de la première réglementation thermique contre 66 % en Ile-de-France. En 2007, les revenus des deux premiers déciles¹ étaient de 551 € contre 862 € pour l'Ile-de-France.
- 000 propriétaires occupants de logements individuels construits avant 1975 sont éligibles aux aides de l'ANAH (source : Fichier Filocom de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP)
- avec 260 kWh EP/m², l'étiquette moyenne des logements est E, de même que pour la moyenne française avec 330 kWh EP/m².
- Un risque croissant pesant sur les ménages du fait de l'augmentation du coût de l'énergie et notamment de l'électricité (+ 21 à + 28 % d'ici 2015)(source : Commission de Régulation de l'Energie).

Lors des procédures d'hygiène et de prévention du saturnisme, la prévalence de la précarité énergétique peut être estimée à au moins 50 % des cas, à confirmer par l'action qui s'applique à visibiliser et à intervenir sur ce déterminant.

L'action expérimentale menée mi-2012 – 2013 a mis en évidence la réalité des hypothèses formulées. Sur 64 dossiers ouverts à ce jour, 45 ont pu faire l'objet de prélèvements de moisissure et reçu les résultats d'analyse montrant que 100 % des prélèvements présentaient des risques allergisants, 89 % des risques d'alvéolites, 82 % des risques toxiques, 36 % des risques infectieux, 14 situations cumulant les quatre effets pathogènes.

Des pathologies respiratoires ont été constatées dans la totalité des cas, à divers niveaux de gravité, jusqu'à des expositions ayant imposé des traitements lourds dont la mise sous assistance respiratoire d'enfants.

La participation aux débats sur la transition énergétique ont permis de faire reconnaître le principe d'impacts sur la santé publique, en particulier par la Ministre du logement lors d'un des colloques, à la Mutualité le 09/04/13.

Les risques à laisser les ménages nettoyer eux-mêmes les infestations fongiques en aggravant ainsi les pathologies auxquelles ils sont exposés ont été posés, en recherchant l'application de l'article L.1311-4 du CSP et en informant largement sur des techniques de nettoyage (excluant l'eau de javel).

¹ Les 20 % des ménages les plus pauvres en unité de consommation

Etat mi-2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

La ville de Montreuil aide, via le FSE, depuis de nombreuses années les ménages en situation de précarité énergétique, mais il ne s'agit que d'une réponse partielle à cet enjeu. Face à l'augmentation croissante des demandes de FSE, à l'augmentation des inégalités d'effort énergétique, aux inégalités sociales liées aux progrès énergétiques, la ville de Montreuil entend réagir par la mobilisation simultanée de dispositifs préventifs et curatifs.

L'identification et la mise en synergie des acteurs sont effectives. Les enjeux sont inscrits dans les dispositifs (Plan Climat Energie Territorial, Agenda 21). La table ronde de lutte contre les précarités énergétique dans le logement du 20/10/2010 a constitué un moment clef pour cette inscription. La sensibilisation d'acteurs professionnels par l'APPA en juin 2011 a renforcé la démarche. Les habitants ont été informés, par la presse locale, par l'action de MVE (ville entière, action spécifique Le Morillon).

Les contacts pris avec les praticiens inscrits dans la démarche initiée au CHI de maillage Ville – Hôpital par l'association « Asthme De l'Enfant à Montreuil » (ADEM) ouvrent vers une approche intersectorielle (bâti / social / sanitaire) de la question.

La participation au groupe de travail initié par Médecins du Monde, avec le LHVP, l'ORS-IdF, le CHI Créteil, l'INSERM ouvre des perspectives de mise en commun des données et de validation des hypothèses.

Le médecin de santé publique des CMS encadre les travaux de trois thésards sur la question. Plusieurs sessions de sensibilisation puis de formation ont eu lieu, avec des agents du CCAS, du SCHS, de l'ASV. 48 professionnels de PMI ont été sensibilisés à la question, déclenchant un nombre important de signalements qui ont conduit à préciser des critères d'inclusion dans l'action.

Pour 2014 il s'agit d'un abord de la précarité énergétique à travers certaines pathologies, éventuellement liées également à l'habitat insalubre ou dégradé, diagnostiquées et suivies chez des enfants par leurs médecins traitants.

Type d'action envisagée

Cette action vise à répondre à la question suivante : « **En quoi la précarité énergétique est-elle un facteur aggravant pour l'état de santé du ménage ?** »

Il s'agit de vérifier si la mauvaise qualité thermique des logements et les difficultés à se chauffer en découlant ont des impacts sur la santé des ménages et d'appréhender avec eux leur vécu de ces situations de sorte à établir le lien entre la précarité énergétique et les questions de santé publique.

La précarité énergétique est connue pour favoriser une mortalité hivernale prématurée, des risques de décompensation de pathologies cardio-vasculaires préexistantes, des pathologies multiples des voies respiratoires supérieures et inférieures, une souffrance psycho-sociale et des pathologies plus générales du registre de l'insalubrité, du mauvais fonctionnement des appareils à combustion et d'un défaut de ventilation adéquat.

Dans ce contexte, deux impacts sanitaires majeurs parmi d'autres de la précarité énergétique seront mesurés dans une démarche de diagnostic, veille et prévention au domicile des familles : **exposition au monoxyde de carbone et pathologies liées à la présence de moisissures.**

L'action se déroule en 5 phases :

1. Repérage et immersion de terrain avec les familles
2. Collecte des données (bâti, sanitaires, énergétiques)*
3. Identification des leviers d'action existants et orientation vers les services compétents en fonction de la situation des ménages (social, urbain, juridique, santé) ;
4. Analyse des données et vérification de la corrélation entre le résultat des prélèvements / pathologies liées et des risques identifiés / situations d'insalubrité / risques socio sanitaires et situation de précarité énergétique ;
5. Restitution de l'expérimentation et proposition d'actions adaptées à ces enjeux.

La démarche actée est celle de **santé communautaire**, qui associe les habitants concernés avec les professionnels dès le démarrage du projet. L'objectif est d'engager une coopération de l'ensemble des acteurs, dans la volonté de ne pas stigmatiser les habitants, ni de les déposséder de leur santé.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Identifier et prévenir les conséquences pathogènes de la précarité énergétique sur la santé des habitants, en lien avec l'intervention sur l'habitat indigne et dangereux.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Moisissures dans l'air intérieur et santé, ExtraPol n° 27, ADEME / InVS, décembre 2005
Contaminations fongiques en milieux intérieurs : diagnostic, effets sur la santé respiratoire, conduites à tenir », Conseil supérieur d'hygiène publique de France, septembre 2006
« Etude de la précarité énergétique en Europe », Séminaire EPEE 8 octobre 2009 : Fuel poverty and human health : A review of recent evidence. Christine Liddell, University of Ulster. 2009;
Lutter contre la précarité énergétique dans le logement, actes de la table ronde du 20/10/10 à Montreuil (ville de Montreuil, Comité de Liaison Energies Renouvelables, Agence Locale de l'Energie « MVE »)
Travaux du réseau RAPPEL (Réseau des acteurs de la pauvreté et de la précarité énergétique dans le logement)
« Sensibilisation des acteurs institutionnels à une approche élargie de la précarité énergétique » Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA) / Agence Nationale de l'Habitat / ADEME, s.a.s. PratiCité 2010 ;
Instruction du 13/10/10 relative au financement des prestations d'ingénierie des programmes et des opérations financées par l'ANAH à compter du 01/01/11 ;
Pollution de l'air intérieur de l'habitat, orientation diagnostique et recommandations, Groupe Air Eau Santé, L.E.N. MÉDICAL 2011, ISBN : 978-2-914232-67-8
Programme national « Habiter mieux » fondant le « contrat local d'engagement contre la précarité énergétique » entre l'Etat, l'ANAH et le département de Seine-Saint-Denis ;
Formation – sensibilisation par l'APPA sur la qualité de l'air intérieur mai – juin 2011 ;
Intervention de MVE (Agence locale de l'énergie) / volontaires Unis-cité (programme Méditerranée) accompagné par l'ASV sur le quartier « Le Morillon ».
Guide « éléments de préconisation, pour un habitat favorable à la santé » Réseau français des Villes – Santé de l'OMS 2011.
L'air c'est la vie, un enjeu sanitaire majeur, pourquoi éviter la contamination de l'habitat par les moisissures. Fédération Française des Tuiles et Briques février 2011
Asthme et allergies chez l'enfant : rôle des facteurs environnementaux et programmes de prévention. Institut National de Santé Publique du Québec, février 2013
Etude sur les liens entre précarité énergétique et santé dans l'Hérault, FAP-ORS-GEFOSAT, avril 2013
Etude sur les liens entre précarité énergétique et santé dans le Douaisis, « quand c'est le logement qui rend malade, FAP-ORS-PACT, octobre 2013.

Avec plus de 4 millions d'asthmatiques en France, de 1500 à 2500 décès annuels selon les sources sont imputables à cette affection.

Une cause allergique est retrouvée chez 70 à 80 % des adultes asthmatiques et chez 95 % des enfants atteints (<http://asthme-allergies.org/asthme/>).

A elle seule, cette pathologie ponctionne annuellement le budget national de 1,5 milliard d'euros (http://www.respir.com/doc/abonne/base/Asthme_economie.asp), 15 000 € /an/patient selon le Pr. Michel Aubier, responsable du service pneumologie de l'hôpital Bichat (Fr2 Envoyé spécial 07/03/13).

La mesure de la part imputable aux logements de mauvaise qualité thermique est à ce jour peu recherchée, même si cette étiologie n'est pas contestée, parmi d'autres, pour cette affection.

De surcroît, des pathologies lourdes, éventuellement suivies de décès, attribuables entre autres à *Stachybotris Chartarum* ont été décrites aux Etats Unis(American Academy of Pediatrics, 1998 ; 101 : 712-714 et <http://www.chu-rouen.fr/cap/dossier12.html>) et au Canada, mais pas en France

* seront également pris en compte l'ensemble des problèmes de santé énoncés par les ménages lors de la collecte de données telles que maladies chroniques et symptômes divers. Les observations seront annexées à l'analyse pour cerner l'ensemble des conséquences sanitaires à proposer en vue de la reconduction et l'élargissement de cette expérimentation.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

La préparation du contrat Local de Santé – Thématique Santé Habitat (suite du groupe de travail et des forums santé).

« Mettre en place une démarche coopérative pour cibler des priorités, pour améliorer la santé des habitants de Montreuil et proposer des actions adaptées, en partenariat avec l'ensemble des personnes concernées. »

Agenda 21 – Plan Climat Energie Territorial PCET – déclinaison du Programme de lutte contre les précarités énergétiques dans le logement à Montreuil

Dans la volonté d'une approche intersectorielle affirmée pour réduire les inégalités sociales de santé, les politiques publiques sus-citées et suivantes, s'articulent de façon cohérente et à l'échelle territoriale dans le volet santé de l'Agenda 21, lié au Plan Climat Energie Territorial, et se complètent en synergie dans l'élaboration du Plan Local de Santé Publique et dans le Contrat Local de Santé.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

PSRS :

- ✓ Prévention des intoxications au CO,
- ✓ Prévention des pathologies liées à la pauvreté et à la précarité
- ✓ 2.4.1.3. Cibler la veille et la gestion sur les pathologies et les facteurs de risque à l'origine d'inégalités de santé.

PRS :

- ✓ Agir sur les déterminants individuels sociaux et environnementaux de la santé
- ✓ Favoriser la participation des populations aux actions et décisions les concernant.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Région (autre que Plan Stratégique Régional de Santé):

Plan Régional pour le Climat (PRC) Ile de France (Conseil Régional d'IDF)

Département :

Contrat local d'engagement contre la précarité énergétique – fonds d'aide à la rénovation thermique FART (avec l'ANAH et l'Etat)

Recherche Action nationale :

En quoi la précarité énergétique est-elle un facteur aggravant pour la santé du ménage ?
Fondation Abbé Pierre, FNORS, INPES, réseau RAPPEL (Réseau des Acteurs de la Pauvreté et de la Précarité Énergétique dans le Logement), OMS(Organisation Mondiale de la Santé).

Le réseau français des Villes Santé de l’OMS

Objectifs de Santé 21 – santé pour tous au XIXème siècle - Signature de la charte de Zagreb par la ville de Montreuil

Convention PNRQAD avec l’ANRU, l’ANAH, et l’Etat

Convention OPAH-RU avec l’ANAH

P.I.G. habitat indigne / volet précarité énergétique.

Contrat Urbain de Cohésion Sociale – Atelier Santé Ville (ASV) / Agence Locale de l’Energie MVE, CLER.

Contrat de développement territorial, Communauté d’Agglomération Est-Ensemble

Description de l’action

Porteur du projet

Mairie de Montreuil (services œuvrant dans le champ de l’habitat dégradé : SCHS, Mission Saturnisme, Mission urbanisme et habitat).

A terme : Mairie de Montreuil et Communauté d’Agglomération Est-Ensemble.

Publics bénéficiaires de l’action

Les ménages en situation de précarité énergétique / pauvreté énergétique.

20 % de la population montreuilloise est en situation de précarité énergétique, potentiellement exposée aux agents pathogènes liés à cette caractéristique. Pour cette phase de montée en charge de l’action, après l’expérimentation précédente, seront ciblés une soixantaine de ménages en situation de mal-logement

Le repérage des ménages

- Lors des visites à domicile réalisées dans le cadre des missions traditionnelles des services Saturnisme, habitat ancien, SCHS, ASV et à partir des observations techniques et sanitaires (installation vétuste, système de chauffage, humidité...)
- Par l’orientation de l’agence locale de l’énergie – MVE et du Pacte Arim93
- Sur une diffusion de l’information auprès des ménages qui sollicitent le Fonds Solidarité Energie auprès du CCAS

L’adhésion au projet se fait sur le volontariat des ménages.

Secteur(s) géographique(s)

Ville entière.

Objectifs opérationnels de l’action.

Mener une recherche action en rapport avec la précarité énergétique en associant les habitants à la démarche

Repérer deux pathologies à l’interface de la dégradation de l’habitat et de la précarité énergétique et retenues pour cette phase d’expérimentation, contribuer à la connaissance scientifique de ce phénomène assortie d’indicateurs d’évaluation (qualitatifs et quantitatifs)

Collecter les données d'autres pathologies qui pourraient être liées à la précarité énergétique dans le cadre de recherche action

Mobiliser les moyens opérationnels (social, santé, bâti) existants à partir de l'immersion de terrain et proposer des modalités concrètes d'amélioration à moyen long terme.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

L'action est constitutive de la volonté des co-signataires de voir le traitement de la précarité énergétique (éventuellement corrélée à l'insalubrité) et de ses conséquences sanitaires bénéficier d'une diversité de prise en charge et d'un abord pluridisciplinaire. L'inter-relation forte entre les services contribuant à la mise en œuvre de ce type de projet, et l'implication du SCHS –service chargé pour le compte de l'Etat de la lutte contre l'habitat insalubre, est le reflet de cette préoccupation.

Phase 1 - Repérage et immersion de terrain avec les familles

1. Prise de contact avec les habitants pour renseigner et faire évoluer le support d'enquête à partir de leur vécu et de l'étude des symptômes bâtis et sanitaires liés à la précarité énergétique. Les objets de recherche sont connus et partagés avec le groupe recherche-action national : L'exposition aux mycotoxines produites par les moisissures en situation d'humidité et l'exposition au monoxyde de carbone. Les indicateurs d'évaluation seront définis en cohérence (local et national.)
2. Diffusion du support d'enquête auprès des ménages par les services compétents (SCHS, service Saturnisme, service Habitat ancien.) La démarche est coopérative et se construit avec les ménages sur la compréhension du phénomène (réel et perçu), à partir de leur adhésion au projet porté par la ville de Montreuil
3. Contrôles de présence de monoxyde de carbone et prélèvements aux fins d'analyse des moisissures présentes dans les logements qui présentent des désordres du bâti et pour lesquels les ménages ont adhéré à la démarche. Cette démarche est effectuée lors de visites à domicile pour les procédures d'hygiène et saturnisme, les techniciens des services concernés ayant reçu une formation appropriée et le matériel de prélèvement et de mesures adéquates.
L'avancée de l'action 2012 – 2013 indique la nécessité d'équiper les agents de capteurs d'air et d'une caméra thermique pour mieux renseigner les diagnostics

Phase 2 - Identification des leviers d'action existants et orientation vers les services compétents fonction de la situation des ménages

A partir de la visite à domicile et de l'échange avec les ménages

Information et orientation des ménages sur les leviers existants et mobilisables d'accès aux droits dans le logement :

- Les corrélations exposition / symptômes seront l'indication pour adresser les personnes à des consultations spécifiques, en particulier pour les pathologies respiratoires par le maillage ville – hôpital « Asthme de l'enfant à Montreuil » (ADEM) et réciproquement les médecins de ce maillage qui diagnostiquent des symptômes évoquant une exposition domestique seront invités à solliciter les services de la direction Santé pour qu'une visite à domicile soit programmée
- Pour celles liées à l'exposition au monoxyde de carbone (en prévention d'intoxication), le lien s'effectuera avec le SCHS / Laboratoire Central de la Préfecture de Police / pompiers / consultations médecine de ville et publiques (Centres Municipaux de Santé).

Toute autre information relative à l'accès aux droits (accès au tarif social de l'Energie TPN / TSS en lien avec les fournisseurs d'énergie, FSE en lien avec le CCAS, permanence sociale et juridique en lien avec les services départementaux, démarche pour l'amélioration de la qualité de l'habitat en lien avec MVE, Pact Arim93, CMS...) en fonction de la situation du ménage rencontré.

Des actions seront menées à partir de l'analyse des désordres du bâti, en particulier des mauvaises ventilations et isolations, évaluation des interventions correctives possibles.

Phase 3 - Collecte des données

- Collecte progressive des données du support d'enquête aux ménages, des mesures de CO et des fiches techniques (bâti et énergie) avec une catégorisation des situations.
- Suivi et échanges avec le Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris sur l'analyse des échantillons moisissures et classement par nature pathogène.

Phase 4 - Analyse des données et vérification des corrélations entre les pathologies retenues et les conséquences sanitaires

A partir des analyses (relevé de monoxyde de carbone et nature pathogène des moisissures), de l'observation technique du bâti et des éléments apportés par le support d'enquête des ménages (technique, sanitaire dont santé perçue, usage du logement, taux d'effort énergie), il s'agira de mettre en évidence :

- Les corrélations entre résultat de prélèvements / pathologies liées, risques identifiés / situations d'insalubrité, risques socio-sanitaires/ situation de précarité énergétique.
- L'éclairage scientifique et l'analyse avec l'équipe de l'Observatoire Régional de Santé (ORS).

Phase 5 - Restitution de l'expérimentation et proposition d'actions

- Temps de restitution et d'échanges par la ville de Montreuil de cette phase d'expérimentation avec les ménages engagés dans la démarche projet, les partenaires associés et les professionnels de santé.
- Croisement avec la recherche – action menée par la Fondation Abbé Pierre pour alimenter la connaissance sur ce champ.
- Mise en évidence d'autres pathologies liées aux situations de précarité énergétique observée à partir de la collecte des données d'autres conséquences sanitaires (maladie CV, mortalité prématurée hivernale...) Ces données associées à l'analyse produite dans le cadre de cette phase d'expérimentation pourront être proposées comme champ d'intervention élargi pour la poursuite de la recherche action.
- Fonction de l'évaluation, de la validation lancement de la phase projet à plus grande échelle avec le ciblage d'interventions et de nouveaux leviers d'action adaptés qui auront été définis à partir de l'analyse et des propositions issues de la coopération professionnelle.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Services de la ville :

Direction Santé : SCHS, Mission saturnisme, Centres Municipaux de santé, Atelier Santé Ville

Direction de l'Urbanisme et de l'Habitat : Service Habitat ancien

Direction Environnement : Mission A21/PCET

Direction des Solidarités : CCAS

Direction générale : Mission Logement Habitat

Services sanitaires et sociaux du département

Médecins hospitaliers, pédiatres et pneumologues (CHI André Grégoire) et médecins de ville du maillage ville hôpital

Pompiers, LCPP (signalements CO, formations spécifiques)

MVE / CLER / réseau RAPPEL / Fondation Abbé Pierre actifs sur les précarités énergétiques

ORS IdF pour l'étude étiologique

Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris

Facteurs favorisants identifiés

Bonne connaissance du parc bâti par les agents de la ville
Lancement du maillage ville – hôpital « ADEM »
Différents partenariats en cours de formalisation

Facteurs contraignants identifiés

Importance du parc d'habitat concerné
Attente de signature du CLE par le département
Mise en cohérence des différentes aides avec rééquilibrage vers les propriétaires bailleurs
Difficultés à faire prendre en compte la P.E. par les opérateurs d'opérations d'urbanisme (OPAH, PNRQAD)

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Financement des appareillages techniques et des moyens mis à disposition de l'action par le SCHS dans la cadre de la DGDH
Suivi des procédures et traitement de l'habitat dégradé avec le SCHS et le pôle veille et sécurité sanitaire, contrôle et sécurité sanitaire des milieux.
Soutien financier de l'ASV

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Ville : formation et mobilisation des agents des services
Équipement des agents en matériel de prélèvement moisissures
Travail intersectoriel santé / habitat : mobilisation des consultations CMS
Contribution de l'Atelier Santé Ville au niveau de la sensibilisation des professionnels de santé et de l'évaluation coopérative avec les habitants
Mise en place d'un système d'information géographique pour croiser les données relatives à l'habitat pathogène.

Contributions de la Politique de la Ville

Participation de l'ASV (agent de santé communautaire) dans la démarche coopérative avec les habitants

Contribution des autres partenaires ou cosignataires du CLS :

Les PMI (CG93) adressent les patients souffrant de pathologies ciblées pour investigation au domicile.
L'ADEM du CHI (maillage ville hôpital asthme) fera le lien entre les médecins et les services techniques santé / habitat.
MVE, agence locale de l'énergie, participera à l'orientation vers les dispositifs de montage des dossiers d'intervention sur l'habitat.
Les opérateurs retenus pour l'animation de l'OPAH et du PNRQAD devront prendre en compte la question de la précarité énergétique selon le cahier des charges de leur intervention.
Le tour de table d'acteurs MVE / CLER / RAPPEL / FAP / ORS IdF (Observatoire Régional de Santé) a été sollicité pour accompagner méthodologiquement l'action. Depuis lors, MdM, LHVP, CHI Créteil, Inserm se sont ajoutés à ce tour de table

Le LCPP (Laboratoire Central de la Préfecture de Police) signale déjà au SCHS les intoxications au CO sur lesquelles les pompiers sont intervenus, les situations d'expositions non identifiées par cette voie seront signalées par la ville

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

Démarrage du programme début 2014, en continuation de l'expérimentation 2012 – 2013 et approfondissement des actions sur l'habitat menées statutairement par le SCHS, et par le service de prévention du saturnisme depuis 15 ans

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

20 % de la population montreuilloise est en situation de précarité énergétique, potentiellement exposée aux agents pathogènes liés à cette caractéristique.

L'approche intersectorielle vise à croiser les données sanitaires, les données sociales et les données habitat, cette synergie permettant d'apporter des solutions opérationnelles visant à identifier, à spécifier et à réduire ces inégalités.

Ces croisements de données devront impérativement se faire dans une démarche coopérative avec les habitants concernés, du début de l'action jusqu'à son évaluation.

La mise en valeur de cette coopération vise également à combattre les atteintes à la dignité dont ces populations sont l'objet et qui les invalident socialement.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

L'action s'applique à l'ensemble du territoire de la commune, l'habitat concerné pouvant être plus concentré sur certains secteurs d'habitat vétuste (Bas-Montreuil, Solidarité, Boissière) et d'habitat social ancien mais aussi présent dans le diffus, comme il est constaté pour l'habitat insalubre ou indigne et la présence de plomb accessible.

Une cartographie informatisée (SIG) est prévue, l'évaluation de l'action permettra d'établir si des secteurs plus particulièrement concernés ressortent.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'Atelier Santé Ville, qui a contribué à renforcer les liens partenariaux dans le cadre de l'action MVE sur le quartier d'habitat social Le Morillon, est impliqué dans les démarches coopératives avec les habitants et l'évaluation participative.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Le lien avec l'Atelier Santé Ville et son agent de santé communautaire fait l'articulation avec le CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale)

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Validation politique, Financement	Comité de suivi PCET Comité de suivi RFVSOMS Comité scientifique	ARS : financement de l'action (refusée en 2013)
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Visites à domicile, mesures, constat de risque	Recueil et transmission des données pour analyse Suivi et articulation des actions du CLS	
Usagers non professionnels de santé	Coopération dans l'élaboration de la démarche et son évaluation, Accueil des techniciens, Consultation	Groupe d'élaboration du guide d'enquête Adhésion volontaire au projet	
Professionnels autres que de santé	Orientation des ménages Participation au groupe de pilotage Lien avec un laboratoire d'analyse des prélèvements		
Professionnels de santé	Diagnostic des pathologies corrélées Signalement des situations d'exposition en accord avec leurs patients	Participation aux instances dédiées	
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Implication effective des partenaires
 Nombre de ménages visités
 Nombre de prélèvements effectués (Mesures CO, moisissures)
 Corrélation résultat de prélèvements / pathologies liées
 Corrélation risques identifiés / situations d'insalubrité.

Indicateurs de processus

Acceptation par les ménages de l'intervention
 Effectivité de la circulation d'information et d'orientation avec l'Ecole de l'asthme, les médecins de ville, les services techniques

Indicateurs d'activité

Nombre de ménages visités
 Nombre de prélèvements effectués (Mesures CO, moisissures)

Indicateurs de résultats

Des propositions d'actions pour les habitants et des réalisations d'amélioration de l'habitat, le confort du maillage des acteurs de santé-habitat à partir de la :

Corrélation avec l'étude nationale menée par la FAP

Corrélation résultat de prélèvements / pathologies liées

Corrélation risques identifiés / situations d'insalubrité

Corrélation risques sanitaires / précarité énergétique.

Dispositif d'évaluation participative

L'action ayant été dès le début, menée en coopération avec les ménages, l'évaluation en fait partie intégrante.

L'ASV a réalisé une première étude participative de l'impact de l'action auprès des ménages suivis en décembre 2012, qui sera poursuivie.

AXE 7 : AGIR CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET SES CONSEQUENCES SANITAIRES

ACTION N°17: DEVELOPPER DES STRATEGIES GLOBALES CONCERTEES DE LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Le bâti construit avant 1949 représente à Montreuil 7000 adresses (source mission saturnisme) et il existe 3047 logements appartenant au parc potentiellement indigne concernant 7803 personnes (source ANAH 2005 (Agence Nationale de l'Habitat)). La présence d'habitat indigne, source de danger pour la santé et la sécurité des habitants, est importante et nécessite des actions d'ampleur.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Le SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé) reçoit environ 150-200 plaintes annuelles relatives à l'habitat.

En 2011-2012-, 31 arrêtés d'insalubrité ont été pris : 16 arrêtés préfectoraux d'insalubrité remédiable, 7 relatifs à des locaux impropres par nature à l'habitation, 5 pour des locaux dangereux en raison de l'utilisation qui en est faite ainsi que 3 arrêtés d'extrême urgence sanitaire L 1311-4.

Par ailleurs, il existe des arrêtés d'insalubrité anciens dont la pertinence et l'actualité sont à réévaluer : 61 d'avant 1990, 14 de 1990 à 2000 et 86 de 2000 à ce jour.

En parallèle des actions du SCHS menées sur la ville, la compétence relative à la lutte contre l'habitat indigne a été transférée à la communauté d'agglomération Est-Ensemble en 2013. Les projets transférés sont ceux ouvrants droit à un financement de l'ANAH. Le traitement des dossiers sera conjoint avec le SCHS qui dispose des pouvoirs de police de la maire en matière de péril et du Préfet en matière d'insalubrité. Les projets sont les suivants :

- Le Bas-Montreuil et une partie de Bagnolet ont été retenus comme l'un des 25 sites français du Programme National de Requalification d'habitat Ancien Dégradé (PNRQAD) : résorption lourde d'habitat ancien dégradé (acquisitions, expropriations, démolitions, réhabilitations publiques) dans le cadre d'un projet de renouvellement urbain cofinancé par l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) et l'ANAH : 22 immeubles – 128 logements
- Projet de mise en place d'une Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (OPAH) – Renouvellement Urbain : réhabilitation d'environ 20 immeubles privés – 400 logements (sur Montreuil), sur le même territoire que le PNRQAD, en mobilisant des moyens incitatifs et coercitifs.
- Programme d'intérêt général [PIG] – Insalubrité et PIG – hôtels meublés : 22 immeubles et 306 logements ou chambres

Un groupe de travail habitat insalubre et dangereux a été mis en place en 2011 : objectif de coordination des interventions des différents services sur les immeubles les plus dangereux, réunissant les services SCHS, Mission Saturnisme, Service Etude Développement Urbain, Logement, Immobilier. A ce jour 18 immeubles repérés comme particulièrement dangereux ont été choisis pour être suivis par le groupe de travail. Ce groupe doit être modifié au regard du transfert de compétence à l'agglomération et de nouvelles organisations de travail doivent être mises en place.

Type d'action envisagée

Renforcer l'action du SCHS pour mener à terme les procédures d'insalubrité engagées.
Etablir une coordination nouvelle avec les différents services impliqués dans la lutte contre l'habitat indigne en développant une approche pluridisciplinaire.
S'intégrer aux dynamiques OPAH et PNRQAD allant au devant des occupants des immeubles les plus dégradés sur le Bas Montreuil.
Renforcer la détection des intoxications au CO (Monoxyde de carbone), l'identification de la toxicité des moisissures et la coordination avec le maillage ville-hôpital « asthme de l'enfant à Montreuil » pour faire baisser les pathologies liées à l'habitat indigne et/ou à la précarité énergétique.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

La lutte contre l'habitat indigne constitue une priorité nationale.
Cette priorité est explicitement inscrite dans le plan de cohésion sociale, le plan santé/environnement, la lutte contre l'exclusion et figure, à ce titre, dans les engagements européens de la France.

Santé :

Les actions sur l'habitat ancien dégradé ont pour but direct d'améliorer l'état de santé des occupants.

Politique de l'habitat :

La lutte contre l'habitat indigne s'inscrit également dans une optique économique sociale visant à conserver un parc privé à vocation sociale, dans des conditions normales de salubrité et de sécurité, facteurs de mixité sociale et de diversité de l'offre de logements.

Promotion du droit au logement et respect de la dignité humaine :

Une politique volontariste de traitement de l'habitat indigne participe de ce droit au logement. Elle permet, d'une part, de garantir, par le maintien dans les lieux chaque fois que cela est possible, des conditions de logement décentes à des populations souvent en grande difficulté, et d'autre part, de faire respecter par les propriétaires ou les « logeurs », l'obligation d'offrir un logement salubre, sûr et décent, afin de ne pas faire reposer indûment sur la collectivité publique la charge du relogement, temporaire ou définitif. La nécessité d'agir contre l'habitat indigne est confortée par les effets de la loi du 5 mars 2007 relative au droit au logement opposable, laquelle prévoit, parmi les personnes prioritaires à l'accès au logement ou à l'hébergement, celles qui occupent des « locaux impropres à l'habitation ou présentant un caractère insalubre ou dangereux ».

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Programme national de lutte contre l'habitat indigne.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du Plan Local de Santé ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Amélioration de l'habitat du secteur privé afin de permettre un renouvellement urbain et d'obtenir des logements sains. L'axe santé habitat est une priorité de la politique de santé municipale.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

« Mieux articuler la politique de santé avec les problématiques d'urbanisme, d'aménagement et d'environnement » PSRS 2011 (Plan Stratégique Régional de Santé) page 111
Agir sur les déterminants individuels sociaux et environnementaux de la santé
Favoriser la participation des populations aux actions et décisions les concernant.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Convention PNRQAD avec l'ANRU, l'ANAH et l'Etat.
Convention d'OPAH avec l'ANAH.
Crédits ANAH de lutte contre l'habitat indigne : RHI/THIRORI (Résorption de l'Habitat Insalubre, irrémédiable ou dangereux/Traitement de l'Habitat Insalubre Rémédiable ou dangereux et des opérations de restauration immobilière), travaux de substitution.
Recherche action sur la précarité énergétique initiée en collaboration avec la Mission Saturnisme, MVE (agence locale de l'énergie Maîtrisez Votre Energie), CLER (Comité de Liaison Energies Renouvelables), RAPPEL (Réseau des Acteurs de la Pauvreté et de la Précarité Énergétique dans le Logement), Fondation Abbé Pierre, ORS Ile de France (Observatoire Régional de Santé).

Description de l'action

Porteur du projet

SCHS

Publics bénéficiaires de l'action

Personnes habitant dans un habitat indigne.

Secteur(s) géographique(s)

Ensemble de Montreuil avec une accentuation de l'action sur le Bas-Montreuil où se concentre la plus grande part de l'habitat indigne.

Objectifs opérationnels de l'action.

Développer les objectifs propres du SCS :

- ✓ avancer dans le suivi des anciens arrêtés
- ✓ augmenter les procédures de substitution et l'engagement de travaux d'office
- ✓ améliorer l'accompagnement social et sanitaire des personnes vivant dans l'habitat insalubre
- ✓ accompagner les personnes vivant dans un logement insalubre en situation de détresse mentale.

Renforcer les capacités internes du SCS :

- ✓ Renforcer l'expertise avec une collaboration renforcée avec un (des) architecte (s)
- ✓ Renforcer la capacité à intervenir rapidement pour des travaux de substitution

Impliquer le SCHS dans les différents dispositifs de coordination :

- ✓ PNRQAD : coordination avec l'aménageur de la future ZAC (Zone d'Aménagement Concerté), les services de la Ville et de la Préfecture, dans le cadre d'un groupe de projet spécifique aménagement
- ✓ OPAH : coordination avec l'opérateur de l'OPAH, les services de la Ville et de la Préfecture, dans le cadre d'un groupe de projet spécifique OPAH
- ✓ Organisation de travail avec la communauté d'agglomération Est-Ensemble et le service études et développement urbain de la ville
- ✓ Groupe de suivi de la recherche action sur la précarité énergétique et le renforcement d'actions sanitaires préventives en lien avec la mission saturnisme

Description de l'action - Description des leviers d'actions

1- Volet réglementaire de l'action :

- Concertation pluridisciplinaire et pluri-services avec notamment les équipes municipales de lutte contre l'habitat indigne transférées à la Communauté d'Agglomération Est Ensemble.
- Etude prospective pour lancer un marché visant à travailler avec une entreprise polyvalente susceptible de faire des travaux de substitution.
- Collaboration régulière d'un architecte avec l'équipe du SCHS.
- Mise à jour des arrêtés anciens d'insalubrité.

2- Mise en place et développement d'actions innovantes dans le champ des conséquences sanitaires de l'insalubrité avec trois pistes engagées :

- identification de la pathogénicité des moisissures.
- renforcement de la détection des intoxications au CO.
- coordination avec le maillage ville-hôpital « Asthme de l'enfant à Montreuil » afin que des explorations au domicile de l'enfant aient lieu chaque fois qu'une pathologie infantile est identifiée.

Le SCHS veille à assurer l'articulation de l'action sur les déterminants (habitat dégradé) avec l'action sur les pathologies (conséquences sanitaires) . Il veille aussi à comprendre l'ensemble des interactions entre habitat et santé. Dans ce cadre, le SCHS est :

- porteur de la fiche action n°14, qui aborde l'accompagnement des personnes isolées dont certaines sont confrontées à un habitat initialement ou secondairement (syndrome de Diogène, etc...) dégradé.
- co-porteur de la fiche-action n°16 sur les pathologies liées également à la précarité énergétique.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Direction de la Santé : SCHS, Mission Saturnisme

Direction Urbanisme Habitat : SEDU (Service d'Etudes et Développement Urbain), Service Logement, Service Immobilier Patrimoine

Direction des Solidarités : Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Partenaires institutionnels : DRIHL (Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement), ARS (Agence Régionale de Santé), Service social départemental

Opérateurs extérieurs : aménageur de la future ZAC, opérateur de la future OPAH RU

Facteurs contraignants identifiés

Coordination à établir avec les services relevant de la communauté d'agglomération.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

La ville de Montreuil reçoit une dotation annuelle de 488 557€ de l'Etat pour le SCHS.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Budget d'investissement de la ville:

Des moyens supplémentaires alloués en 2012 pour conduire des travaux de substitution :

BP 2012	121 000€
contre BP 2011	51 000€

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

Démarrage 2012

Durée prévue des actions partenariales :

- OPAH : 5 ans
- PNRQAD : 1^{ère} tranche 7 ans

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Action en faveur d'une population en grande fragilité.

Réductions des pathologies liées à l'habitat indigne (voir notamment fiche action précarité énergétique).

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Ciblage de l'action notamment sur la plus forte concentration d'habitat indigne, dans le Bas-Montreuil.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

ASV (Atelier Santé Ville) et SCHS sont tous deux dans la direction Santé.

Possibilité de l'ASV de favoriser une dynamique coopérative avec les habitants concernés.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Action majeure dans les quartiers politique de la ville, Bas Montreuil quartier prioritaire du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS).

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Fixer les objectifs et promouvoir le cadre de coopération	Deux réunions annuelles : l'une définissant les objectifs, l'autre analysant le bilan	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	- SCHS pilote - Est Ensemble : lutte contre l'habitat indigne - Service du contrôle et sécurité sanitaire des milieux de l'ARS Délégation Territoriale 93		
Usagers non professionnels de santé	Donner leur avis sur la façon dont sont traitées leurs plaintes		
Professionnels autres que de santé			
Professionnels de santé	Professionnels du réseau « Asthme de l'enfant à Montreuil »		
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de processus

- Nombre de réunions du comité de suivi sur la recherche action sur la précarité énergétique.
- Nombre de réunions du SCHS relatives à l'OPAH et au PNRQAD.
- Contractualisation d'un marché avec une entreprise pouvant faire des travaux de substitution.

Indicateurs d'activité

- Nombre de plaintes enregistrées.
- Nombre de situations de personnes accompagnées par le SCHS vivant en grande détresse mentale
- Nombre d'anciens arrêtés d'insalubrité mis à jour.
- Nombre de travaux de substitution engagés.
- Nombre de visites de domicile initiées par le réseau « Asthme de l'enfant à Montreuil ».
- Nombre de logements visités avec détection de CO.
- Nombre de logements visités avec prélèvements de moisissures.

Indicateurs de résultats

- Nombre de mises en demeure envoyées
- Nombre d'arrêtés et typologie des arrêtés (arrêtés d'urgence, de travaux ...)
- % d'intoxications au CO détectées
- Nombre d'interventions au domicile d'enfants asthmatiques.

AXE 8 : PREVENIR LES RISQUES TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

ACTION N°18 : MIEUX ACCOMPAGNER LES HABITANTS VICTIMES AVEREES OU POTENTIELLES DE POLLUTIONS

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

- Un inventaire national des sites industriels, abandonnés ou non, susceptibles d'engendrer une pollution de l'environnement, et un inventaire des sols pollués (ou potentiellement pollués), ont été élaborés sous forme de deux bases de données, dénommées respectivement BASIAS (bases = anciens sites industriels et de service) et BASOL (sites et sols pollués ou potentiellement pollués). Sur le territoire de la commune de Montreuil, le fichier BASOL recense 2 sites. Ces deux points noirs parmi 415 sites pollués en Ile de France, sont liés à des fuites anciennes de carburants et d'hydrocarbures. 954 sites sont répertoriés sur Basias.
- L'article 43 de la loi de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement précise : «L'inventaire des sites potentiellement pollués en raison d'une activité passée et son croisement avec l'inventaire des points de captage d'eau et lieux d'accueil des populations sensibles seront achevés en 2010, afin d'identifier les actions prioritaires. [...]». Sur la commune de Montreuil, 22 établissements ont été repérés comme se situant sur ou à proximité d'un ancien site industriel, dont 1 crèche, 5 écoles maternelles, 3 écoles primaires, 6 collèges, 4 lycées, 2 SEPA et un CFA. Le MEDDE propose aux maîtres d'ouvrage des établissements recensés de s'inscrire dans une démarche de diagnostic piloté, organisé et prise en charge financièrement au niveau national. Le MEDDE a chargé le bureau de recherches géologiques et minières (BRGM) de l'organisation technique des diagnostics.
- Par ailleurs, Montreuil est une ville de la petite couronne marquée par son passé industriel. Des prélèvements pratiqués par exemple sur le site des murs à pêches ont amené à interdire la culture et l'utilisation de certains légumes. Une information régulière des habitants est à mener en lien avec de nouvelles mesures de la pollution (cf. fiche action n°19).
- Enfin les habitants sont parfois amenés à signaler la survenue de symptômes ou d'odeurs qui, associée à un évènement déclencheur, peut révéler une exposition. Ils peuvent aussi se mobiliser, le plus souvent par le biais d'associations, face à un environnement qu'ils jugent dégradé, ou responsable de pathologies. Ils peuvent alors se tourner vers le SCHS (service communal d'hygiène et de santé) pour instruire leurs plaintes. Dans ce cas de figure, il existe notamment deux possibilités :
 - soit l'entreprise est une installation classée aussi appelée Installations Classées pour la Protection de l'Environnement ICPE (selon les services de l'Etat il existait à Montreuil en 2009 une liste de 107 installations classées soumises à autorisation et de 690 soumises à déclaration). Les habitants demandeurs sont alors orientés vers le bureau environnement de la préfecture et la DRIEE (Direction régionale et interdépartementale de l'énergie et de l'environnement) qui sont chargés d'instruire la plainte.
 - soit il s'agit d'une entreprise non classée : le SCHS se déplace pour constater les nuisances mais ne dispose souvent pas des moyens d'investigation nécessaires. Il lui arrive de mobiliser divers types d'expertises qui lui semblent nécessaires.
- Il existe un dernier mécanisme d'alerte à partir de prélèvements faits dans les réseaux d'assainissement. Le service d'assistance technique des exploitants des stations d'épuration du Conseil général (SATESE) et la Communauté d'agglomération Est Ensemble nouvellement missionnée sur ces compétences, ont la possibilité de faire des analyses sur les effluents et de mettre en demeure les entreprises polluantes qui dépassent certaines normes de rejet.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Un inventaire (comportant le type d'activité et de nuisance ressentie) a été fait concernant les entreprises (ICPE inclus) ayant suscité des plaintes de voisinage ces dernières années : une vingtaine de plaintes a été recensée.

Des contacts ont été pris avec le service médiation de la ville et la direction du développement économique, de l'emploi et de l'économie solidaire afin d'instruire conjointement certaines plaintes en lien avec les entreprises concernées.

Des liens existent aussi avec le secteur de l'assainissement d'Est Ensemble et du Conseil général qui peuvent être amenés à constater des pollutions d'effluents au-delà des normes.

La mobilisation d'experts pour des plaintes hors ICPE et du bureau de l'environnement de la Préfecture / DRIEE pour des plaintes ICPE est une pratique qu'il reste à mieux codifier.

Une réunion a eu lieu en Préfecture le 22/03/2013 pour présenter le dispositif et les résultats. Des contacts ont été pris avec les acteurs locaux municipaux pour préparer le diagnostic : réunion avec le service petite enfance, le service éducation et le service bâtiment. Un recueil de données est en cours pour les établissements repérés et dont la ville est le maître d'ouvrage.

Type d'action envisagée

- Rendre accessible une information sur les pollutions avérées et les stratégies en cours pour les combattre.
- Formaliser les procédures de coopération et d'information entre les services de l'Etat (DRIEE, bureau de l'environnement, Direction du Développement Local et des Actions de l'Etat DDLAE) et la ville de Montreuil pour le suivi des installations classées.
- Développer l'accompagnement des habitants dans un dialogue avec l'entreprise concernée, l'accès à de l'expertise et le cas échéant la facilitation de démarches juridiques
- Organiser au niveau local la réalisation et le suivi des diagnostics par le BRGM dans les 9 établissements sensibles (crèches et écoles) repérés comme étant sur ou à proximité d'un ancien site industriel. L'action portera également sur l'information des différents acteurs et des parents d'élèves.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Prévenir l'exposition des Montreuillois aux pollutions des entreprises, par une meilleure connaissance des sources et cumuls d'exposition des pollutions et nuisances

Planifier si nécessaire des actions de réduction de leurs impacts éventuels.

Développer la démocratie sanitaire en améliorant le lien entre les signaux provenant des habitants et l'action publique à moyen et long terme.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du Plan Local de Santé ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Prévenir les effets sanitaires des activités polluantes de certaines entreprises, dont les ICPE.
Avoir une démarche d'anticipation environnementale

Objectifs du PRSE 2?

Fiche 1 : développer la démocratie sanitaire dans le champ de la santé environnementale
Secondairement :
Fiche 6 : identifier les points noirs environnementaux.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Développer la démocratie sanitaire dans le champ de la santé environnementale.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Plan national santé-environnement 2009-2013
Grenelle de l'environnement

Description de l'action

Porteur du projet

Le SCHS et la mission Environnement.

Publics bénéficiaires de l'action

Les Montreuillois.

Secteur(s) géographique(s)

Tout le territoire de Montreuil.

Objectifs opérationnels de l'action.

- Améliorer le traitement des plaintes des riverains
- Faire de la médiation auprès de l'entreprise
- Développer un protocole de coopération avec la DRIEE concernant les ICPE
- Organiser le recours à de l'expertise et faciliter le cas échéant d'éventuels recours juridiques
- Développer un système d'information sur les pollutions avérées et les mesures mises en œuvre
- Organiser en local et suivre les diagnostics menés par le BRGM, communiquer et informer sur l'action

Description de l'action - Description des leviers d'action

a- Volet de connaissances (en rapport avec la fiche 6 du PRSE)
Réalisation progressive d'une cartographie des pollutions avérées, que leurs origines prouvées soit une entreprise ou une ICPE

b- Volet de facilitation de l'expression des habitants (en rapport avec la fiche 1 du PRSE)
Partage de l'information sur les mesures mises en œuvre à travers le site internet de la ville
Exploration des possibilités de recours à de l'expertise dans le cadre de la fiche action 1 du PRSE Ile de France

c- Volet de facilitation du traitement des plaintes
Coopération interne des services de la ville : SCHS/Mission environnement/Service développement, vie des quartiers/Service médiation/ Direction du développement économique, de l'emploi et de l'économie solidaire/Direction juridique/service éducation/service bâtiments/service petite enfance
Organisation de la coopération avec la DRIEE quand il s'agit d'une IPCE

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Services de la ville cités ci-dessus
DRIEE
Laboratoire central de la préfecture de police (LCPP)
Conseil général (services assainissement)
ARS (Agence régionale de santé) pour avis sur impact sanitaire éventuel
Education nationale
Inspection académique

Ressources à mobiliser

Contribution des services préfectoraux

Participation à l'élaboration des protocoles de partage d'information et d'amélioration du traitement des plaintes
Coordination départementale des diagnostics menés par le BRGM

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :

Conseil général : Direction de l'Eau et de l'Assainissement (DEA) : idem
BRGM : réalisation des diagnostics

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

Etape actuelle : Instruction de plaintes avec exploration des voies possibles de recours à de l'expertise .

2012 : mise en œuvre de l'action.

2014 : démarrage des premières diagnostics par la BRGM

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Les entreprises « polluantes » sont disséminées dans la ville. Elles touchent tous les quartiers

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

idem

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Aucune

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Aucune

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Dans les conseils de quartier		Informers les habitants
Techniciens de la commune, et de la DRIEE si ICPE	Suivi des entreprises Construction d'outils		
Usagers non professionnels de santé	Participation à la démocratie sanitaire en santé environnementale		
Professionnels autres que de santé	Liste d'experts mobilisables dans différents champs		
Professionnels de santé			
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

- Outil existant : inventaire des ICPE
 - Indicateur retenu : nombre d'ICPE pour lesquelles des ajustements au fichier ont été nécessaires
- Création et mise à jour d'un inventaire des entreprises, dont les ICPE, posant problèmes avec historique des interventions

- Mise en place d'un protocole de coopération avec la DRIEE et le bureau environnement de la DDLAE.

Indicateurs de processus

- Deux rencontres annuelles avec la DRIEE et le bureau environnement de la DDLAE.
- Modalités d'information des habitants sur les pollutions avérées et les mesures mises en œuvre.
- Amélioration des possibilités de recours à de l'expertise en cas de suspicion de pollutions.
- Nombre d'établissements ayant eu le diagnostic du BRGM
- Nombre d'établissements en catégorie A, B et C
- Nombre de travaux nécessaires suite à ces diagnostics

AXE 8 : PREVENIR LES RISQUES TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

ACTION N° 19 : DEVELOPPER DES DEMARCHES D’EVALUATION DE L’ETAT DES MILIEUX, D’EVALUATION DES RISQUES SANITAIRES, ET D’INFORMATION DES BENEFICIAIRES DES JARDINS SUR LE SITE DES MURS A PECHEES.

Cadrage et légitimité de l’action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d’action ?

Le quartier des Murs à Pêches est l’objet notamment de production arboricole, maraîchère et horticole intensive depuis la fin du XVI^{ème} siècle. Des jardins familiaux sont actuellement présents sur le site, dont une partie (8.5 hectares) a par ailleurs été classée par le Ministère de l’Environnement au titre des « sites et paysages ».

En septembre 2008, dans le cadre d’un projet de réhabilitation, des prélèvements (8) et analyses de sols et végétaux ont été pratiqués au droit des cultures, et ont mis en évidence une pollution quasi-généralisée des sols par des éléments traces métalliques (cuivre, cadmium, mercure, plomb et zinc), un transfert de certains de ces polluants (cadmium et plomb essentiellement) vers les parties consommables de certains légumes et fruits cultivés in situ et consommés.

Ces résultats avaient conduit à l’époque à l’interdiction de la consommation des fruits et légumes par arrêté municipal, ainsi qu’à la mise en place d’un plan de surveillance par la DRIAAF de 2008 à 2010 (Direction régionale et interdépartementale de l’alimentation, de l’agriculture et de la forêt d’île de France)

Au terme de 3 ans de surveillance, cette dernière conclut que « la caractérisation du risque de dépassement de seuil réglementaire des différentes espèces potagères et fruitières cultivées s’est consolidée chaque année, et semble maintenant clairement établie ».

La question de la pollution est un sujet bien connu des usagers du site des murs à pêches. Les résultats et conclusions des analyses conduites par la DRIAAF entre 2008 et 2010 ont été communiqués aux usagers et sont toujours disponibles sur le site internet de la Ville. Ce sujet est par ailleurs régulièrement abordé lors de réunions publiques sur les projets d’évolution du site.

Les recherches menées par la DRIAAF dans le cadre du plan de surveillance ne portent que sur la contamination du site par des éléments traces métalliques : il convient de réaliser une démarche d’interprétation de l’état des milieux (IEM), démarche élaborée par le Ministère de l’environnement en février 2007 et qui vise à déterminer si les usages d’un site sont compatibles avec son état éventuel de pollution.

Cette démarche concerne l’ensemble des milieux (eaux, air, sols, végétaux) et tous les types de polluants ayant pu impacter le site.

Parallèlement, une étude sur la faisabilité d’un projet agricole est menée par un groupement de bureaux d’étude piloté par le BE Polygramme pour le compte de Sequano et une étude de maîtrise d’œuvre urbaine, environnementale et paysagère est menée par un groupement de bureaux d’étude piloté par le cabinet Madec.

Ces deux études portent sur le quartier Saint Antoine / Murs à Pêches et intègrent dans leurs champs d’étude, la question de la pollution (BE Pollen Conseil et BE Atelier d’Ecologie Urbaine)

Etat 2012-2014 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Etudes réalisées ou à engager :

- une étude historique et documentaire visant à identifier le type et la nature des polluants éventuellement présents en fonction des activités a eu lieu sur le site par le passé (étude réalisée en 2010). Des analyses ad hoc seront réalisées en tant que de besoin ;
- une évaluation des risques sanitaires pour les jardiniers des jardins potagers (en lien avec la CIRE IDF (Cellule inter régionale d'épidémiologie d'Ile de France)
- une étude d'interprétation des milieux (eau, air, sols, végétaux) sera conduite visant à s'assurer de l'adéquation entre le degré de pollution des sols et les usages actuels et envisagés sur le site, s'agissant notamment des jardins familiaux déjà existants.
- Concernant la piscine écologique, une étude finalisée en décembre 2011 conclut à une compatibilité du site avec les aménagements prévus, en préconisant certaines dispositions particulières (confinements ou évacuations de terres impactées). Ces éléments ont été transmis à l'Agence régionale de la Santé (ARS) le 15 février 2012 pour un suivi commun.

Réalisations à prévoir :

- Un plan de gestion, destiné à traiter la pollution et rendre compatible l'état des milieux avec les usages actuels et futurs,
- Une étude de faisabilité d'un projet de phytoremédiation.
- Le calendrier de mise en œuvre de ces réalisations sera affiné, en fonction de l'avancement des différentes études en cours.

L'élaboration d'un plan de gestion ne pourra être finalisée avant les rendus des études complémentaires et avant les prises de décisions de la ville concernant le projet agricole à mener sur le quartier.

De même, un projet de phytoremédiation, déjà imaginé par les bureaux d'étude, ne pourra se mettre en place que dans le cadre de la mise en oeuvre du projet agricole.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Prévention des risques sanitaires.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du Plan Local de Santé ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Gérer les situations à risque et accompagner/conseiller les populations exposées et rendues plus vulnérables du fait d'une surexposition aux risques causés notamment par les métaux lourds.

Responsabiliser les habitants dans la prise en charge de leur santé, notamment par une meilleure information sur les éventuels risques sanitaires liés à la fréquentation des jardins familiaux et à l'auto-consommation de fruits et légumes produits.

Evaluer les conditions permettant d'améliorer l'état des sols du secteur du projet agricole.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Fiche 6 du PRSE2 : Identifier les points noirs environnementaux afin de réduire les zones de cumul d'exposition prioritaires.

Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, protéger les personnes vulnérables et réduire les inégalités d'exposition santé environnement.

Description de l'action

Porteurs du projet

Concernant la mairie de Montreuil :

- concernant le projet dans sa globalité : Direction de l'environnement et Direction de la Santé (SCHS),
- **pour l'information des bénéficiaires de Jardins familiaux** : Mission Environnement-biodiversité - direction de l'environnement et du développement durable
- **pour le projet de phytoremédiation** : pas de porteur identifié aujourd'hui

Concernant les autres partenaires identifiés :

ARS et CIRE IDF, INVS/ARS (Institut national de veille sanitaire/Agence régionale de santé).

Publics bénéficiaires de l'action

Les adhérents des associations et les jardiniers, cultivant et consommant leurs fruits et légumes, ainsi que leurs familles.

Secteur(s) géographique(s)

Tout le territoire des Murs à Pêches.

Objectifs opérationnels de l'action.

Disposer d'une étude historique et documentaire, puis des résultats d'une démarche d'interprétation des milieux

Faire réaliser si nécessaire une évaluation des risques sanitaires liés à la consommation de légumes et fruits produits, suivie d'une information des bénéficiaires

Actualiser la convention de mise à disposition des jardins familiaux en ajoutant une clause sur l'état des sols, l'engagement à une gestion écologique des parcelles mises à bail.

A moyen terme :

PARCELLES TEST POUR DE LA PHYTOREMEDIATION

Tester la capacité de certaines espèces végétales à supprimer certains métaux lourds en vue d'une utilisation de la méthode de phytoremédiation plus large sur d'autres parcelles du secteur des MAP (Murs à pêches)

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

concernant la mairie de Montreuil :

direction de l'environnement, Service Communal d'Hygiène et de Santé, Service immobilier,
service des espaces verts de la ville de Montreuil,

autres acteurs concernés :

ARS IDF, Cire IDF, préfecture de la Seine-Saint-Denis, et associations des murs à pêches

Facteurs favorisants identifiés

disponibilité d'éléments de connaissance sur l'historique du site et de premiers résultats d'analyses ;
une action menée en étroite collaboration entre ARS, Cire IdF CA (INVS/ ARS) et services municipaux (SCHS notamment),
le projet de phytoremédiation peut éventuellement bénéficier de soutien scientifique par des laboratoires qui seraient intéressés par la démarche et souhaiteraient s'y impliquer.
l'étude MADEC et l'Atelier d'écologie urbaine proposent un cadre pour une nouvelle étude sur la pollution
un bon niveau d'information des usagers du site sur les résultats et conclusions des analyses conduites par la DRIAAF

Facteurs contraignants identifiés

INFORMATION DES BENEFICIAIRES

L'information des bénéficiaires des jardins devra être effectuée de façon circonstanciée en fonction des éventuels risques sanitaires liés à l'auto-consommation des fruits et légumes produits. Elle ne pourra intervenir que suite à la réalisation des études historique et documentaire notamment.

Les jardins familiaux contribuent à la biodiversité du territoire et participent à la végétalisation de la ville.

PARCELLES TEST POUR DE LA PHYTOREMEDIATION

Le temps nécessaire pour de la phytoremédiation est très long. Résultat pas avant une dizaine d'années.

Ressources à mobiliser

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :

réalisation des études historiques, documentaires et démarche d'interprétation des milieux sont à confier à un bureau d'études compétent
Mobilisation de la Cire dans le cadre de l'évaluation des risques sanitaires

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

2012 et années suivantes en fonction de l'avancement des différentes études en cours et à venir.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Les populations concernées, souvent socialement et économiquement plus vulnérables, sont exposées à un cumul de facteurs environnementaux défavorables à la santé.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Le potager est pour les populations qui les fréquentent un moyen de s'alimenter plus économiquement et en principe plus sainement.

L'évaluation des éventuels risques sanitaires encourus et l'élaboration de recommandations circonstanciées permettront de caractériser, et de réduire si nécessaire, les inégalités territoriales de santé auxquelles ces populations sont potentiellement exposées.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Pas d'articulation.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Pas d'articulation.

AXE 9 : FAVORISER L'ACCES AUX DROITS ET A LA COUVERTURE SANTE

ACTION N°20 : DEVELOPPER UN RESEAU « PRECARITE- ACCES AUX DROITS ET A LA SANTE » PERMETTANT D'INFORMER SUR LES PRINCIPAUX REPERES D'ACCES A UNE COUVERTURE SANTE, D'ALLER AU DEVANT DES POPULATIONS VIVANT EN HABITAT TRES PRECAIRE ET D'ORGANISER UN DISPOSITIF EXPERIMENTAL DE PASS DE VILLE VISANT UN PARCOURS DE SANTE COORDONNE

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Près de 45% de la population est en territoire d'îlots en difficultés (dont le revenu médian est inférieur à 75 % de la médiane de l'unité urbaine).

Une présence importante de personnes en situation de squats (Roms, Tziganes, familles africaines, familles françaises ...) et Montreuil est une ville d'implantation historique de la communauté rom. A ce titre, 374 personnes sont prises en charge dans le dispositif MOUS-ROM réparti sur 4 sites géographiques d'accueil.

A Montreuil :

- En ce qui concerne la Couverture Maladie Universelle (CMU) : 6 085 personnes en sont bénéficiaires début 2012, soit 5,8% de la population affiliée à l'assurance maladie
- En 2012, 11 633 personnes sont bénéficiaires de la CMU-C (11,4% de la population affiliée à l'assurance maladie), dont 4 272 enfants de moins de 18 ans. Ce taux reste toutefois inférieur à la moyenne du département (12,2%).
- Entre 2010 et 2012, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a connu une forte hausse (+17%), soit 1,3 point.

Par ailleurs, les données par quartiers indiquent que Montreuil - Le Morillon (Q14) et Ramenas - Léo-Lagrange (Q10) présentent les taux les plus élevés, avec respectivement 16,3% et 15,6% de la population affiliée à l'assurance maladie bénéficiaire de la CMUC en 2012.

Il est à noter également qu'au 30-06-2013, 4 183 personnes sont couvertes par l'Aide Médicale d'État (AME), soit environ 4% de la population. Montreuil arrive ainsi à la 3^{ème} place du département parmi les villes présentant le plus grand nombre de bénéficiaires de l'AME en 2013, après Saint-Denis et Aubervilliers.

Le nombre très important de bénéficiaires à Saint-Denis (8 404) est lié à la présence de l'association Médecins du Monde qui, avec l'association Emmaüs Alternatives à Montreuil, est une des deux associations agréées sur le 93 pour l'élection de domicile dans le cadre d'une demande d'AME. Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) sont également agréés de droit.

En 2012, 277 personnes ont été reçues à l'accueil de jour d'Emmaüs (1 886 adultes et 391 enfants). 905 personnes parmi elles ne possèdent pas de couverture sociale, soit 40% des personnes qui se présentent à l'accueil de jour.

L'absence de couverture sociale concerne également les jeunes : en 2012, 9% des jeunes accueillis à la Mission locale n'ont aucune couverture sociale, soit environ 200 jeunes (*source* : Bilan d'activité 2012 de la MIEJ 4/93).

Au total, le nombre estimée de personnes sans couverture est de 3000 pour seulement 800 places de domiciliation d'AME.

Sur la question du non recours aux soins, en ce qui concerne la CMU-c, on note 15 % de taux de non recours au niveau national. En extrapolant ces taux nationaux, il y aurait

approximativement 2000 personnes environ en situation de non recours dont 1500 bénéficiaires du RSA. En ce qui concerne l'ACS, on note un taux national de non recours de 63 % à 74 % . On sait néanmoins que 35,7 % des Montreuillois sont dépourvus de complémentaire santé avec une consommation de soins qui est deux à trois fois moindre.

Un groupe de travail historique depuis 2004 sur « l'accès aux droits de Santé » en copilotage ASV- CPAM Montreuil (Atelier Santé Ville – Caisse Primaire d'Assurance Maladie) s'est réuni jusqu'en 2008-2009. Il traitait des questions de cadre légal sur l'accès aux droits et à la santé, le fonctionnement de l'assurance maladie au plan local et la création d'outil d'information.

Une précarité évidente sur la Ville et une mobilisation des acteurs locaux sur cette thématique nécessite le renforcement et le développement d'un réseau précarité accès aux droits et à la santé. Ce réseau visera à améliorer l'état de santé de ces populations qui est inférieur au reste de la population. Ce public a de plus un accès plus difficile au système de soins, en particulier les personnes vivant dans un habitat très précaire ou en situation de squat.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Les différentes dynamiques en cours seront des leviers de relance du groupe de travail accès aux droit de santé afin de porter des actions concrètes sur cette thématique :

- A savoir, s'appuyer sur les groupes de travail existants :
 - ✓ tel que celui animé par le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) sur la domiciliation ;
 - ✓ le groupe de travail santé et migrants,
 - ✓ le groupe de réflexion sur la mise en place du SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) où se retrouvent les partenaires sur la thématique de l'hébergement d'urgence.
- Une pré enquête a été établie dans les années 2000 par les services de la Ville avec l'aide de l'association Rues et Cités auprès des populations roms. Celle-ci a confirmé l'inadaptation des terrains occupés, l'insalubrité des sites, les conditions de vie précaires, l'absence de suivi en matière de santé et la volonté de coopération et d'insertion des familles. Les familles roms migrantes d'aujourd'hui n'ont accès à aucune forme d'insertion en raison des prix des loyers hors norme, d'un marché du travail verrouillé par les contraintes administratives et de l'omniprésence des discours sur le « problème rom ».

Cette situation, meilleure que dans leur pays d'origine, les pousse à s'organiser en marge de la société civile en se logeant sur des friches industrielles pour bâtir des baraques avec des matériaux de récupération.

Dans le cadre de la MOUS (Maîtrise d'Oeuvre Urbaine et Sociale), les priorités suivantes ont été relevées pour accompagner les 374 personnes installées sur 4 aires d'accueil :

- Doter et/ou pérenniser les droits acquis (AME ou CMU)
- - Sensibiliser les professionnels de santé (CHI (Centre Hospitalier Intercommunal), médecins libéraux, centres médico sociaux, CMS (centres municipaux de santé))
- Constituer un réseau local de professionnels
- Sensibiliser les familles aux droits des femmes (contraception, violences conjugales...)
- Améliorer les conditions d'hygiène et de vie au quotidien
- Prévenir les conduites à risques
- Améliorer la vaccination
- Mettre en place un suivi médical pour chaque patient
- Problèmes dentaires
- Problèmes d'alimentation (boissons très sucrées et peu de légumes, pas de petit déjeuner)
- Difficulté à engager un suivi dans la durée et la prévention

Dès 2004 des consultations globales et de prévention ont été expérimentées à destination des populations en situation de vulnérabilité sociale.

Initialement prévues pour les jeunes de 16 à 25 ans, elles ont été ouvertes à d'autres publics sans limite d'âges afin de répondre aux objectifs du CUCS et aux besoins locaux identifiés par

les acteurs du Territoire (service insertion, MOUS-CUCS, atelier sur l'accès aux droits de santé de la conférence locale de santé...)

En 2012-2013, le groupe de travail a été relancé en copilotage CMS et ASV ainsi qu'un accompagnement social des publics précaires dans ce cadre doublé d'une consultation gratuite en centre de santé municipal.

Type d'action envisagée

- Développement du groupe de travail et du réseau local. Il traite notamment :
 - ✓ de l'identification des freins de l'accès aux droits de Santé permettant la mise en œuvre de réponses adaptées,
 - ✓ la connaissance du cadre légal,
 - ✓ l'identification et la connaissance précise de l'implication et l'intervention des partenaires au plan local dans les dispositifs d'accès aux droits de santé (structures de domiciliation, PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHI, possible intervention d'une association locale, CPAM, PAD (Point d'Accès aux Droits), CCAS....)
- Mettre en place un document d'information accessible donnant les principaux repères d'accès aux droits et à la couverture maladie : guide local, plaquette....
- Réactualiser l'annuaire santé version papier en lien avec les autres outils d'information : mission handicap, CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)...
- Une consultation approfondie axée sur la prévention et sur le retour dans le système de soins a été créée. Cette consultation est intégrée dans un processus de ré-insertion dans le système de soins de droit commun. Pour cela, cette consultation est articulée avec des acteurs sanitaires et sociaux identifiés permettant de « transformer l'essai » de la consultation approfondie en aboutissant à la poursuite des actions de préventions, à la complétude du bilan de santé initial (examens complémentaires) et à la reprise d'un suivi médical.
- Développer la vacation de travailleur social pour l'ouverture/renouvellement des droits à la santé au sein d'un CMS (Léo Lagrange) et en articulation avec la CPAS et dans le futur avec le projet PASS de Ville
- Évaluer la faisabilité de l'intervention d'une médiation santé en lien avec les opérateurs et la DT ARS (délégation territoriale Agence régionale de santé) sur Montreuil.
- L'opérateur initial CAM (Comité D'aide Médicale) n'existant plus, l'association 1ère urgence pourrait éventuellement intervenir sur la ville selon une coordination départementale. Cette association participe au groupe de travail du réseau précarité.
- Créer un dispositif pilote de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Ville permettant de prendre en charge, en ambulatoire, les patients dépourvus de couverture maladie et nécessitant des soins semi urgents.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Réduire les inégalités d'accès à la santé

Améliorer la connaissance des acteurs locaux de la santé et du social

Intégrer les personnes en situation de vulnérabilité dans le droit commun santé.

Ré-insérer et /ou insérer les populations précaires dans le système de soins de droit commun

Améliorer la santé des populations précaires à travers le spectre de la prévention (vaccination, conduites à risques, dépistages, santé coopérative).

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Guide ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde

Guide création d'une PASS de Ville – ARS IDF

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

L'accès aux droits de santé est une thématique programmée à l'ASV depuis sa création.
Priorité à la lutte contre l'habitat insalubre et volonté d'accompagnement des personnes en situation de grande précarité.
Réduire les inégalités d'accès aux soins.
Ré-insérer les populations précaires dans le système de soins de droit commun
Améliorer la santé des populations précaires

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

- « Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques »
- « Rapprocher la prévention et les soins des populations fragilisées »

2ème et 5ème « principes qui vont guider l'action » de l'ARS IDF :

- « La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé passe par une mobilisation de tous les acteurs »
- « La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale »

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

CUCS
PRAPS (Programme Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins) en cours d'élaboration
PRE (Programme de Réussite 2ducative)
MOUS ROM 2010-2013 : mise en œuvre d'un programme d'insertion des familles roms

Description de l'action

Porteur du projet

Direction Santé (ASV - CMS.)

Publics bénéficiaires de l'action

Usagers des structures de l'action médico-sociale et de l'exclusion
Familles vivant en habitat très précaire et notamment les Roms.
Toutes les personnes, de tous âges et toutes origines, en rupture scolaire, familiale, sociale, professionnelle et qui présentent des problèmes de santé et/ou des difficultés d'accès au système de santé et de soins.

Secteur(s) géographique(s)

Toute la ville et en particulier les territoires Politique de la Ville.

Objectifs opérationnels de l'action.

Réaliser et diffuser l'outil d'information : guide local et /ou plaquette

Réunir un groupe de travail effectif et partenarial

Développer le réseau

Favoriser la compétence des professionnels dans les domaines de la connaissance du réseau

Réactualiser un annuaire santé version papier

Assurer une consultation approfondie CPAS (Consultation Prévention Accès à la Santé) et le réseau sanitaire et social avec lequel elle pourra s'articuler (=le parcours de santé intégré), bilan sur les droits en terme de couverture assurance maladie dont le contenu sera notamment, bilan de santé et de prévention (vaccination, conduites à risques, dépistages).

Développer la vacation du travailleur social pour l'ouverture/renouvellement des droits à la santé au sein d'un CMS (Léo Lagrange) et en articulation avec la CPAS et dans le futur avec le projet PASS de Ville

Permettre la prise en charge des patients dépourvus de couverture maladie grâce au dispositif PASS de Ville.

Mettre en place des formations pour les acteurs du réseau local avec la CPAM et développer des conventions de partenariat sur le territoire avec cette dernière.

Description de l'action

1. Développer le réseau des acteurs de la précarité et créer des outils d'information.
2. Réunion de travail avec tous les acteurs de la précarité de la ville.
3. Préciser les problématiques concrètes des populations précaires.
4. Préciser les modalités attendues pour l'organisation de la consultation approfondie et du système de soins intégré.
 - Création de la PASS de Ville de Montreuil :
 - Mise en place de permanence d'inscription dans le dispositif au sein des CMS
 - Création d'un réseau d'effecteurs de soins ambulatoire partenaire du dispositif PASS de Ville
5. Consultation approfondie (CPAS) :
 - Organisation interne au CMS de Montreuil
 - Consultation pluridisciplinaire (médecin et infirmiers)
 - Créneaux dédiés pour un accueil privilégié
 - Consultation axée sur :
 - la prévention
 - mise à jour des vaccinations.
 - prise en charge des conduites à risques.
 - application des programmes de dépistages.
 - l'accès aux soins
 - Point sur la couverture maladie.
 - Optimisation de cette dernière.
 - Création d'un plan d'action et de suivi du patient, au sein du système de soins de droit commun.
6. Etudier la faisabilité de l'intervention de l'opérateur « 1ère urgence » sur Montreuil pour les publics en habitat précaire .

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

CCAS, SCHS, PAD, politique de la ville, développement vie des quartiers, associations de domiciliation et d'hébergement d'urgence (accueil de jour, résidences sociales, CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale)....), la PASS du CHI, la CPAM, le service médiation de la ville, chargée de mission des violences faites aux femmes, structures de l'insertion (régie de quartier, mission locale..., service insertion-RSA, service intégration, FTM, associations

caritatives (restos du cœur)...), associations locales (maisons des femmes, LEA...) centres sociaux municipaux et associatifs , CRAMIF (Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île de France), association SOLIENKA, médecins libéraux, service de santé scolaire, travailleurs sociaux du Conseil Général 93, Oncologie 93, le service Intégration, les Restos du cœur, la mission roms.

Facteurs favorisants identifiés

De nombreux partenaires engagés
Un partenariat historique avec la CPAM93
Un référent dans les CMS (médecin) sur la question de la précarité
Un portage départemental de l'accès aux soins et à la santé des publics en situation d'habitats très précaires et notamment roms par la DT ARS de Seine-Saint-Denis.

Facteurs contraignants identifiés

Multiplicité des sollicitations des acteurs face à des problématiques croissantes
Des restrictions légales nationales d'ouverture de droits ne dépendant pas du local (ex AME)
Une sous démographie médicale et paramédicale ne favorisant pas le travail en réseau du secteur libéral.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Soutien méthodologique et financier de l'ASV
Financement du projet pilote de PASS de Ville à hauteur de 20 000€

Contributions de la ville et de ses établissements publics

Mise à disposition de locaux, du personnel et cofinancement des salaires des professionnels des intervenants sur la CPAS.

Contributions de la Politique de la Ville

Co-financement de l'ASV et demande au CUCS pour les CPAS.

Contribution des autres partenaires

Une participation active sera demandée aux partenaires locaux pour le maillage territorial en matière d'accès à la santé.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

- Relance du groupe de travail « précarité et accès à la santé » le 17 décembre 2012. Rythme des réunions : trimestrielle.
- Lancement de la CPAS et de la vacation du travailleur social en janvier 2013 dans le CMS Léo Lagrange
- Réalisation du diagnostic de territoire sur la problématique de l'accès aux soins en juin 2013

- Candidature pour être site pilote PASS de Ville en octobre 2013. Candidature retenue en novembre 2013
- Lancement prévisionnel du dispositif PASS de Ville prévu en février 2014.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

La conception et la réalisation des outils sur l'accès aux droits de santé seront réalisées avec la collaboration des professionnels connaissant les publics les plus précaires ciblés comme destinataires du document.

Des habitants pourront être éventuellement associés via la démarche en santé coopérative pour son élaboration.

L'outil aura une phase test avant diffusion globale.

Concernant l'annuaire santé en direction des professionnels il sera retravaillé en fonction des attentes de ces derniers.

Ces outils visant une meilleure information des professionnels et/ou des habitants ont pour objectifs de faciliter l'accès aux droits et donc aux soins. Ils contribuent en cela à la réduction des ISS (Indices de Santé Sociale)

Ce groupe de travail qui a aussi un objectif d'échanges et de partages d'expériences entre acteurs locaux du soin, du médico-social, du social mais aussi de l'hébergement, de l'insertion, de l'intégration - souvent en lien avec des situations concrètes – a de fait une fonction d'autoformation. De part la pluridisciplinarité des participants, la question des différents déterminants de santé est intégrée.

Par ailleurs, les CPAS visent la prise en charge des publics en situation de difficulté et de vulnérabilité sociale pour une orientation vers le droit commun santé.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Les participants aux groupes de travail seront issus de tous les secteurs territoriaux de la ville avec une attention plus particulière aux territoires en difficultés (ex : CPAS au CMS Tawhida Ben Cheik....)

Quelle articulation avec la politique de la Ville ?

PRE
Volet Santé du CUCS
Volets territoriaux de CUCS

Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Pilotage décisionnel	Décisionnel	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Cf : la liste des acteurs impliqués	Diagnostic, mise en œuvre, suivi, évaluation	
Usagers non professionnels de santé	Cf : la liste des acteurs impliqués	Bénéficiaires, relais d'information	
Professionnels autres que de santé	Cf : la liste des acteurs impliqués	orientation, suivi, accompagnement	
Professionnels de santé	Cf : la liste des acteurs impliqués	Orientation Mise en œuvre, : effecteurs de soins, suivi	
Autres	Cf : la liste des acteurs impliqués	Communication, orientation, suivi	

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de processus

Mobilisation multipartenariale
 Appropriation locale de la problématique
 Identification d'un réseau de professionnel qui « se reconnaît » au niveau du territoire.

Indicateurs d'activité

Réalisation effective des outils
 Réalisation effective des réunions et groupes de travail
 Participation multipartenariale effective (institutions, associations, services municipaux....)
 Nombre de vacations du travailleur social, de CPAS, de vacation d'inscription au dispositif PASS
 File active à la vacation du travailleur social
 File active à la CPAS
 File active dans le dispositif PASS de Ville

Indicateurs de résultats

Satisfaction des partenaires
 Appropriation des outils par les professionnels et /ou usagers.
 Nombre de personnes pris en charge qui ont une couverture maladie optimale et un suivi médical de droit commun au sortir des dispositifs.

AXE 10 : RENFORCER LA PREVENTION DES ADDICTIONS

ACTION N° 21: DEVELOPPER UNE APPROCHE INTEGREE ET DIVERSIFIEE DE PREVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE DES ADDICTIONS EN VEILLANT A AVOIR UNE APPROCHE SPECIFIQUE VIS A VIS DES ADOLESCENTS

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Les différents forums et groupes de travail organisés à Montreuil dans le cadre du CLS (Contrat Local de Santé) soulignent l'existence de plusieurs types de conduites addictives chez les adolescents (tranche d'âge 12-19ans) : tabac, alcool, cannabis (banalisation), produits volatiles (chez les plus précaires), cocaïne (en hausse), nouvelles technologies (conséquences sur le rythme de vie), vente de produits (possible instrumentalisation des jeunes autour des questions de trafics).

En outre le diagnostic réalisé dans le cadre du CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale) a identifié un certain nombre d'éléments :

- la prévention des comportements à risque n'est pas suffisamment développée dans un contexte de banalisation de l'usage de cannabis. Difficultés des jeunes à engager une démarche de soin par peur du regard des autres ainsi que par méconnaissance des circuits socio-sanitaires. Phénomène de consommation excessive d'alcool sur la voie publique et au sein des familles.
- les personnes usagères de produits psychoactifs cumulant des situations de précarité présentent des états de santé fragilisés par les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder au système de soins.

Le territoire de Montreuil possède de nombreuses structures relatives aux addictions :

- un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues) : PROSES
- Deux CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : La Mosaïque, Pass 93 Rabelais
- Vie Libre ...

Ces structures ont développé des actions spécifiques sans occulter une prise en charge globale :

- L'association PROSES a développé des interventions envers le public migrant et les femmes. En outre, l'association gère un TOTEM distributeur de seringues.
- L'association Pass 93 Rabelais a mis en place des consultations de thérapie familiale.

D'autres acteurs locaux sont amenés à prendre en charge la problématique des addictions : association LEA (Lieu Ecoute Accueil), Club de prévention Rues et Cités, Service Municipal de la Jeunesse, BIJ (Bureau d'Information Jeunesse), les CMS (Centres Municipaux de Santé) avec notamment des actions de prévention et de prise en charge relatives au tabagisme féminin (depuis 2006) dans les CMS en partenariat étroit avec les centres de PMI (Protection maternelle et infantile) dont les objectifs sont à la fois de :

- favoriser la prise en charge des femmes fumeuses ou de leur conjoint qui sont usagers des centres de PMI, réaliser des rencontres collectives et des entretiens individuels des usagers de PMI
- sensibiliser les équipes de PMI (auxiliaires de puériculture, puéricultrices, sage-femme, médecin...) au tabagisme au travers notamment d'un groupe de travail associant le CHI (Centre Hospitalier Intercommunal).

Malgré des éléments positifs de l'action menée depuis 2006 notamment en terme de formation du personnel et d'implication dans le repérage, le constat était celui d'une grande difficulté pour les personnels des centres de PMI à orienter les femmes concernées par le tabac vers la consultation de tabacologie. Depuis 2010, l'action a donc été réorientée de façon à permettre la présence du médecin tabacologue une fois par semaine dans trois centres de PMI : PMI Papillon, PMI Bobillot, PMI Daniel Renault.

Des actions de prévention ont également été réalisées au sein des centres de PMI : affichage, matériel d'information à disposition, mesure du CO (Monoxyde de carbone).

De plus, une exposition sur « tabac et environnement du bébé » a été réalisée en juin 2009 au centre de PMI Daniel Renault et 3 animations ont été faites dont une auprès des assistantes maternelles et familiales.

En 2010, une vingtaine de professionnels de la PMI, 20 parents et 7 assistantes maternelles et familiales ont bénéficié de cette action. Le public sensibilisé au cours des expositions et par les professionnels de la PMI est plus difficile à évaluer.

- Les CMS mettent en œuvre, sous le pilotage d'un médecin généraliste, des actions de prévention des addictions auprès des collégiens de Montreuil.

Les objectifs visés par ces interventions sont de :

- ✓ Prévenir les addictions en milieu scolaire = Informer, sensibiliser, dépister sur les problèmes d'addictions.
- ✓ Prévenir la consommation régulière de substances addictives par les jeunes.
- ✓ Orienter vers les structures adéquates si besoin.
- ✓ Cibler plutôt sur alcool, cannabis.

Il s'agit ainsi, en partenariat étroit avec les CESC (Comité d'éducation à la Santé et à la Citoyenneté) et les infirmières scolaires, de sensibiliser les jeunes de collèges et de lycées aux risques de la consommation de produits addictifs.

Les interventions en milieu scolaire ont été réduites depuis l'année scolaire 2009 – 2010 en raison de l'indisponibilité d'un des médecins participant aux interventions. Celle-ci ont été reprises en septembre 2012 sur les collèges de Montreuil dans les classes de 4^{ème} (environ 25 interventions sont réalisées par année scolaire auprès de 500 élèves).

- Le SMJ et BIJ sont intervenus également en 2010 sur de nombreuses actions : Le Service Municipal de la Jeunesse (SMJ) est régulièrement sollicité par les différents établissements de la ville pour réaliser des interventions relatives aux addictions, aux conduites à risques, aux relations amoureuses et aux IST (Infections sexuellement transmissibles). Ainsi, en 2010, dans un contexte de réorganisation globale du service, le SMJ – en particulier le Bureau Information Jeunesse (BIJ) - a porté ou participé à des animations de prévention sur ces thématiques croisées : forum santé au Lycée Eugénie Cotton, qui a concerné les 300 élèves scolarisés dans cet établissement ; Matinées-débats au lycée Condorcet ; Ateliers de prévention du CRIPS (Centres Régionaux d'Information et de Prévention du SIDA)

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Réunion partenariale exploratoire Direction santé/ Direction Tranquillité publique / Associations (Pass centre Rabelais/Proses/Vie libre) en novembre 2011.
Groupe de travail le 3 décembre 2013 de bilan avec les partenaires locaux

Type d'action envisagée

Sensibilisation des acteurs socio-sanitaires.

Accentuation de la prise en charge des jeunes et des personnes en situation de précarité et développement du réseau des professionnels

Action d'éducation pour la santé auprès des jeunes en lien avec la fiche action relative à la santé des adolescents

Poursuite des actions spécifiques menées par les acteurs locaux.
Amélioration de la prise en charge pour l'accès au soin pour les personnes précarisées en situation d'addiction(s). Actions en lien avec le développement d'un réseau « précarité- accès aux droits et à la santé ».

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Amélioration de la prévention des conduites addictives et des comportements à risques.
Renforcement de l'efficacité du réseau socio-sanitaire local pour une meilleure prise en compte des publics éloignés de l'offre de santé.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

- Plan santé de jeunes
- Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017
- OFDT Chiffres clés 2013
- Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010 (INPES 2013)
- Les collectivités territoriales face aux conduites addictives. La Documentation française, 2011.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Priorité à la santé des jeunes et à l'accès aux soins des populations précaires.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Contrat Urbain de Cohésion Sociale

Description de l'action

Porteur du projet

Mairie de Montreuil, Direction de la Santé, Direction de la Tranquillité publique

Publics bénéficiaires de l'action

Adolescents
Public en situation d'addiction(s)

Secteur(s) géographique(s)

Montreuil

Objectifs opérationnels de l'action.

Mise en réseau des acteurs pour un meilleur accès aux soins du public bénéficiaire.
Sensibilisation des professionnels socio-sanitaires et les professionnels de la jeunesse.
Agir en prévention des conduites à risques directement auprès des jeunes et des publics précaires de Montreuil

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Sensibilisation des acteurs socio-sanitaires montreuillois en s'appuyant sur la formation réalisée par PASS 93 en proposant une formation spécifique.
Ouverture de consultations Précarité d'accès à la santé au CMS Léo Lagrange et expérimentation d'une PASS ambulatoire.
Développement d'éducation à la santé avec la santé scolaire.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Direction Santé : Atelier Santé Ville- CMS-SCHS notamment dans le cadre du RESAD (Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté) où des usagers de substances psychoactives peuvent faire l'objet de prise en charge en son sein.
Service développement et vie des quartiers
Direction de la Tranquillité publique
Le CAARUD : Proses
Les CSAPA : Pass Rabelais, La Mosaïque
L'association Vie libre
Le Service Municipal de la Jeunesse, le BIJ
LEA
Club de prévention spécialisée Rues et cités

Facteurs favorisants identifiés

Thématique identifiée au CUCS
Tenue des 3^{ème} Rencontres Nationales de la Réduction des Risques en octobre 2010 sur la Ville.
Existence d'actions de réduction des risques sur la commune. La mise en place d'un TOTEM distributeur de seringues a permis la distribution de 1138 kits entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} septembre 2011.
1 CAARUD et 2 CSAPA sur Montreuil, même s'ils n'ont pas de permanence spécifique pour les adolescents.

Facteurs contraignants identifiés

Pour les établissements scolaires : disponibilité, existence et financement de partenaires extérieurs.
Place de l'intervention de la Police Nationale. Temps de prévention dans les établissements.
Les CSAPA ne sont pas financés pour la compétence prévention, donc les interventions systématiques ne sont pas possibles.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

L'ARS (crédits assurance maladie) finance les structures CSAPA, CAARUD .
Ainsi qu'historiquement un projet « prévention des addictions en milieu scolaire » au sein de 3 lycées et du collège Jean Jaurès de Montreuil porté par les CMS et soutenu par l'ARS.
L'ARS soutient par ailleurs une action tabac en lien avec la PMI
Financement spécifique de l'ARS pour des interventions en milieu scolaire.(selon résultats du dialogue de gestion)

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Aide de la municipalité dans la recherche de nouveaux locaux pour le Réseau Pass / Centre Rabelais.
Cofinancement de PROSES, de Rues et Cités et de LEA.
Aide pour la mise en place du TOTEM, récupérateur de seringues.
Intervention du BIJ/SMJ sur les actions de prévention.
Un jeune du Service Civique Volontaire sur la santé sera amené à travailler dans le cadre du réseau santé des adolescents.

Contributions de la Politique de la Ville

Contrat Urbain de Cohésion Sociale de la Ville

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :

Ressources financières : ARS (crédits assurance maladie pour les CSAPA et CAARUD), MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)
D'autres acteurs sont à mobiliser ou à soutenir : Club de prévention Rues et Cités, association LEA, santé scolaire, service municipal de la jeunesse.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

2012 et les 5 prochaines années.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

L'action contribue à la prise en charge du public d'usagers de produits psychoactifs, notamment ceux en situation de précarité. En outre des actions spécifiques sont menées à destinations des femmes et des migrants.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Certains territoires politique de la ville fortement impactés par les addictions : exemple les Morillons. Et d'autres ont vu cette problématique émerger de leur diagnostic (Bas-Montreuil).

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'Atelier Santé Ville contribue à renforcer les liens partenariaux et travaille dans le cadre de démarches coopératives avec les habitants.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

La thématique addiction (prévention et soins) est identifiée dans les thématiques « santé » et « prévention sécurité » du CUCS.

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Comité pilotage du CLS		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	copilotage de l'ASV et du CLSPD (Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance)		
Usagers non professionnels de santé	Vie libre, LEA, Rues et Cités, SMJ, BIJ		
Professionnels autres que de santé	Coopération avec clubs de prévention spécialisés/ CAARUD/CSAPA		
Professionnels de santé	Médecins de CMS, CAARUD, CSAPA		
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Rapports et bilans d'activité des structures locales.

Indicateurs de processus

Nombre de séances de groupe de travail transversal réalisées au plan local sur la thématique.

Nombre de participants.

Nombre de structures représentées concernées par la problématique des addictions.

Mise en place du réseau local.

Nombre de séances d'éducation pour la santé en milieu scolaire et nombre de jeunes touchés

Dispositif d'évaluation participative

Fiches d'appréciation des élèves après les séances d'éducation pour la santé.

AXE 11 : AMELIORER L'OFFRE DE SOINS

ACTION n° 22 : RENFORCER LE FONCTIONNEMENT DE LA MAISON MEDICALE DE GARDE OUVERTE POUR LES POPULATIONS DE MONTREUIL ET BAGNOLET

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

L'activité de la MMG (Maison Médicale de Garde) de Montreuil-Bagnolet répond à un besoin d'offrir à la population des soins de 1^{er} recours, aux horaires de la permanence de soins, dans des délais rapides, évitant ainsi des attentes trop importantes voire inutiles aux urgences. La bonne organisation de cette MMG permettra donc également de désengorger le service des urgences du CHI André Grégoire (Centre Hospitalier Intercommunal).

L'accessibilité rapide aux soins de proximité et le désengorgement des urgences sont des enjeux nationaux partagés au niveau local par la volonté de permettre l'accès à une santé de qualité pour tous les Montreuillois. Après plusieurs années de travail coordonné avec l'ARS (Agence Régionale de Santé), la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et l'ensemble des acteurs de la permanence des soins sur le secteur de Montreuil-Bagnolet, la Maison Médicale de Garde (MMG), portée par l'Amicale des Médecins de Montreuil (AMM), a ouvert ses portes le dimanche 30 mai 2010, dans les locaux du Centre Municipal de Santé Bobillot.

Au démarrage, grâce au soutien financier et logistique de la ville de Montreuil ainsi qu'au partenariat entre l'ARS, l'Ordre des médecins, la ville de Bagnolet, le CHI André Grégoire, la caisse primaire d'assurance maladie et le centre 15, la MMG a contribué à la permanence des soins sur le secteur et a permis de répondre aux besoins des habitants en garantissant un accès à des soins de qualité. Par la suite, au titre des exercices 2010 et 2011, l'ARS a financé par le biais du FIQCS, un montant de 98 010 euros ce qui permet à la MMG de poursuivre ses missions.

Des conventions de partenariat signées entre les différents acteurs concernés, reconnaissent et assurent à terme les liens et les engagements de chacun dans le dispositif, favorisant son fonctionnement fluide au service des Montreuillois. L'activité en 2010 a connu une montée en charge progressive, avec en moyenne 25 patients reçus chaque dimanche, à 67% Montreuillois. 33% sont des consultations pédiatriques. 13% des patients bénéficient de la CMU, 13% de l'AME. Tout au long de l'année 2010, l'ASV a ainsi assuré un accompagnement technique et méthodologique fort auprès de l'AMM.

Des COPIL sont régulièrement organisés entre la ville, l'AMM et l'association de permanence des soins, le CDOM l'AM et l'ARS DT 93

En 2011 :	2 012 personnes dont 73% des Montreuillois ont été reçus.
En 2012 :	2 936 patients dont 75 % Montreuillois accueillis.
En 2013 :	3 149 patients dont 78% de Montreuillois ont été pris en charge.

Initialement ouverte les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00, elle a ouvert le samedi de 12h30 à 20h00 depuis février 2011.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration ou intervention

Intervention

Type d'action envisagée

Renforcer et consolider le fonctionnement de la MMG notamment par la participation des praticiens des CMS sous réserve des évolutions réglementaires permettant de rémunérer ces praticiens
Renforcer l'accès régulé par le 15
Améliorer la pratique du tiers payant
Regrouper toutes les gardes postées des communes environnantes sur la MMG

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Offrir un service supplémentaire par rapport aux urgences du CHI afin de prendre en charge les patients qui relèvent d'une prise en charge ambulatoire.
Modifier les pratiques d'utilisation des urgences par les publics

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Rapports d'évaluation nationaux
Convention à modifier en fonction de l'évolution réglementaire du cahier des charges régional de la PDSA à décliner territorialement. Cahier des charges de l'ARS sur la PDSA.
Textes réglementaires dont la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) et décrets PDSA

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

La mise en place de la MMG et la question de la Permanence des Soins est une priorité du mandat municipal

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

La MMG du secteur de Montreuil-Bagnolet répond aux objectifs du cahier des charges départemental et au cadre légal pour la réalisation de cette structure.
Le PSRS indique que « Les soins non programmés nécessitent que la permanence des soins aussi bien ambulatoires qu'au sein des établissements de santé soit organisée de manière cohérente afin d'éviter d'avoir recours inutilement aux urgences »
Le PRS plus particulièrement le schéma d'organisation des soins - volet ambulatoire a dans son axe 3 comme priorité 1 de : « faciliter l'accessibilité financière dans les MMG »

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Oui, dans le volet « permanences des soins ambulatoires » du SROS ambulatoire.
La convention en cours devra être modifiée en fonction de l'évolution réglementaire du cahier des charges régional de la PDSA qui sera à décliner territorialement

Description de l'action

Porteur du projet

Direction de la santé-Amicale des Médecins de Montreuil (AMM) Implication initiale forte de la Ville et notamment de l'ASV (Atelier Santé Ville) dans le pilotage initial du projet et pilotage actuel par l'AMM et délégation territoriale ARS 93

Publics bénéficiaires de l'action

Montreuillois et Bagnoletais principalement et patients des communes environnantes.

Secteur(s) géographique(s)

Montreuil

Bagnolet

La MMG bénéficie à des habitants d'autres territoires. Des patients venant d'autres communes : de 14% à 23%

Objectifs opérationnels de l'action.

Développer le territoire d'intervention de la MMG de Montreuil-Bagnolet afin d'assurer le maillage territorial départemental, ce en complémentarité des autres MMG existantes,

Développer ce territoire selon l'identification des communes utilisatrices du dispositif,

Actualiser l'information sur les horaires d'ouverture (flyers – affiches) et sur ses modalités de fonctionnement régulièrement dans le journal municipal (à faire en lien avec le CDOM).

Description de l'action - Description des leviers d'actions

La MMG située au CMS Bobillot est ouverte de 12h00 à 20h00 le samedi et le dimanche et jours fériés de 8 h 00 à 20 h 00. En permettant d'éviter le recours systématique aux urgences, cette action améliore la prise en charge des Montreuillois et Bagnoletais.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Amicale des Médecins de Montreuil, Centres municipaux de santé, ASV, Direction de la santé, service communication de la ville de Montreuil, Direction de la santé de Bagnolet, ARS (siège et DT), FNCS, CPAM 93, ordre départemental des médecins, centre 15, CHI André Grégoire, association départementale de la Permanence des soins, médecins libéraux de Montreuil et de Bagnolet.

Facteurs favorisants identifiés

Médecins volontaires afin d'assurer cette PDS

Soutiens techniques de l'ARS et de la CPAM93

Moyens de communication municipaux mis à disposition de médecins majoritairement en secteur 1 sur Montreuil

Médecins des CMS volontaires pour rentrer dans le dispositif dès que les textes réglementaires les autorisant à participer paraîtront.

Facteurs contraignants identifiés

La sous démographie médicale dans le 93 et sur Montreuil et Bagnolet
La démographie médicale sur Montreuil en 2006 était de 11,6 pour 10 000 habitants et en 2010 de 10,1 pour 10 000 habitants à janvier 2011 (selon le croisement des fichiers ameli.fr et de l'ordre national des médecins). En 2013 cette dernière s'élève à 9,53 pour 10 000 habitants.

L'éloignement de la MMG du CHI André Grégoire rend difficile la ré-orientation des patients se présentant aux urgences vers la MMG.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Conformément à la signature, le 15 décembre 2010, l'Amicale des médecins et l'Agence régionale de santé (ARS) bénéficient d'une convention de financement pour un montant total de 98 010 euros (subvention du FIQCS), pour les exercices 2010 et 2011. Cet élément apparaît décisif pour le fonctionnement pérenne de la MMG.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Service communication, Direction de la Santé, participation et contribution financière par la mise à disposition de locaux et de matériel.

Contributions de la Politique de la Ville

Service communication, Direction de la Santé, participation et contribution financière par la mise à disposition de locaux et de matériel.

Contribution des autres partenaires ou cosignataires du CLS

Relais d'information sur le dispositif mis en place par les équipes de développement vie des quartiers.
Accord conventionnel de l'assurance maladie pour le montant de consultation de PDS.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

La dynamique sur ce projet est lancée depuis 2004
Ouverture officielle de la MMG en mai 2010 suite à plusieurs scénarios non consensuels au plan local
Élargissement de son ouverture au samedi après-midi en 2011
2012 : travailler l'intégration des villes voisines dans le dispositif afin d'associer davantage de médecins.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Droit commun de santé

Quelle articulation avec la politique de la Ville ?

Droit commun de santé

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Pilotage politique préside le copil		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Secteur ambulatoire de l'ARS, Direction de la Santé, ASV, CMS	Suivi régulier du dispositif (financement et mise en adéquation avec le cahier des charges de la PDSA)	Cahier des charges PDSA Evaluation du dispositif Veiller à la qualité des soins Respect de la réglementation
Usagers non professionnels de santé			
Professionnels autres que de santé	Relais d'information, participation à la PDSA pour les médecins libéraux		
Professionnels de santé	AMM CHI Centre 15	Mie en œuvre et effecteurs de l'action. Effecteurs de la PDS Cosignataire de la convention de partenariat Signataire d'une deuxième convention de partenariat	
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Rapport d'activité type en lien avec la déclinaison départementale du cahier des charges régional de la PDSA

Indicateurs de processus

- Utilisation effective de la MMG : nombre de passages, de patients reçus
- Domiciliation des patients
- Nombre d'orientations par le 15 et autres (pharmaciens, annonces...)
- Nombre de tiers payant réalisés, AME (Aide médical d'Etat), CMU (Couverture Maladie Universelle), CMUc (Couverture Maladie Universelle complémentaire),

- Pathologies
- Satisfaction des acteurs et partenaires
- Diminution du passage aux urgences ou requalification des passages aux urgences
- Selon le type de pathologies traitées, apprécier le nombre de prises en charge relevant effectivement de l'urgence.

AXE 11 : AMELIORER L'OFFRE DE SOINS

ACTION N°23 : S'APPUYER SUR LES 5 CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE POUR PARTICIPER A LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE POUR DEVELOPPER DES PRATIQUES INNOVANTES ET COORDONNEES NOTAMMENT POUR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS ET POUR FAVORISER LA PARTICIPATION DES USAGERS

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

Montreuil compte 5 centres municipaux de santé repartis sur l'ensemble du territoire communal. Ce sont des structures de proximité qui ont des missions de : soin, prévention, éducation à la santé, santé publique. Ils se situent pour 3 d'entre eux dans des territoires de la politique de la ville : CMS Leo Lagrange (Boissière), Tawhida Ben Cheikh, Daniel Renoult (Grands pêcheurs-Bel Air-Morillons).

Les deux autres sont situés en centre ville :CMS (Centres Municipaux de Santé) Bobillot et Savattero.

Statut commun des centres de santé fixé par la loi et valeurs partagées : non lucrativité, accessibilité sociale à la santé par la pratique du tiers payant souvent intégral (appliqué à la part complémentaire et rendu possible par le conventionnement avec les mutuelles), respect des tarifs opposables, modération des tarifs hors nomenclature en pratiques dentaires, défenses de la promotion de l'accès à la santé de tous, salariat des professionnels de santé, médecine d'équipe coordonnée autour du dossier médical commun.

Les Centres municipaux de santé sont des acteurs de soins de premier recours qui reçoivent 28 593 personnes soit 107 282 passages (données 2012).

Les CMS proposent des consultations médicales (médecine générale et autres spécialités, soins infirmiers en centre de santé et à domicile, soins dentaires (omnipraticque et orthodontie, kinésithérapie diététique) **soit 1 562h hebdomadaires (données 2012)** et des actions de santé publique : vaccinations publiques, planification familiale par convention avec le Conseil général de la Seine-Saint-Denis.

Prévention de l'obésité et éducation nutritionnelle, prise en charge de l'obésité par les CMS, réseau d'information, prévention aide à l'arrêt du tabagisme féminin, éducation thérapeutique des patients diabétiques, prévention et incitation aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap, (convention RHAPSODIF (Réseau Handicap Prévention et Soins odontologiques d'Ile de France)), prévention des addictions en milieu scolaire, prévention des chutes pour les personnes âgées.

La mobilisation des différentes catégories de personnel nécessite la mise en place de procédures et d'activités hors soins qui n'étaient pas actuellement financées. Au regard de la population de Montreuil qui est plus souvent originaire du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne que dans d'autres départements et considérant que la prévalence du diabète dans les consultants des CMS est plus élevée, de l'ordre de 50 % par rapport aux données nationales, des actions spécifiques sont engagées et portées par le service. Cet important problème de santé publique demande des ressources et moyens spécifiques pour l'éducation thérapeutique. C'est ce qui a conduit les CMS de Montreuil à s'engager dans l'expérimentation des Nouveaux modes de rémunération.

Etat 2011-2012 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Rééquilibrage de l'offre municipale de soins pour lutter contre la rupture territoriale en matière de santé. C'est dans ce cadre qu'en mars 2011 le CMS Voltaire, situé dans le Bas-Montreuil, a été transféré dans le quartier Grands pêcheurs / Bel air où l'offre de soins représente 3 % de l'offre totale de soins sur la ville.

Par ailleurs le service dentaire du CMS Bobillot, a été rendu accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite depuis 2009.

Une convention a été conclue entre le DGARS, la CPAM Paris (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), la CPAM 93 et la ville de Montreuil pour le centre municipal de santé « Savattero » pour l'expérimentation des Nouveaux modes de rémunération.

Financement d'actions d'Education thérapeutique sur les centres municipaux de santé Léo Lagrange, Daniel Renoult, Tawhida Ben Cheikh depuis 2011 suite à la convention conclue entre la CPAM 93 et la ville de Montreuil.

Type d'action envisagée :

Projet de santé des CMS finalisé, en collaboration avec le personnel, projet de mise en place d'un comité d'usagers à titre expérimental, Éducation thérapeutique du patient et expérimentation des Nouveaux modes de rémunération.

Création d'une consultation approfondie accès sur la prévention et sur le retour dans le système de soins. Cette consultation est réalisée et intégrée dans un processus de réinsertion dans le système de soins de droit commun.

Renforcement du travail en partenariat avec les service municipaux, partenaires institutionnels, le Centre hospitalier intercommunal André Grégoire et les acteurs et réseaux locaux en direction de tous les publics, tranches d'âges (enfants, personnes âgées,...) et thématiques (nutrition, migrants, soins de premier recours, éducation à la sexualité, handicaps...),les centres de santé associatifs, les médecins libéraux, les infirmières libérales, les médecins et infirmières scolaires...

Poursuite des actions menées de prévention de l'obésité infantile et des actions de prévention en population générale.

- La Maison Médicale de Garde, portée par l'Amicale des Médecins de Montreuil, a ouvert ses portes le dimanche 30 mai 2010, dans les locaux du Centre Municipal de Santé Bobillot, la MMG a contribué à la permanence des soins sur le secteur et a permis de répondre aux besoins des habitants en garantissant un accès à des soins de qualité. L'objectif est de consolider et renforcer le fonctionnement de la MMG et que les médecins salariés plus particulièrement ceux des CMS dès que le cadre légal le permettra.

Développer les démarches de santé communautaires et l'accompagnement médico-social (orientation, permanences au sein des CMS, relais d'information, ...)

Accessibilité du futur centre municipal de santé Savattero qui sera reconstruit dans le quartier de la mairie.

Informatisation imminente du dossier patient unique pour les 5 CMS

Travail sur le modèle économique des CMS à reprendre, recherche de nouveaux financements (adhésion à l'option de coordination, futur appel d'offre sur les nouveaux modes de rémunération..)

Reprise de l'activité de panoramique dentaire numérisée en 2012 au CMS Bobillot

Renforcement de la coordination entre les différents acteurs de soin des CMS (agents d'accueil, diététiciennes, infirmières, kinésithérapeutes, médecins) exerçant au CMS Savattero grâce à des réunions d'équipes régulières, à la mise en place de protocoles de soins...

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) diabétique de type 2

Sollicitation des usagers ayant choisi le centre ou un médecin du centre comme médecin traitant pour contribuer à la vie du centre en participant à la réflexion sur l'organisation du comité d'usagers et au-delà à la démarche de santé globale à partir de l'ensemble des centres.

Amorcer une démarche communautaire à partir d'un questionnaire (à bâtir) concernant le fonctionnement, l'organisation, les représentations des centres municipaux de santé.

Adhésion à l'option de coordination des soins médicaux et dentaires en décembre 2013.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Les inégalités d'offres recourent et aggravent les inégalités sociales.
Les actions de prévention sont discriminantes car non suivies par les populations défavorisées quand elles ne sont pas relayées par des équipes de proximité qui tiennent compte des problèmes de revenus, des priorités mais aussi de la culture et de langue des publics visés.

C'est pourquoi les CMS proposent :

- l'accès à des soins de qualité pour tous ce qui favorise l'accessibilité sociale pour les plus défavorisés, le travail d'équipe pour permettre la prise en charge de la personne et organisent des actions de santé publique adaptées aux populations de proximité dont l'objectif est l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins par le renforcement de la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique.
Les CMS contribuent donc à la **réduction des inégalités sociales de santé**
- d'encourager les démarches de santé communautaire pour favoriser l'expression des personnes et leur participation à la définition de leurs besoins, à la recherche de solutions et à une évaluation des actions conduites

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Code de la santé publique notamment article L6323-1, loi hôpital patient santé territoire
Accord national de 2003 avec la caisse primaire d'assurance maladie
Référentiel haute autorité de santé sur les bonnes pratiques
Etude epidaure-centres de santé menée sous la houlette de l'IRDES

Programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 développé par les équipes de soins des CMS de Montreuil financé par l'ARS.
Guide HAS pour l'ETP (Education Thérapeutique des Patients).

Accord national des centres de santé paru le 19/4/2003 et reconduit pour 5 ans en 2007
Retour d'expérience des comités d'usagers existant dans d'autres.
La participation des usagers à la gestion de la qualité des CSSS La revue de l'innovation : La revue de l'innovation dans le secteur public, Vol. 14(2), 2009, article 8
Colloque FEHAP "Place des usagers dans les établissements de santé : quelle évolution depuis 10 ans ?"

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Réduction des inégalités de santé, permettre l'accès aux soins et pouvoir agir sur les indicateurs d'état de santé

Réduction inégalités territoriales d'offres de soins : redéploiement de l'offre de soins municipale sur un secteur sous doté en mars 2011 avec l'ouverture du CMS TBC dans le haut Montreuil.

Amélioration de la qualité des soins délivrés par un service municipal et amélioration de la prise en charge des populations défavorisées. Cette expérimentation des nouveaux modes de rémunération offre un instrument de modernisation de l'offre de soins de 1er recours favorisant la qualité et l'efficacité des soins.

Mise en œuvre d'une démarche coopérative entre les usagers, les professionnels et les décideurs.

Réduire les inégalités sociales de santé notamment par la mobilisation collective des populations

Projet de santé des centres municipaux de santé.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

Promouvoir les démarches de santé communautaire pour favoriser l'expression des personnes et leur participation à la définition de leurs besoins, à la recherche de solutions et à une évaluation des actions conduites

Favoriser la démocratie sanitaire : réduction des inégalités sociales de santé.

Soutenir soit le développement soit le maintien des structures d'exercice collectif dont les centres de santé dans la région en particulier lorsqu'il s'agit de zones défavorisées ou rurales en déficit démographique.

L'expérimentation des Nouveaux modes de rémunération constitue un levier pour renforcer les structures d'exercice collectif. L'objectif est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Parce qu'ils assurent une offre accessible à tarif opposable dans certaines zones sensibles, les centres de santé sont un atout que l'ARS doit préserver et développer : renforcer certains centres face aux difficultés économiques qu'ils rencontrent en tenant compte du coût de la pratique en IDF. La meilleure connaissance du modèle économique des centres de santé doit également permettre d'analyser les coûts attachés à chacune des missions qu'ils portent de par leur cadre réglementaire. Cette approche permettra de mesurer le gain de productivité que ces structures auront à atteindre, mais également d'envisager les adaptations nécessaires des modalités de financement de ces structures au regard des missions portées.

Assurer la connaissance de l'exercice en centre de santé auprès des étudiants en formation permettant d'accroître l'accès à ces terrains de stage.

Développer des conventions de partenariat avec les établissements de santé pour mettre en place des consultations avancées spécialisées dans les centres et organiser la fluidité entre l'arrivée et la sortie de l'hôpital.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Plan local de santé publique

Mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique des Patients diabétiques de type 2 financé par la CPAM dans les autres centres de santé municipaux de Montreuil (Daniel Renoult, Léo Lagrange, Tawida Ben Cheickh).

Description de l'action

Porteur du projet

Direction de la santé, Centres Municipaux de Santé

Atelier santé ville

Direction Politique de la ville, citoyenneté, jeunesse et vie des quartiers

Publics bénéficiaires de l'action

Les CMS sont ouverts à tous.

Patients diabétiques de type 2 pour l'Education Thérapeutique des Patients.

Tous les patients consultant dans les centres indirectement par la mise en place de protocole de soins et le renforcement de la coordination.

Secteur(s) géographique(s)

Ville entière dont Territoires politique de la ville notamment pour l'expérimentation du comité d'usagers au CMS Tawhida Ben Cheikh (en cours avec un soutien méthodologique de l'Institut Renaudot).

Objectifs opérationnels de l'action.

- Maintien de l'offre de soins proposée par les CMS en complément avec l'offre de soins de ville, prise en charge globale des patients sur les volets prévention et promotion de la santé et curatif.
- Améliorer :
 - ✓ la qualité des soins délivrés
 - ✓ la prise en charge des patients diabétiques de type 2
- Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé.
- Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction.
- Impliquer les habitants dans la vie du centre et ouvrir le centre vers le quartier.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Poursuivre et conforter les missions de soin, prévention éducation à la santé et santé publique.

Approche communautaire impliquant tous les acteurs et avec un suivi dans le temps en proximité et avec évaluation permanente basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés.

Mise en place de procédures partagées de coordination et d'un programme d'Education thérapeutique du patient.

Protocolisation des prises en charge des pathologies chroniques permettant de diminuer si nécessaire la variabilité de prise en charge par rapport aux recommandations de bonne pratique.

Autonomisation des patients dans la gestion de leur maladie.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Personnels des CMS, Direction santé dont forte implication de l'Atelier Santé Ville et du SCHS dans le cadre du Plan Local de Santé Publique et du plan de lutte contre l'obésité.

Services transversaux, partenaires institutionnels et acteurs locaux de santé CHI, médecine scolaire, usagers, développement vie des quartiers politique de la ville...

Usagers, habitants du secteur Bel-air/Grands pêcheurs, associations élus professionnels des centres et services municipaux et autres

Facteurs favorisants identifiés

Culture du travail coordonné et de la prise en charge globale du patient,
Conception de la santé non réduite au curatif,
Volonté des CMS et des acteurs locaux de tisser des liens et de travailler en partenariat et en complémentarité,
Volonté des CMS de s'inscrire dans les dispositifs d'expérimentation des Nouveaux modes de rémunération
Adhésion à l'option de coordination dans le cadre de l'accord national,
Partenariat avec les professionnels de santé libéraux du territoire,
Travail de coordination et de protocolisation déjà identifié par les intervenants comme nécessaire,
Besoins en éducation thérapeutique identifiée aussi comme nécessaire,
Culture locale de la participation
Un poste d'agent de santé communautaire à l'ASV visant le développement des démarches coopératives.

Facteurs contraignants identifiés

Sollicitations très fortes des usagers, temps hors soin non stabilisé pour les équipes médicales et paramédicales et non pérennité des financements des autres acteurs qui ne permettent pas de s'engager plus dans des actions de prévention et promotion de la santé,
Modèle économique fragile des CMS
Démographie médicale et difficultés de recrutement de professionnels de santé, : le redéploiement du temps de consultation vers du temps non clinique entraîne une diminution quantitative de l'offre de soins qui devrait être compensée par l'augmentation qualitative des soins. Par contre, elle entraîne une perte nette de recettes.
Fragilité et mobilité de certains publics des CMS qui rendent difficile leur suivi régulier et dans la durée
Disponibilité difficile pour les usagers.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Financement des actions de santé publique portées par les CMS,
Financement des nouveaux modes de rémunération par l'ARS dans le cadre de l'extension de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, Une convention a été conclue entre le DGARS, la CPAM Paris, la CPAM 93 et la ville de Montreuil pour le centre municipal de santé « Savattero »
Financement d'actions d'éducation thérapeutique sur les centres municipaux de santé Léo Lagrange, Daniel Renoult, Tawhida Ben Cheikh conclues entre la CPAM 93 et la ville de Montreuil (Financement ARS 2011)
Prévention de l'obésité et éducation nutritionnelle, prise en charge de l'obésité par les CMS réseau d'information, prévention aide à l'arrêt du tabagisme féminin prévention des addictions en milieu scolaire,
Travail régional sur le modèle économique des CMS.
Financement de l'option de coordination.
Financement du Conseil Régional pour l'informatisation des CMS.

Contributions de la ville et de ses établissements publics

Portage par la Ville du déficit du service centres municipaux de santé, ce qui n'empêche pas de travailler sur l'efficacité et approfondir le travail déjà engagé depuis l'audit interne des CMS en 2010.

Contributions de la Politique de la Ville

Montreuil a la pêche (en forme dans nos quartiers) : financement 2011 ACSE (Agence de Cohésion Sociale et de l'Égalité des Chances)

Consultation de Victimologie depuis juin 2012 au CMS Tawhida Ben Cheikh en lien avec l'institut de victimologie de Paris (financement ACSE), et à partir de janvier 2014 sur Daniel Renoult pour les femmes.

Contribution des autres partenaires ou cosignataire du CLS

- Incitation aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap (convention avec association RHAPSODIF),
- Actions partenariales en cours avec le CHI André Grégoire pour l'organisation de consultations en gynécologie et gériatrie,
- Reconduction des conventions avec le Conseil général de la Seine-Saint-Denis en matière de délégation du planning familial intégré aux 4 CMS (Savattero, Léo Lagrange, Daniel Renoult, Tawhida Ben Cheikh)
- Convention entre le Département de la SSD et la ville de Montreuil relative au financement du temps de travail du personnel non médical comprenant l'activité d'accueil, de conseil et de secrétariat et les actions de prévention collective et individuelle dans le centre et à l'extérieur du centre, soit :
 - ✓ 0,95 poste équivalent temps plein de secrétaire médico-sociale,
 - ✓ 0,95 poste équivalent temps plein d'infirmière,
 - ✓ 4308 heures annuelles de conseillère conjugaleLe financement d'heures médicales comprenant les heures de synthèses et les actions de prévention individuelle et collective à l'intérieur et à l'extérieur du centre, soit 1 866 heures annuelles de gynécologie.
- Poursuite des séances de vaccinations publiques pour les enfants à partir de 6 ans (CMS Daniel Renoult et Savattero) convention entre le Département de la SSD et la ville de Montreuil (action financée Etat/DGDH).
- Convention avec le Conseil Régional pour le bucco-dentaire.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

Prise en charge de populations souvent défavorisées

Mobilisation de différentes catégories de personnel des CMS

Accès à des programmes non ou difficilement accessibles pour les Montreuillois « Gratuité » des nouveaux services offerts aux Montreuillois

Intervention auprès de publics tous âges confondus en zone politique de la ville

Les difficultés d'accès à l'information ont une responsabilité particulière dans l'existence des inégalités sociales de santé.

La démarche communautaire envisagée vise à ne plus ignorer les déterminants de santé qui sont à la source de problèmes de santé. Elle vise aussi à co construire des projets en centres de santé et à les faire vivre en tenant compte de tous les acteurs concernés : les professionnels, les politiques et les habitants.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Intervention à titre expérimental sur le CMS Tawhida Ben Cheikh du comité d'usagers puis élargissement aux autres CMS dont 2 sont également en territoire politique de la ville (CMS Daniel Renoult et Léo Lagrange).

Maillage sur les 4 centres de santé de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 permettant un accès de tous les quartiers à ce service.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'atelier santé ville.

Liens étroits avec l'ASV et appui de sa chargée de mission Santé communautaire.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec les autres volets de la politique de la ville

Articulation avec le CUCS, Développement vie des quartiers, Mission citoyenneté.

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Accompagnement politique	Réunion de suivi annuel du dossier	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Equipes pluri disciplinaires des CMS SCHS, Chargée de mission en santé communautaire et coordinatrice ASV CPAM Montreuil et CPAM 93 ARS, Ville : Chef de projet CUCS, service développement vie des quartiers, responsables de secteur - Diagnostic - Mise en œuvre - suivi évaluation		Pour l'expérimentation des NMR :indicateurs permettant l'évaluation de ce dispositif par l'IRDES
Usagers non professionnels de santé	Évaluation du programme d'ETP	Réponse à questionnaires	Évaluation de l'impact de l'ETP sur les comportements à risques et la compliance thérapeutique Évaluation de la satisfaction des usagers
Professionnels autres que de santé	Communication orientation, suivi, accompagnement	Associations locales socio-sanitaires	
Professionnels de santé	Médecins libéraux CMS, infirmières libérales, associations locales socio-sanitaires, CHI André Grégoire : Mise en œuvre Suivi Evaluation		
Autres	Communication Orientation Suivi - Accompagnement		

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Pour le comité des usagers : à construire avec les usagers impliqués

- Nombre de réunions entre professionnels des CMS
- Nombre de protocoles de soins réalisés et mis en place
- Nombre de patients suivant le programme d'ETP
- Nombre de séances par patients suivant le programme d'ETP

Indicateurs de processus

- Comité des usagers :
- analyse de la mise en mouvement de la démarche
- réponse à la sollicitation,
- implication dans la construction des outils de suivi,
- pérennisation de la démarche.
- Bilan d'activité

Indicateurs d'activité

Logiciel spécifique pour le suivi des patients bénéficiant de l'ETP (nombre de séances suivies, bilan éducatif et progression...)

Indicateurs de résultats

Suivi annuel des patients avec évaluation de la progression des connaissances, adhérence aux protocoles de suivi du patient diabétique...

Bilan d'activité annuel des CMS, tous les indicateurs liés aux différentes fiches actions dans lesquelles est impliqué le service CMS.

Dispositif d'évaluation participative

A construire

AXE 12 : DEVELOPPER DES APPROCHES TERRITORIALISEES ET COOPERATIVES AVEC LES HABITANTS

ACTION N° 24: CONTINUER UNE APPROCHE DE LA SANTE PLUS MARQUEE SUR LES QUARTIERS POLITIQUE DE LA VILLE A TRAVERS L'ATELIER SANTE VILLE.

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

La ville de Montreuil s'est engagée en 1999 dans une politique sectorielle de santé illustrée dans un premier temps par la mise en place d'un conseil local de santé. Cette instance participative et partenariale réunissait des acteurs institutionnels, associatifs et des professionnels de santé, mais également des habitants montreuillois, notamment des représentants de conseils de quartier.

Son rôle consistait à identifier des besoins, dégager des priorités et proposer des pistes de travail pour des orientations municipales partagées en matière de santé. L'actualisation du diagnostic santé en 2001 avait permis de dégager trois axes :

- ✓ la santé des jeunes
- ✓ l'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital
- ✓ la communication et l'information

La démarche Atelier Santé Ville (ASV) a été initiée à Montreuil dans la continuité de cette politique sectorielle de santé : la signature d'un volet santé au précédent contrat de ville et la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 ont favorisé l'engagement de la ville de Montreuil dans l'expérimentation d'une démarche ASV en 2001. Pour l'animer, une coordinatrice à temps plein a été recrutée. Sa principale mission est de coordonner les projets locaux de santé partenariaux, d'impulser et de soutenir des réseaux socio-sanitaires à l'échelle du territoire communal, des secteurs territoriaux et des quartiers. Elle mobilise également les ressources communales pour des actions de santé partagées.

Cette démarche a été réaffirmée dans la circulaire de 2006 lors de la mise en place des CUCS dont la Santé est un des volets obligatoires. L'ASV est référent sur ce volet et participe à la MOUS CUCS.

La ville s'est engagée par ailleurs en 2009 dans la définition d'un PLSP. L'ASV en a été partie prenante et gère depuis septembre 2012 la coordination du CLS.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

L'action est déjà mise en place

Type d'action envisagée

Promotion de la santé

Accès aux soins

Réseau de professionnels, thématiques, publics et territoriaux

Réduction des inégalités sociales et territoriales de Santé

Démarche coopérative avec les habitants

Information, communication sur les actions locales de Santé

Création d'outils d'information (annuaire Santé), d'aide à la décision (cartographies...)

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Au regard de la circulaire du 13 juin 2000 et de son cahier des charges, les objectifs de l'ASV sont :

Le développement de projets territoriaux en santé publique, faisant l'interface entre élus des villes et la politique de Santé de l'Etat chargé de décliner les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Plan Régional de Santé/ Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins), nécessite un cadre opérationnel et une démarche territorialisée.

Les missions de l'Atelier Santé Ville sont

- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie (habitat, logement, emploi, éducation, ressources)
- de coordonner les différents acteurs (création et renforcement des réseaux médico-sociaux de proximité, établissements de Santé, centres de Santé, santé scolaire etc)
- d'intervenir suivant l'analyse des besoins par site (élaboration de projets)
- de rendre effectif l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun
- de favoriser la participation active de la population à toutes les phases des programmes, ainsi qu'avec les professionnels et les institutions intervenant dans ce domaine.

Un Atelier Santé Ville (ASV) implique une fonction d'animation locale dédiée et dont le rôle est d'assurer la cohérence des projets locaux ou territoriaux, de programmer la démarche territoriale ASV, comme de promouvoir la production de projets locaux ou territoriaux de santé et leur mise en œuvre, le suivi des actions par objectifs et d'organiser l'évaluation des actions et leur impact. Le coordinateur doit aussi veiller à l'articulation avec les autres thématiques santé ou déterminants de santé du CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale), notamment les équipes de réussite éducative et l'ensemble de la politique locale de lutte contre l'exclusion, comme de développer la formation en santé des médiateurs exerçant à proximité des populations.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville dans le volet santé des contrats de ville (2000- 2006).

Loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la programmation urbaine.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Circulaire DGS/SDD/2004/627 du 21 décembre 2004 relative à l'identification et l'analyse des projets de santé Publique contractualisées avec les collectivités locales.

Mise en œuvre des décisions du comité interministériel des villes (CIV) du 9 mars 2006.

Circulaire n° DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé Publique dans les territoires de proximité et au développement des Ateliers Santé Ville.

Rapports de la DIV.

Rapports de Profession Banlieue.

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Plan Local de Santé Publique (PLSP)
Politique municipale en matière de santé
CUCS signé par la Ville

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

À l'objectif prioritaire de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. une attention particulière sera portée à l'articulation entre ces contrats locaux de santé et les démarches existantes dans le cadre de la politique de la ville (volets santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale et Ateliers Santé Ville, conseils locaux de santé mentale, volet santé des agendas 21...), qui témoignent déjà d'une forte sensibilisation aux problèmes de santé des territoires fragilisés.

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

CUCS et notamment son volet santé.

Description de l'action

Porteur du projet

Coordination Atelier Santé Ville

Publics bénéficiaires de l'action

Montreuillois et prioritairement ceux des quartiers en territoires politique de la ville

Secteur(s) géographique(s)

Montreuil
Territoires CUCS

Objectifs opérationnels de l'action.

Animer, piloter, copiloter, participer, soutenir, être informé des actions et projets locaux de Santé
Impulser des actions santé dans les territoires politique de la Ville
Mettre en place et développer des réseaux locaux de Santé
Développer des outils d'aides à la décision et d'information
Etre le relais de campagne nationale (octobre rose, journée mondiale de lutte contre le Sida...) dans un objectif de coordination des actions et de réductions des inégalités sociales et territoriales de Santé. L'ASV n'a pas vocation à mettre en place localement toutes les journées nationales et/ou mondiales sur diverses thématiques socio-sanitaires et de Santé.
Développer les pratiques et la démarche en Santé coopérative.

Description de l'action

La coordinatrice ASV a un rôle d'animation et de coordination des projets locaux de santé au niveau du territoire communal tout en priorisant les actions sur les territoires politiques de la ville notamment les ZUS (Zone Urbaine Sensible). Elle a aussi pour mission la mobilisation des acteurs locaux sur des problématiques santé repérées, la mise en place de différents outils favorisant le travail en partenariat et en réseau tel que l'annuaire santé, ou encore d'information et d'aide à la décision par rapport à des politiques publiques (par exemple, les cartographies présentant l'offre de soins et socio-sanitaire). La coordinatrice a aussi pour responsabilité la diffusion de données socio-sanitaires en général auprès des décideurs locaux afin d'interpeller sur les enjeux présents localement.

En outre, alors qu'en 2002 et 2003 il y avait une référente santé pour le contrat de ville, la coordinatrice ASV a intégré l'équipe MOUS Contrat de ville (Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale) en 2004, devenue MOUS CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale) et a de fait repris ces missions.

Il est à noter que les actions en co-animation (ASV et autre service ou partenaire), une fois implantées dans la durée et les pratiques des services, entrent dans un fonctionnement régulier. L'ASV intervient alors en appui plus ou moins important dans l'accompagnement du promoteur opérationnel ou du service pilote. L'ASV axe alors son intervention dans la promotion et le soutien d'actions dans des territoires politique de la ville, comme sur l'axe nutrition avec l'action « La ferme au grand air ».

Enfin, une fonction encadrement et management de personnel a aussi marqué l'évolution du poste avec notamment le recrutement de l'agent de santé communautaire à partir de juin 2007.

Concernant l'axe santé communautaire, la mission porte sur plusieurs objectifs complémentaires, en priorité sur trois territoires relevant de la géographie politique de la ville avec la vocation de rayonner sur l'ensemble des îlots prioritaires:

le quartier La Noue – Clos Français

le quartier Montreau – Le Morillon

la cité Parmentier, située dans le Bas-Montreuil.

La chargée de mission santé communautaire est amenée également à intervenir sur les autres quartiers prioritaires politique de la ville, par exemple les quartiers Bel Air – Grands Pêcheurs, en fonction des projets émergents. Elle a une intervention par ailleurs thématique dans le cadre du CLS dans le cadre des actions qu'elle pilote (nutrition, dépistage du cancer du sein) ou qu'elle soutient (précarité énergétique)

Les objectifs consistent tout d'abord dans la promotion d'un travail en réseau, d'une connaissance mutuelle des acteurs de proximité concernés par les problématiques de santé globale – y compris les habitants. Il s'agit également d'accompagner les habitants dans l'expression de leurs représentations et de leurs préoccupations de santé, de les soutenir dans le montage et le portage de micro actions de santé issues des besoins qu'ils ont exprimés, de leurs attentes.

Ces missions se réalisent en partenariat étroit avec les équipes territoriales de secteur. Depuis 2010, celles-ci sont composées d'un(e) responsable d'antenne, d'un(e) chargé(e) de développement social des quartiers, d'un(e) gestionnaire urbain(e) de proximité et d'un(e) secrétaire. Ces équipes sont des acteurs ressources, en particulier par la connaissance qu'elles développent dans leur pratique quotidienne sur le terrain, des territoires sur lesquels elles sont implantées. Elles ont un rôle important également pour l'identification des initiatives émergentes de manière micro locale. Des points territoriaux se sont formalisés à la prise de poste de la chargée de mission par des réunions regroupant chaque équipe territoriale, la coordinatrice de l'ASV et la chargée de mission. Ces points ont permis une présentation mutuelle des missions de chaque équipe. Ils ont également permis d'envisager, de manière collective, les modalités concrètes de partenariat et les liens à tisser entre les interventions de chacun.

Des temps de sensibilisation des habitants aux problématiques de santé et des espaces de dialogue sur la santé et le bien-être se sont développés, en se saisissant des collectifs formels et informels existants, sur des lieux identifiés et investis par les habitants (Conseils de quartiers, associations d'habitants telle que Ensemble notre quartier qui porte un projet de Maison des Parents ou les Femmes de Jean Moulin, temps conviviaux dans les centres sociaux, ...). Cette démarche au long cours suppose l'installation de relations de confiance dans le temps, une reconnaissance mutuelle entre habitants et services (mission santé communautaire de l'ASV et antennes de secteur).

Les groupes de travail thématiques, territoriaux et/ou « public/population » sont organisés au regard des projets locaux de santé développés sur la ville. Certains existaient depuis plusieurs années, d'autres ont émergé à l'initiative de la démarche ASV et ont été consolidés, renforcés ou développés dans le cadre du CLS. Les rencontres pluridisciplinaires favorisent les échanges, le décloisonnement des pratiques des acteurs locaux et elles permettent également de faire remonter les propositions dans le cadre des instances du CLS au même titre que les différentes

actions qui y sont programmées : comité technique et comité de pilotage. Le travail partenarial assure une coordination et une cohérence avec les initiatives repérées par les participants au sein de leur propre réseau, dans l'optique d'apporter des réponses adaptées aux besoins des populations et des territoires les plus en difficulté. Les groupes de travail sont des espaces d'échange d'informations, de réalisation d'actions concertées et partenariales ou encore de création d'outils d'information/communication à destination des usagers ou des professionnels.

La coordinatrice de l'Atelier Santé Ville intervient dans ces groupes de travail en tant qu'animatrice, pilote, copilote, participante ou encore en tant que soutien dans le cadre de l'ASV ou du CLS.

De par sa transversalité avec la politique de la ville, la démarche favorisera les interventions en lien avec les publics en situation de vulnérabilité sociale et les territoires CUCS.

A titre d'exemple, la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville pilote un groupe de travail VIH visant la mise en place d'actions coordonnées et partagées entre acteurs locaux (action d'incitation au dépistage, pièce de théâtre de prévention) et le développement d'initiatives tout au long de l'année. Ce groupe de travail VIH s'inscrit en complémentarité du sous-groupe « Éducation à la sexualité » du réseau santé des adolescents.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

De nombreux acteurs sont impliqués dans la démarche ASV de par sa transversalité globale sur le territoire communal.

Services municipaux : Ces services sont soit copilotes, soit pilotes, soit associés aux actions programmées à l'ASV en cela qu'elles ont un impact sur la réduction des inégalités sociales ou territoriales de Santé. Ce sont les Services Intégration-Insertion, les CMS (médecins, dentistes, infirmières responsables des Centres Municipaux de Santé, CESH, responsable des CMS, diététiciennes...), Services techniques (sécurité, propreté, ateliers municipaux, voirie...), Services communication-Relations publiques, développement vie des quartiers, chef de projet CUCS, Service Municipal de la Jeunesse et Bureau d'information jeunesse, Service Enfance, CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique), CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), Service de lutte contre le saturnisme notamment dans le coportage du projet santé et territorialité (2004), et de la démarche coopérative en santé dans l'action précarité énergétique.

Partenaires institutionnels : ARS, ACSE, Préfecture, Conseil général 93, Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire, PMI, CHI, CPAM 93 et CPAM Montreuil, Conseil Régional Ile-de-France, foyers de travailleurs migrants (AFTAM, ADEF, ADOMA), santé scolaire....etc

Partenaires associatifs : Réseau Océane, Vie libre, PASS93, CAARUD (PROSES), LEA (Lieu, Ecoute Accueil), association des femmes de Jean Moulin, AIDES Montreuil, Amicale des Médecins de Montreuil, association des Maliens de Montreuil, Cité Myriam, COS (Centre d'Orientation Sociale) les Bureaux, restos du cœur, Solidarité Sida, Rues et Cités, Solienka, etc

Description des leviers d'actions - Facteurs favorisant identifiés

De nombreuses problématiques en santé sont prises en charge - programmées ou non à l'ASV et impactent sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé.

- Renforcement des compétences des acteurs locaux

- Renforcement de la démarche ASV avec :
 - Le recrutement de l'agent de santé communautaire à temps complet en juin 2007 et sa requalification en 2010 en poste de chargée de mission de catégorie A. Ainsi qu'avec le recrutement d'un secrétariat en mai 2008. Les diagnostics micro-territoriaux permettent d'affiner la connaissance des territoires.
 - L'accueil de stagiaire en géographie de la santé afin de renforcer les connaissances en matière de diagnostic local en santé
- Renforcement des dynamiques du travail en réseau :
Depuis la mise en place de l'ASV en 2002, les coordinations et coopérations entre professionnels se sont progressivement ancrées au niveau du territoire. L'ASV reste un lieu d'impulsion des dynamiques mais certaines d'entre elles ont moins besoin de la coordination ASV pour fonctionner.
- Identification locale de l'ASV

Facteurs contraignants identifiés

- La mobilisation difficile de certains professionnels :

Faute de temps, certains professionnels sont plus difficilement mobilisables au regard de la charge de travail ou encore des effectifs (professionnels de santé libéraux tels que les professionnels de santé du secteur libéral qui sont globalement en sous-démographie sur le territoire.

- Le manque de moyens au plan local et la complexité des situations des publics suivis:

Ceci est notamment marqué par le fait que certaines structures qui restent mobilisées et intéressées par les projets locaux de santé ne peuvent participer à des groupes de travail où elles étaient auparavant investies pour cause de sous effectif et du fait de suivis de plus en plus complexes selon certaines structures.

Ce manque de moyens impactant sur l'information de la coordination ASV : les données sont de plus en plus difficiles à recueillir malgré l'identification de la mission.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Cofinancement de la démarche ASV dans le cadre notamment de l'ingénierie CLS et d'actions et projets locaux de Santé programmés ou non à la démarche.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Mise à disposition de locaux, de moyens municipaux et de ressources humaines.

Contributions de la Politique de la Ville

Cofinancement de la démarche ASV par l'ACSE (Agence nationale de la Cohésion Sociale et de l'Egalité des chances)

ASV référent sur le volet santé du CUCS.

Coordination fonctionnelle avec le PRE (programme de réussite éducative) et le CUCS.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique)

- 2001 : engagement de la Ville dans une démarche ASV.
 2002 : recrutement du coordinateur
 2004 : projet santé et territorialité visant le développement de la participation des habitants aux actions locales de santé sur deux secteurs territoriaux (La Noue et le Bas-Montreuil).
 2006-2007 : recrutement d'une chargée de mission en santé communautaire.
 2009 : engagement de la Ville dans une démarche d'élaboration de PLSP.

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

L'ASV est prioritairement garant de la programmation liée aux publics en situation de précarité sur les territoires Politique de la Ville. La démarche a donc de facto un rôle essentiel dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de Santé.

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Pilotage politique		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Participation aux groupes de travail et actions thématiques, publics ou territoriaux. Pilote ou copilote des groupes de travail ARS et Préfecture : Financeurs et appui technique		
Usagers non professionnels de santé	Participants, destinataires		
Professionnels autres que de santé	Partenaires, acteurs pour la réalisation des actions et projets		
Professionnels de santé	Acteurs locaux, partenariat plus ou moins actif dans la réalisation des actions		
Autres			

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Indicateurs de processus

Mise en place de réseaux et projets locaux de Santé
Mobilisation constante des partenaires locaux dans le temps
Ancrage de la démarche en Santé communautaire sur le territoire

Indicateurs d'activité

Nombre de professionnels mobilisés par thématiques
Catégorie de professionnels mobilisés par thématiques
Nombre d'actions réalisées
Nombre de cartographies, d'outils d'information ou d'aides à la décision actualisés ou réalisés.
Nombre de personnes touchées par les actions programmées à la démarche.

AXE 12 : DEVELOPPER DES APPROCHES TERRITORIALISEES ET COOPERATIVES AVEC LES HABITANTS

ACTION N° 25: PROMOUVOIR LA DEMARCHE COOPERATIVE EN SANTE

Cadrage et légitimité de l'action

Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?

La prise en compte des avis et compétences des habitants dans les domaines qui les concernent directement, leurs conditions de vie en premier lieu, fait partie de longue date des orientations de la politique locale de santé.

La création de l'Atelier Santé Ville en 2002 fut l'occasion d'affirmer la volonté d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

En réponse à cette démarche, des habitants ont manifesté à de nombreuses reprises leur engagement à intervenir sur des déterminants majeurs de santé.

A titre d'exemple, la demande forte, dès 2004, du conseil de quartier Bas-Montreuil – République au sujet des interventions sur l'habitat insalubre, donnant lieu à un atelier accompagné par l'AFRESC très suivi par les habitants.

Le poste de chargé de mission en santé communautaire créé à l'ASV en 2007 a permis d'engager une dynamique d'actions avec des habitants de plusieurs quartiers (Jean Moulin, Cité Coli, Beaumarchais, quartier La Noue)

L'obligation réglementaire de constituer des comités d'usagers dans les centres de santé qui figure dans la loi de santé publique du 04/03/2002 donne l'occasion d'associer des usagers à une réflexion sur les besoins locaux en santé.

Dans le cadre de l'élaboration du PLSP, des forums santé ont été organisés dans les 6 secteurs territoriaux de la ville. Même s'ils ont souffert d'une préparation trop hâtive et n'ont ainsi connu qu'une faible mobilisation des habitants, ils ont été l'occasion de garder l'esprit de la dynamique coopérative développée jusqu'alors et également d'identifier des problématiques de santé infra-communales qui pourront être croisées avec l'étude ARFOS pilotée par le secteur développement vie des quartiers.

L'intervention de l'Institut Renaudot lors de la Conférence Locale de Santé d'octobre 2011 a permis d'exposer de nouveau les fondements de la démarche.

Etat 2012-2013 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Intervention, par la poursuite et l'approfondissement de la démarche engagée depuis plusieurs années et le développement d'actions nouvelles.

Type d'action envisagée

Voir fiches actions correspondantes :

Poursuite avec un collectif d'habitants du questionnaire d'enquête à domicile sur les impacts sanitaires de la précarité énergétique (Entretiens téléphoniques menés avec les personnes ayant reçu la visite d'agent concernant la présence de moisissures à leur domicile. L'objectif de ces entretiens est l'appréciation qualitative du questionnaire et de son éventuel caractère intrusif) : fiche action 16

Actions relatives au dépistage organisé du cancer du sein et à la nutrition avec des associations ou des groupes de femmes : fiches action 5 et 6

Comité d'usagers des CMS fiche action 23

Poursuite des forums santé dans les quartiers, des focus – groupes avec des publics spécifiques (femmes de certains quartiers, adolescents,...)

Poursuite des ateliers thématiques sur des déterminants de santé spécifiques (environnement, habitat, etc...)

Articulation avec le volet santé de l'Agenda 21

Démarche ASV : en particulier l'intervention de la chargée de mission en santé communautaire prioritairement sur les territoires politique de la ville, qui intégrera les éléments de l'étude ARFOS concernant la santé et se saisira des dynamiques locales du territoire de Montreuil.

Articulation avec la dynamique de coordination dans le cadre de la santé des migrants

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Laisser aux habitants la place pour participer au diagnostic et à la mise en œuvre d'actions concernant leur santé.

Références méthodologiques éventuelles (littérature, guides, méthodes, plans nationaux...)

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, septembre 1978, déclare : « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés »

La charte d'Ottawa, émise par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé en novembre 1986, précise : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. »

La recommandation de la Caisse d'Allocations Familiales (circulaire CNAF du 31/10/1995) définit comme essentiel de privilégier les démarches participatives, non seulement des usagers mais beaucoup plus largement des habitants du quartier dans lequel ils s'inscrivent.

La loi de l'administration territoriale modifiée le 14 novembre 1996, rend obligatoire la création, dans les communes de plus de 3500 habitants, d'une "commission consultative compétente pour un ou plusieurs services publics locaux".

Pratiquer la santé communautaire, de l'intention à l'action, Institut Théophraste Renaudot, éd. Chronique sociale 2001

La loi de santé publique du 4 mars 2002 consacre les usagers en tant que partenaires actifs du système des soins, et oblige la création d'associations d'usagers.

La charte du Secrétariat Européen des Pratiques de santé Communautaire (2005) définit 9 critères qui cadrent l'action coopérative en santé

La déclaration de Zagreb sur les Villes-santé de l'OMS (2008) affirme le « droit individuel et collectif des personnes à participer au processus décisionnel ayant un effet sur leur santé, les soins de santé qui leur sont dispensés et leur bien-être. »

Guide du SEPSAC 2009 : Action communautaire en santé: un observatoire international des pratiques Actes des Rencontres de l'Institut Renaudot 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010

L'égalité c'est la santé, Richard Wilkinson, Demopolis 2010

Quand la promotion de la santé parle de participation, IREPS Bretagne Juin 2011

Insertion et contextualisation

A quel(s) objectif(s) du PLS ou du programme municipal l'action contribue-t-elle ?

Le PLSP prévoit explicitement de promouvoir la démarche coopérative

Les fiches actions CLS reprennent sur chaque thématique (déterminant) les approches coopératives concernées.

Cette démarche coopérative est clairement inscrite dans les axes de travail de l'ASV par la circulaire du 13 juin 2000.

A quel(s) objectif(s) du PRS et des schémas régionaux, à quelle priorité départementale contribue-t-elle ?

La conférence de territoire de santé de Seine-Saint-Denis précise dans sa contribution au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) « l'importance de prendre en compte les besoins, la créativité et les compétences des personnes (habitants, usagers et associations) » et affirme la nécessité « de promouvoir des rencontres de quartiers associant professionnels de santé, habitants, élus et associations au plus près des réalités de chaque territoire (démarche de santé communautaire).

Par ailleurs, le PRS et notamment son schéma régional d'organisation de la prévention qui repose sur le principe, « favorise la participation des populations aux actions et décisions les concernant »

L'action s'inscrit-elle dans d'autres processus contractuels ou de programmation ?

Volet santé de l'Agenda 21
CUCS

Description de l'action

Porteur du projet

Direction de la Santé

Publics bénéficiaires de l'action

Tous publics concernés par les actions prévues dans le CLS

Secteur(s) géographique(s)

Ville entière
Territoires Politique de la ville

Objectifs opérationnels de l'action.

Développer des modes de promotion de la santé dans lesquels les habitants ont une place d'acteurs.

Description de l'action - Description des leviers d'actions

Voir par fiche action
Plus globalement : accompagner les habitants dans les dynamiques locales de santé.
Méthodologie de santé communautaire et développement social.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Agents des services agissant sur les déterminants de santé au contact du public, associations, habitants volontaires non organisés.

Facteurs favorisants identifiés

Existence d'un(e) chargé(e) de mission santé communautaire à l'ASV
Historique de la démarche sur la Ville
Equipes développement vie des quartiers
Services associant des habitants : centres sociaux, CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique), mission handicap, etc.

Facteurs contraignants identifiés

Sollicitation des habitants sur d'autres démarches participatives, avec un risque de démobilisation par saturation.
Les temporalités différentes : c'est une démarche de long terme difficilement évaluable sur une année civile.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

Contribution financière, en particulier pour l'ASV

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Agents des services, antennes de quartiers et centres sociaux.

Contributions de la Politique de la Ville

Soutien aux associations impliquées, contribution financière de l'ACSE.

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) : participation à la dynamique et démarche ASV.

Les différents acteurs associatifs socio-sanitaires mais aussi de la Politique de la ville, les institutionnels...sont autant de relais pour porter la dynamique.

Calendrier de mise en œuvre (prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique

Démarche en cours depuis 2004, renforcée en 2007, à poursuivre sur les années à venir

Impact de l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités sociales de santé est attendue ? (prise en compte des déterminants, identifications de groupes sociaux spécifiques...)

La démarche coopérative participe au rétablissement de la dignité des personnes en leur reconnaissant des compétences, en leur laissant une place d'acteur à part entière. Elle contribue donc à la réduction des inégalités comme déterminant majeur de santé, au sens proposé par Richard Wilkinson.

Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ? (prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Le gain de dignité des habitants des secteurs les moins favorisés de la ville est susceptible de réduire les écarts d'implication citoyenne entre les différents secteurs.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Participation de l'ASV et de son ou sa chargé(e) de mission en santé communautaire dans la mise en place de la démarche coopérative avec les habitants.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ? articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Articulation avec le CUCS, l'étude action d'ARFOS sur deux secteurs

Pilotage et participation des partenaires

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Validation de la démarche	Participation à des temps de concertation avec les habitants et les professionnels	Implication dans l'adhésion au Réseau Français des Villes Santé de l'OMS
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Acceptation de la démarche dans le cadre de leurs compétences	Adoption d'une attitude coopérative, Participation à des temps de concertation avec les élus et les habitants	
Usagers non professionnels de santé	Participation à la démarche en apportant leur perception des problèmes	Participation à des temps de concertation avec les élus et les professionnels	
Professionnels autres que de santé	Acceptation de la démarche dans le cadre de leurs compétences		

Professionnels de santé	Acceptation de la démarche dans le cadre de leurs compétences	Participation à des forums avec les élus et les habitants	
Autres			

Suivi, évaluation, réajustements

Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Voir par fiche action.

Indicateurs de processus

- Participation des familles aux démarches de prévention diverses, demandes de dépistage.
- Acceptabilité (ou contestation) des mesures de sécurité, des éloignements pendant travaux, degré de satisfaction.

Indicateurs d'activité

Place de cette prévention dans les forums santé avec les habitants.

Indicateurs de résultats

- Nombre d'actions coopératives accompagnées.
- Nombre d'actions coopératives effectivement mises en place.
- Nombre de collectifs d'habitants et partenaires locaux contactés
- Nombres d'actions (coopératives ou non) qui ont émergées de cette démarche
- Nombre d'actions ayant modifié leur organisation afin d'impliquer des habitants.
- Nombre d'habitants mobilisés

CARTOGRAPHIE SANTE – SOCIAL – PREVENTION

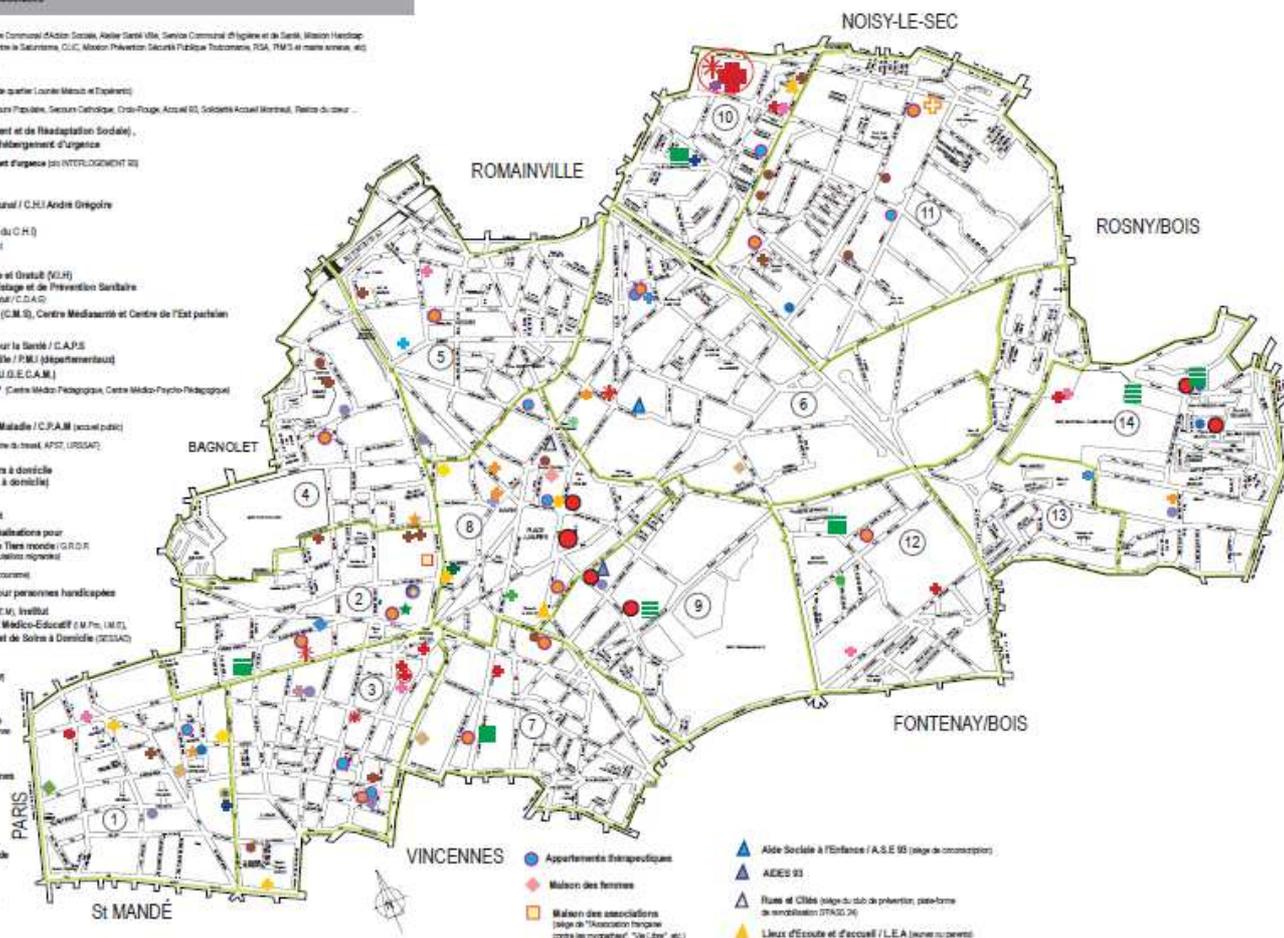
Conférence locale de santé - 21 et 22 octobre 2011

SANTÉ, SOCIAL, PRÉVENTION : équipements et services*

*Publics, para-publics et associatifs

- SERVICES MUNICIPAUX (Centre Communal d'Action Sociale, Atelier Santé Ville, Service Communal d'Hygiène et de Santé, Mission Hébergement, Médecine du Travail, Mission Lutte contre la Sécheresse, C.L.C., Mission Prévention Sécurité Publique, Tobacconerie, RSA, R.M.S. et many others, etc)
- ★ Service social départemental
- Centres sociaux (C.S.V. missions de quartier, Louche Métais et Espérance)
- Associations caritatives : Secours Populaire, Secours Catholique, Croix-Rouge, Accueil 65, Solidarité Accueil Métréuil, Palais du cœur...
- C.N.J.L.S (Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale), Résidences sociales, accueil et hébergement d'urgence
- ★ H.S. / services vert pour l'hébergement d'urgence (en INTERLOGEMENT 20)

- Centre Hospitalier Intercommunal / C.H.I. André Grégoire
- Réseau I.R.A.M.-V.I.H (au sein du C.H.I.)
- OCEANE (Réseau de soins palliatifs)
- Réseau ONCO-Est parisien
- Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (V.I.H)
- Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire
- Centre de Dépistage Hépatite et Ostéite (C.D.A.D.)
- Centres Municipaux de Santé (C.M.S.), Centre Médicalisé et Centre de l'Est parisien
- Maisons médicales de garde
- Centres d'Action Populaire pour la Santé / C.A.P.S.
- Protection Maternelle et Infantile / P.M.I. (départementaux)
- Centre médical pour enfants (I.S.E.C.A.M.)
- Hôpital de jour, C.M.P., C.M.P.P. (Centre Médico-Pédagogique, Centre Médico-Psycho-Pédagogique)
- Projet EPS Ville Evard
- Cahier Préféré d'Assurance Maladie / C.P.A.M. (secteur public)
- Santé au travail (I.M.E.T., médecine du travail, APST, URSDAP)
- Association de soeurs infirmières à domicile
- Santé services (hospitalisation à domicile)
- Cabinet associatif
- Centre Médical Edouard Vallent
- Groupe de Recherches et de Réalisations pour le Développement Rural dans le Tiers monde (G.R.D.R.) (avec partenariat avec les populations nigérianes)
- ASSOPROTIC (association de secours)
- Résidences et associations pour personnes handicapées
- Institut d'Education Motrice (I.E.M.), Institut Médico-Professionnel, Institut Médico-Educatif (I.M.P.), I.M.E., Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESDAS)
- Réseau PASS 93
- Santé scolaire (secteur autonome)
- Mission locale
- PROSEI, Centre Moralque (unité de projection et de soin pour les personnes du C.H.I. A Grégoire)
- Foyers Logement
- Maisons de retraite pour personnes âgées
- Centre J.P. Tibaud (Centre de Réhabilitation Sociale et Professionnelle par le Travail)
- Etablissements et Services d'Aide par le Travail E.S.A.T.
- A.E.R.L. (Maison de référence pour l'orientation)



**TABLEAU DE L'OFFRE DE SOINS HEBDOMADAIRE
EN CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE**

SPECIALITES	Léo Lagrange	Daniel Renoult	Tawhida Ben Cheikh	Bobillot	Savattero	TOTAL
<i>Acupuncture</i>	2				6.5	8.5
<i>Addictions santé pub</i>					3.5	3.5
<i>Cardiologie</i>		3			6.5	9.5
<i>Conseillère conjugale</i>						44
<i>coordination planning</i>						4
<i>Dermatologie</i>	5	2.5			19.5	27
<i>Dentaire</i>		100.5		170.5		271
<i>orthodontie</i>		23.5		28.5		52
<i>diététique (soins)</i>	5	4.5	6		25.5	41
<i>Diététique (santé pub)</i>					31	31
<i>échographie et echo Doppler</i>				41		41
<i>gériatrie</i>			4			4
<i>Gynécologie</i>	5.5	16	7		35	63.5
<i>Infirmière</i>					432	432
<i>infirmière (soins ville)</i>					72	72
<i>Kinésithérapie</i>	39.25	43.25			40	122.5
<i>Médecine générale</i>	32.25	29.5	38		126.25	226
<i>OPH</i>		8.25			20	28.25
<i>ORL</i>					8	8
<i>Orthophonie</i>			4			4
<i>Pédiatrie</i>	11.5		7			18.5
<i>Phlébologie</i>	3.5	3		2	7	15.5
<i>psychiatrie</i>					16	16
<i>Rhumatologie</i>		9			4	13
<i>heures santé publique</i>						14
<i>Sport santé santé pub</i>		1.50			1.50	3
<i>Vaccination publique</i>		2			2	4
<i>Traumatologie</i>		1			7.25	8.25
<i>Tabacologie-santé pub</i>					3	3
Total	104	249.50	66	242	880.50	1588

LISTE DES SIGLES

ACSE :	Agence nationale de la Cohésion Sociale et de l'Egalité des chances
ADEME :	Agence de l'environnement et de la Maîtrise de l'énergie
ADPA :	Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
AIDES :	Aide aux malades du SIDA
APA :	Allocation personnalisée d'Autonomie
AME :	Aide Médicale d'Etat
AMM :	Association des Maliens de Montreuil
ANAH :	Agence Nationale de l'Habitat
ANRU :	Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASV :	Atelier Santé Ville
ATR :	Association Tutélaire Raincéenne
BIJ :	Bureau Information Jeunesse
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CAF :	Caisse d'Allocation familiale
CAM :	Comité d'Aide Médicale
CAP'S Santé :	Centre d'Action Populaire pour la Santé
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CCAPH :	Commission Communale d'Accessibilité pour Personnes Handicapées
CDDPS :	Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire
CDC :	Comité Départemental des Cancers
CDOM :	Conseil départemental de l'Ordre des Médecins
CESE :	Comité d'éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CESF :	Comité d'éducation à la Santé
CFVS :	Comportement sexiste et les violences envers les jeunes filles
CHI :	Centre Hospitalier Intercommunal
CHRS :	Centre D'hébergement et de Réinsertion Sociale
CIRE IDF :	Cellule Interrégionale d'épidémiologie d'Ile de France
CLER :	Comité de Liaison Energies Renouvelables
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CLS :	Contrat Local de Santé
CLSM :	Contrat Local de Santé Mentale
CLSPD :	Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMP :	Centre Médico Psychologique
CMPP :	Centre Médico Psycho Pédagogique
CMS :	Centre municipal de Santé
CMUc :	Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNAM :	Centre National d'Assurance Maladie
CNLCS :	Comité National de Liaison de Centres de Santé
CO :	Monoxyde de Carbone
CODAMUPS :	Comité Départementale d'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
COS: les Bureaux	Centre d'Orientation Sociale
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPAS :	Consultation Prévention Accès aux Soins
CRAMIF :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France
CREP :	Constat du Risque d'Exposition au Plomb
CRIPS :	Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida
CSAPA :	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSVF :	Comportement Sexiste et les Violences envers les jeunes Filles
CUCS :	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Actions sanitaires et sociales
DDLAE :	Direction du Développement Local et des Actions de l'Etat
DEA :	Direction de l'Eau et de l'Assainissement
DGFIP :	Direction Générale des Finances Publiques
DGI :	Direction Générale des Impôts
DO :	Dépistage Organisé
DOCS :	Dépistage Organisé du Cancer du Sein
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRIAAP :	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt d'Ile de France
DRIEE :	Direction Régionale et Interdépartementale de l'énergie et de l'environnement
DRIHL :	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
DRIPP :	Diagnostic du risque d'intoxication par le problème de peinture
DRJCS :	Direction de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion Sociale
DT ARS :	Direction Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS :	Etablissement Public de Santé
ENVEFF :	Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en FRANCE
ENNS :	Etude Nationale Nutrition Santé
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESPT :	Elus Santé Publique et Territoires
ETP :	Education Thérapeutique du Patient
FIPD :	Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance
FIQCS :	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNORS :	Fédération Nationale des Observatoires de Santé
FNAIR :	Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux

FTM :	Foyers des Travailleurs Migrants
GDRD :	Groupe de Recherches et de Réalisations pour le Développement rural
GEM :	Groupement d'Entraide Mutuelle
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité Sanitaire
HPST :	loi Hôpital Patient Santé Territoire
HTA :	Hypertension Artérielle
ICPE :	Installations Classées pour la Protection de l'Environnement
IRDES :	Institut de Recherche en Documentations et en Economie de la Santé
IDF :	Ile de France
IEM :	Interprétation de l'Etat des Milieux
IME :	Institut Médico Educatif
INPES :	Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de recherche médicale
INVS :	Institut national de Veille Sanitaire
ISS :	Indice de Santé Sociale
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
LCPP :	Laboratoire Central de la Préfecture de Police
LEA :	Lieu Ecoute Accueil
MEDDE :	Ministère de l'Ecologie du Développement Durable et de l'Energie
MFPF :	Mouvement Français pour le Planning Familial
MILDT :	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MOUS :	Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale
MVE :	« Maîtrisez Votre Energie » : agence locale de l'énergie de l'Est parisien
NEF :	Naître dans l'Est Francilien
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONED :	Observatoire National de l'Enfance en Danger
OPAH :	Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
OPHM :	Office Public d'Habitat Montreuillois
ORS :	Observatoire Régional de Santé
PAD :	Point d'Accès aux Droits
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PASS93 :	Prévention Accompagnement, Solidarité Santé 93
PDSA :	Permanence des soins ambulatoires
PDV :	Politique de la Ville
PLHI :	Plan local d'habita indigne
PNNS :	Programme National Nutrition Santé
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PNRQAD :	Programme National de Requalification des Quartiers Anciens Dégradés

PRAPS :	Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PRE :	Programme de Réussite Educative
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
PRS :	Plan Régional de Santé
PRSE :	Plan Régional Santé Environnement
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
PUCA :	Plan Urbanisme Construction Architecture
RAPPEL :	Réseau des Acteurs de la Pauvreté et de la Précarité Energétique dans le Logement
RENIF :	Réseau de Néphrologie d'Ile de France
REPOP :	Réseau de Prévention et de Prise en charge de L'obésité Pédiatrique
RESAD :	Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté
RHAPSODIF :	Réseau Handicap Prévention et Soins Odontologiques d'Ile de France
RHI :	Résorption de l'Habitat Insalubre Irrémédiable ou dangereux
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
RSA :	Revenu de Solidarité Active
SATESE :	Syndicat d'Assistance Technique pour l'Épuration et le Suivi des Eaux
SCHS :	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SDFE :	Service des Droits des Femmes et de l'Égalité
SEDU :	Service d'Etudes et de Développement Urbain
SIAO :	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SPAS :	Service de Prévention et d'Action Sanitaire du Conseil général
SPASS 24 :	Espace de socialisation destiné aux jeunes, 24 bld Paul Vaillant Couturier ML
SROS :	Schéma régional d'organisation des soins
SSD :	Service Social Départemental
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
THIRORI :	Traitement de L'habitat Insalubre Remédiable ou dangereux et des Opérations de Restauration Immobilière (THIRORI
TPN :	Tarif de Première Nécessité
UDAF :	Union départementale des Associations Familiales
UGECAM :	Union pour la Gestion des Caisses d'Assurance Maladie
UNAFAM :	Union nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées (psychiques)
UMJ :	Unité Médico-Judiciaire
VIH :	Virus de L'immuno déficience Humaine
VAD :	Visite à Domicile
ZAC :	Zone d'Aménagement Concerté
ZUS :	Zone Urbaine Sensible