



CONTRAT LOCAL DE SANTE DE MONTREUIL

SOMMAIRE

I - UN CONTRAT LOCAL DE SANTE, POURQUOI , COMMENT ?	Pages
PREAMBULE	
1. LES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC GENERAL	8
1.1 Eléments socio démographiques	
1.2 Indicateurs de santé	11
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	
1.3 Offres de prévention et de soins	12
1.3.1 Offre sanitaire et sociale de prévention	
1.3.2 Offre de soins	
1.4 Offre médico-sociale	14
1.4.1 Personnes handicapées	
1.4.2 Personnes âgées	
2 ELABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE (CLS)	16
2.1 La démarche municipale	
2.2 La démarche de l'ARS Ile de France	
3 PRINCIPES POLITIQUES COMMUNS	17
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	17
5 POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE, ARTICULER LES POLITIQUES PUBLIQUES	18
6 AGIR SUR DES LEVIERS PRIORITAIRES / LES ACTIONS CONCRETES INSCRITES AU CLS	20
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	21

- 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

7	PILOTAGE ET EVALUATION	22
	7.1 Pilotage	
	7.2 Evaluation	
8	CALENDRIER PREVISIONNEL	23

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

	LE SOMMAIRE DES 12 AXES DU CLS ET DES 25 FICHES-ACTION	24
--	--	----

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	27
	Fiche Action 2 Développer des actions de prévention, dépistage, promotion de la santé et accompagner des enfants en surpoids et obèses	32
	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 Institut Médico-Educatif (IME)	39
2.	AGIR POUR LA SANTE DES ADOLESCENTS	
	Fiche Action 4 Développer un réseau local santé adolescents auprès des jeunes de 12 à 19 ans	44
3.	AGIR POUR LA SANTE DES FEMMES	
	Fiche Action 5 Développer une action participative des femmes d'un quartier politique de la ville sur le dépistage du cancer du sein	49
	Fiche Action 6 Développer une action participative des femmes d'un quartier politique de la ville pour une meilleure nutrition	55
	Fiche Action 7 Améliorer la prise en compte des femmes victimes de violence	60
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.	67
5	AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEE ET DES PERSONNES HANDICAPEES	
	Fiche Action 9 Soutenir les aidants	72
	Fiche Action 10 Développer un programme de promotion de la nutrition des personnes âgées	76

Fiche action 11	Rendre la gérontologie plus accessible	81
Fiche Action 12	Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap	86
6.	PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE	
Fiche Action 13	Créer un Conseil local en santé mentale	89
Fiche Action 14	Renforcer l'accompagnement médico-psycho-social à domicile	93
7.	AGIR CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET SES CONSEQUENCES SANITAIRES	
Fiche Action 15	Prévenir l'exposition au plomb des enfants et femmes enceintes	97
Fiche Action 16	Initier un travail de compréhension et d'action vis à vis de certaines pathologies liées à la précarité énergétique et/ou à l'insalubrité dans l'habitat	103
Fiche Action 17	Développer des stratégies globales concertées de lutte contre l'habitat indigne	112
8.	PREVENIR LES RISQUES TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX	
Fiche Action 18	Mieux accompagner les habitants victimes avérées ou potentielles de pollutions	118
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	123
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 parcours de santé coordonné pour les personnes en grande précarité	127
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	134
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	140
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	145
12.	DEVELOPPER DES APPROCHES TERRITORIALISEES ET COOPERATIVES 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	153
Fiche Action 25	Promouvoir la démarche coopérative en santé	160

III Annexes

ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE SANTE - SOCIAL – PREVENTION	165
ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE OFFRE DE SOINS	166
ANNEXE 3 : TABLEAU DE L'OFFRE DE SOINS EN CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE	167
ANNEXE 4 : SIGLES UTILISES	168

Préambule

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

De son côté, la municipalité 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 est engagée depuis de nombreuses années dans la gestion et la modernisation de ses 5 Centres Municipaux de Santé, d'un Service Communal d'Hygiène et de Santé, d'une Mission saturnisme et d'un Atelier Santé Ville.

Le secteur médico-social a lui aussi pris une place importante avec l'ouverture d'un CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique) et le développement d'une mission handicap.

Enfin, 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.

Dans ce cadre, l'ARS et la Ville de Montreuil ont souhaité signer le présent Contrat Local de Santé, en partenariat avec M. le Préfet de Seine-Saint-Denis. Par cet engagement commun, la Ville, l'Agence et le Préfet confirment leur volonté d'améliorer et d'approfondir la réponse apportée aux besoins de santé de la population montreuilloise. Les priorités repérées dans ce contrat et les actions en découlant ont été identifiées de façon partenariale entre les signataires, avec la contribution des habitants lors des «forums santé» dans les quartiers et la Conférence Locale de Santé qui s'est tenue à Montreuil les 21 et 22 octobre 2011 ainsi qu'avec l'appui d'autres grands acteurs de la santé du territoire.

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. Ce plan local viendra élargir le partenariat pour des actions de santé publique par la suite. Ces initiatives s'inscrivent dans le cadre plus vaste d'une politique de santé municipale dont les grands axes sont :

- renforcer la place de la prévention et de la promotion de la santé
- 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 à travers :
 - la modernisation et la relocalisation optimale des 5 centres municipaux de santé avec notamment la réimplantation d'un centre de santé sur le quartier Bel Air/Grands Pêcheurs, le secteur géographique le plus démuné en offre sanitaire locale et le transfert à venir du centre Savattero vers un nouveau centre de santé en centre ville.
 - la nécessaire complémentarité entre tous les acteurs de santé
 - le développement d'une permanence de soins en ville porté par l'Amicale des Médecins de Montreuil en 2010.
- soutenir les projets structurels dans le domaine hospitalier notamment
 - l'ouverture du pôle mère/enfant au Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire en 2012
 - la vente par la municipalité à Ville Evrard d'un terrain sur Montreuil pour la construction et la relocalisation sur Montreuil des lits d'hospitalisations psychiatriques (Dans sa première phase 50 lits adultes, 14 lits enfants) précédemment situés à l'hôpital Ville Evrard basé à Neuilly sur Marne
 - la transformation/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.

- *explorer en 2012 avec les 8 autres villes de la communauté d'agglomération Est ensemble les compétences « santé » qui pourraient être déléguées.*

De son côté, l'ARS Ile de France est engagée dans la construction de son Plan Régional de Santé (PRS), à travers l'adoption préalable du plan stratégique régional de santé Ile de France (PSRS) 2012-2016, puis celle des schémas régionaux. Cette construction – qui inclut des phases de concertation formelle ou moins formelle – définit progressivement des priorités et des méthodes qui vont soutenir les actions qu'elle portera ou soutiendra.

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). Le diagnostic s'appuie également de manière importante sur les données issues des groupes de travail thématiques du CLS, des concertations menées avec la population et les divers partenaires engagés dans l'élaboration du Plan Local de Santé Publique et dans la politique de la Ville.

1.1 Eléments socio démographiques

Avec ses 103 002 habitants au 1er janvier 2008, Montreuil est la 2^{ème} ville la plus peuplée du département, et la 4^{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 12,5 % entre 1999 et 2007 (+12 000 habitants). Cette augmentation est en très grande majorité liée à une hausse continue des naissances depuis 1999. 1876 naissances domiciliées à Montreuil ont été recensées à Montreuil en 2009 avec seulement 7 mères qui avaient moins de 18 ans. La population montreuilloise compte par ailleurs 20 563 personnes de nationalité étrangère.

Montreuil est une ville dense, avec ses 11 445 habitants / km² (6 360 hab/km² pour la Seine-Saint-Denis) et semble être une ville attractive puisque 23 % de la population présente en 2007 résidait dans une autre commune 5 ans auparavant.

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) 2007-2009)

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 (26 586 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 3 050 personnes de plus de 80 ans recensées, 1 707 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 (37 %) ne comptent qu'une personne (département : 31 %), 27 % sont composés d'un couple avec enfant(s). Sur les 24 694 familles recensées, 5 447 sont des familles monoparentales. Les ménages montreuillois sont composés de 2,3 personnes en moyenne en 2007 (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 28 % 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 (17,9 % contre 16,3 %, en 2007), même s'il a diminué entre 1999 et 2007. 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, un tiers des hommes actifs de 15 à 24 ans se sont déclarés au chômage en 2007, contre 27 % à l'échelle du département. De la même façon, si 14 % des hommes actifs de 25 à 54 ans se déclarent au chômage sur le département, ce taux est de 18 % chez les actifs montreuillois.

Le revenu médian à Montreuil est plus élevé que sur le département avec 15 767 € par unité de consommation en 2008 contre 14 889€ 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.

En ce qui concerne les allocataires de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), on constate une augmentation de leur nombre avec une part des allocataires dépendants supérieur à Montreuil par rapport au 93, soit ceux dont le revenu est composé à plus de 80 % de prestations. Le nombre d'allocataires à bas revenus a augmenté de plus de 5 % depuis 2008 et certains allocataires dits fragiles se maintiennent au-dessus du seuil des bas revenus grâce aux prestations versées par la CAF. Le taux de pauvreté réel estimé à Montreuil en 2010 est de l'ordre de 25 %, voire davantage. On compte 4 695 allocataires dont le revenu est constitué à 100% de prestations sociales. On compte 5 924 allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA), 6 793 allocataires logement et 1 267 allocataires adultes handicapés (chiffres CNAF 2009).

En ce qui concerne la couverture maladie, on compte 67 497 allocataires de la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CNAM) couvrant 98 089 personnes. Parmi la population CNAM, une personne sur 10 est bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) avec une plus grande proportion chez les 50-60 ans par rapport au département ainsi que chez les moins de 18 ans avec une personne sur 6 concernée.

En 2010, 11 578 allocataires de la CNAM sont bénéficiaires de la CMU, 9945 sont bénéficiaires de la CMUc et 2 992 personnes perçoivent l'Aide Médicale d'Etat (AME).

On peut estimer que près de 6 000 personnes sur Montreuil ne sont pas affiliées à l'assurance maladie 2010.

Les aspects économiques, sociaux mais aussi démographiques sont contrastés sur l'ensemble du territoire montreuillois. Ainsi, l'augmentation de la population entre 1999 et 2007 varie selon le secteur étudié de + 4 % (comme sur les quartiers la Noue – Clos français ou Montreuil Le Morillon) à + 21 % (Bas-Montreuil ou Jean Moulin Beaumonts) et dans certaines zones l'âge moyen est à la baisse alors qu'il augmente ailleurs.

Ainsi des profils différents ressortent selon les zones géographiques prises en compte et, parmi les secteurs ayant des profils particuliers, on retrouve notamment les trois territoires identifiés comme Zone Urbaine Sensible (ZUS), qui représentent 16 % de la population totale de Montreuil et qui sont présentés ci-dessous :

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 et 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 17% dont 7% d'enfants obèses en CM1 à Montreuil (source bilans SCHS 2010-2011) contre 12,1% dont 3,1% d'enfants obèses au niveau français (source DREES 2005-2006 grande section maternelle) Les quartiers de La Noue, Bel air Grands Pêcheurs, Montreuil-Ruffins ont des taux beaucoup plus importants, respectivement 32%, 22% et 19%.
- 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 sur la période 2006-2008 est également nettement plus élevée sur Montreuil qu'en Ile de France avec 7,6 pour 1000 contre 3,9 pour mille. On note qu'en Seine Saint Denis, elle est de 5,4 pour mille.

1.2.3 Ce que l'on sait en matière de pathologies

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 10ème secteur 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)
- 244 patients hospitalisés à temps plein au cours de l'année (données 2010)
- 30 à 40 hospitalisations d'office par an depuis 3 ans.

En matière de Tuberculose

Le nombre de cas de maladies notifiées en 2009 pour des personnes résidant à Montreuil est de 45 (versus 35 en 2008). 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.

On dénombre ainsi 108 cas cumulés de 2007 à 2009 contre 106 sur la période 2004-2006, donc un nombre de cas moyen annuel identique sur les deux périodes. Ce nombre de cas élevé est en lien avec la précarité sociale que vivent de nombreuses personnes souvent de nationalité étrangère habitant à Montreuil.

Le taux d'incidence sur la période 2007-2009 est de 34,7/100 000/an, soit supérieur au taux départemental de 30,2 qui lui-même est beaucoup plus élevé que la moyenne métropolitaine.

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 1476 enfants dépistés, 228 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, 487 opérations de travaux ont été menées dans 168 immeubles avec mise en sécurité de 402 familles comprenant 785 enfants.

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 43,90% des femmes de cette tranche d'âge en 2009-2010 alors qu'elles sont 45,70% à être touchées au niveau départemental. Ces chiffres sont à mettre en relation avec le niveau régional où le dépistage organisé touche 39,40% des femmes.

Si l'on cumule les chiffres « dépistage organisé » et « dépistage individuel hors dépistage organisé », on arrive à 65,80% de femmes touchées à Montreuil versus 66,80% au niveau départemental.

- Pour ce qui est du cancer du côlon, le dépistage organisé touche 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.

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 cartographies 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... En outre, la Ville apporte son soutien à

un certain nombre d'acteurs intervenant dans le champ sanitaire et social, notamment le Centre Médico-psycho-pédagogique (CMPP).

De son côté l'Agence Régionale de santé finance plusieurs équipes :

- Des structures ou réseaux sur son territoire qui interviennent au delà de la commune comme Santé Service Hospitalisation A Domicile (HAD) , Réseau Oncoest Parisien, 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, CMP (Centre Médico Psychologique) pour adultes et CMP enfants, hôpital de jour..)

L'Etat contribue à la mise en place sur le territoire 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.

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.

L'Education nationale dispose d'une équipe de santé scolaire.

La CPAM gère un accueil assurance maladie pour la population.

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

D'autres acteurs sont également présents sur le territoire montreuillois qui sont en lien et parfois soutenus financièrement par la ville :

- 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 migrants ;
- Des centres sociaux, des associations caritatives, l'association le CAP'S santé, LEA antenne parents, la maison des femmes,...

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), 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 développé des efforts pour associer ces acteurs locaux à l'élaboration du CLS. Ils seront fortement associés à sa mise en œuvre.

1.3.2 Offre de soins (cf cartographie en annexe n° 2)

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, comme nous allons le voir.

- Les médecins généralistes (MG) et spécialistes (MS) : 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 effet, 69 médecins généralistes libéraux sont installés à Montreuil.

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, Jules Vernes et Montreau Ruffins, le Morillon) apparaissent nettement déficitaires, pendant que le secteur 5 Lenain de Tillemont atteint 16% de l'offre en médecin généraliste, avec 11 professionnels installés.

Les médecins généralistes libéraux sont conventionnés à 83% en secteur 1. Les médecins conventionnés en secteur 2 sont répartis entre les territoires du Bas Montreuil et du Centre ville.

- 36 médecins spécialistes libéraux sont installés à Montreuil, répartis inégalement entre 15 spécialités ; certaines apparaissent sous représentées (la rhumatologie, la stomatologie, la pneumologie, l'ORL, la gynécologie et la gastro-entérologie notamment). Les secteurs 1 et 3 concentrent 75% de cette offre en médecins spécialistes.

- Les dentistes : 28 dentistes libéraux sont installés sur la commune.

L'offre libérale en dentisterie se répartit principalement (à 82%) entre le Bas Montreuil (57%) et le Centre ville (25%).

3 praticiens exercent dans le quartier Montreau Le Morillon, 2 dans le quartier Bel Air.

Branly Boissières 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 en cours, Place les Morillons en ZUS, mais il est à noter qu'elles couvrent tout le territoire communal pour les interventions à domicile malgré une faible densité. On compte par ailleurs, dans le secteur libéral, 65 masseurs kinésithérapeutes, 13 orthophonistes et 5 sages-femmes.

- 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 la Mission 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. Par ailleurs, elle a redéployé ses centres de santé municipaux à travers le transfert d'activités du CMS Voltaire du Bas-Montreuil vers le CMS Tawida Ben Cheik ouvert dans 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 3). 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 deux centres de santé associatifs ainsi qu'un cabinet médical libéral dans le secteur du Bas-Montreuil proposant notamment une offre en psychologies, soins dentaires et orthophonie.

- Enfin 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 qui ouvrira en 2012.

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 Henry Marsoulan)
- une Section d'Accueil de Jour (au sein de l'ESAT Pierre Boudet)
- un Foyer d'Accueil Médicalisé qui accueille des personnes autistes (Les Bons Plants)
- une Maison d'Accueil Spécialisée (Alexandre Glasberg)
- un Institut d'Education Motrice dans le champ du handicap physique
- 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 Bagnolet couvre Montreuil. Pour les handicaps sensoriels, le SAMSAH Remora de l'association Voir ensemble couvre tout le département dont Montreuil. Pour les handicaps mentaux et/ou psychique le SAVS/SAMSAH des ateliers de Rosny (APAJH-Rosny) couvre Montreuil avec une implication plus marquée auprès des personnes ayant des déficits mentaux que sur l'accompagnement des personnes ayant une pathologie psychique.

Enfants handicapés mentaux :

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

- le Centre Jean Macé qui accueille dans son établissement 30 enfants handicapés mentaux âgés de 10 à 14 ans et dans son hôpital de jour 30 enfants présentant des pathologies psychotiques et autistiques.
- Le Centre d'éducation motrice (Groupement des Infirmes Moteurs Cérébraux GIMC) qui accueille 30 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, est, par ailleurs, en charge du développement et de l'animation d'un réseau de professionnels du handicap. Ce réseau vise, en lien avec la Commission Communale pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées, à mieux coordonner les réponses apportées aux personnes handicapées, à leurs familles et aux professionnels qui les entourent. Ce réseau tend également à renforcer les partenariats et à favoriser la sensibilisation des professionnels de l'action sociale et médico-sociale aux problématiques d'accès à la santé des personnes porteuses d'un handicap.

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 gérontologique (CLIC) s'adressant aux personnes de plus de 60 ans, à leur entourage, aux bénévoles et aux professionnels de la gérontologie. 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 gérontologie hospitalier, de plusieurs services d'hospitalisation à domicile (Santé service, la Croix Saint-Simon notamment), de 2 services de soins infirmiers à domicile.

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

La géronto-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 jouent un rôle important notamment pour le portage de repas à domicile. Le service animation 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 Benvenuti
 - La Maison des Vergers
 - L'EHPAD intercommunale de Fontenay sous Bois :
 - 1 foyer ADOMA pour migrants âgés ;
 - 2 résidences sociales pour personnes âgées de la caisse de retraite Pro BTP
 - 10 logements adaptés dans le parc social réservé aux personnes âgées handicapées, résidence Claude Gaillard

Il n'existe pas d'accueil de jour sur Montreuil mais un soutien associatif aux familles notamment via France Alzheimer.

2°Elaboration du Contrat Local de Santé

2.1 La démarche municipale

La démarche d'élaboration du CLS s'est appuyée sur trois actions convergentes menée 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 ces 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 « forum » 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.

Pour ce qui est du recueil des indicateurs de santé, il a été décidé d'approfondir ce travail avec les 8 autres villes de la communauté d'agglomération Est Ensemble dans le cadre d'un futur observatoire.

Un travail de collecte avait été réalisé historiquement dans le cadre des démarches ASV au niveau départemental ou local avec plusieurs indicateurs. L'élaboration du CLS a été l'opportunité d'un recueil de données auprès de l'ARS, de la CPAM, des services du Conseil Général et du comité départemental des cancers (CDC 93).

2.2 La démarche de l'ARS Ile de France

De son côté, l'Agence régionale de santé définit ses priorités dans le cadre de l'élaboration du Plan Régional de Santé. C'est en déclinaison des principes validés dans le Plan Stratégique Régional de Santé, suite au processus de concertation, que l'ARS et sa délégation territoriale de Seine-Saint-Denis s'engagent autour des actions mentionnées dans le présent contrat. Dans un deuxième temps, l'adoption des schémas régionaux permettra de réexaminer les priorités et la déclinaison des actions.

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-St-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 les missions et les bilans de l'Atelier Santé Ville.
- 3.4 Le contrat 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. 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, de partenariats historiques mais aussi de partenariats plus opérationnels sur des actions très concrètes

A ce titre, au-delà des signataires, plusieurs partenaires 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 aux données et à certaines propositions formulées dans le CLS.

- La CPAM 93

L'assurance maladie 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 cadre, la CPAM se 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 vaccination...).

- 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 composé de l'ARS, Conseil général, CPAM, Conseil départemental de l'Ordre des médecins, des organisations de professionnels et d'usagers, 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, des liens ont pu être développés en particulier avec le secteur libéral sur 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....).

Sur les partenariats historiques locaux on peut indiquer ceux avec le CAP'santé, LEA, Rues et Cités, Vie Libre ou encore PROSES....etc qui préexistaient à la démarche atelier santé ville.

Enfin, des partenariats plus opérationnels répondent aux enjeux de réduction des inégalités de santé. On peut citer celui avec la Société Régionale d'Horticulture Montreuilloise sur l'action « *miss pomme* » du plan de lutte contre l'obésité où deux des 4 écoles participantes sont en territoires politique de la Ville, mais aussi avec des associations de femmes habitantes telle que celles du quartier Jean Moulin dans le cadre de la démarche de santé coopérative.

Les cartographies relatives à l'offre « en santé social et prévention » et en « offre de soins » sont des photographies non exhaustives 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'Ile 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.

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° 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 2012 du CUCS, une quatrième priorité complémentaire de l'éducation, de l'emploi, et de la prévention de la délinquance. 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. En lien avec l'ARS des thématiques ont été privilégiées comme la nutrition, la prévention du cancer, l'axe santé mentale, le soutien à la parentalité, l'éducation à la vie sexuelle et affective, les addictions, la prévention des violences et l'accès aux droits et aux soins en intégrant la question des foyers de travailleurs migrants et la question du « bien-être » et du « bien vieillir » de cette population.

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 et la Préfecture 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 26 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 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 soins. Un parcours pour l'accès aux soins 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 vivant notamment en bidonvilles.

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 de l'utérus 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'agence, la Ville de Montreuil et le Conseil Général en lien étroit avec le CHI 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.

7) Pilotage et évaluation

7.1 Pilotage

Le Contrat Local de Santé sera suivi par un comité de pilotage qui se réunira au moins deux 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 président 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.

En dehors des réunions de pilotage, des groupes techniques associant l'ensemble des acteurs peuvent être constitués à l'initiative conjointe des signataires.

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.

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

8) Calendrier prévisionnel

Le présent contrat couvre une période de un an à compter de sa signature. Il sera suivi d'un contrat pluriannuel fondé notamment sur le bilan de cette première année et l'évaluation des actions conduites et tenant compte de l'adoption du PRS par l'Agence.

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 des femmes d'un quartier politique de la ville sur le dépistage du cancer du sein

Fiche action 6 : Développer une action participative des femmes d'un quartier politique de la ville pour 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.

Améliorer l'accès aux droits sociaux des personnes migrantes notamment vieillissantes (droits sociaux - retraites - CMU –CMUC - AME.) en lien avec l'ASV et améliorer l'éducation à la santé et l'accès à la prévention

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

Fiche action 9 : Soutenir les aidants

- Animation du café des aidants
- Formation des accompagnants Alzheimer
- Dispositifs facilitant des relais temporaires
- Développement de l'information sur la prévention des chutes

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

Fiche action 11 : rendre la gérontologie plus accessible

- en créant des consultations en CMS
- en ayant une équipe mobile pluridisciplinaire (mutualisation CLIC, CMS, gériatrie hospitalière) incluant les dimensions psychiatrique, sociale, ergonomique autant que nécessaire
- en ouvrant des lits de géronto-psychiatrie

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

L'objectif est de favoriser le partage d'information, la coordination entre les professionnels, la prise en compte des personnes handicapées dans les programmes de prévention, l'orientation vers les structures adéquates, l'information sur l'accessibilité ; il s'agit de faciliter l'acquisition d'un socle commun de connaissances pour les professionnels de première ligne sur des thématiques telles que l'annonce du diagnostic de handicap et l'accompagnement, l'accueil des personnes en situation de handicap, l'utilisation d'un carnet de suivi médical pour la personne handicapée....

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 femmes enceintes

Fiche action 16 : Initier un travail de compréhension et d'action vis à vis de certaines pathologies liées à la précarité énergétique et/ou à l'insalubrité dans l'habitat

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 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 première année de vie et analyser la mortalité 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 la couverture vaccinale est très faible.

Etat 2011-2012 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 ayant accouché
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

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

Collaboration Département /Ville
 MOUS ROM : 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 ROM

Secteur(s) géographique(s)

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

Objectifs opérationnels de l'action.

1. Analyser les données de l'INSERM sur la mortalité infantile à Montreuil pour en tirer des pistes d'action.
2. Faire connaître la PMI à toutes les parturientes montreuilloises du CHI
3. Améliorer l'accompagnement sanitaire des familles ROM ayant un enfant de moins d'un an

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

Contact avec l'INSERM et 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

Mise en place de séances de travail pour établir l'annuaire des ressources locales (annuaire santé de la ville en cours de réactualisation)

Réactiver le groupe de travail animé par Rues et Cité sur l'accompagnement sanitaire des ROM de Montreuil

Ouverture par la PMI d'une consultation mensuelle sur les aires aménagées pour les ROM, 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 ROM et les familles les plus précaires

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 Rom et ASV
- Associations : les 3 opérateurs de la MOUS ROM, Rue et Cité, 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 ROM
 Expérience du Département de SSD pour l'analyse de la mortalité périnatale

Facteurs contraignants identifiés

Adhésion des structures et institutions pour dégager du temps de professionnel pour le travail partenarial (information, formation....)

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

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

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Le SCHS prend contact avec les épidémiologistes du Conseil général et l'INSERM pour obtenir des données plus précises sur la mortalité infantile.
 La MOUS fédère les divers acteurs agissant auprès des Rom. Le médecin précarité des CMS est associé.

Contribution des autres partenaires (non signataires 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 ROM. Les épidémiologistes du SPAS et de la PMI analysent les données de mortalité infantile transmises par l'INSERM
- Rues et Cité relance le groupe de travail santé ROM qui se réunissait en 2010

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

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

Association de l'ASV aux démarches

Pilotage 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		
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 ROM

Indicateurs d'activité

Nombres de séances annuelles de PMI organisées dans les aires aménagées ROM
Nombre de plaquettes distribuées dans les maternités
Actualisation de l'annuaire santé
Analyse de la mortalité infantile montreuilloise et définition plus précise de pistes d'action.

Indicateurs de résultats

Baisse de la mortalité infantile à terme

Dispositif d'évaluation participative

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

AXE 1 : AGIR POUR LA SANTE DES ENFANTS

ACTION 2 : Développer des actions de prévention, dépistage, promotion de la santé et accompagnements des enfants en surpoids et obèses.

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 2010–2011, 19 % des élèves montreuillois dépistés en CM1 présentaient un surpoids modéré ou une obésité, dont 12 % des enfants en surpoids modérés et 7 % des enfants présentant une obésité (d'après la campagne « peser-mesurer » 2010 –2011 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

Etat 2011-2012 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

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 du surpoids et de l'obésité infantile,
- la prise en charge médicale et diététique pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

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

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.

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

Ville de Montreuil – service des Centres Municipaux de Santé (CMS) Service Communal d'Hygiène et de santé (SCHS) et Atelier Santé Ville (ASV)

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 scolaires et extra-scolaires 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 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.

3 - Axe prise en charge :

Réaliser des consultations de prise en charge médicale et diététique des enfants, des adolescents montreuillois en surpoids et obèses.

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 qui réunira les professionnels relais et partenaires de la ville se réunira trois à quatre fois durant l'année 2011-2012. 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.
- Mise en place du projet « Montreuil a la pêche » dans le cadre du dépôt de dossier Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances (ACSE) « Tous en forme dans nos quartiers »
- 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.

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.

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 est en cours de formalisation

Moyens matériels :

Equipement 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,
- Service propreté des bâtiments, restauration collective et vie scolaire,
- Service Politique de la ville, sports, 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 favorisants 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.

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 2011 :

Dépistage de l'obésité infantile	20 000€
Prévention de l'obésité et éducation nutritionnelle	28 000€
Prise en charge de l'obésité	22 000€

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.

Année de mise en œuvre 2011- 2012.

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 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.

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.

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

L'Atelier Santé Ville participe à la coordination du 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 participe à la coordination du Plan de Lutte Contre l'obésité Infantile.

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	Appui politique et communication	Pilotage par les techniciens de la commune	
Usagers non professionnels de santé	Mise en oeuvre	Spécifiques en fonctions de leurs compétences	
Professionnels autres que de santé	Mise en oeuvre	Spécifiques en fonctions de leurs compétences	
Professionnels de santé	Mise en oeuvre Suivi Evaluation	Spécifiques en fonctions 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 surpoids et obèses.

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 :

Nombre de personnes ayant une IMC en diminution sur le nombre de personnes reçues,

AXE 1 : AGIR POUR LA SANTE DES ENFANTS

ACTION N°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

Cadrage et légitimité de l'action

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.

Etat 2011-2012 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

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

- animation autour de l'apprentissage du brossage des dents, la prévention des caries et la motivation de consulter un dentiste avec le dispositif M'Tdents
- sensibilisation à l'hygiène bucco dentaire par les praticiens et assistants dentaires des CMS dans les écoles maternelles pour les élèves de grande section maternelle et mise en place de techniques de brossages adaptées, dépistage et suivi
- faire découvrir un cabinet dentaire aux enfants sur le CMS Daniel Renault
- mise en place d'un groupe de travail bucco-dentaire

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.

Favoriser l'accès aux campagnes de prévention et de dépistage aux soins pour les personnes handicapées.

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

Porteur du projet

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

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

Secteur(s) géographique(s)

Toutes les écoles de la ville de Montreuil et 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

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.

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

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.

Facteurs contraignants identifiés

Faible articulation avec la santé scolaire et la PMI.

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.

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.

Indicateurs de résultats

Nombre de visites de groupes au CMS
Nombre de dépistage au fauteuil
Nombre d'enfants en situation de handicap pris en charge

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 : Développer un réseau local santé-adolescents auprès des jeunes de 12 à 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 2011-2012 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

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

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, mise en place de consultations spécifiques, coordination de programmes d'animation en milieu scolaire et auprès de la mission locale pour l'emploi.

Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Amélioration de la santé des jeunes

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

- 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

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 Rue et Cité 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
- Il est prévu que dans le cadre de la contractualisation en matière de service civique, un volontaire soit 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 : SCHS - ASV - 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 »
- 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 l'ouverture d'un lieu culturel adolescent en lien 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.

Description des leviers d'actions

- Début de mise en réseau à travers un groupe de travail en 2011

- Premier état des lieux comprenant la perception de certains ados recensés dans le Master de santé publique déjà cité
- 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.

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 favorisants identifiés

Consensus sur l'enjeu d'agir

Facteurs contraignants identifiés

Moyens nécessaires pour animer le réseau

Ressources à mobiliser

Contributions de la ville et de ses établissements publics

Ville Consultations en CMS
 Organisation des conférences
 Prospective pour un local culturel adolescents (type celui existant à St Denis)
 Animation des Assises de la culture
 Réactualisation annuaire santé
 Mobilisation des équipes planification familiale des CMS
 Recrutement d'un volontaire du service civique en appui

Contributions de la Politique de la Ville

Contribution ACSE financement Maison des parents
 Articulation avec le programme Réussite Educative

Contribution des autres partenaires (non 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

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
 - Recrutement d'un médecin chargé de la Planification familiale au sein des CMS avec un temps de coordination attribué à un membre de l'équipe.
- Juin 2012**
- Bilan partagé des interventions faites sur l'année 2011-2012
- Sept. 2012**
- Réunion de planification des interventions 2012-2013

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...)

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

Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, santé et jeunesse	pilotage	réunion annuelle bilan perspective	
SCHS – ASV	Coordination de projet		
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			

Professionnels de santé Spécialistes ophtalmo-dentiste- nutritionniste	Facilitation d'accès aux consultations		
Autres : Service municipal jeunesse	Partenariat		

Suivi, évaluation, réajustements

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
Actualisation annuelle santé Montreuil

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

Indicateurs de résultats

Elaboration du projet : lieu culturel 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 : Développer une action participative des femmes d'un quartier politique de la ville sur le dépistage 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 forum santé organisés sur les 6 secteurs géographiques de la ville ont été l'occasion de développer l'esprit de la démarche coopérative, d'identifier des problématiques de santé infra communales qui pourront être croisées avec l'étude pilotée par le service « développement vie des quartiers ».

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 2010, le pourcentage de femmes utilisant le dispositif est moindre que sur le département (soit sur 2009-2010 43,90 % vs 45,70%) même si on note une amélioration du recours sur cette période.

La commune de Montreuil compte par ailleurs, 11 600 bénéficiaires hommes et femmes confondus de la CMUc au 30.06.2011 et seulement 28,8% des Montreuilloises et bénéficiaires de la CMUc utilisent le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein de l'assurance maladie en partenariat avec Comité Départemental des Cancers.

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, une action a été menée dans ce cadre en 2009 : 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) a été réalisée au centre social Lounès Matoub.

Etat 2011-2012 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Etude exploratoire

Préfiguration,

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

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 au plan local, il est nécessaire de partager les constats départementaux sur la question du dépistage du cancer du sein avec les différents acteurs de terrain locaux pour une culture partagée.

Une fois cela réalisé, les actions déjà mises en oeuvre 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 par les femmes de Montreuil 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 Oorganisé 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 » Fevrier 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'AR S 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

Schéma régional de prévention : fiche action dépistage 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 oeuvre 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

Publics bénéficiaires de l'action

- Les femmes de 50 ans à 74 ans
- 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 afin d'améliorer le taux de dépistage des cancers du sein par le développement des modes de promotion de la santé dans lesquels les habitants aient une place d'acteurs.
- Réduire les inégalités sociales de santé dans l'accès au dépistage

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 de femmes cette association de femmes sera le relais d'information pour promouvoir 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 de Jean Moulin, ou l'association des femmes des Morillons, l'association Vivons Notre Quartier....., centres sociaux, service RSA, CCAS, CMS, politique de la ville, développement vie des quartiers, ASV, autres associations de femmes locales, 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
- Historique de la démarche sur la ville
- Equipes développement vie des quartiers
- Une action et expérimentation déjà menées 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

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 et donc le poste de chargée de mission en santé communautaire.

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, le CDC 93, la CPAM93, les habitantes

Contribution du CdC93 : Données chiffrées actualisées ; documentation ; mobilisation en tant que de besoin pour aide méthodologique.

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 infracommunaux.

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.

Pilotage 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	Chargée de mission en santé coopérative et coordinatrice ASV CDC93 CPAM Montreuil et CPAM 93 ARS Ville : Chef de projet CUCS, service développement vie des quartiers, responsables de secteur	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	Centres sociaux, 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 CMS, 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 mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés

Indicateurs de processus

Mise en place effective d'une ou plusieurs actions coopératives sur la question du dépistage du cancer du sein et de la nutrition

Augmentation du recours au dispositif de dépistage organisé suite à cette action (évaluation à n+2)

Objectif :

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (50-74ans) de 50 % en 2013.

AXE 3 : AGIR POUR LA SANTE DES FEMMES

ACTION N°6 : Développer une action participative des femmes d'un quartier politique de la ville pour 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 la question du diabète interpelle les habitantes et habitants du secteur centre ville dans le cadre de l'étude ARFOS pour une conférence au sein du local partagé en projet.

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

Etat 2011-2012 de l'action : étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Etude exploratoire

Préfiguration

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

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.

La dynamique sur la problématique diabète émergente dans le secteur territorial « centre ville »

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

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 oeuvrant 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 un des axes est la mise en oeuvre 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
Coordination Atelier Santé Ville

Publics bénéficiaires de l'action

- Les femmes de Montreuil et /ou association de proximité notamment en territoire politique de la ville.
- Les habitants 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

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 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 de Jean Moulin, ou 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, 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

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

Sollicitation des habitants sur d'autres démarches participatives

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 sur la démarche ASV et donc 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 politique de la ville 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

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 habitantes

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 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		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	ASV – santé coopérative : pilotage		
Usagers non professionnels de santé	Habitantes Associations de femmes, centres sociaux,		
Professionnels autres que de santé			

Professionnels de santé	CMS Médecin responsable SCHS diététiciennes		
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 coopératives

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 : Améliorer 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, selon les études, le coût des violences conjugales est estimé entre 1 et 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 2011-2012 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, très sollicitées par les femmes victimes de violences. La consultation de Romainville pour les femmes victimes de violences et celle de Montreuil destinée aux mineurs ayant vécu des événements traumatiques (notamment aux enfants témoins des violences conjugales et à leur mère dans le cadre d'une aide à la parentalité dans un contexte familial très particulier qui est celui des violences conjugales) connaissent des délais d'attente importants.

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.

Par ailleurs, les femmes victimes de violences résidant à Montreuil rencontrent des difficultés pour se rendre aux Unités Médico Judiciaires (UMJ) situées à l'hôpital J. Verdier de Bondy. Or, la mise en œuvre de démarches judiciaires constitue une étape importante dans le parcours de reconstruction des victimes. Dans la mesure où il semble aujourd'hui impossible de créer une antenne des UMJ au CHI, la piste d'amélioration de la situation est la distribution de bons de taxi au commissariat pour le

trajet aller et retour (expérimentation par l'Observatoire des violences faites aux femmes et SOS victimes 93 en cours pour le trajet aller) .

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 :

Ouverture d'autres consultations de victimologie pour les femmes adultes (sur le modèle de la consultation du centre de santé de Romainville) ou extension de celles déjà existantes, en partenariat avec les communes limitrophes. Notamment ouverture d'une 2^{ème} consultation hebdomadaire pour les enfants et adolescents, au centre municipal de santé TBC, dans le quartier Bel Air / Grands pêcheurs.

2/ Dépistage des violences :

Etude de faisabilité d'une action de formation des professionnels médicaux du service des urgences de l'hôpital André Grégoire à l'accueil et au dépistage des femmes victimes de violences, à partir de l'expérience menée au sein de l'hôpital intercommunal R. Ballanger d'Aulnay-sous-bois.

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 2011-2013
- 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

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 constitue 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

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.

Description de l'action

Porteur du projet

Chargée de mission sur le droit des femmes à la Mairie de Montreuil 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

Secteur(s) géographique(s)

1/ Accompagnement global des victimes :

L'implantation de la 2^{ème} consultation de victimologie pour les mineurs prévue dans le quartier Bel Air / Grands pêcheurs permettra d'apporter une réponse de proximité aux habitants de ce quartier, mais l'accueil du public s'effectuera sans discrimination concernant le lieu de résidence des bénéficiaires (partenariat ville entière et communication départementale).

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 :

- 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.).
- Améliorer l'accès des femmes aux UMJ et leur proposer un accompagnement adapté.

2/ Dépistage des violences :

- Former les professionnels à la problématique des violences faites aux femmes
- Elaborer un protocole de prise en charge adapté aux besoins répertoriés, en lien avec le réseau local d'aide aux victimes (questionnaire, annuaire, etc.).
- Dépister les femmes victimes de violences

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

1/ Accompagnement global des victimes :

1.a) Ouverture d'une demi-journée hebdomadaire de consultation de victimologie pour les mineurs : suivi des patients sur quelques séances (travail ciblé sur l'impact psychologique des événements traumatiques) avant orientation vers les partenaires locaux si besoin d'accompagnement plus durable.

1.b) Poursuite de l'expérimentation par l'Observatoire des violences faites aux femmes et SOS victimes 93 afin d'améliorer l'accès aux UMJ de Bondy à travers la distribution de bons de taxi au commissariat, extension de cette expérimentation au trajet retour.

2/ Dépistage des violences :

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

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Mairie de Montreuil : Direction de la Tranquillité publique, Centres municipaux de santé, Service municipal de la petite enfance
 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)
 CHI R. Ballanger (Aulnay-sous-bois)
 Urgences médico-judiciaires de l'hôpital J. Verdier (Bondy)
 Associations spécialisées (SOS victimes 93, SOS femmes 93, CIDFF, 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 l'ouverture de 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.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

1/ Accompagnement global des victimes :

- Participation financière (5 000 €)
- 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 :

Organisation de la recherche action en lien avec la PMI, animation du réseau local d'aide aux victimes, mise à disposition d'outils.

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS)**1/ Accompagnement global des victimes :**

- Contribution financière accordée par la Préfecture à l'Institut de victimologie fin 2011 dans le cadre de l'appel à projets Fonds interministériel de prévention de la délinquance (10 000 €) pour l'ouverture de la consultation de victimologie pour enfants au centre de santé TBC.
- 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 de l'hôpital A. Grégoire : analyse des besoins et des possibilités permettant la réalisation d'une étude de faisabilité pour la sensibilisation 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

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 pourrait s'ouvrir au centre de santé TBC début 2012.

2/ Dépistage des violences :

Réalisation de l'étude de faisabilité au 2^{ème} trimestre de l'année 2012

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, quels que 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 1^{ère} 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 dans le quartier Bel Air / Grands pêcheurs permettra d'apporter une ressource de proximité à des familles en difficulté résidant dans ce secteur.

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 de la consultation.

Taux de fréquentation de la consultation (notamment au-delà du premier entretien) et évolution.

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

Diversité des orienteurs.
Grilles d'évaluation.

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'accès aux soins, l'accès aux droits et les démarches de la promotion de la santé 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 l'AFTAM. 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 terme d'accompagnement social :

Il existe une médiatrice à temps plein au foyer ADEF.

Une médiatrice à raison d'une journée par semaine sur le foyer Bara.

Il n'y a aucune médiatrice sur les foyers Rochebrune, Edouard Branly, sur les résidences Ruffins et Rapatel où on constate un pourcentage élevé de personnes migrants vieillissants qui rencontrent des problématiques d'accès aux droits (retraite, CMU, Sécurité sociale, CAF.....)

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 global.

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 favoriser le parcours santé.

Etat 2011-2012 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, centres 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.....)

→ 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

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 et l'association des Maliens de Montreuil

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)		

Suivi, évaluation, réajustements

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 personnes âgées dépendants 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 de 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 2011-2012 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.

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.
- 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.

Description de l'action

Porteur du projet

CLIC de Montreuil

Réseau Association d'aide à domicile (Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Hospitalisation à Domicile (HAD), Service d'aide à domicile)

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

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

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 2012, mise en œuvre en 2013.
- Reconduction de la formation et café des aidants
- Diffusion en 2012 du guide de l'aidant familial (outil CAF) et d'autres supports informatifs donnant des repères complémentaires sur les ressources locales

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 moteur de l'action		
Usagers non professionnels de santé			

Professionnels autres que de santé			
Professionnels de santé			
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.
- Créations de supports écrits informatifs et diffusion du guide des aidants CAF

Dispositif d'évaluation participative

Réunion bi-annuelle avec le Conseil des seniors lié au CLIC

AXE 5 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES

ACTION N°10 : Développer un programme de promotion de la nutrition des personnes âgées

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 15 488 et 85 ans et plus 1 381 personnes

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 corrélé 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

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

Le CLIC Municipal mis en place récemment intègre cette action dans son programme d'activité.

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 personne âgée montreuilloise 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 diététique 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 1/2 .

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 » :

2 rassemblements ouverts à tous seront programmés en 2012.

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 favorisants 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 senior associé au CLIC

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

Financement ARS. Report exercice antérieur : 6 500 €

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

Le service politique de la ville participe à la coordination du projet personnes âgées.

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 senior 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 Senior

AXE 5 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

ACTION N°11: Rendre la gérontologie plus accessible

Cadrage et légitimité de l'action

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

11 656 personnes de 60 ans et plus à Montreuil, soit 11% de la population globale
 7 002 personnes de plus de 55 ans vivant seules
 1 707 personnes de 80 ans et plus vivant seuls, soit 54 % des plus de 80 ans
 (Recensement 2007)

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 EPS Ville Evrard (Aubervilliers)

Des lieux de concertation pluri-professionnelle existent : le RESAD ((Réseau d'Etude 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 Centre Municipaux de Santé

Etat 2011-2012 de l'action : étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Mise en œuvre de la phase opérationnelle pour une consultation en Centre Municipal de Santé d'un gériatre de la filière gériatrique du CHIAG.

Réflexion sur la création d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique qui fonctionne déjà de façon ponctuelle, informelle (par exemple suite aux signalements au numéro vert maltraitance) sans que la gériatrie hospitalière ne soit associée.

Type d'action envisagée

3.
 - 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.

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

L'ancrage dans d'autres processus (PLHI, CUCS, PRNQAD,...)

Description de l'action**Porteur du projet**

- Ouverture des lits de gérontopsychiatrie : à étudier dans le cadre de la relocalisation des lits psychiatriques de Ville EVRARD sur la ville de Montreuil et du futur SROS psychiatrique
- La filière gériatrique pour ce qui est de la création d'une équipe mobile d'évaluation pluridisciplinaire et de consultations gériatriques en CMS

Publics bénéficiaires de l'action

PA 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. 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 géro-psycho-geriatrie 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 géro-psycho-geriatrie sur le territoire de Montreuil, éventuellement en collaboration avec l'EPS Ville-Evrard.

Les importants besoins en géro-psycho-geriatrie amènent à proposer une étude exploratoire pour analyser la façon dont le futur SROS psychiatrique pourrait favoriser la création de lits de géro-psycho-geriatrie.

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 géro-psycho-geriatrie.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Un CMS hébergera la consultation gérontologique.

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 : premier semestre 2012
Equipe mobile et ouverture des lits de géro-psycho-geriatrie : étude de faisabilité en 2012

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

Dispositif d'évaluation participative

Consultation du club senior

AXE 5 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

ACTION N°12 : Favoriser l'accès aux soins et à la prévention 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 2011-2012 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 2007–2011, 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
- Informer 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 Handicapés (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'exams 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 9 000€

Contributions de la Politique de la Ville

La contribution de la politique de la ville via la demande de subvention au CUCS s'élève à 4 000 €

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

AXE 6 : PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE

ACTION N°13 : Créer un conseil local en santé 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 2011-2012 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.

Type d'action envisagée

Création d'un conseil stratégique qui serait présidé par l'élu montreuillois délégué à la santé et à la prévention et qui porterait de façon prioritaire sur la problématique de l'accès à des logements accompagnés.

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.

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

- Santé de l'homme n°413 mai juin 2011 dossier « empowerment et santé mentale »,
- Loi du 11.2.2005,
- PSRS page 82
- Circulaire DGAS/SDA 2002/595
- Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
- Document provisoire « résidences accueil et services » AGAPSY, 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)

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

Service Communal d'hygiène et de santé (SCHS), Secteurs psychiatriques X et XI, circonscription du service social, UNAFAM.

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)

Secteur 10 et 11 adulte

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 une concertation RESAD et une volonté des partenaires de travailler ensemble. La ville de Montreuil entend répondre à l'appel à projets initié par l'ARS IDF (Agence Régionale de Santé Ile de France) pour susciter la création de CLSM en articulation avec les CLS. Nécessité d'une étude des expériences sur d'autres territoires : résidence accueil de Villepinte et SAMSAH psychique de Sevran.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Psychiatrie de secteur, SCHS, services sociaux, UNAFAM, bailleurs sociaux, commissariat, service municipal de médiation, juge et associations tutélaires : UDAF (union départementale des associations Familiales) et ATR (Association Tutélaire Raincéenne), direction municipale de la culture.

Ressources à mobiliser

Contributions de l'ARS

- Participation des services de l'agence et des équipes financées au titre du soin et du médico-social ;
- Appel à projets pour la création de 15 CLSM articulés avec les CLS.

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

La logistique des réunions est organisée par la Ville

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

- Réflexion préparatoire à la journée nationale sur les CLSM de janvier 2012 organisée à Paris par ESPT (Elus Santé Publique et Territoires) et le centre collaborateur de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour la santé mentale.
- Constitution du CLSM en septembre 2012.

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) et les foyers de travailleurs migrants où résident un plus grand nombre de personnes en situation de fragilité psychique.

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 du projet		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture			
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, médecins de santé publique du SCHS et des CMS (Centres Municipaux de Santé)		
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 et définition et
- Suivi des projets stratégiques.

Indicateurs de processus

- Nombre et typologie des situations complexes traitées en RESAD et lien avec les initiatives du CLSM.
- Analyse d'expériences existantes de logements accompagnés.
- 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 médico-psycho-social à 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 2011-2012 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Début de réseau entre la direction santé ville, 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.

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...)

Loi du 5 août 2011 sur les soins sans consentement en psychiatrie et développement des soins ambulatoires.

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

Porteur 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 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 ou le médecin SCHS.
- 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.

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.

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

Secteur psychiatrique, services sociaux, SCHS dont la travailleuse familiale

Facteurs favorisant 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

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 sur des structures notamment d'insalubrité.

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 responsable - 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
- recommandations suite aux VAD
- résultats

AXE 7 : AGIR CONTRE L'HABITAT TOXIQUE ET INDIGNE

ACTION N°15 : Prévenir 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 2011-2012 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Poursuite de l'intervention initiée en 1999, affinement progressif des priorisations de dépistage.

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
- 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
- « Plein droit » n° 86, octobre 2010 : « santé des étrangers, l'autre double peine, Discriminations : quel impact sur la santé ? »

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 et Agglomération Est-Ensemble – 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

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.
- Inspecteurs de salubrité du SCHS
- 5 agents de la Direction de l'Urbanisme et de l'Habitat

Facteurs favorisants identifiés

- Proximité de l'équipe d'intervention, relation bien établie avec les familles, possibilité de réactivité, pluridisciplinarité du service (technique, sanitaire, social).
- 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 (2011) ; 65 000 € (action financée DDASS/PRSP/GRSP depuis 1999). (Direction Départementale des Actions sanitaires et sociales/

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 €

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.

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 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.

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 : Initier un travail de compréhension et d'action vis-à-vis de certaines pathologies liées à la précarité énergétique et/ou à l'insalubrité dans l'habitat

Cadrage 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 :

- 7 900 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)
- 6 500 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.
- 3 000 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.

Etat 2011-2012 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'APA 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.

Pour 2012 il s'agit d'un abord de la précarité énergétique à travers certaines pathologies liées également à l'habitat insalubre ou dégradé.

¹ Les 20 % des ménages les plus pauvres en unité de consommation

Type d'action envisagée

Cette expérimentation tentera de 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 les difficultés à se chauffer 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 pathologies cardio-vasculaires, 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 : **exposition au monoxyde de carbone** (démarche de veille et de prévention au domicile des familles) 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 (bâties, 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...)

- 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, « maîtrisez votre énergie »)
- Travaux du réseau RAPPEL (Réseau des acteurs de la pauvreté et de la précarité énergétique dans le logement)
- « 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;
- « 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 ;
- 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 Médiaterre) 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.

* seront également pris en compte l'ensemble des problèmes de santé lors de la collecte de données telles que les maladies chroniques et les symptômes (...) 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.

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.

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 liées à cette caractéristique. Pour cette phase d'expérimentation seront ciblés une trentaine 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 Pact 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 l'insalubrité (fortement corrélée à la précarité énergétique) 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/ Constitution d'un groupe habitants pour construire le support d'enquête à transmettre à d'autres habitants à partir de leur vécu et de la présentation 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

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.

Financement de l'ASV

Contributions de la ville et de ses établissements publics.

Ville : formation et mobilisation des agents des services
 Equipement 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 (non signataires du CLS) :

L'ADEM (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 / CLERC / RAPPEL / FAP / ORS IdF (Observatoire Régional de Santé) est sollicité pour accompagner méthodologiquement l'action.
 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 2012, en continuation et approfondissement des actions sur l'habitat menées statutairement par le SCHS, et par le service de prévention du saturnisme depuis 12 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 liées 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	
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 fera partie intégrante.

AXE 7 : AGIR CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET SES CONSEQUENCES SANITAIRES

ACTION N°17 : Développer des stratégies globales concertées 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 2011-2012 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention

Le SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé) reçoit environ 100 plaintes annuelles relatives à l'habitat.

En 2010, 10 arrêtés d'insalubrité sur la base des articles L1331-22 et suivants ont été pris ainsi qu'un arrêté 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.

- 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.

- Projet de mise en place d'une Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (OPAH) – Renouvellement Urbain : réhabilitation de 35 à 40 immeubles privés, comptant 650 logements, sur le même territoire que le PNRQAD, en mobilisant des moyens incitatifs et coercitifs.

- Groupe de travail habitat insalubre et dangereux ; 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.

L'ensemble de ces initiatives en cours ou à venir aura un impact important sur la charge de travail du SCHS, qui précédemment travaillait principalement sur la base de plaintes d'habitants.

La signature en décembre 2011 du transfert à la Communauté d'Agglomération *Est Ensemble* de compétences relatives à la lutte contre l'habitat indigne, hors SCHS qui reste de l'ordre de la police du Préfet va nécessiter des moyens de coordination nouveaux entre les services ville et les services nouvellement basés à la communauté d'agglomération.

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

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 de l'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 SCHS :
 - ✓ 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 SCHS :
 - ✓ 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
 - ✓ Groupe de travail Habitat Insalubre et Dangereux : coordination entre les services de la Ville sur les immeubles les plus problématiques (secteur diffus hors périmètres OPAH/PNRQAD)
 - ✓ Groupe de suivi de la recherche action sur la précarité énergétique et le renforcement d'actions sanitaires préventives

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	<ul style="list-style-type: none"> - SCHS pilote - Groupe de travail interne à la ville sur les immeubles insalubres et dangereux - 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 groupe de travail sur les immeubles insalubres et dangereux et nombre d'immeubles abordés dans ces réunions.

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 annuel d'immeubles sortis de la liste des immeubles les plus dangereux.
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 ...)
Nombre de réunions d'Assemblée générale ou de propriétaires accompagnées
Nombre de personnes informées sur leurs droits
Nombre de situations complexes résolues grâce à la coordination
% 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 avérées 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.
- 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 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.

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'état (DRIEE, bureau de l'environnement, Direction du Développement Local et des Actions de l'Etat DDLAE) et la ville de Montreuil pour le suivi des installations classées.
- Développer l'accompagnement des habitants dans un dialogue avec l'entreprise concernée, l'accès à de l'expertise et le cas échéant la facilitation de démarches juridiques.

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.

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 ?

Non

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

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
- 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

Ressources à mobiliser

Contribution des services préfectoraux

Participation à l'élaboration des protocoles de partage d'information et d'amélioration du traitement des plaintes

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :

Conseil général : Direction de l'Eau et de l'Assainissement (DEA) : idem

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.

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.

AXE 8 : PREVENIR LES RISQUES TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

ACTION N° 19 : Développer des démarches d'évaluation de l'état des milieux, d'évaluation des risques sanitaires, et d'information des bénéficiaires des jardins sur le site des murs à pêches.

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 XVIème 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'île 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 œuvre 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.
- évaluer 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 : développer un réseau « précarité- accès aux droits et à la santé » permettant d'informer sur les principaux repères d'accès a une couverture santé, d'aller au devant des populations vivant en habitat très précaire et d'organiser un parcours de santé coordonné pour les personnes en grande précarité

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).

3 000 personnes domiciliées sur la ville sont sans droit ni titre de façon majoritaire

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.

Des données de la DGI (Direction générale des impôts) de 2000 indiquent que Montreuil est une ville pauvre. En effet, la Seine-Saint-Denis est un département marqué par les indicateurs de précarité. On note que 17% des habitants appartiennent à un foyer vivant en dessous du seuil de pauvreté (791€). Cette proportion ne dépassant pas 10 % dans les autres départements franciliens.

On note une augmentation du nombre d'allocataires à bas revenus entre 2008 et 2010 et une estimation du taux de pauvreté réel à Montreuil de l'ordre d'au moins 25 %.

Une personne sur 10 bénéficie de la CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire) et la part des 18 ans et celle des 50 à 60 ans ayant également la CMUc est plus importante qu'en Seine-Saint-Denis. Environ 3000 bénéficiaires de l'AME (aide médicale gratuite) sont domiciliés sur la ville.

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.

Il visera par ailleurs 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 2011-2012 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 (MAITRISE 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

Enfin des consultations globales et de prévention ont été expérimentées dès 2004 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...)

Type d'action envisagée

1. Relancer le groupe de travail afin de redynamiser et développer le réseau local. Il traitera 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....)
2. Mettre en place un document d'information accessible donnant les principaux repères d'accès aux droits et à la couverture maladie : guide local, plaquette....
3. Réactualiser l'annuaire santé version papier en lien avec les autres outils d'information : mission handicap, CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)...
4. Il serait nécessaire, au regard du besoin local, de créer une consultation approfondie axée sur la prévention et sur le retour dans le système de soins. Cette consultation sera intégrée dans un processus de ré-insertion dans le système de soins de droit commun. Pour cela, cette consultation sera 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.
5. Evaluer 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 1^{ère} urgence pourrait éventuellement intervenir sur la ville selon une coordination départementale.

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

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-SCHS- CMS..)
- Direction des solidarités (Mission ROM, CCAS, service intégration)

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
- Créer la consultation approfondie CPAS (Consultation Prévention Accès aux Soins) 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).

La réalisation d'un plan d'action de prévention sanitaire et social pour le patient avec un bilan de santé et de prévention (vaccination, conduites à risques, dépistages) aboutissant à un plan d'action de prévention sanitaire et social pour le patient.

Cette consultation fera l'objet d'une procédure d'orientation partagée avec les différents acteurs locaux.

Description de l'action

Développer le réseau des acteurs de la précarité et créer des outils d'information.

Réunion de travail avec tous les acteurs de la précarité de la ville.

Préciser les problématiques concrètes des populations précaires.

Préciser les modalités attendues pour l'organisation de la consultation approfondie et du système de soins intégré.

Création du système de soins intégré :

- Création d'une charte du réseau de soins intégré pour l'accès aux soins des populations précaires.
- Rencontres de tous les acteurs potentiels.
- Signature de la charte par les acteurs volontaires pour intégrer le réseau

Création de la 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.

Etudier la faisabilité de l'intervention de l'opérateur « 1^{ère} urgence » sur Montreuil pour les publics en habitat précaire .

Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action

CCAS, ASV, CMS, 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'Ile de France), association SOLIENKA, médecins libéraux, service de santé scolaire, travailleurs sociaux du Conseil Général 93,etc

Facteurs favorisants identifiés

- De nombreux partenaires engagés
- Un partenariat historique avec la CPAM
- 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

Co-financement de l'ASV

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 (non signataires du CLS)

Participation active demandée à la CPAM pour la co-animation du réseau.
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)

Un groupe de travail historique existait depuis 2004 sur « l'accès aux droits de Santé » en copilotage ASV- CPAM Montreuil qui s'est réuni jusqu'en 2008-2009 et qui traitait des questions de cadre légal sur l'accès aux droits de santé, le fonctionnement de l'assurance maladie au plan local et la création d'outils d'information.

- Dès début 2012, organisation d'une première réunion partenariale sur la thématique de la « précarité et Santé » mutualisant le groupe de travail « accès aux droits de santé » et le projet des consultations de précarité (CPAS).

De cette première réunion suivront des rencontres au rythme d'une fois par trimestre.

- Rédaction, validation collective et diffusion de l'outil sur l'accès aux droits de santé au 3ème trimestre 2012.
- Réactualisation de l'annuaire Santé version papier en cohérence avec les autres annuaires de la ville et des autres secteurs socio-sanitaires à échéance à fin 2012. Actualisation sur le site internet concomitante et à échéance annuelle ensuite pour la version web.

Des sous –groupes de travail seront nécessaires à la réalisation des outils précités.

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		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Diagnostic, mise en œuvre, suivi, évaluation		
Usagers non professionnels de santé	Bénéficiaires, relais d'information		
Professionnels autres que de santé	Coorientation, suivi, accompagnement		
Professionnels de santé	Mise en œuvre, suivi		
Autres	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...)

Indicateurs de résultats

- Satisfaction des partenaires
- Appropriation des outils par les professionnels et /ou usagers.
- Nombre et profil des personnes suivies intégrant la CPAS
- Nombre et profil des personnes suivies régulièrement par le droit commun santé suite à la CPAS.

AXE 10 : RENFORCER LA PREVENTION DES ADDICTIONS

ACTION N°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

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 :

- PROSES a développé des interventions envers le public migrant et les femmes. En outre, l'association gère un TOTEM distributeur de seringues.
- 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 : 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 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 à la PMI Daniel Renoult 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 tabacologue, des actions de prévention des addictions auprès des collégiens et des lycéens de Montreuil.

Les objectifs visés par ces interventions sont de :

- ✓ Prévenir les addictions en milieu scolaire
- ✓ Prévenir la consommation régulière de substances addictives par les jeunes.
- ✓ Impliquer les personnes et notamment les enseignants de différentes disciplines dans une approche transversale du problème des addictions.

Il s'agit ainsi, en partenariat étroit avec les CESC (Comité d'éducation à la Santé et à la Citoyenneté) et les enseignants des établissements, 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. Néanmoins, 340 élèves ont pu être sensibilisés à la problématique des addictions, grâce aux ateliers animés par les CMS dans le collège Jean Jaurès et dans les lycées Eugénie Cotton et Horticole. Des questionnaires de connaissance et de satisfaction complétés par les élèves lors des interventions (avant-après) mettent en relief les apports de ces dernières auprès de ce public.

- 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 2011-2012 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.

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 en s'appuyant sur la formation –action du Réseau Pass / Centre Rabelais (Cf action territoriale déposée au CUCS pour 2010).
- 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...)

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.
- Projet d'ouverture de consultations Précarité d'accès à la santé dans les CMS (cofinancement CUCS 2012 demandé)
- 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 jusqu'en 2010 et des consultations de tabacologie en CMS.
- 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 sur la question de la réduction des risques

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

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.

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 Médicale 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 de suivi sont régulièrement organisés entre la ville et l'association de permanence des soins, le CDOM, l'AM et l'ARS DT 93

Du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, 2012 personnes ont été reçues en moyenne dont 73% des Montreuillois.

Initialement ouverte les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00, elle a ouvert le samedi de 12h30 à 20h00 à compter de février 2011.

Etat 2011-2012 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.
- Ancien cahier des charges de la MRS pour les MMG.
- 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 actuel

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 »

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
- Quelques patients viennent de Vincennes et Fontenay et environ 20 % de l'ensemble des patients viennent d'autres communes

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 12h30 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), CNLCS, 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, Direction de la tranquillité publique de la Ville de Montreuil, Conseil régional d'Ile de France.

Facteurs favorisant 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

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 2006 de 10,1 pour 10 000 habitants à janvier 2011 (selon le croisement des fichiers ameli.fr et de l'ordre national des médecins)

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 Tranquillité publique, 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 Tranquillité publique, Direction de la Santé, participation et contribution financière par la mise à disposition de locaux et de matériel.

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

Relais d'information sur le dispositif mis en place par les équipes de développement vie des quartiers.

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

Elargissement 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	Suivi régulier du dispositif (financement et mise en adéquation avec le cahier des charges de la PDSA)	Au sein du copil du dispositif et dans le cadre du sous comité médical du codamups-ts	Respect de la réglementation Cahier des charges PDSA Evaluation du dispositif Veiller à la qualité des soins
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture			
Usagers non professionnels de santé			
Professionnels autres que de santé			

Professionnels de santé			
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 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

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 27 756 personnes soit 100 776 passages (données 2010).

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.

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 pour 2011 suite à la convention conclue entre la CPAM 93 et la ville de Montreuil.

Type d'action envisagée :

- Projet de santé des CMS en cours de finalisation, 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 sera 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 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 courant 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.

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'efficience 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'efficience 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'efficience 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 Cheick).

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.

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
- projet d'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.

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)

Projet de consultation de Victimologie au CMS Tawhida Ben Cheikh en lien avec l'institut de victimologie de Paris (financement ACSE 2011).

Contribution des autres partenaires (non signataires 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,
- Reconstitution 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 conjugale,
 le 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).

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 Renault 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 coopérative 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		
Professionnels de santé	Médecins libéraux CMS, infirmières libérales, associations locales socio-sanitaires, CHI André Grégoire : Mise en œuvre Suivi Évaluation		
Autres	Communication Orientation Suivi - Accompagnement		

Suivi, évaluation, réajustements

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 santé plus marquée sur les quartiers politique de la Ville à travers l'Atelier Santé 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 en 2009 dans la définition d'un PLSP dont le chef de projet est le médecin directeur du SCHS. L'ASV en est partie prenante.

Etat 2011-2012 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 ?

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.

Concernant l'axe santé communautaire, la mission porte 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 politiques de la ville, par exemple les quartiers Bel Air – Grands Pêcheurs, en fonction des projets émergents.

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. Les rencontres pluridisciplinaires favorisent les échanges et le décloisonnement des pratiques des acteurs locaux. Elles permettent également de faire remonter les propositions au comité de suivi. 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.

Les projets locaux de santé programmés à l'ASV sont les suivants :

- Consultations pour les personnes en précarité et en grande précarité,
- Plan de lutte contre l'obésité,
- Plan de prévention bucco-dentaire,
- Projet « santé et migrants »,
- Projet « permanence des soins » MMG,
- Groupe de travail VIH,
- Groupe de travail « accès aux droits de santé »,
- Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD),
- Santé communautaire ou coopérative,
- Prévention des addictions, copilotage ASV et direction de la Tranquillité publique : cet axe est une des thématiques du CUCS dans le cadre des volets « Santé » et « Prévention ».

Ce CLS (Contrat Local de Santé) sera une opportunité pour conforter l'intervention de l'ASV sur les thématiques ci-dessus et les réinterroger.

De par sa transversalité avec la politique de la ville, l'ASV 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.

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 copilote, soit pilote, 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, CESF, 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)

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, etc

Description des leviers d'actions - Facteurs favorisant identifiés

De nombreuses problématiques en santé sont prises en charge - programmées ou non à l'ASV.

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.

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 et sous démographie, santé scolaire à titre d'exemples.)

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 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.

Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS)

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			

Suivi, évaluation, réajustements

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 coopérative 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 démarche coopérative en santé

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 développées jusqu'alors et également d'identifier des problématiques de santé infra-communales qui pourront être croisées avec les 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 2011-2012 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 :

- Elaboration avec un collectif d'habitants du questionnaire d'enquête à domicile sur les impacts sanitaires de la précarité énergétique (nouveau) : fiche action 16
- Dépistage du cancer du sein et nutrition en direction d'associations de femmes (nouveau) : fiches action 5 et 6
- Comité d'usagers des CMS (nouveau) fiche action 23
- Poursuite des forums santé dans les quartiers, des focus – groupes avec des publics spécifiques (femmes de certains quartiers, adolescents,...) (continuation)
- Poursuite des ateliers thématiques sur des déterminants de santé spécifiques (environnement, habitat, etc...) (continuation)
- Volet santé de l'Agenda 21 (nouveau)

- Démarche ASV (continuation) : en particulier l'intervention du 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.
- Santé des migrants (continuation)

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).

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 démobilitation 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.

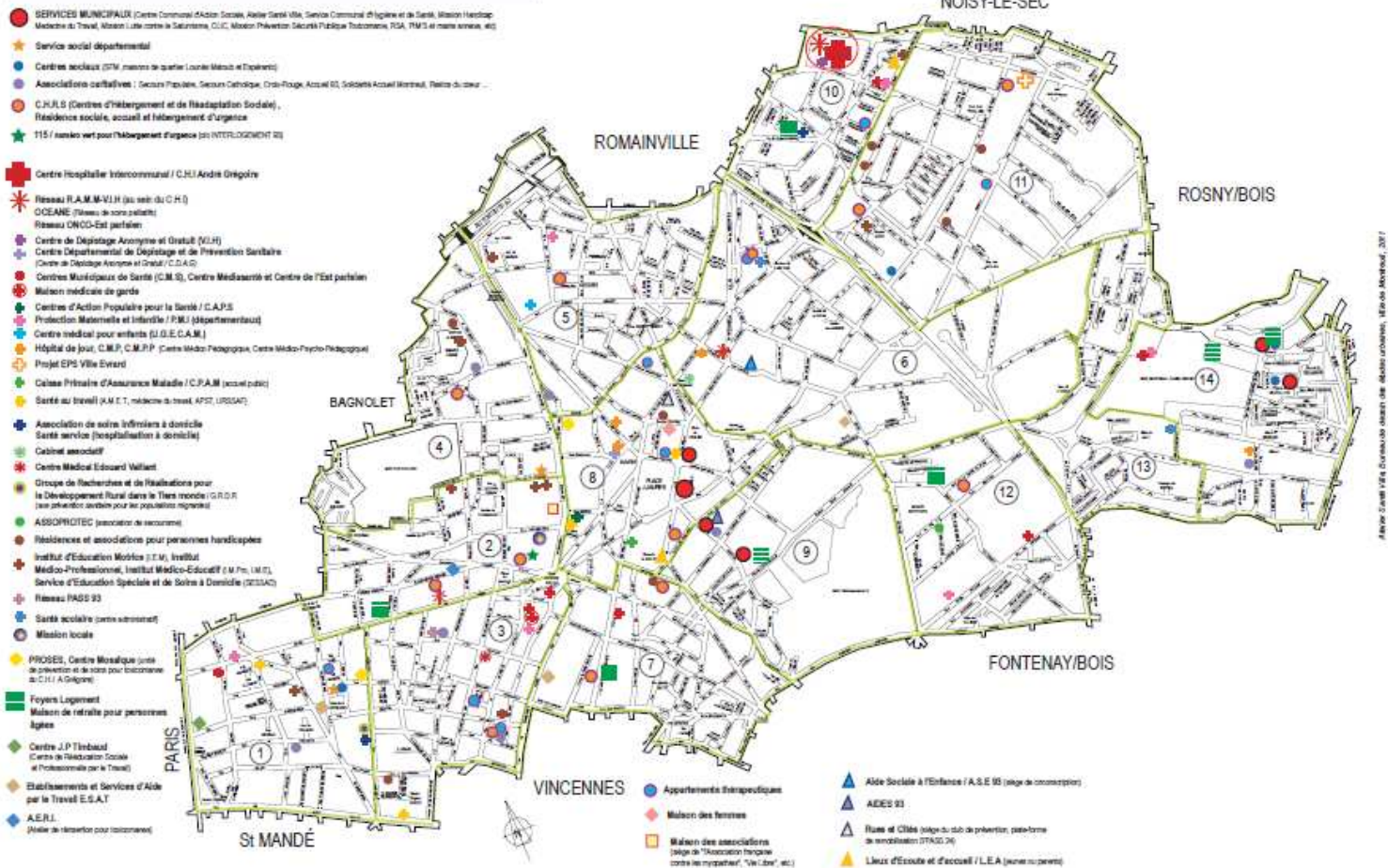


CARTOGRAPHIE SANTE – SOCIAL – PREVENTION

SANTÉ, SOCIAL, PRÉVENTION : équipements et services*

*Publics, para-publics et associatifs

Conférence locale de santé - 21 et 22 octobre 2011



CARTOGRAPHIE OFFRE DE SOINS

Conférence locale de santé - 21 et 22 octobre 2011

Répartition sur le territoire communal des centres de santé, des médecins généralistes et spécialistes libéraux (sauf radiologues, laboratoires et dentistes), des pharmacies et du C.H.I.

Réseau bus fin 2009 et projets transports publics

BUS MOBILIER : 115 - 121 - 301 - 318

RER Métro Tramway RER

Projet futur de lignes de transport public

- Centre Hospitalier Intercommunal / CHI André Grégoire
- Centres de Santé
- Médecins généralistes En cours d'installation
- Médecins spécialistes
- Pharmaciens

N.B. : Les médecins généralistes exerçant également 1 ou 2 spécialités sont référencés que sous 1 seule spécialité



Sources : fichiers ARS idf; fichiers Ordre National des Médecins et Ville de Montreuil

Alexis Savitès Ville de Montreuil - Bureau de santé des élus des communes de Vincennes - Ville de Montreuil, 2011

TABLEAU DE L'OFFRE DE SOINS HEBDOMADAIRE
EN CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE

SPECIALITES	Léo Lagrange	Daniel Renoult	Tawhida Ben Cheikh	Bobillot	Savattero	TOTAL
Acupuncture	2				6.5	8.5
Addictions santé pub					3.5	3.5
Cardiologie		3			6.5	9.5
Conseillère conjugale						44
coordination planning						4
Dermatologie	5	2.5			19.5	27
Dentaire		100.5		170.5		271
orthodontie		23.5		28.5		52
diététique (soins)	5	4.5	6		25.5	41
Dietetique (santé pub)					31	31
échographie et echo Doppler				41		41
gériatrie			4			4
Gynécologie	5.5	16	7		35	63.5
Infirmière					432	432
infirmière (soins ville)					72	72
Kinésithérapie	39.25	43.25			40	122.5
Médecine générale	32.25	29.5	38		126.25	226
OPH		8.25			20	28.25
ORL					8	8
Orthophonie			4			4
Pédiatrie	11.5		7			18.5
Phlébologie	3.5	3		2	7	15.5
psychiatrie					16	16
Rhumatologie		9			4	13
heures santé publique						14
Sport santé santé pub		1.50			1.50	3
Vaccination publique		2			2	4
Traumatologie		1			7.25	8.25
Tabacologie-santé pub					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
CESC :	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
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
DRIAAF :	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
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 :	Intitut 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
MFPPF :	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 :	Progamme 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'Études 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