



# CONTRAT LOCAL DE SANTE DE LA COURNEUVE

préfiguration 2012



Entre Monsieur le Maire de la Courneuve, Monsieur le Préfet de Seine-Saint-Denis et  
Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

Il a été convenu de signer le présent

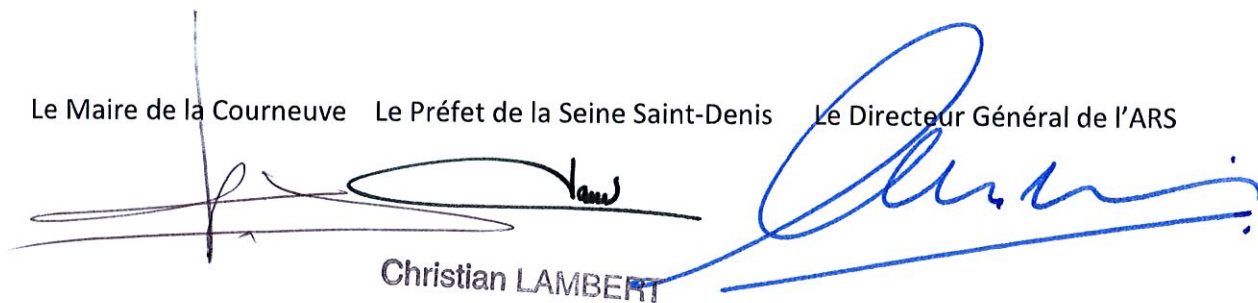
Contrat Local de Santé

Portant sur la ville de la Courneuve

Et dont le contenu est décrit dans le présent document.

A Bobigny, le 13 SEP. 2012

Le Maire de la Courneuve    Le Préfet de la Seine Saint-Denis    Le Directeur Général de l'ARS



Christian LAMBERT

## Sommaire

Préambule.....	5
1- Les éléments de diagnostic général.....	6
1.1 L'indice de développement humain (IGH2).....	6
1.2 Caractéristiques sociodémographiques.....	6
1.3 Déterminants de santé.....	8
1.4 Données de santé.....	8
1.5 L'état de santé de la population.....	11
1.6 Le système de prévention et son usage.....	13
2 Principes politiques présidant à l'élaboration du CLS et choix d'orientation proposés.....	14
2.1 : Principes politiques communs.....	14
2.2 : Pour réduire les inégalités sociales de santé, articuler les politiques publiques.....	15
2.3 : pour faciliter les parcours de santé et décloisonner le système de santé.....	16
3- Les partenaires concourant à des objectifs du CLS.....	18
4- Les actions concrètes inscrites au CLS 2012 et les pistes de travail ultérieures.....	19
5- Pilotage.....	22
5.1. Pilotage .....	22
5.2 : Evaluation.....	22
5.3 : Calendrier.....	22
Axe : Diagnostic.....	23
Fiche Action N°1 : Remettre à jour et approfondir le diagnostic sur l'état de santé de la Courneuve, identifier les leviers d'action pour un contrat pluriannuel.....	23
Axe : Démographie médicale et accès aux soins ambulatoires de premiers secours.....	28
Fiche Action N°2 : accompagnement à l'installation des libéraux.....	28
Fiche action : améliorer l'accès aux soins ambulatoires et à la prévention individuelle.....	34
Fiche Action N°4 : Le CMS, outil de l'accès aux soins et aux droits.....	39
Axe 2: Thèmes sanitaires.....	44
Fiche Action N°5 : Centre de soins d'accompagnements des patients en Addictologie (CSAPA).....	44
Fiche Action N°6 : Santé mentale de l'adulte et de l'adolescent .....	54
Fiche Action N°7 : Améliorer la santé materno-infantile, améliorer la santé du jeune patient.....	58
Fiche Action N°8 : Prévention et dépistage des cancers – inciter au dépistage organisé du cancer.....	62
Axe 3 : Publics migrants et personnes âgées.....	70
Fiche Action N°9 : Bien vieillir dans sa ville à toutes les étapes de sa vie.....	70
Fiche Action N°10 : Réseaux et coordination.....	76
Fiche Action N°11 : Collectif Santé au sein au sein des Foyers de Travailleur Migrant.....	82
Axe 4 : Santé environnementale – habitat dégradé.....	88
Fiche action N° 12 : Lutte contre le saturnisme.....	88
Fiche Action N°13 : Diminuer l'impact de l'habitat dégradé sur la santé des occupants.....	95

## PREAMBULE

Conformément à la loi HPST, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a souhaité s'engager de façon volontariste dans la signature de Contrats Locaux de Santé avec certaines communes d'Ile-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 La Courneuve se préoccupe fortement des questions de santé. A ce titre, elle est engagée depuis de nombreuses années dans l'accès aux soins, la prévention et la réduction des inégalités en matière de santé, et ce tout particulièrement avec l'investissement fait dans le cadre du Centre Municipal de Santé, dans le développement de son Service Communal d'Hygiène et Santé et de l'Atelier Santé Ville.

Enfin, le Préfet de Seine-St-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.

C'est dans ce cadre que l'ARS, la Ville La Courneuve et le Préfet ont souhaité engager une démarche de contractualisation pour améliorer et d'approfondir la réponse apportée aux besoins de santé de la population courneuvienne

### **1- Le présent document constitue la première étape de la démarche.**

**Il vise, dès 2012, à**

- **repérer les éléments de diagnostic qui vont fonder l'analyse des besoins de santé de la population, et les principes d'engagement des acteurs**
- **présenter un certain nombre d'actions qui sont d'ores et déjà en cours et sont l'objet d'une intervention conjointe de deux au moins des signataires de ce contrat, ou d'actions dont les partenaires ont estimé qu'elles pouvaient être mises en œuvre à titre préliminaire dès 2012 ;**
- **mettre en débat des principes de travail et des axes susceptibles de déboucher sur un contrat pluriannuel dès 2013**

**2- Les signataires considèrent que ce document d'étape constitue un point de départ, et non un achèvement ; il a vocation à lancer l'élaboration, partagée avec l'ensemble des acteurs à l'œuvre sur le territoire, d'un contrat pluriannuel sur la période 2013-2017. Cette élaboration croisera des démarches locales , notamment dans la prolongation de l'élaboration du Plan Local de Santé , et des démarches initiées par l'Agence dans le cadre de l'élaboration de son PRS et des schémas le constituant. Elle comprendra une phase de mise à jour du diagnostic établi il y a quelques années dans le cadre de l'Atelier Santé Ville, ainsi que des processus de concertation avec l'ensemble des professionnels de tous exercices, et avec les habitants et leurs représentants.**

# 1 Les éléments de diagnostic général

En préalable à l'élaboration du Contrat Local de Santé, 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, et notamment par les services du Conseil général et de la CPAM. Le diagnostic s'appuie également de manière importante sur les données issues de la Politique de la Ville, et sur les informations d'ordre qualitatif transmises par les partenaires, au cours de réunions de partage. Il doit être considéré comme un premier état des lieux destinés à être mis en débat et approfondi

## 1.1 L'indice de développement humain 2 (IGH2)

Il se situe à 0,23 (département : 0,39 ; région : 057). Cet indice, qui repose sur l'espérance de vie, le niveau de revenus, et le niveau d'éducation, est l'un des plus bas d'Ile-de-France et de Seine-St-Denis. C'est sur la base de cette donnée que l'ARS considère La Courneuve comme l'un des territoires les plus prioritaires pour son intervention

## 1.2 Caractéristiques socio-démographiques de La Courneuve



La Courneuve est une ville de 37 228 habitants, située à l'Ouest de la Seine-Saint-Denis. D'une superficie de 7,52 km<sup>2</sup> (avec le Parc départemental) et de 3,52 km<sup>2</sup> (sans le parc départemental).

## Rénovation Urbaine :

La ville de La Courneuve fait l'objet d'un important projet d'aménagement urbain dont l'objectif est de changer durablement l'image de La Courneuve et d'améliorer la vie quotidienne de ses habitants.

Ce travail qui s'engage sur l'ensemble des quartiers de la ville a pour objectifs de :

- Favoriser la mixité sociale
- Mieux insérer les quartiers prioritaires dans le territoire communal

Dans le secteur de la santé la rénovation urbaine permet de prendre en compte la problématique de la démographie médicale avec l'accès aux soins dans les quartiers et permettre ainsi la prévision de nouveaux cabinets de santé pluridisciplinaires.

### ➤ Profil de la population :

- Hommes : 18 524
- Femmes : 18 704

Il s'agit d'une commune plus jeune que le département

- 0-19 ans : 32,7% (département : 28,8%)
- 20-64 ans : 58,7% (département : 60,5%)
- 65 ans et + : 8,6% (département : 10,7%)

Evolution de la population : 37 228 en 2007 contre 35 301 en 1999 avec un taux de croissance annuelle +0,7% (département +1%)

La Ville de La Courneuve bénéficie d'une population jeune avec 1/3 de sa population de – de 20 ans.

### ➤ Naissance / Fécondité :

- Taux global de fécondité pour 100 femmes en 2006 : 7,6 contre 7,2 pour le département.

### ➤ Population étrangère :

- une centaine de nationalités différentes
- Population étrangère : 30% contre 21,1% pour le département.

### ➤ Familles :

- 8 875 familles dont 2 062 familles monoparentales (23,2% pour la ville contre 20,1% pour le département)
- 12 945 ménages

### ➤ Allocataires CAF :

- Nombre total d'allocataires : 8 693
- Part des allocataires dans la population : 23,4% (département : 19.6%)

### 1.3 Les déterminants de santé :

#### Niveau de revenus et pauvreté: (source CAF – INSEE RP 2007)

La ville de La Courneuve est marquée par une pauvreté importante et qui se retrouve sur l'ensemble des indicateurs

- Nombre de foyers fiscaux non imposables : 12 849
- Part des foyers fiscaux non imposables : 64,7% (SSD : 49,3%, IDF : 36,5%)
- % des enfants (0-17 ans) vivant dans un foyer à bas revenu : 50,2% (SSD : 37,6%, IDF : 22%)
- Part de la population vivant dans un foyer à bas revenu : 35,7% (SSD : 23,6%, IDF : 13%)
- Un quart des allocataires CAF a des revenus constitués à 100 % des prestations familiales

Le revenu médian à La Courneuve est de 10 200 euros –contre 14 900 au niveau départemental et 21 200 au niveau régional. Le décile inférieur (les 10 % de foyers avec les revenus les plus bas) sur La Courneuve a un revenu annuel par unité de consommation de 2800 contre 6 500 au niveau régional.

#### Education :

Le niveau d'éducation de la population de La Courneuve est très faible au sein de la population adulte, puisque la part des personnes de 15 ans et plus non scolarisées ou scolarisées jusqu'en primaire ou jusqu'au collège sans diplôme s'élève à 42,5% (département : 29,7%, région : 18,1%) – Source INSEE – RP 2007

*Une très grande partie du système scolaire local est en zone ZEP*

- 10 écoles maternelles (8 en ZEP) : 1844 élèves (24,6/classes)
- 10 écoles élémentaires (9 en ZEP) : 2 894 élèves (21,4/classe)
- 3 collèges (3 en ZEP) : 1826 élèves (21,2/classe)
- 3 lycées (1 en ZEP) : 1680 élèves (21,8/classe)

Les indicateurs de réussite scolaire sont relativement contrastés

- 60,5% de taux de réussite aux bacs généraux en 2008 (SSD : 77,2%, Académie : 80,5%)
- 87,5% de taux de réussite aux bacs professionnels en 2007 (SSD : 69,8%)
- 1 établissement d'enseignement supérieur : 130 étudiants (26/classe de BTS)
- 8 374 élèves scolarisés à la Courneuve

*Sources Données locales du recensement sept 2008*

#### Catégories socio-professionnelles et emploi (INSEE 2007) :

La Courneuve est caractérisée par une présence des ouvriers et des employés très supérieure à la moyenne départementale, ainsi que par un taux de chômage très dégradé.



- Population active de 15 à 64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle :

	La Courneuve		Seine-Saint-Denis	Ile-de-France
	Nb	%	%	%
Ensemble	16 292	100	-	-
Agriculteurs exploitants	9	0	0	0
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	851	5	5	4
Cadres et professions intellectuelles sup.	800	5	12	26
Professions intermédiaires	2 760	17	24	26
Employés	6 448	40	35	28
Ouvriers	5 425	33	25	15

- Taux de chômage :

	La Courneuve		Seine-Saint-Denis		Ile-de-France	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
Taux de chômage	19,6%	20,4%	16,2%	15,8%	10,3%	11,2%

### Couverture sociale : (Sources CPAM)

Le nombre de personnes couvertes par la CMUc et par l'AME est en croissance rapide depuis plusieurs années.

	31/12 /2006	31/ 12/2007	31/12/2008	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011
<b>CMU C</b>	6 735	6 905	5 849	6 801	7 261	7 845
<b>AME</b>	949	1 379	1 446	1 666	1 839	1 740

### Accès aux droits :

Lors des rencontres préalables à la rédaction de ce contrat, les différents acteurs locaux ont souligné l'inquiétude qui est la leur sur l'impact de la prochaine fermeture d'un centre de l'Assurance Maladie présent en périphérie du territoire, sans qu'il existe de certitude de réouverture d'un autre centre CPAM historiquement implanté dans le quartier Sud de la ville (anciennement «les 4000 ».) La non présence d'un accueil CPAM sur la ville est identifiée par les professionnels rencontrés comme une problématique aussi bien pour l'assuré que pour les professionnels de santé qui a besoin d'un interlocuteur local.

### Le logement / Habitat :

L'habitat est essentiellement constitué de logements construits après-guerre :

- Période d'achèvement des résidences principales :

- Avant 1949 : 2 515 logements (20,2%)
- Après 1949 : 9 948 logements (79,8%)

L'histoire récente de La Courneuve s'est notamment construite autour de la question des grands ensembles, dont « les 4000 » est devenu en son temps emblématique.

- Résidences Principales :

- Nombre total de résidences principales : 12 947 (Insee 2008)
- Nombre de résidence du parc privé : 6 716 (Insee 2008)
- Part des logements privés dans l'ensemble des résidences principales : 51,9% (SSD : 67,3%, IDF : 78,1%) (Insee 2008)

- Ancienneté d'emménagement dans la résidence principale en 2008 :

- 41,7% des habitants de la ville habitent dans leur logement depuis 10 ans ou plus (SSD : 43,3%, IDF : 42,9%)

- Parc Privé Potentiellement Indigné (PPPI) :

Le nombre de logements relevant du parc potentiellement indigne est de 1 135 ; la proportion de ce parc au sein du parc privé ancien est plus élevée qu'au plan départemental, et a fortiori régional

(LC : 12,7%, SSD : 9,2%, IDF : 4,9%)

- Population de résidence principale PPPI : 3 843
- Taille moyenne des ménages vivant dans le PPPI : 3,4 (SSD : 2,9, IDF : 2,5)

La question des personnes (essentiellement d'origine Rom) demeurant dans les bidonvilles sur le territoire de La Courneuve est un élément important du lien entre habitat et santé, et est l'un des constituants majeurs de l'état de santé de ces groupes

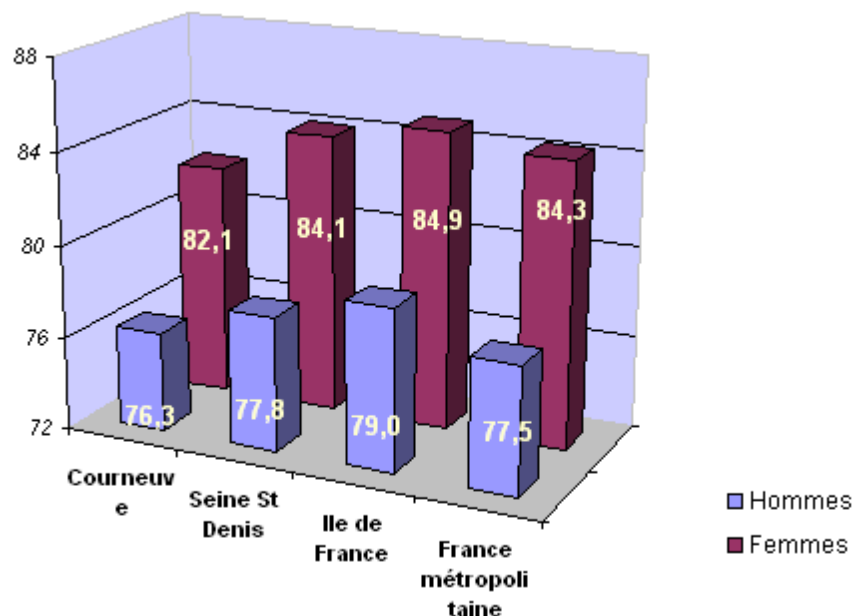
## 1.4- Les données de santé

De façon probablement liée avec les indicateurs précédant, les données de santé sur La Courneuve témoignent d'une situation problématique

### 1.4.1 Espérance de vie et mortalité

La figure 1 montre que l'espérance de vie pour les habitants de La Courneuve est nettement inférieure aux niveaux départementaux et régionaux (2,7 années en moins chez les hommes comme chez les femmes)

L'étude de la mortalité met en évidence une surmortalité toutes causes de 17 % chez les hommes et 28 % chez les femmes, ce qui est considérable. Les effectifs ne permettent pas de travailler sur la mortalité par cause, même si les maladies cardio-vasculaires et cérébrovasculaires, chez les femmes, semblent nécessiter une attention toute particulière.



La mortalité prématurée (avant 65 ans) connaît un excès de 22 % chez les hommes et 24 % pour les femmes, témoignant là encore d'une surmortalité majeure.

Enfin, la mortalité infantile doit être discutée avec une grande prudence (il s'agit de petits chiffres). Néanmoins on observe qu'elle est supérieure (6.1 pour 1000 naissances) au niveau départemental (5.4), lui-même objet de préoccupations importantes.

### 1.4.2 Autres pathologies

La prévalence de l'obésité et du surpoids est appréciée par les bilans de santé de 4 ans, réalisés par la PMI. Ces bilans de santé montrent une prévalence considérable (32 % de surpoids contre 20 % au plan départemental). Toutefois, une proportion d'enfants plus faible qu'au plan départemental ayant été vu en visites, un biais de sélection ne peut être exclu.

L'incidence de la tuberculose sur La Courneuve est élevée (36.5 cas / 100 000 habitants sur la période 2005-2009), mais il n'est pas exclu qu'une certaine baisse de ce taux se manifeste. Les effectifs nécessitent une plus longue observation, d'autant que les taux restent élevés dans le contexte d'un département lui-même caractérisé par une forte incidence.

Le saturnisme infantile n'est pas absent, mais il ne s'agit pas d'une préoccupation prioritaire sur cette commune, du moins au vu du nombre de plombémies de primo dépistage supérieures à 100 µg/L (3 cas entre 2007 et 2009). Cependant, sur la période plus large 2005 à 2009, 11% des enfants dépistés avaient une plombémie supérieure à 50 µg/l, témoignant d'une exposition au plomb même sans intoxication ;

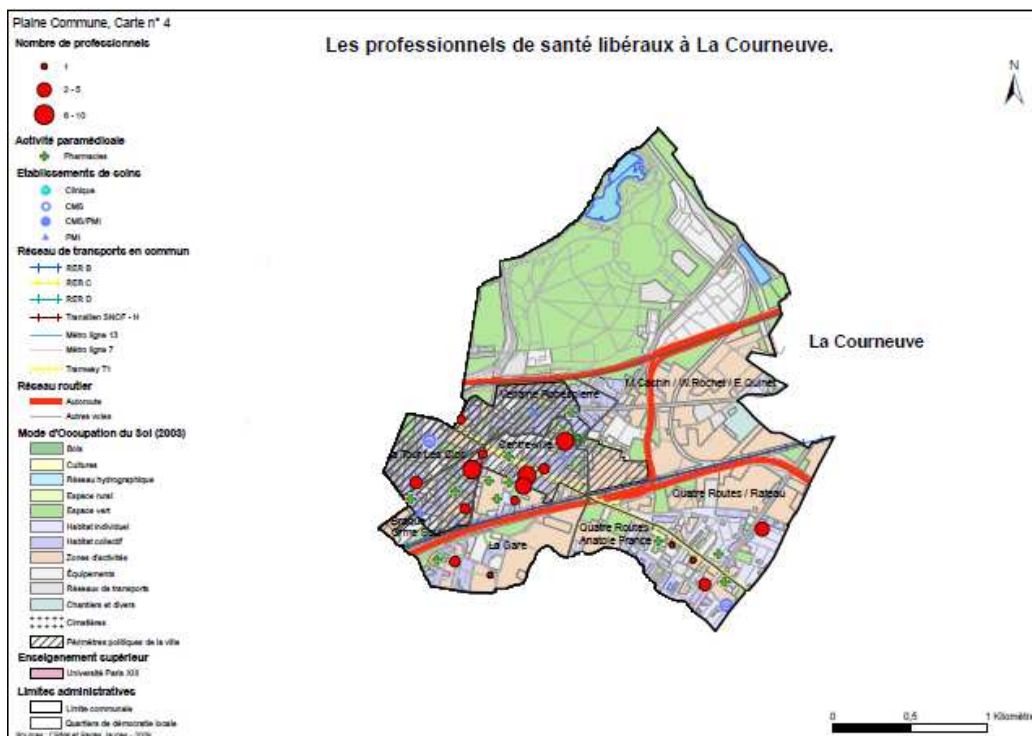
### 1.5 L'offre de soins :

L'offre de soins libérale est clairement déficitaire sur La Courneuve. La situation pour les spécialistes est extrêmement préoccupante. Ces éléments difficiles sont en partie compensés par la position de la quasi-totalité des généralistes en secteur 1, et par l'existence d'un centre de santé municipal et associatif.

Offre libérale :

	Nombre	Densité (pour 100 000 hab.)	
	La Courneuve	La Courneuve	Seine St Denis
Généralistes	22	58,4	68,9
Spécialistes de 1er recours	3	7,9	63,5
Dentistes	6	15,9	35
Pharmacies	12	31,8	29,8
Laboratoires	2	5,3	5,3
Kinésithérapeutes	11	29,1	45,1
Infirmiers	25	66,3	39,8
Sages Femmes	1	2,6	2,9
Orthophonistes	2	5,3	16,2
Orthoptistes	2	5,3	2,1
Pédicures / Podologues	2	5,3	10,7

## Répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire

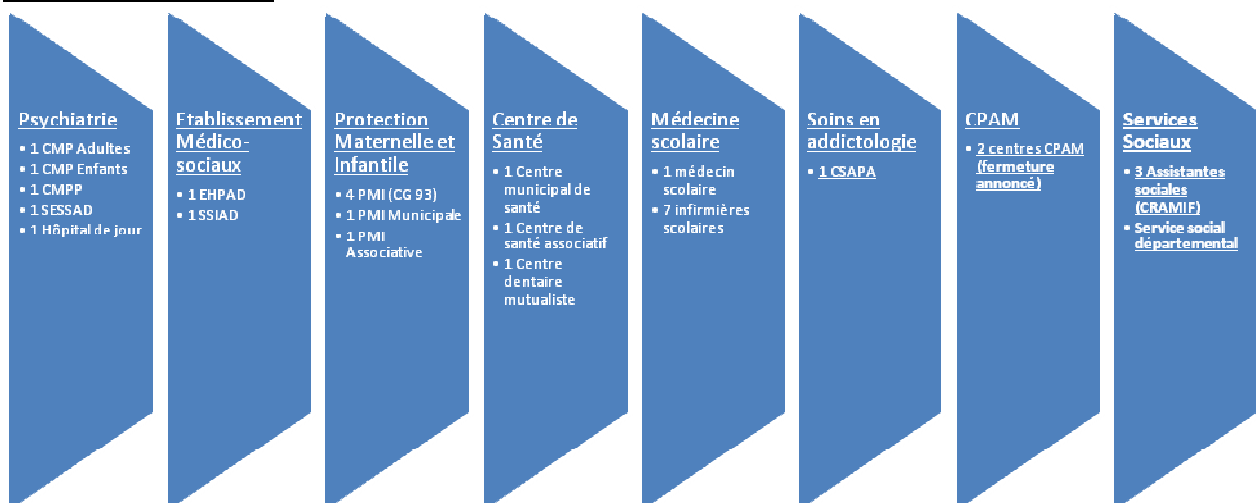


La ville de La Courneuve est sous dotée en professionnels de santé et plus particulièrement pour la médecine de 1<sup>er</sup> recours, justifiant l'attention toute particulière portée par la municipalité, l'ARS, l'Assurance Maladie mais également par les professionnels de santé libéraux et salariés.

Une convention de Guichet Unique facilitant l'orientation et l'installation de professionnels a été signée en janvier 2010

Cette question de pénurie de professionnels de santé se pose également dans la médecine de prévention puisque des difficultés de recrutement sont constatées pour la médecine scolaire et la PMI

### Offre médico-sociale :



## 1.6 - Le système de prévention et son usage

### La protection Maternelle et Infantile :

Il existe avec 6 centres de PMI sur la ville (4 du CG, 1 CMS, 1 CS Associatif) sur un total de 118 au niveau départemental.

La politique départementale de protection maternelle, infantile et de planning familial a pour objectif de permettre aux femmes de vivre leur maternité dans de bonnes conditions et de favoriser le développement harmonieux de l'enfant. Elle vise également à maîtriser la fécondité, à éviter les infections sexuellement transmissibles, à prévenir les conflits familiaux et à soutenir l'exercice de la parentalité.

C'est dans ce cadre que le département de la Seine Saint Denis et la ville de La Courneuve ont signé une convention de délégation de gestion d'activités de protection maternelle et de planification situé dans le centre municipal de santé

Une des enjeux important est de réduire la mortalité infantile qui pour La Courneuve est de 6,1, la Seine-Saint-Denis de 5,4 et l'Île-de-France de 3,9 pour 1000 naissances.

- Les données du conseil général permettent de constater que
- sur le plan obstétrical, les certificats du 8<sup>e</sup> jour ne mettent pas en évidence d'entrée tardive en suivi de grossesse plus fréquente qu'au niveau départemental (la quasi-totalité des femmes entrent en suivi au 1<sup>er</sup> trimestre, selon les bilans des C8)
- 71% des enfants de moins de 6 ans sont suivis en PMI (contre 49 % au plan départemental) ; les visites à domicile des puéricultrices sont nettement plus fréquentes : 16 % contre 6 % au plan départemental
- Par contre les bilans de 4 ans sont assurés pour seulement 42 % des enfants (versus 52 % au plan départemental). Les taux de couverture vaccinale à 4 ans sont aussi bons qu'au niveau départemental (ROR 2 doses, BCG) ou meilleurs (hépatite 3 doses) mais là encore un effet sélection ne peut être exclu

Par ailleurs, en matière de dépistage du cancer du sein, le taux de participation au dépistage organisé est légèrement supérieur au taux départemental, avec un taux de dépistage individuel comparable.

## 2° Principes politiques présidant à l'élaboration du Contrat Local de Santé et choix d'orientation proposés

### 2.1 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 :

- a) 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.
- b) 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
- c) 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
- d) 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
- e) 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
- f) 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.
- g) 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.

## **2.2 Pour réduire les inégalités sociales de santé, articuler les politiques publiques**

**Ces principes politiques, et notamment les trois premiers d'entre eux, imposent une attention particulière à l'articulation entre les politiques de santé et les autres politiques publiques**

### **La santé dans toutes les politiques**

Le rôle décisif des déterminants sociaux de santé dans la construction des inégalités induit que le principe « la santé dans toutes les politiques » est l'un des fondements de l'action. Ce principe rend compte du rôle décisif de ces déterminants sociaux et environnementaux dans la constitution des niveaux de santé. Mais, de façon plus précise, il renvoie aussi au fait que la plupart des politiques publiques non sanitaires ont un impact important, positif ou négatif, sur la santé des habitants.

- L'amélioration de l'habitat, qu'il s'agisse de l'habitat ancien dégradé, des copropriétés, ou des grands ensembles bénéficiant des politiques de renouvellement urbain, constitue l'un des vecteurs les plus concrets de l'amélioration de la santé des habitants
- L'école est un lieu incontournable de promotion et d'éducation à la santé. Elle est l'occasion d'apprendre à considérer sa santé, à prévenir les conduites sexistes ou d'exclusion, à développer l'estime de soi... De façon plus générale, les compétences en qualification, en culture générale, en capacités d'insertion et de socialisation acquises à l'école sont parmi les déterminants de santé les plus fondamentaux, et parmi ceux qui impactent durant toute la vie. Au-delà de l'éducation elle-même, l'action publique en matière de restauration, d'activité périscolaire, menée par la commune est un facteur important de prévention, au même titre que les actions de prévention ou de promotion de la santé.
- A La Courneuve, l'expérience des acteurs locaux montre très concrètement que le développement des politiques sociales (incluant la facilitation de l'accès aux droits, la domiciliation, le soutien aux personnes victimes de violences ou de discrimination, etc...) ou éducatives (incluant les politiques périscolaires et les politiques culturelles) a permis de conforter l'accès aux soins et à la santé des groupes concernés

## **Le rôle spécifique de la politique de la Ville**

La Politique de la Ville 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 la démarche 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.

## **Conforter l'ASV**

La ville, l'agence régionale de santé et la Préfecture souhaitent dans ce cadre conforter le rôle de l'Atelier Santé Ville. 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,

Le coordonnateur ASV constitue un soutien à la mise en place des projets santé sur la ville et favorise leur mise en cohérence. Il impulse des actions dont certaines sont développées dans les fiches ci-après, et mène la coordination des projets et des acteurs sur les territoires en développement urbain.

### **2.3 Pour faciliter les parcours de santé et décloisonner le système de santé, mobiliser la compétence des professionnels de tous exercices et celles des habitants**

**Dans la préparation du Contrat Pluriannuel, les signataires souhaitent, à partir des acquis existants et d'une analyse exigeante de leurs limites, travailler dans deux directions**

**Mobiliser les professionnels de santé de tous exercices : leur rôle est irremplaçable non seulement dans le soin curatif, mais aussi dans la définition et la mise en œuvre de stratégies efficaces en matière de prévention médicalisée (vaccinations, dépistage du cancer, éducation thérapeutique du patient, prévention des séquelles). Pour cela, les signataires souhaitent faciliter, à partir de leurs propres champs de compétence, la réflexion partagée sur les facteurs favorisant l'entrée au bon moment dans le parcours de santé, notamment pour les habitants les plus fragiles**



**Mobiliser les habitants et leurs représentants : l'expérience a montré que les stratégies de prévention primaire et secondaire gagnaient fortement en efficacité lorsque les habitants étaient associés, malgré le poids des difficultés sociales, à la conception et à la réalisation des actions. C'est pourquoi, dans l'élaboration des actions à venir, les signataires souhaitent valoriser :**

- **la participation des habitants à la définition des priorités et des modes d'intervention**
- **la mobilisation des associations agréées et des associations locales d'usagers du système de soins**
- **l'intervention d'acteurs non spécialisés dans les actions de prévention. A titre d'exemple, les associations de parents d'élèves, de locataires, les enseignants, les intervenants jeunesse ou d'insertion, et bien sûr les élus, doivent contribuer, chacun avec leur expertise, à la définition d'actions dans le champ de la santé publique.**

### 3- Les partenaires concourant à des objectifs du CLS

Au-delà des signataires, plusieurs partenaires départementaux ont souhaité contribuer à la réalisation de certaines actions décrites dans ce contrat.

#### **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.

#### **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 Cnam 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 territoriale de santé.

## 4° Les actions concrètes inscrites au CLS 2012 et les pistes de travail ultérieures

Les signataires ont souhaité que le CLS 2012, comme il a été dit plus haut, ne constitue pas un achèvement, mais marque l'initiation d'une démarche. Cette démarche est conduite sous le double objectif :

- a) De conforter les actions partagées qui existent déjà lorsqu'elles ont fait la preuve de leur pertinence et de leur efficacité
- b) De réinterroger les besoins des habitants et les réponses possibles à ces besoins, dans le contexte d'une ville marquée par la précarité et la pauvreté, d'une ville où les inégalités sociales de santé pèsent lourdement, mais aussi d'une ville engagée dans un processus profond de renouvellement urbain et de requalification des quartiers.

Ces deux objectifs immédiats (confortation et réinterrogation) seront conduits selon les principes politiques vus précédemment (chapitre 2)

C'est pourquoi les signataires conviennent de l'organisation suivante pour le CLS 2012.

**L'action 1 comprend l'engagement d'une analyse partagée des besoins de la population**, et des objectifs prioritaires qui peuvent se dégager de ces besoins. A partir de cette analyse, et tenant compte de leurs priorités respectives, les signataires travailleront à proposer un plan d'actions pluriannuel pour le contrat 2013/2017. Cette analyse se fera notamment, mais pas uniquement, à partir des données disponibles à l'échelle de la commune et de ses quartiers (monographie ARS, étude RIR, étude EPIDAURE, cartographie Plaine Commune, etc...).

**Les actions 2 à 13 sont des actions qu'il est possible et nécessaire de conforter dès maintenant.**

**L'axe n° 1** concerne la démographie médicale et l'accès aux soins ambulatoires de premier recours

La fiche 2 évoque l'engagement partagé des signataires pour soutenir la démographie médicale libérale et l'accès aux soins de proximité (fiche portée par l'ASV). Cette fiche est complétée par une fiche portant sur la facilitation de l'exercice professionnel lui-même, celui-ci conditionnant la réalisation matérielle des soins (fiche n°3, introduite suite à une rencontre avec les praticiens libéraux) La fiche 4 rend compte du rôle du centre municipal de santé dans l'accès aux soins des courneuvien-ne-s.

**L'axe n° 2** aborde un certain nombre de champs sanitaires et de pathologies, pour lesquelles il est nécessaire de mettre en place ou de consolider des réponses transversales

Les questions des addictions sont l'objet de la fiche 5, qui aborde à la fois la prévention primaire de ces addictions, et la prise en charge dans le CSAPA municipal.

La santé mentale est une priorité partagée par les trois signataires. La fiche action 6 propose de pérenniser le soutien à des « bonnes pratiques » de type réseau interprofessionnel et décloisonnement. Elle propose également de préparer l'approfondissement du travail sur les réponses apportées à la souffrance psychique des adolescents (lycéens et collégiens) (fiche portée par l'ASV)

Les questions de la périnatalité constituent une priorité importante en Seine-St-Denis. La fiche 7 énonce les principes d'action qui rassemblent sur le territoire des acteurs d'origine institutionnelle différente.

Dépister le cancer du sein est une priorité de l'ARS, de la commune, et de l'ACSE. Pour cela, en complément des actions mises en œuvre par le Comité des Cancers, il est proposé (fiche 8, portée l'ASV) de renforcer la mobilisation des habitantes elles-mêmes, et de doter le CMS d'un mammographe.

L'axe n° 3 propose des actions en direction de deux publics.

D'une part, les personnes âgées (fiches n° 9, portée par l'ASV, et n° 10) se voient proposer des actions de prise en charge et de prévention de certaines formes de vieillissement.

Les personnes demeurant en foyers de travailleurs migrants (fiche n° 11, portée par l'ASV) doivent bénéficier de programmes adaptés, et constituent une population globalement fragile.

L'axe n° 4 porte sur deux questions liées à l'habitat dégradé, considéré comme un déterminant majeur d'inégalités sociales de santé en Seine-St-Denis. La fiche n° 12 traduit la volonté des signataires de maintenir et d'améliorer les actions de dépistage du saturnisme, cependant que la fiche n° 13 aborde la lutte plus générale contre l'habitat insalubre et ses impacts sanitaires.

***Au-delà de ces 12 actions immédiates, souvent déclinées en sous-actions précises mais convergentes, les signataires souhaitent que :***

- ***le processus de diagnostic évoqué en fiche 1***
- ***le processus d'élaboration partagée qui va accompagner ce diagnostic et présider à l'écriture du CLS pluriannuel***

***permettent de développer des actions dans des champs qui sont considérés comme prioritaires dès maintenant :***

- a) Il sera nécessaire d'évaluer les actions qui permettent d'améliorer l'accès aux droits et l'accès aux soins des personnes les plus précaires, mais aussi l'accès aux soins des personnes pauvres, ou en difficultés sociales. Pour cela, il conviendra entre autres de confronter les données fournies par le diagnostic, l'évaluation des leviers et les dispositifs existants (par exemple ACS) afin d'améliorer l'usage de ces dispositifs de droit commun. Si ces enjeux constituent en effet, d'ores et déjà, des points forts des actions mises en œuvre en 2012, il est indiscutablement nécessaire d'aller plus loin.

- b) Il sera nécessaire de conforter et d'améliorer le dispositif global en faveur de la santé des jeunes et des jeunes adultes, avec une attention particulière aux jeunes en situation de rupture scolaire, de difficulté d'insertion, d'emploi précaire
- c) Il sera nécessaire de conforter et d'améliorer la prise en charge du handicap dans la ville, à la fois dans ses spécificités et dans la dimension de l'intégration des personnes vivant avec un handicap dans la cité.
- d) Il sera nécessaire de travailler globalement autour de l'obésité, de la nutrition et de l'activité physique, en prolongement des premières actions engagées dès 2012. Ce travail doit permettre d'identifier les approches globales les plus prometteuses, intégrant à la fois les enjeux liés à la nutrition et ceux liés à l'activité physique dans la ville. Les signataires, pour cette action comme pour les autres, soulignent que le caractère socialement stratifié du surpoids et de l'obésité impose une approche plus intense dans les quartiers les plus en difficultés.
- e) Il sera nécessaire d'améliorer la prévention de la contamination par le VIH, et la question de la sexualité et de la santé sexuelle.
- f) Il sera nécessaire d'améliorer les actions de prévention médicalisée, et notamment de prévention par la vaccination. Ce travail impose une réflexion croisée entre les médecins libéraux, le centre de santé, les PMI, le Conseil général, l'ARS, et les acteurs de proximité dans les quartiers. Cela passe par une mise à plat des dispositifs existants (fichier vaccinal...), et par une analyse plus fine des inégalités infra-communales (dépistage organisé du cancer) ; cette mise à plat devra passer par une association privilégiée des professionnels de santé.

## 5° Pilotage, évaluation, calendrier prévisionnel

### 5.1 Pilotage

**Il est créé un comité de pilotage du Contrat local de Santé. Ce comité de pilotage comprend en particulier :**

- Pour l'Agence Régionale de Santé : la Déléguée territoriale adjointe en charge du pôle santé publique, le responsable du pôle offre de soins, le chargé de projet CLS
- Le PEDEC ou son représentant, le Sous-Préfet de l'arrondissement de Saint-Denis, le représentant de la DDJCS, le représentant de la DRIHL
- Pour la ville de La Courneuve : Maire-adjoint en charge de la santé, Maire-adjoint en charge de la politique de la ville, Directeur Général Adjoint en charge du pôle Santé, direction du Centre Municipal de Santé, coordinateur ASV, etc....

Il comprend également un représentant de la CPAM93, du Conseil général, du Comité des Cancers 93

Il comprend également des représentants des professionnels de santé de différents exercices, ainsi que des représentants d'associations locales et d'associations agréées.

Le comité de pilotage se réunit au moins deux fois par an ;

Aux côtés du Comité de pilotage, il est créé des groupes techniques pour chacun des axes, actions ou thèmes jugés utiles

### 5.2 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 une stratégie d'évaluation globale du processus porté par le CLS.

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

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

### 5.3 Calendrier

Le présent contrat est conclu pour une durée de un an.

Il est la première étape d'une démarche de contractualisation qui sera concrétisée par un contrat pluriannuel de 2013 à 2017. Ce contrat sera préparé selon les règles définies plus haut dès la signature du présent document.

**Axe : Diagnostic**

**Fiche n°1**

**Intitulée : Remettre à jour et approfondir le diagnostic sur l'état de santé à La Courneuve, identifier les leviers d'action pour un contrat pluriannuel**

## **Cadrage et légitimité de l'action**

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

Le territoire de La Courneuve a bénéficié d'un diagnostic santé en 2012, suivi de la mise en place d'un atelier santé ville.

Aujourd'hui, le paysage local a changé : la ville connaît, à travers les processus de développement social et urbain engagés, des mutations importantes. Le paysage sanitaire s'est également modifié.

Enfin, la réflexion scientifique sur les inégalités sociales de santé a évolué, dégagant de nouvelles pistes d'action.

Il est donc important de se re-questionner les besoins de la population de La Courneuve en termes de santé (phase diagnostic) et de repérer les moyens de mieux répondre, à partir de l'existant et en interrogeant d'éventuelles stratégies nouvelles, à ces besoins.

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

Etude menée courant 2012

### **Type d'action envisagée**

Etude-action (ingénierie)

### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

Améliorer la connaissance des besoins locaux

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

Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé (édition FNORS)

## **Insertion et contextualisation**

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

- Permettre une meilleure cohérence, lisibilité et efficacité des actions menées par les acteurs sanitaires et sociaux agissant sur la ville au regard des besoins des usagers en matières de prévention et de prise en charge globale ainsi que la prise en compte de l'offre libérale.

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

Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près des territoires

## **Description de l'action**

### **Porteur du projet**

Mairie de La Courneuve au travers du Centre Municipal de Santé

### **Publics bénéficiaires de l'action**

Bénéficiaires directs : décideurs (élus, DTARS, préfecture) ; professionnels de santé

Bénéficiaires indirects : habitants de La Courneuve et utilisateurs du système de santé

### **Secteur(s) géographique(s)**

Ensemble de la ville

### **Objectifs opérationnels de l'action.**

- identifier les données disponibles à la fois sur le plan quantitatif, qualitatif, géographique et urbain (repérage des sources, des études déjà conduites)
- identifier les informations manquantes et les possibilités de les recueillir
- mettre en place des processus de diagnostic partagé avec les acteurs professionnels de différents exercices, les élus, les usagers et habitants
- identifier les possibilités d'actions concrètes susceptibles d'être inscrites dans un contrat local de santé pluriannuel, en lien avec les orientations de la municipalité, de l'ACSE, de l'ARS
- identifier les éléments de transversalité pouvant être améliorés, en particulier dans le lien entre les différents secteurs (hôpital/ambulatoire ; médical/médico-social, prévention individuelle/prévention collective, etc...)
- Identifier les points d'articulation entre politique de santé et autres politiques publiques pouvant faciliter l'action sur les inégalités de santé

### **Description de l'action**

Le premier temps de l'action consistera à rassembler les données actuellement disponibles sous forme d'études rendues : diagnostic de 2002, volet local de l'étude Epidaure, cartographie de Plaine Commune, monographie de l'ARS, ainsi que les données disponibles et non encore mobilisées, ou partiellement mobilisées (CG93, CDC, CPAM ...)

Il conviendra de repérer celles de ces données nécessitant une mise à jour prioritaire.

Un processus de groupes de travail associant professionnels et non professionnels sera ensuite mis en œuvre. Lors de ce deuxième temps de ce travail, on s'efforcera de confronter les éléments quantitatifs du diagnostic à la perception des acteurs professionnels et habitants.

Ce processus pourra être conduit en partenariat entre l'ASV et la DT ARS, ou, si les conditions financières sont réunies, en recourant à un cabinet extérieur.

Dans les deux cas, le processus sera attentif à deux points

- la mise en place de groupes de travail devrait se faire en préfiguration des groupes thématiques prévu dans le pilotage du CLS, afin d'inscrire la démarche diagnostique dans une logique pré-opérationnelle
- il conviendra d'identifier les besoins et les opportunités spécifiques pour les quartiers en renouvellement urbain et les quartiers sensibles.

### **Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action**

Services municipaux de santé (CMS, SCHS, ASV)

DT ARS

Sous-Préfecture de Saint-Denis

Services municipaux non sanitaires, DRIHL, DDJCS

Partenaires du CLS (CG, CPAM, CDC...), éducation nationale

Professionnels du secteur public (PMI, santé mentale, CHSD etc...)

Professionnels libéraux de la commune, et leurs représentants



Associations et comités de quartier

**Facteurs favorisants identifiés**

Existence de plusieurs études et diagnostics préalables

**Facteurs contraignants identifiés**

**Ressources à mobiliser**

**Contributions de l'ARS**

Mobilisation des services

Financement ingénierie

**Contributions de la ville et de ses établissements publics**

Mobilisation des services

**Contributions de la Politique de la Ville**

Mobilisation des services et de programme ville du SG CIV

**Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS)**

Participation des services et professionnels

**Calendrier de mise en œuvre**

Engagement du processus dès signature du CLS, rendu du diagnostic fin 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**

Le diagnostic vise la question spécifique des inégalités de santé d'une part, de la santé des plus précaires d'autre part

**Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ?**

Autant que faire se pourra, une approche par quartier est demandée.

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Co-porteur du projet

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

## Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Définition de la politique municipale, et définition des priorités régionales dans le PRS	Participation au pilotage du diagnostic	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Recueil de données, analyse des informations, le cas échéant définition du cahier des charges	Si diagnostic réalisé en régie : consolidation de données, organisation de groupes de travail Si BET en opérateur délégué : suivi de l'application du cahier des charges	
Usagers non professionnels de santé	Participation aux groupes de travail et au processus de discussion des priorités	Réunions	
Professionnels autres que de santé	Participation au recueil d'information, participation aux groupes de travail et au processus de discussion des priorités		
Professionnels de santé	Participation au recueil d'information, participation aux groupes de travail et au processus de discussion des priorités		
Autres			

## Suivi, évaluation, réajustements

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

#### Indicateurs de processus

Nature des informations recueillies (diversité des sources, diversité des échelles, etc...)

Nombre de thèmes de travail abordés

Nombre de thèmes de travail ayant donné lieu à proposition pour le contrat pluriannuel

Nombre d'acteurs professionnels et non professionnels ayant participé au processus de diagnostic

**Accompagnement à l'installation des libéraux**

**Cadrage et légitimité de l'action**

- **Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?** La Courneuve classée Zone déficitaire en Médecine Générale par la Mission Régionale de Santé d'Ile de France par arrêté du 14 janvier 2005
- La Courneuve reconnue comme Zone sous-dotée en médecins généralistes par la circulaire N DHOS/DSS/DREES/CNAMTS/130 du 14 avril 2008
- Diagnostic Participatif Santé de l'Atelier Santé Ville de 2002 relevant la problématique de l'offre de soins de proximité

<b>Densité pour 10 000/habitants</b>			
<small>(sources Monographie ARS 2011)</small>			
<b>1.7 Libéraux</b>	<b>La Courneuve</b>	<b>Seine-Saint-Denis</b>	<b>Ile-de-France</b>
Médecins Généralistes	5,9	7,0	9,2
Spécialistes de 1 <sup>er</sup> recours	0,5	2,1	4,8
Infirmiers	6,1	3,6	4,5
Kinésithérapeutes	3,7	4,6	8,1
Chirurgiens dentistes	2,4	3,7	6,8
Pharmacies	3,2	3,1	3,5

**Etat 2011 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention**  
Intervention

### **Type d'action envisagée**

- Mise à jour d'un fichier des professionnels de santé.
- Accompagnement à l'installation des libéraux dans leurs démarches administratives.
- Accompagnement des libéraux professionnels de santé

dans leur difficulté d'exercice : problème de locaux (trop petit, trop grand), problème de voisinage, problème

- d'identification et d'accès, ...

### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

Permettre aux populations un accès aux soins et une proximité de soins

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

- Volet Ambulatoire du SROS – PRS 2012-2016
- Ouverture d'un portail partenarial d'information et de sensibilisation des étudiants, internes et professionnels de santé sur l'installation. PAPS (Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé [www.iledefrance.paps.sante.fr](http://www.iledefrance.paps.sante.fr))
- CPOM URPS – 2012-2014
- Mise en place depuis février 2012 d'une permanence locale d'aide à l'installation à la DT 93
- Organisation d'une journée découverte départementale interprofessionnelle

La ville est signataire de la convention de Guichet Unique pour l'installation des professionnels de santé sur le département avec la CPAM et la DTARS.

## **Insertion et contextualisation**

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

- Favoriser l'installation et le maintien de professionnels de santé libéraux

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

Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) :

L'offre Ambulatoire

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

## Description de l'action

### Porteur du projet

Atelier Santé Ville

### Publics bénéficiaires de l'action :

L'ensemble de la population courneuvienne et plus particulièrement ceux du quartier nord. Quartier essentiellement démuné en professionnels de santé. (voir carte annexe à la fiche action)

### Secteur(s) géographique(s)

Territoire de La Courneuve et plus particulièrement celui en ZUS

### Démarrage de l'action : 2004

### Objectifs opérationnels de l'action.

- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé libéraux
- Maintenir les professionnels de santé dans les quartiers

### 2004 / 2011 :

#### Installation :

Avec l'aide de nombreux partenaires sensibilisés par la question de l'offre de soins de proximité recherche et orientation de nouveaux libéraux vers l'Atelier Santé Ville afin de faciliter leurs installations :

- Recherche de cabinets médicaux
- Information d'installation auprès de la population
- Orientation vers les différents services de l'Etat et de la ville
- Recherche de financements possible pour l'aide à l'installation
- Mise à jour de la cartographie des professionnels de santé.

Une réflexion autour de la valorisation du territoire communal, des atouts de La Courneuve, des moyens de porter ces atouts auprès des jeunes professionnels sera engagée en lien entre les professionnels de santé et les différents pouvoirs publics.

- Prévision dans la mesure du possible des départs à la retraite des professionnels de santé libéraux

#### Maintien :

- Accompagnement des libéraux dans leur difficulté d'exercice : problème de locaux (trop petit, trop grand), problème de voisinage, problème d'identification et d'accès, ... L'accompagnement peut se traduire en recherche de nouveau locaux, médiation possible avec le voisinage, information d'identification dans le magazine de la ville ou recherche de nouveau professionnels de santé souhaitant s'installer à plusieurs

#### Articulation offre de soins programmé/offre de soins non programmée :

La question de l'offre de soins de premiers recours devra être examinée dans une double optique : celle des soins programmés, par définition les plus adaptés à un parcours de soins de qualité pour le patient. Et celle des soins non programmés, pour lesquels une réflexion sera menée prenant en compte les structures existantes desservant le territoire courneuvien (Maison médicale de Garde de St Denis) et d'éventuelles autres structures libérales susceptibles de contribuer à cette offre de soins non programmée.

**Acteurs impliqués** dans la mise en œuvre de l'action

- Atelier Santé Ville
- CPAM 93
- ARS
- Plaine Commune
- Plaine Commune Habitat
- ODHLM 93
- S.A Plaine de France
- ...

**Facteurs favorisants identifiés**

- Partenariat avec les bailleurs
- Zone déficitaire :
  - o Aide forfaitaire de 20% de l'activité annuelle
  - o Aide forfaitaire d'astreinte
- Zone Franche Urbaine

Exonération fiscales et sociales

**Facteurs contraignants identifiés**

Manque de locaux commerciaux pouvant accueillir un cabinet médical

Ressources à mobiliser :

**Contributions de l'ARS**

L'ARS mobilise les leviers à sa disposition : l'agence est favorable au classement de La Courneuve en zone déficitaire, permettant de mobiliser les outils réglementaires ad hoc. Par ailleurs, elle soutient l'offre de soins non programmés à travers le PDS (et donc la maison médicale de garde de St Denis)

Ressources à mobiliser :

**Contributions de la ville et de ses établissements publics**

Ressources à mobiliser :

**Contributions de la Politique de la Ville**

- La Ville, au travers de l'ASV, accompagne les professionnels dans leurs projets d'installation.

Ressources à mobiliser :

**Contribution des autres partenaires** (non signataires du CLS)

Les bailleurs partenaire à l'action permettent de mettre en priorité l'installation de libéraux

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

Voir description 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...)

Le déficit en professionnels de santé très marqué à La Courneuve atteint notamment des catégories sociales pour lesquelles la recherche d'un système alternatif au-delà de la proximité est plus difficile. Tenter de limiter ce déficit est donc un « pré-requis » pour faciliter l'accès aux soins des personnes en difficultés.

### **Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ?**

(prise en compte de zones géographiques spécifiques)

Faire que la répartition d'installation de libéraux soit la plus équitable possible passe par des efforts spécifiques sur les quartiers en Politique de la Ville pour lesquels le déficit est le plus net.

### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'Atelier Santé Ville est porteur et pilote de ce projet

### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Dans le cadre de la Rénovation urbaine, ce travail prévoit d'inclure des cabinets pluridisciplinaires dans les quartiers en renouvellement urbain

## Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Validation du Maire et de l'Elue à la Santé	Validations des actions	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Commune : pilote (ASV) ARS/Préfecture : Consultatif		
Usagers non professionnels de santé			
Professionnels autres que de santé	CPAM : consultatif		
Professionnels de santé	Identification des difficultés et des besoins d'appui, propositions d'action		
Autres			



## Suivi, évaluation, réajustements

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

Indicateurs : outils spécifiques

### **Indicateurs de processus**

#### **Processus :**

Mobilisation des partenaires dans cette thématique

Evolution du nombre de libéraux sur La Courneuve.

Indicateurs : outils spécifiques

### **Indicateurs d'activité**

#### **Activité :**

Nombre de professionnels souhaitant s'installer

Nombre de professionnels suivis dans le cadre de leur exercice

Indicateurs : outils spécifiques

### **Indicateurs de résultats**

#### **Résultats :**

Nombre de professionnels installés

### **Dispositif d'évaluation participative**

**Axe :**

**Améliorer l'accès aux soins ambulatoires et à la prévention individuelle en facilitant l'exercice des professionnels de santé**

## **Cadrage et légitimité de l'action**

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

- a) L'exercice des professionnels de santé libéraux sur une ville populaire comme La Courneuve est l'une des clefs de la lutte contre les inégalités de santé, puisque cet exercice conditionne non seulement l'accès concret aux soins, mais aussi la facilitation de la prévention « au quotidien » (hygiène...) et de la prévention médicalisée (suivi des traitements, vaccinations, dépistages organisés...)
- b) Cet exercice doit être facilité « quantitativement », mais aussi « qualitativement ». Des actions ayant comme objectif de faciliter l'implantation de nouveaux praticiens (par les stages, les incitations, la communication, etc...) sont importantes mais insuffisantes. Par exemple, sur La Courneuve, il existe une tradition importante d'accompagnement des jeunes professionnels (stages) sans que cela suffise à infléchir la démographie.
- c) Il existe sur la commune un engagement fort de praticiens libéraux pour l'accès aux soins et à la prévention des habitants y compris les plus pauvres, mais cet engagement se heurte à des difficultés de trois ordres
  - a. Très concrètement, des complexités administratives apparaissent lorsque les praticiens font valoir les droits des patients dans certains cas (déclarations de grossesse, CMUc, traitements de l'infertilité, etc...). ces complexités sont moins bien résolues qu'auparavant
  - b. Il est nécessaire de remettre à jour le fonctionnement en réseau, non pas tant intra-professionnels de santé qu'en lien avec les autres intervenants, notamment sociaux
  - c. Les professionnels pratiquent la prévention au quotidien, à travers des conseils, un accompagnement des patients... Mais cette pratique est ralentie par l'absence d'outil disponible adapté à la population courneuvienne, particulièrement lorsqu'elle est non-francophone et/ou non-lectrice

- d) Les professionnels souhaitent apporter leur expertise sur des questions de santé publique, et notamment sur
  - a. Les questions de vaccinations
  - b. Les stratégies pour le dépistage des cancers
  - c. La périnatalité
  
- e) Enfin, des questions de fonctionnement quotidien (stationnement, sécurité, etc...) rendent la tâche des professionnels plus difficile.

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

### **Intervention**

#### **Type d'action envisagée**

**Réseaux interprofessionnels**

#### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

**Facilitation de l'accès aux soins**

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

## **Insertion et contextualisation**

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

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

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

## **Description de l'action**

#### **Porteur du projet**

**Ville de la Courneuve**

#### **Publics bénéficiaires de l'action**

**Bénéficiaires immédiats : professionnels de santé**

**Bénéficiaires indirects : assurés et habitants de la commune**

#### **Secteur(s) géographique(s)**

**commune.**

**Objectifs opérationnels de l'action.**

### **Objectifs généraux pour un travail en commun**

Les objectifs semblent de deux ordres

Rendre le territoire courneuvien attractif pour de jeunes professionnels en recherche d'installation, et faciliter matériellement l'exercice professionnel

Faciliter l'intervention des professionnels dans les actions de santé publique, la prévention, la lutte contre les inégalités de santé.

### **Objectifs spécifiques**

A terme, il est proposé de travailler sur les axes suivants :

- améliorer l'attractivité de La Courneuve pour les jeunes professionnels : cet objectif fait l'objet de la fiche « démographie médicale »
- réduire les obstacles administratifs dans les processus d'accès aux soins des patients
- réduire les difficultés matérielles rencontrées par les professionnels dans leur exercice.
- mettre à disposition des professionnels des informations concrètes sur les moyens disponibles à l'échelle locale
- faciliter la pratique préventive des professionnels
- faciliter la participation des professionnels à l'élaboration des actions locales de santé publique

### **Description de l'action**

#### **Description des leviers d'actions**

Durant la première partie du CLS (phase 2012), qui sera essentiellement consacrée à l'amélioration des démarches existantes et à la préparation du contrat 2013-2017, la mise en œuvre pourrait se décliner ainsi.

1- Le **diagnostic de santé publique** (problèmes prioritaires, etc...) mis en œuvre par la ville et l'agence s'efforcera de

- recueillir les points de vue des professionnels sur les questions prioritaires à traiter et les leviers d'action disponibles
- essayer d'identifier et de comprendre les freins à l'accès aux soins chez les personnes ne fréquentant pas les professionnels, en particulier pour des groupes de population (personnes âgées) pour lesquels cette fréquentation est d'habitude régulière.

Tous les éléments disponibles actuellement et à venir sont à partager avec les professionnels de santé.

2- Un groupe de travail entre les praticiens libéraux, l'ARS, la ville, et la CPAM va établir la liste des situations de difficultés administratives qui compliquent **l'accès aux droits des patients**, et les moyens de remédier à certaines d'entre-elles.

3- La commune va établir des contacts avec les professionnels pour faire **le point sur les difficultés de l'exercice à domicile**, en particulier de stationnement, et la faisabilité des réponses, en lien avec le commissariat notamment

Il sera proposé de petites séances de travail pour améliorer les démarches communes dans quatre domaines

- **l'éducation pour la santé à l'échelle individuelle** dans les cabinets, notamment en direction des familles parlant peu ou mal le français : quels outils existent actuellement, lesquels manquent ? Que peut-on proposer de pragmatique (support : papier, audio-visuel ; mode d'adaptation : téléchargements, autres, etc...) ?
- **périnatalité** : perception de la situation actuelle par les professionnels, comment améliorer les réseaux existants, comment améliorer le suivi des femmes enceintes et des enfants en bas âge (en lien avec la fiche ad hoc dans le CLS)
- **vaccinations** : comment atteindre les enfants qui consultent peu, les personnes âgées ?
- **dépistage du cancer** : quels sont les points d'accord et de désaccord sur les stratégies de dépistage organisées ? Où en est-on de la disponibilité en examens mammographiques sur la commune ? Comment renforcer la participation des femmes que l'on a du mal à atteindre ?

Ces séances de travail s'articuleront avec les groupes thématiques mis en place au sein du CLS ou dans sa préparation, en tenant compte des fortes contraintes des professionnels.

Il est rappelé que des représentants des libéraux sont attendus au comité de pilotage du CLS

**Acteurs impliqués** dans la mise en œuvre de l'action

**ASV/CMS**

**Praticiens libéraux**

**Facteurs favorisants identifiés**

**Facteurs contraignants identifiés**

**Ressources à mobiliser**

**Contributions de l'ARS**

**Contributions de la ville et de ses établissements publics**

**Contributions de la Politique de la Ville**

**Contribution des autres partenaires** (non signataires du CLS)

## **Calendrier de mise en œuvre**

Démarrage immédiat

## **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...)

**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

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

## **Pilotage et participation des partenaires**

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs			
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**

**Indicateurs de processus**

**Indicateurs d'activité**

**Indicateurs de résultats**

**Dispositif d'évaluation participative**

<b>Axe : Démographie médicale et accès aux soins ambulatoires de premier recours</b>
<b>Fiche n°4</b>
<b>Intitulée : Le CMS, outil de l'accès aux soins et aux droits</b>

## Cadrage et légitimité de l'action

Le centre municipal de santé s'inscrit dans la volonté de la municipalité de permettre à la population courneuvienne d'accéder à un meilleur état de santé, aux moyens sanitaires et sociaux permettant de répondre aux besoins et aux dispositifs favorisant tous les modes de prévention.

La population est particulièrement victime des discriminations sociales. Le chômage augmente, le revenu moyen par habitant place la ville de La Courneuve, à ce titre, dans la dernière catégorie. L'étude Epidaure à laquelle le CMS a participé montre que les usagers de celui-ci sont à 60% concernés par une vulnérabilité sociale conséquente.

La pénurie des soignants se fait sentir de manière plus importante. Les hôpitaux du secteur ont du mal à recruter dans certaines catégories. Les kinésithérapeutes, les infirmières, les chirurgiens dentistes libéraux se raréfient.

Au centre de santé les recrutements sont de plus en plus difficiles. L'attente pour avoir un rendez-vous demeure longue pour plusieurs activités : échographie, gynécologie, soins dentaires, kinésithérapie, dermatologie, ophtalmologie, phlébologie et même la médecine générale.

### Accessibilité et population

En matière de santé on compte 6,2 médecins libéraux pour 10 000 habitants. C'est une des villes du département sous équipées en médecins spécialistes.

30% de la population est bénéficiaire de la CMU (base ou complémentaire).

Le centre de santé accueille chaque année environ 13 000 personnes pour le centre médical et 4 300 personnes pour le centre dentaire. La population courneuvienne représente 77% des personnes fréquentant le centre de santé pour le centre médical et 68% pour le centre dentaire.

Cette analyse est relayée par l'étude Epidaure réalisée sur l'initiative de la fédération nationale des centres de santé (FNCS) et réalisée en partenariat avec le Centre d'Examen de Santé de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de Seine Saint-Denis et l'Irdes.

Le projet de recherche Epidaure-centre de santé avait pour objectif de mieux appréhender et valoriser les spécificités des centres de santé en termes d'accessibilité aux soins, notamment pour les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale.

Il conclut que le quartier dans lequel se situe le centre de santé et qui constitue la zone d'attraction principale concentre les indicateurs de précarité (chômage, famille monoparentale...). Néanmoins on retrouve à l'échelle de la ville ces mêmes difficultés.

### **Insertion et contextualisation**

Inscription dans le plan local de santé

Inscription dans le PSRS :

## **Description de l'action**

Porteur du projet : Le centre municipal de santé

### **Publics bénéficiaires de l'action**

Tous les usagers du centre de santé, dont les plus démunis, et le public en grande difficulté sociale

### **Secteur(s) géographique(s)**

Bénéficiaires : ensemble de la commune (77 %) et non courneuviens (23 %)

### **Objectifs opérationnels de l'action.**

Permettre à l'ensemble des usagers du centre de santé d'accéder à des soins de qualité, pour une prise en charge globale du patient.

Lutter contre les inégalités sociales en matière de soins.

### **Publics bénéficiaires de l'action**

Usagers du centre de santé, dont les plus démunis et le public en grande difficulté sociale

### **Description de l'action**

#### **a) Facilitation de l'accès aux droits**

-Usage et information des usagers quant aux dispositifs favorisant l'accès aux soins, à savoir : CMU, CMUC, AME, ACS.

-Organisation d'interventions collectives pour former le personnel administratif aux nouveaux dispositifs CPAM

-Amélioration de l'accès (plus rapide) à l'assistante sociale (aide concrète aux personnes)

#### **b) Facilitation de l'accès aux soins :**

Pratique unique du secteur 1

Pratique du tiers payant, conventionnement mutuelles

Structuration des soins de premiers recours autour d'une continuité des soins, et de l'accueil des urgences

Elaboration d'un dossier commun partagé, et informatisation de ce dossier commun en cours.



### **c) Amélioration de la qualité des soins et des filières**

Développement des partenariats

Paielement des professionnels de santé à la vacation

#### **Maintenir un plateau technique de qualité**

Pratique de dépistage, et actions de santé communautaires

d) Amélioration globale du dispositif :

Est envisagée la reconstruction du centre municipal de santé qui doit prendre en compte d'une part la situation médico-sociale des personnes fréquentant ce dernier et d'autre par les contraintes budgétaires.

#### **Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action**

La municipalité

L'ensemble des professionnels du centre de santé

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Facteurs favorisants identifiés

Bonne reconnaissance de l'équipement par les usagers, adhésion de la population.

#### **Facteurs contraignants identifiés**

Au centre de santé les recrutements sont de plus en plus difficiles. L'attente pour avoir un rendez-vous demeure longue pour plusieurs activités : échographie, gynécologie, soins dentaires, kinésithérapie, dermatologie, ophtalmologie, phlébologie et même la médecine générale.

*Ressources à mobiliser*

#### **Contribution de l'ARS**

Mise en place au niveau régional d'un travail sur l'équilibre financier des Centres Municipaux de Santé

#### **Contributions de la ville et de ses établissements publics**

**Fonctionnement** : prise en charge par la ville de coûts de structures non couverts par les remboursements assurance maladie

**Investissement** : inscription de la reconstruction du CMS au budget communal

#### **Contributions de la Politique de la Ville**

Inscription de la reconstruction du CMS dans la programmation de renouvellement urbain de l'ANRU

## Calendrier de mise en œuvre

### **Action permanente, menée depuis plus de 35 ans par la municipalité**

Reconstruction du CMS : faisabilité et étude d'implantation 2012, mise en œuvre 2013-2015

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

#### **Inégalités sociales :**

L'étude EPIDAURE à laquelle le CMS de La Courneuve a contribué documente la capacité de ces institutions à faciliter l'accès aux soins des personnes éloignées ou en difficultés financières.

L'apport du CMS se situe d'une part sur la facilitation de l'accès aux soins de premier recours (médecine générale), d'autre part à la facilitation de l'usage de filières de soins de qualité pour les soins de seconde ligne, dont on sait qu'ils sont plus particulièrement l'objet d'inégalités sociales.

**Inégalités territoriales :** le territoire de La Courneuve est marqué par un déficit net en médecine de premier recours comme en spécialistes. La pérennisation du CMS contribue à corriger partiellement l'écart avec le niveau de référence régional.

#### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Coordination, relais avec le secteur libéral du secteur.

Quelle articulation avec la politique de la Ville ?

Projet de reconstruction du Centre Municipal de Santé en lien avec l'ANRU

## **Pilotage et participation des partenaires**

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Impulser, programmer	réglementaire	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Diagnostic, financements	Accompagnement, suivi de l'action	
Usagers non professionnels de santé	Avis, consultation		
Professionnels autres que de santé	Information, orientation	Pratique professionnelle	
Professionnels de santé	Information, orientation	Pratique professionnelle	
Autres			

## Suivi, évaluation, réajustements :

**Mise en place de bilans d'étape : nombre de personnes touchées, rencontrées, aidées**

Nombre de formations auprès du personnel ? organisées, en collaboration avec les AS du secteur.

Diminution des personnes sans couverture sociale

Il n'y a actuellement aucun indicateur de suivi en routine au CMS

**Axe 2 : thèmes sanitaires**

**Fiche n°5**

**Intitulée : Centre de Soins d'Accompagnements des Patients en Addictologie (CSAPA)**

### *Cadrage et légitimité de l'action*

La consommation de tabac et d'alcool reste élevée chez les jeunes et favorise les comportements à risque.

L'histoire de l'alcool est ancienne et sociale. L'inconscient collectif a reconnu à l'alcool différentes vertus : pouvoir de désaltération, habitude sociale, pouvoir médicamenteux, analgésique, communion spirituelle fortifiant, ... L'alcool fait donc partie de notre culture. Tout au long de l'histoire, tout ou partie de notre société a donc considéré que l'alcool était un produit qui redonnait des forces et favorisait les contacts.

Constat :

En France, la consommation des plus de 15 ans reste élevée.

- L'alcool est le produit le moins typé socialement, touchant femme et homme, riches et pauvres.

- On estime que 5 millions de français ont des soucis d'alcool : 2 millions sont dépendants, 3 millions consomment de manière abusive.

- 1 homme hospitalisé sur 3 a des problèmes d'alcool.

- On dénombre 46000 décès par an liés directement à l'alcool.

- L'alcool est à l'origine de 19% des délits (dont 60% sont des violences à enfant)

- En cas d'alcoolisation, le risque d'accident de la route est multiplié par 2 (à 0,5g/l – environ 2 verres), par 5 (à 0,7g/l), par 10 (à 0,8g/l), par 35 (à 1,20g/l).

- On estime que 15 à 20% des accidents du travail sont liés à la consommation d'alcool.

**La consommation de tabac dans notre pays touche 15 millions de personnes, soit 33% de la population de 12 à 75 ans avec plus de 85% de fumeurs quotidiens et au moins 50% de dépendants. Il est responsable d'un décès sur neuf (soit 70 000 par an). Il faut par ailleurs insister sur la gravité, la quantité, la diversité des complications médicales, ainsi que sur l'importance des dépendances chimiques et psychologiques.**

**Le tabagisme est à la fois l'addiction la plus fréquente et la première cause évitable de morbidité et mortalité. Fumer est dangereux à long terme pour la santé et entraîne un risque très important de dépendance justifiant la légitimité des politiques publiques de lutte contre le tabagisme**

L'alcoolisme et le tabagisme sont des thèmes de santé publique particulièrement prégnant chez les populations précarisées. La consommation de tabac et d'alcool varie selon le niveau social et elle est nettement plus élevée chez les personnes en situation de précarité pour qui les répercussions financières et sanitaires sont lourdes de conséquences.

La population de La Courneuve est de 36 915 habitants (INSEE recensements 2008). Cette population se caractérise par sa jeunesse : 33% de la population pour la tranche de 0 à 19 ans contre 12% pour la tranche des plus de 60 ans.

30% de la population est bénéficiaire de la CMU (base ou complémentaire), on dénombre 48% de logements sociaux sur la ville, 45% de la population vit en zone ZUS.

La population est particulièrement victime des discriminations sociales. Le chômage augmente, le revenu moyen par habitant place la ville de La Courneuve, à ce titre, dans la dernière catégorie. L'étude Epidaure à laquelle le CMS a participé montre que les usagers de celui ci sont à 60% concernés par une vulnérabilité sociale conséquente. Le CSAPA permet un accompagnement personnalisé du patient dans le cadre du suivi de la maladie et de sa réintégration sociale et familiale.

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

Créé il y a plus de 25 ans pour effectuer la prise en charge des patients alcooliques, le CSAPA s'est élargi au fil du temps aux problèmes liés au tabac.

Les actions menées dans le cadre du CSAPA sont :

- Soins individuels en cabinet avec des consultations avec alcoologues et tabacologues dans le centre de santé et aide aux familles.
- Période de sevrage.
- Prévention de la rechute.
- Prise en charge sociale du patient et de son entourage
- Formation, prévention en direction des acteurs relais

Les actions menées dans le cadre du CMS sont :

Prévention alcool auprès des jeunes

Prévention : tabac auprès des jeunes

### **Type d'action envisagée**

Volet accompagnement médico-social :

**Prise en charge globale de la personne ayant des conduites addictives (alcool / tabac).**

**Suivi des conséquences**

**Sevrage**

**Aide à l'entourage.**

Action d'information-sensibilisation-formations

Les réunions « d'information/sensibilisation/formation » sont préparées en amont avec les responsables des secteurs visités. Ceci permet de bien faire comprendre la démarche, de faciliter la réflexion et les questionnements qui pourront intervenir lors de la réunion. Lors de ces échanges la notion d'addiction est abordée.

#### Prévention alcool auprès des jeunes

### **Action en direction des classes de collèges et de la seconde à la terminale des lycées de la ville**

Ces réunions avec les acteurs ciblés par notre action ont lieu en trois temps : présentation d'un support vidéo puis un exposé et enfin un débat avec réponse aux questions..

### **Prévention : tabac**

Partenariat avec l'éducation nationale et le service éducation pour l'organisation d'information aux enseignants et animateurs et de séances de prévention en direction des enfants et des jeunes.

#### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

Les problèmes dus à l'alcool nous paraissent être prioritaires, eu égard au nombre de personnes concernées, à la quantité de pathologies engendrées et à la diversité et à la gravité des problèmes sociaux consécutifs et aux dépenses de santé engendrée par ces derniers.

Sachant que 75% des adolescents ont déjà expérimenté l'alcool et que 10 à 25% en consomment régulièrement, voire pratiquent des poly-consommations en milieu festif ou non, il nous apparaît cohérent de privilégier des actions de prévention et d'éducation sanitaire en direction des jeunes des collèges et des lycées pour y envisager les problèmes de l'alcool et de la dépendance.

L'importance du tabagisme, la gravité et la multiplicité de ses conséquences sur la santé sont les premières raisons qui justifient cette démarche.

Les phénomènes de dépendances liées au tabagisme permettent de faire comprendre ces mécanismes et sont l'occasion de montrer aux jeunes les manipulations dont ils sont victimes.

**Faire connaître les méfaits du tabac sur la santé, surtout en terme de qualité de vie , l'intérêt de ne pas commencer à fumer**

Faire comprendre les phénomènes de dépendance.

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

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcool-dépendance est définie par le [Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011](#). Les objectifs généraux affichés dans le Plan consistent à prévenir les "conduites d'alcoolisation massives" des jeunes et modifier les représentations par rapport à l'alcool. La Commission des affaires sociales du Sénat a déposé le 23 juillet 2008 un rapport faisant le point sur l'état des connaissances en matière de dépendance aux substances (tabac, alcool, drogues) et aux comportements (jeux de hasard et jeux vidéos).

Les études menées depuis 1993 par l'observatoire français des drogues et toxicomanies montrent que les pratiques addictives évoluent : sont ainsi admis dans les consultations hospitalières d'urgence des personnes de plus en plus jeunes, adolescents ou préadolescents dépendants à une ou plusieurs substances, car les mélanges sont fréquents. Face à ces évolutions, et tout en soulignant le bien fondé des dernières mesures adoptées en faveur de la santé des jeunes (Plan santé des jeunes, mesures contre le phénomène d'alcoolisation massive des jeunes), la Commission recommande l'élaboration d'un outil de mesure du phénomène addictif, le renouvellement du discours préventif dispensé dans les établissements scolaires.

Les campagnes nationales de sensibilisation sont autant de supports et relais des actions que nous menons sur le terrain.

### *Insertion et contextualisation*

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

**Les Contrats Locaux de Santé sont évoqués dans deux sections de la loi sur la réforme de l'hôpital (Loi HPST ou dite loi Bachelot) celle concernant le Plan Régional de Santé (PRS) et celle relative aux territoires de santé.**

**La ville de La Courneuve, engagée depuis toujours dans une politique de santé, souhaite s'associer à cette signature de contrat local de santé, afin de conforter les actions qu'elle mène sur son territoire.**

Les élus, dans le projet municipal ont réaffirmé leur volonté de pérenniser l'activité du centre municipal de santé et confirmer leur engagement pour que soit poursuivi le travail engagé depuis de nombreuses années par le Centre Municipal de Santé et par le CSAPA, avec les orientations portées de longue date autour de l'alcool et du tabac en terme d'accueil et de prise charge des usagers et de leur famille, ainsi qu'en terme de prévention et d'éducation à la santé.

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

Le plan gouvernemental 2008/2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies, s'est fixé comme objectif de faire reculer durablement les consommations de drogues illicites et les consommations excessives d'alcool en France en utilisant tous les leviers de l'action publique.

Près de 80% de ses mesures concernent la prévention, le soin, l'insertion et la réduction des risques ainsi que la formation et la recherche.

### *Description de l'action*

## **Porteur du projet**

Pour l'ensemble des volets, les actions sont menées par le Centre Municipal de Santé et par le CSAPA.

## **Publics bénéficiaires de l'action**

### **Pour le volet accompagnement médico-social**

Prise en charge : du patient alcoolique, aide aux familles, prise en charge du patient fumeur.

#### Action d'information-sensibilisation-formation

Le volet formation s'adresse aux acteurs relais (enseignants, animateurs, entreprises, objectif RMI). Cette démarche est initiée par l'équipe du CSAPA pour permettre aux acteurs relais confrontés aux alcooliques, aux conséquences sociales, à la pathologie alcoolique, à l'entourage alcoolique, de mieux être informés et mieux être en capacité de répondre aux demandes ou aux situations.

#### Prévention alcool auprès des jeunes

Jeunes des lycées, des collèges, du service jeunesse, les résidences étudiants du territoire de La Courneuve, Dugny et Le Bourget : territoire couvert par notre CSAPA.

### **Prévention : tabac**

Jeunes scolarisés et centres de loisirs sur le territoire de La Courneuve.

#### Secteur(s) géographique(s)

L'ensemble du territoire couvert par le CSAPA : les villes de La Courneuve, Dugny et Le Bourget pour le volet soins, formation et prévention alcool.

Le territoire de La Courneuve pour les actions de prévention tabac.

#### Objectifs opérationnels de l'action.

##### Volet accompagnement médico-social :

**Prise en charge médico-sociale de la personne ayant des conduites addictives (alcool/tabac).**

**Suivi des conséquences**

**Sevrage**

**Prévention des rechutes**

**Aide à l'entourage.**

#### Action d'information-sensibilisation-formation :

- Expliquer la pathologie alcoolique, l'alcoolémie, les équivalents alcool-quantité, la notion de buveur excessif, les aspects somatiques et psychiatriques.
- Faire comprendre l'identification, le repérage d'un alcoolique, comment aborder le problème avec lui, comment susciter l'envie de traitement, comment aider un alcoolique.
- Expliquer l'utilisation du questionnaire du CFES.
- Evoquer la prévention, les causes d'alcoolisation, les traitements possibles.
- Utilisation d'interventions brèves
- Envisager les problèmes de dépression et d'alcoolisme, de dépendance à l'alcool et aux autres addictions, les difficultés à « s'en sortir ».
- Informer sur l'accueil d'une personne en état d'ivresse, sur l'alcool au travail, les réglementations, la tolérance sociale de la maladie alcoolique.
- Informer de la liste des divers acteurs ressources sur le secteur.



- Aider les Directions de ressources Humaines et les représentants du personnel à appréhender les problèmes liés à l'alcool sur les lieux de travail en participant à la rédaction de charte et de règlements intérieurs.

## **Prévention alcool auprès des jeunes**

Le Plan gouvernemental souligne les phénomènes inquiétants d'alcoolisation massive des jeunes" ("binge drinking"), dans le contexte d'une baisse générale du niveau de consommation d'alcool par habitant en France.

**Action en direction des classes de la seconde à la terminale des lycées du secteur :**

**Réunions préparatoires avec les équipes pédagogiques**

**Rencontre de présentation de la démarche dans les classes**

**Information et débat dans chaque classe avec les alcoologues et l'assistante sociale : support vidéo ou autre.**

**Travail d'appropriation des messages par le jeunes, au travers de moyens : dessins, textes, théâtre.**

Eventuellement représentation d'une pièce de théâtre suivie d'un débat.

## **Prévention : tabac**

**Démarcher et intéresser l'inspection de circonscription, les établissements scolaires, les enseignants, ...**

**Aborder avec les enfants dans chaque classe les thématiques précitées.**

**Veiller à l'appropriation des messages : organisation et mise en place de réalisation, de supports artistiques ou autres (dessins, chansons, textes) .**

**Favoriser le renouvellement de l'expression des jeunes en valorisant leur expression par la réalisation d'affiches, et des fascicules.**

Faire le lien entre phénomènes de dépendances et utilisation de ceux ci pour manipuler les populations.

### **Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action**

Médecins faisant partie du CSAPA, assistante sociale du CMS, administratifs, médecins libéraux et du travail, associations, la CAF.

L'Education Nationale, les équipes pédagogiques des collèges et lycées, infirmières et médecins scolaires, médecins, infirmières, administratifs, l'ASV.

L'inspection académique, les centres de loisirs, infirmières scolaires, Directions d'établissements.

## **Facteurs favorisants identifiés**

5 Millions de personnes, en France, ont des difficultés médicales, psychologiques et sociales liées à leur consommation d'alcool et on estime à 2 millions le nombre de dépendants à l'alcool. 75% des adolescents ont déjà expérimenté l'alcool et 10 à 25% en consomment régulièrement. L'alcool est responsable de 45 000 décès par an.

Pour répondre aux nouveaux modes d'alcoolisation des jeunes", la loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) adoptée le 21 juillet 2009 interdit la vente d'alcool aux moins de 18 ans (contre 16 ans aujourd'hui), "et cela quels que soient les lieux et mode de vente ». La baisse du taux d'alcoolémie autorisé pour la conduite d'un véhicule contribue à la lutte contre les dangers de l'alcool au volant.

La consommation de tabac dans notre pays touche 15 millions de personnes, soit 33% de la population de 12 à 75 ans avec plus de 85% de fumeurs quotidiens et au moins 50% de dépendants. Il est responsable de 70 000 décès par an.

Face aux risques avérés que le tabac représente pour la santé, la promotion et la vente de tabac ainsi que sa consommation dans des lieux publics sont réglementées en France depuis une trentaine d'années.

Nos actions sont confortées par les campagnes nationales de sensibilisation.

## **Facteurs contraignants identifiés**

La consommation de tabac et d'alcool reste élevée chez les jeunes.

L'histoire de l'alcool est ancienne et sociale. L'inconscient collectif a reconnu à l'alcool différentes vertus : pouvoir désaltérant, habitude sociale pouvoir médicamenteux, analgésique. En tant que lubrifiant social l'alcool fait partie de la culture, même si aujourd'hui la prise de conscience des risques liés à la conduite sous l'emprise de l'alcool semble plus marquée la consommation globale hors ce cadre semble elle constante et même accentuée.

Pour le tabac la consommation féminine augmente, et l'âge moyen de l'initiation semble se faire de plus en plus tôt, d'où l'intérêt d'adapter les messages de prévention.

Concernant l'alcoologie, le manque de professionnels formés rend difficile la prise en charge.

### ***Ressources à mobiliser***

#### **Contributions de l'ARS**

Financements du CSAPA (crédits assurance maladie) et financement des actions de prévention menées par le CMS en lien avec le CSAPA.

#### **Contributions de la ville et de ses établissements publics**

A La Courneuve les moyens sont mis en œuvre pour permettre l'égalité d'accès aux soins, en développant la prévention, en confortant l'activité du centre de santé et en amplifiant les partenariats extérieurs avec les acteurs de santé.

**C'est dans ce contexte qu'est envisagée la reconstruction du centre municipal de santé qui doit prendre en compte d'une part la situation médico-sociale des personnes fréquentant ce dernier et d'autre part les contraintes budgétaires imposées par les partenaires financiers.**

#### **Contributions de la Politique de la Ville**

La ville de la Courneuve est engagée depuis 25 ans dans un ambitieux processus de rénovation urbaine dont l'objectif est de changer durablement l'image de la Courneuve et d'améliorer la vie quotidienne de ses habitants. Compte tenu de la situation sociale d'un grand nombre de ménages courneuviens, 45% de la population vit dans les quartiers classés en ZUS, et des conséquences de cette vulnérabilité sociale sur des pratiques addictives, le projet de renouvellement urbain ne se limite pas à sa dimension de rénovation urbaine mais s'appuie également sur des objectifs de développement social et donc d'accessibilité aux équipements. La prise en compte des conduites addictives dans le cadre d'un projet global de rénovation urbaine participe au maintien de l'ordre public et contribue à l'amélioration du « bien vivre ensemble » et donc à la cohésion sociale.

C'est dans ce cadre qu'a été signé en 2006 la convention avec l'ANRU (l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine)

**Contribution des autres partenaires** (non signataires du CLS)

Financement MILDT 2011 (renouvellement de la demande pour 2012) pour les actions en milieu professionnel (agents de l'intercommunalité, entreprises).

Les coopérations en matière de soins et de santé publique, concernant les patients suivis au titre de l'alcool ou du tabac, ou pris en charge et orientés pour d'autres addictions, font l'objet de conventions de partenariats : L'Education Nationale, les équipes pédagogiques des collèges et lycées, infirmières scolaires, assistante sociale, les médecins libéraux, médecin du travail, le CMP adultes, les associations.. .

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

Volet accompagnement médico-social

Permanente

Volet information – sensibilisé - formation :

Reprise chaque année

Volet prévention alcool auprès des jeunes :

Renouveler chaque année sur la période de l'année scolaire.

Volet prévention : tabac :

l'année scolaire.

**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 mise en place du CSAPA doit permettre une meilleure prise en charge des addictions par la constitution d'un véritable dispositif médico-social en addictologie et permettre la réduction des ISS. Cette amélioration intègre l'évolution des modes de consommation et des comportements marqués par l'évolution des poly-consommations, elle intègre également la notion plus large de l'addiction.

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'atelier santé ville participe à la coordination avec les partenaires

## Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Impulser, programmer	réglementaire	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Diagnostic, financements	Accompagnement, suivi de l'action	
Usagers non professionnels de santé	Avis, consultation	Comité de pilotage	
Professionnels autres que de santé	Information, orientation	Pratique professionnelle	
Professionnels de santé	Information, orientation	Pratique professionnelle	
Autres			

## ***Suivi, évaluation, réajustements***

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

#### Volet accompagnement médico-social :

Bilan annuel, et mensuel donnés à la tutelle : BP, CA et statistiques

Réunion mensuelle avec le groupe de professionnels composant le CSAPA

Etude pluri-professionnelles de situations.

#### Volet information – sensibilisation - formation :

Une évaluation étudie plusieurs éléments :

- Recueil des critiques ou des éléments de satisfaction auprès des publics ciblés après les réunions et auprès des responsables de service
- le déroulement de la formation
- le contenu de celle ci
- les souhaits de sujets complémentaires à aborder
- les coopérations à mettre en œuvre.
- Conséquences sur la consultation d'alcoologie :-meilleure identification du service,
- recours à celui ci individuellement après ces réunions

Discussion sur la qualité de la démarche dans des réunions du réseau alcoologie sur la ville, impliquant tous les acteurs concernés

#### Volet prévention alcool auprès des jeunes :

Implication et intérêt des jeunes rencontrés lors de la démarche : nombre de classes, questions posées, fiches d'évaluation remplies

La compréhension et la rémanence des messages : retour sur le passage de l'équipe, quelques temps plus tard

L'intérêt et les critiques explicités par les enseignants et les autres partenaires

#### Volet prévention : tabac :

-Evaluation de la rémanence des messages auprès des enfants par des questionnaires

-Evaluation de la satisfaction des partenaires et acteurs relais qui se fait par un questionnaire

- Importance de la participation
- Nombre et importance de l'implication des partenaires relais
- Nombre de classes / d'enfants-
- Respect des calendriers mis en place

**Axe 2 : thèmes sanitaires**

**Fiche n°6**

**Intitulée : *Santé mentale de l'adulte et de l'adolescent : conforter et élargir les pratiques en réseau, faciliter la promotion de la santé psychique chez l'adolescent***

## **Cadrage et légitimité de l'action**

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

Les questions de santé mentale sont au cœur du projet local de santé. D'une part, l'impact de la précarisation et des difficultés sociales sur la santé est majeur dans ce domaine. D'autre part, les pratiques des professionnels sont l'objet permanent d'une recherche d'innovation et d'adaptation à la complexité de l'interaction social/santé

En Seine-St-Denis, le nombre de patients relevant de l'ALD « troubles psychiatriques graves » est important. Sur un autre plan, l'expression de la souffrance psychique est de plus en plus relevée par les acteurs de terrain.

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

Sous-action 1 : intervention pérennisée

Sous-action 2 : préfiguration

#### **Type d'action envisagée**

Favorisation de pratiques en réseau

#### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

Améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des pathologies de santé mentale

Prévenir la survenue de souffrances psychiques chez l'adolescent scolarisé et favoriser son accueil précis

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

Plan santé mentale

Arcella-Giroux P. « *Souffrances psychiques. Les RESAD.* » Les rencontres de la prévention des conduites à risques. Mission départementale de prévention des conduites à risques, Conseil Général 93, juin 2005

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale fait mention des Conseils de secteur ainsi que le rapport «Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives» rédigé par Pierre Joly et publié en 1997 par le Conseil économique et social. Enfin, 2009, le rapport intitulé *Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie*, réalisé par Édouard COUTY, note la nécessité d'impulser la mise en place des Conseils locaux de santé mentale en France – Plan santé mentale 2005 – 2008 : incitation à la création des conseils locaux de santé à l'échelle des secteurs sanitaires.

## Insertion et contextualisation

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

**Accompagner et soutenir les acteurs de terrain dans l'accompagnement des personnes en souffrance psycho-sociale**

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

Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne

## Description de l'action

**Porteur du projet**

L'action est portée par la ville de La Courneuve pilotée par l'Atelier Santé Ville et co-animé avec le Centre Municipal de Santé.

### Publics bénéficiaires de l'action

Bénéficiaires directs : professionnels du champ de la santé mentale, de l'éducation, de l'insertion et du social

Bénéficiaires indirects : habitants de La Courneuve et jeunes scolarisés ; patients avec pathologies psychiatriques

### Secteur(s) géographique(s)

Ensemble de la ville

**Objectifs opérationnels** de l'action.

- Sous-action 1 :
  - o Faciliter le travail interprofessionnel et le travail en réseau pour résoudre les situations individuelles complexes dans le champ de la santé mentale ; faciliter ce travail en réseau pour les professionnels libéraux
  - o Faciliter les échanges interinstitutionnels sur les questions relatives à des stratégies mieux articulées dans le champ de la santé mentale et de ses liaisons avec d'autres politiques publiques (logement, social, etc....)
- Sous-action 2 :
  - o Faciliter le repérage au sein du système éducatif des jeunes en souffrance
  - o Evaluer les possibilités de mise en place d'une « passerelle » vers le système de soins et de prise en charge, et les possibilités d'une écoute adaptée

### Description de l'action

*Sous-action « réseaux-coordination » :*

Pérennisation du groupe interprofessionnel autour des situations individuelles, avec participation des professionnels de la santé mentale (secteur, inter secteur), du social

Présentation de ce groupe aux médecins généralistes, et réflexion autour de la mise à disposition du dispositif et de leur participation

Pérennisation du groupe inter-institutionnel sur la santé mentale, et définition d'un programme de travail thématique. Ces réunions de travail régulières permettant de maintenir le partenariat sur le secteur avec comme axes privilégiés :

- Organiser pour les acteurs des séances de sensibilisation, d'information et de formation sur divers sujets en lien avec la santé mentale
- Améliorer la communication entre acteurs du champ et hors champ de la santé mentale avec l'identification de lieux ressources
- Ouverture d'une réflexion sur l'opportunité de mettre en place un Conseil Local de Santé Mentale. Cette instance viserait la création de synergies pour une meilleure utilisation des structures existantes et une meilleure coordination de leurs actions ainsi que pour la mise en place d'initiatives innovantes qui prennent en compte les moyens et contraintes du contexte local

#### *Sous-action « jeunes »*

Création d'un groupe de travail sur la prévention en santé mentale et la prise en charge précoce, la formation des enseignants à une meilleure compréhension des facteurs psychosociaux touchant les adolescents

Recherche de dispositifs « passerelles » validés et évalués

Rencontres avec les acteurs de l'Education nationale des collèges et lycées

#### **Acteurs impliqués** dans la mise en œuvre de l'action

Services municipaux de santé (CMS, SCHS, ASV)

Secteur psychiatrique et inter secteur

Services sociaux municipaux

#### **Facteurs favorisants identifiés**

##### **Implication des partenaires**

##### **Facteurs contraignants identifiés**

### **Ressources à mobiliser**

#### **Contributions de l'ARS**

Mobilisation des services

Expertise dans le champ de la mise en place des CLSM

Financement du secteur public de psychiatrie, via l'EPS Ville-Evrard

#### **Contributions de la Politique de la Ville**

Mobilisation des services et de programme ville du SG CIV

#### **Contribution des autres partenaires** (non signataires du CLS)

Participation des services et professionnels

### **Calendrier de mise en œuvre**

Engagement du processus dès signature du CLS

### **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.**



La prise en charge des questions de santé mentale dans les populations précaires, défavorisées, ou confrontées à des conditions de vie difficiles ne peut se faire de façon pertinente que dans des logiques de pluridisciplinarité d'une part, « d'aller- vers » d'autre part

**Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ?**

Autant que faire se pourra, une approche par quartier est demandée.

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

Co-porteur du projet

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

**Pilotage et participation des partenaires**

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Définition de la politique municipale, et définition des priorités régionales dans le PRS	Participation au groupe de d'échange interinstitutionnel	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Participation au RESAD et au groupe de travail	Pilotage	
Usagers non professionnels de santé	Participation aux groupes de travail	Réunions	
Professionnels autres que de santé	Participation aux groupes de travail et au groupe d'analyse de situations		
Professionnels de santé	Participation aux groupes de travail et au groupe d'analyse de situations		
Autres			

**Suivi, évaluation, réajustements**

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

**Indicateurs de processus**

Nombre de situations individuelles examinées

Nombre de réunions du comité inter partenarial, et nombre d'institutions impliquées

**Indicateur de résultat**

Mise en place effective d'un projet passerelle dans le champ de la santé psychique des adolescents

<b>Axe 2 : thèmes sanitaires</b>
<b>Fiche n°7</b>
<b>Intitulée : Améliorer la santé materno-infantile, améliorer la santé du jeune enfant</b>

## **Cadrage et légitimité de l'action**

- 1- La Seine-St-Denis est confrontée à une surmortalité infantile préoccupante, et qui est l'une des priorités régionales de santé publique
- 2- Dans le même temps, le département et en son sein la commune de La Courneuve dispose d'un réseau de PMI parmi les plus denses et les plus actifs de France. Ce réseau, fondé sur les lois de décentralisation de 1983, est soutenu depuis sa création à la Courneuve, 6 centres de PMI (municipal, départementaux, privé) interviennent, permettant notamment que 71 % des enfants de moins de 6 ans de la commune soient suivis en PMI. Parmi ces 6 centres, 4 assurent les missions de protection maternelle et de planification familiale la politique départementale
- 3- Enfin l'ARS a récemment financé la rénovation de la maternité de l'hôpital de St-Denis, qui dessert notamment les parturientes de La Courneuve.

Il convient donc de mener une action qui puisse à la fois conforter les acquis importants et répondre aux interrogations nouvelles survenues ces dernières années.

### **Type d'action envisagée**

Prévention individuelle et collective

Accès aux soins

Réflexion méthodologique et développement de réseaux locaux

### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

Favoriser les démarches de prévention les plus précoces possible en développant des stratégies de promotion de la santé de la famille et de l'enfant

Ces stratégies de prévention s'inscrivent dans le cadre du projet local de développement urbain et social.

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

## **Insertion et contextualisation**

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

Conformément aux grands axes de la politique du Département, celui-ci délègue à la ville de La Courneuve la gestion des activités de Protection Maternelle et Infantile et de Planification familiale à l'exception des établissements « petite enfance » et la délivrance de l'agrément des assistantes maternelles et familiales. Il définit aussi avec la ville un cadre de coopération pour la mise en œuvre des projets de santé publique menés à l'échelle de la commune.

## **Description de l'action**

**Porteur du projet** : les centres départementaux de PMI, le centre municipal de santé

### **Publics bénéficiaires de l'action**

Toutes les femmes de la ville de La Courneuve souhaitant se faire suivre dans le cadre de leur grossesse, dès la déclaration et jusqu'au 7ème mois, préparation à l'accouchement, visite post natale.

### **Secteur(s) géographique(s)**

Territoire de La Courneuve

### **Objectifs opérationnels de l'action** :

Maintenir et améliorer la proportion de femmes bénéficiant d'un suivi précoce et complet de grossesse (première consultation au cours du premier trimestre)

Améliorer les démarches en direction des femmes, notamment en grande précarité, pour lesquelles le suivi précoce et complet peut être amélioré

Améliorer les conditions de suivi d'accouchement par la liaison entre équipe obstétricale et équipes de PMI

Identifier les déterminants sociaux susceptibles de peser sur les conditions de périnatalité et de bénéficier d'une action publique.

Réduire le nombre de grossesses non désirées et favoriser l'usage de la contraception

### **Leviers et mise en œuvre de l'action**

#### **Volet d'accueil et de suivi des femmes en centres de PMI :**

[décrire en quelques lignes la spécificité de la prise en charge de femmes enceintes]

#### **Volet de renforcement de la continuité de prise en charge pré et post accouchement**

[voir apport du réseau périnatal sur La Courneuve]

#### **Volet d'identification des déterminants sociaux**

Au niveau régional et départemental : mise en place d'une recherche sur les causes de la surmortalité infantile en Seine-St-Denis (ARS/Service départemental de PMI)

Au niveau local : mise en place [ou renforcement ?] dans le cadre de la circonscription départementale de PMI d'un repérage des facteurs de risque d'un mauvais suivi de grossesse

#### **Volet de réduction des grossesses non désirées et de développement de la contraception**

Intervention menée en milieu scolaire par les équipes de planification familiale

Accueil dans les 4 centres de planification des mineures et personnes sans couverture sociale au titre de la planification familiale

### **Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action**

Les équipes pluridisciplinaires du centre de santé et des centres de PMI : gynécologues, infirmiers, administratifs, psychologues, assistante sociale.

L'hôpital de St-Denis

Le réseau de professionnels oeuvrant dans le champ de la périnatalité

Les médecins généralistes libéraux et salariés

La direction de l'offre de soin de l'ARS (DT et siège) et le service départemental de PMI

## **Facteurs favorisants identifiés**

Centre de PMI /PLA situé au plus près des besoins de la population ciblée permettant d'avoir également des contacts avec les hôpitaux du secteur.

## **Facteurs contraignants identifiés**

Manque de professionnels : gynécologues.

Difficulté de faire passer les messages auprès de la population mineure dans le cadre scolaire ou autre.

## **Ressources à mobiliser**

### **Contributions de l'ARS**

Etude régionale sur la mortalité infantile en Seine-Saint-Denis

Financement de la maternité Delafontaine

### **Contributions de la ville et de ses établissements publics**

### **Contributions de la Politique de la Ville**

### **Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS)**

Le Conseil Général contribue à la mise en place des centres de PMI / PLA sur l'ensemble du département.

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

## **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...)

**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

## Quelle articulation avec la politique de la Ville ?

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

### Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs			
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

<b>Axe 2 : thèmes sanitaires</b>
<b>Fiche n°8</b>
<b>Intitulée : Prévention et dépistage des cancers – inciter au dépistage organisé du cancer</b>

## Cadrage et légitimité de l'action

### **Cancer du colon :**

#### **Plan National :**

- 40 000 nouveaux cas estimés en 2010 (21 000 hommes et 19 000 femmes)
- 17 400 décès par cancer du colon estimés en 2010 (9 200 hommes et 8 200 femmes)
- 2<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer

Taux de participation au dépistage organisé (50-74 ans) du cancer du colon (campagne 2009/2010) :

- **La Courneuve : 33,16%**
- **Seine-Saint-Denis : 35,50%**
- **Région IDF : 27,50%**
- **France : 34%**

(Source CDC93 – INVS)

### **Cancer du Sein :**

#### **Plan National :**

- 52 500 nouveaux cas estimés en 2010
- 11 500 décès par cancer du sein en 2010

#### **Dépistage du Cancer du Sein à La Courneuve :**

Campagnes du dépistage organisés (50-74 ans) 2009/2010 :

- La Courneuve : 49,70%
- Seine-Saint-Denis : 45,70%
- Ile de France : 39,40%
- France : 52%

#### **Dépistage individuel du cancer du sein (50-74 ans) 2009/2010 :**

- La Courneuve : 21%
- Seine-Saint-Denis : 21,10%

#### **Couverture de la Mammographie à La Courneuve (50-74 ans) : 70,70%**

(Source CDC 93 et CPAM 93)

**Etat 2011 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention**  
Intervention

## Type d'action envisagée

- Mise en place d'un groupe Opérationnel pour la promotion du dépistage organisé du Cancer du sein
- Formation
- Information et sensibilisation

## Objectifs généraux auxquels l'action se réfère

Augmenter la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon.

- Plan Cancer 2009/2013 :

### Axe Prévention – Dépistage :

- Mesure 14 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.
- Mesure 16 : Impliquer les médecins traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

Plan cancer 2009/2013 mesure 14 et 16

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

Arrête du 24 janvier 2008 portant introduction de la mammographie numérique

Référence DOCS : 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).

Référence DOCCR: baisse de 15 à 20% de la mortalité avec l'hypothèse de 50% de taux de participation de la population cible (Kronborg O 1996 ; Hardcastle JD 1996 ; Faivre J 2004)

## Insertion et contextualisation

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

Objectif 1 : Augmenter la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et colon

### 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 aux dépistages organisés.

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

## Description de l'action

### Porteur du projet

Atelier Santé Ville – Centre Municipal de Santé – Groupe Opérationnel de femmes relais

### Publics bénéficiaires de l'action :

- femmes et hommes de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé des cancers du sein et du colon :
  - cancer du sein : 3 405 femmes (2009/2010 – sources CDC 93)
  - cancer du colon : 7 143 personnes (2009/2010 – sources CDC 93)
- Associations
- Professionnels de santé

### Secteur(s) géographique(s)

Territoire de La Courneuve dont une ZUS

## Démarrage de l'action

- L'action a débuté à compter de 2008

### Objectifs opérationnels de l'action.

Renforcer le DO CS et DOCCR afin d'améliorer le taux de dépistage des cancers du sein et du colon des habitants de la ville, éligible à ce dépistage.

réduire les ISS dans l'accès au dépistage

Pour cela : accompagner le groupe opérationnel de femmes relais dans leur action et créer un climat favorable en équipant le CMS d'un mammographe dernière génération.

## Description de l'action

### Description des leviers d'actions

#### Cancer du Sein :

Démarche participative retracé dans la publication : « Concilier santé publique et citoyenneté : « Soleil Santé » Une expérience participative sur le dépistage organisé du cancer du sein »

#### 2008 :

- Démarrage de la réflexion d'un travail de promotion du dépistage organisé du cancer du sein sur la ville avec la collaboration de :
  - l'ARDEPASS
  - CDC 93
  - Institut Renaudot
  - Femmes Solidaires
  - Soleil Santé
  - CRAMIF
  - Services santé municipaux
  - DTARS

Constitution d'un comité de pilotage :



- l'ARDEPASS
- CDC93
- CRAMIF
- Services santé municipaux

### **2009 :**

Plusieurs réunions d'information ont permis de réunir des habitants et habitantes des quartiers afin de les sensibiliser à la question de la promotion du dépistage organisé du cancer du sein.

En mai 2009 deux séances de formations (30 personnes à chaque séance environ) ont été organisées avec le CDC93 afin de mieux sensibiliser et présenter la maladie ainsi que le procédé complet du dépistage.

De ces séances de formations sont ressorties **6 femmes** souhaitant s'impliquer plus dans la démarche et ainsi constituer le groupe opérationnel.

### **2010 :**

Le groupe opérationnel avec l'appui de l'Atelier Santé Ville et de la CRAMIF se réunissent très régulièrement afin de mettre en place une stratégie de travail et d'intervention dans différents lieux et auprès de différents publics.

**8 mars 2010 :** Lors de la journée de la femme, un stand d'information est tenu par le groupe dans le cadre d'une manifestation destinée aux femmes.

Le groupe démarche différentes associations et institutions afin de sensibiliser leur public, différents lieux comme :

- Objectifs RMI
- Association communautaire
- Association de femmes
- Association de retraités
- Centre social CAF

L'année 2010 a permis également au groupe de construire ces outils de communication (logo, affiche, flyer)

L'action des femmes permet de l'implication d'autres femmes volontaires au sein de groupe comptant ainsi 9 femmes au total.

### **2011 :**

Poursuite du travail engagé avec sollicitation d'intervention dans les institutions et associations.

Accompagnement de certaines femmes à la mammographie afin de les rassurer.

Participation à la marche dans le cadre d'Octobre Rose en partenariat avec les villes de Bobigny, le Blanc Mesnil, Stains et Bondy.

Le groupe de femmes relais s'appelle maintenant :

*« Femmes d'Avenir »*

2012 : - achat du nouveau mammographe pour le CMS.

- Renforcement des actions d'incitation du Dépistage Organisé du cancer du sein avec :
  - Interventions dans les lieux publics (manifestations, association, institutions, ...) prise en compte de la barrière de la langue
  - Mieux faire connaître le groupe « Femmes d'Avenir » avec des affiches, tee-shirts,...)
  - Accompagnement des femmes à la mammographie pour celles qui le souhaitent
  - Organiser dans le cadre d'octobre Rose une manifestation sur la ville regroupant les femmes courneuviennes

### **Cancer colorectal :**

Accompagner la mise en place d'une incitation au dépistage organisé

Chaque année, une campagne de sensibilisation au sein du Centre Municipal de Santé, est réalisée et une information individualisée est faite par les médecins traitants ainsi que la remise du kit hémocult.

Un lien est fait avec les bilans de santé organisés par le Centre d'Examen de Santé de la CPAM.

Par la suite, après formation spécifique, le groupe de « Femmes d'Avenir » interviendra également (même si le sujet est déjà abordé) sur cette thématique.

### **Acteurs impliqués** dans la mise en œuvre de l'action

- Atelier Santé Ville
- Femmes d'Avenir
- Centre Municipal de Santé
- CDC 93 - ARDEPASS
- ARS IDF
- Service social de l'Assurance Maladie

### **Facteurs favorisants identifiés**

- Partenariat avec le CDC 93
- Implication des femmes relais
- La ville va se doter d'un nouveau Mammographe plus performant et de meilleure qualité

### **Facteurs contraignants identifiés**

Le cabinet de radiologie libérale de la ville a fermé ses portes le 30 septembre dernier (cabinet agréé dans le cadre du dépistage organisé)

Ressources à mobiliser :

### **Contributions de l'ARS**

Ressources à mobiliser :

### **Contributions de la ville et de ses établissements publics**

L'ARS est sollicitée pour un soutien financier de l'action. Dans le cadre du rachat d'un nouveau mammographe, la ville a obtenu de l'ACSE une subvention de 150 000€.

Ressources à mobiliser :

### **Contributions de la Politique de la Ville**

La Ville, au travers de l'ASV, du CMS et du Service communication (reprographie) accompagne sur le plan de la méthodologie.

Ressources à mobiliser :

### **Contribution des autres partenaires** (non signataires du CLS)

Le Comité des Cancers participe dans le cadre de la documentation.

Le CDC 93 participe dans le cadre des données chiffrées, de la documentation ainsi que dans la formation des femmes.

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

Voir description 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...)

Informations et sensibilisations dispensées auprès d'un public précaire en situation de vulnérabilité sociale

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

Intervention de l'action essentiellement dans le quartier en ZUS

### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'atelier santé ville est actuellement le relais prioritaire du groupe « Femmes d'Avenir »

### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

Pilotage et participation des partenaires			
	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Portage politique du Maire et de l'Elue à la Santé	Validations des actions	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Commune : pilote ARS/Préfecture : Consultatif et financier		
Usagers non professionnels de santé	Femmes relais volontaire	Acteurs de terrain	
Professionnels autres que de santé	CRAMIF : soutien méthodologique du groupe CDC 93 : Appui		
Professionnels de santé	Gynécologue : consultatif		
Autres			

## Suivi, évaluation, réajustements

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

Indicateurs : outils spécifiques

**Indicateurs de processus**

**Processus** :

Mobilisation des partenaires dans cette thématique

Evolution du nombre de dépistage organisé fait sur La Courneuve.

Indicateurs : outils spécifiques

**Indicateurs d'activité**

Nombre d'interventions réalisées

Nombre de réunions

Indicateurs : outils spécifiques

**Indicateurs de résultats**

**Résultats** :

Nombre de participation des habitants aux rencontres

Nombre de participation de femmes et d'hommes aux dépistages organisés

**Dispositif d'évaluation participative**

Evaluation du groupe

**Axe 3 : publics migrants et personnes âgées**

**Fiche n°9**

**Intitulée : BIEN VIELLIR DANS SA VILLE A TOUTES LES ETAPES DE SA VIE.**

## **Cadrage et légitimité de l'action**

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

Voir les éléments de diagnostic pour la répartition de la population courneuvienne.

Le vieillissement de la population française s'observe dans tous les départements. Le nombre de personnes de plus de 75 ans se multiplie par 2,5 entre 2000 et 2040 et atteindra 10 millions. Cet allongement de la durée de vie associé à un isolement, à une diminution des aidants naturels, à une dépendance physique due le plus souvent à l'apparition de maladies invalidantes oriente les politiques publiques.

Le contexte sanitaire et social en Ile de France ne permet pas d'offrir aux personnes âgées dépendantes suffisamment de places d'hébergement, notamment de places d'hébergement public. Et le souhait majoritaire des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile ne peut donc être pris en compte totalement. A ces constats, il faut ajouter le nombre insuffisant d'infirmières libérales dans ce département, qui ne permet pas de faire face à la demande importante de soins d'hygiène à domicile. Elles ne peuvent répondre le plus souvent qu'à la demande technique des soins infirmiers.

Chaque année, un tiers des personnes âgées vivant à domicile sont victimes de chutes. Les conséquences sont importantes en termes de santé, d'isolement, de confiance en soi et de dépenses de santé. Ces personnes vont voir leur vie sociale s'interrompre et parfois ne pas reprendre.

Depuis plus de 20 ans, la ville de La Courneuve oriente sa politique de santé vers l'écoute et à la prise en compte des besoins de sa population âgée sur des projets tel que :

- service d'aide à la personne (portage de repas, aide ménagère, SSIAD)
- installation d'un EHPAD sur son territoire
- mise en place d'une coordination spécifique qui donne la parole aux seniors.

Le CCAS a dénombré 5400 personnes de plus de 60 ans et 3000 personnes participent aux différentes activités et actions de la commune. Et le nombre de personnes qui se sont déclarées « vulnérables et isolées » est au nombre de 1000.

### **Etat 2011-2012 de l'action:**

L'action de prévention de chutes des personnes âgées a pris naissance lors de réunions au foyer d'accueil et de loisirs Marcel Paul en **1999**.

Le service de soins à domicile a été créé en **1984** suite à l'évolution de l'activité du service infirmerie du centre municipal de santé, avec une capacité de 26 places.

**Type d'action envisagée :**

Ateliers de prévention des chutes et travail de l'équilibre : équipe composé d'un kinésithérapeute et d'une aide soignante.

Réunions et échanges autour de thèmes proposés par les personnes âgées avec des intervenants médicaux sociaux

Soins infirmiers à domicile (SSIAD) : équipe composée d'infirmières, d'aides-soignantes et d'une secrétaire.

***Objectifs généraux auxquels l'action se réfère***

***Volet ateliers de chutes***

Prévenir les chutes des personnes âgées afin d'éviter les complications de l'alitement en préservant le plus longtemps possible leur autonomie.

Informers les personnes sur des thématiques pouvant améliorer leur quotidien.

***Volet SSIAD***

Maintenir le plus longtemps les personnes âgées à leur domicile.

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

Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions 'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

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

Promouvoir le bien vieillir et favoriser le maintien à domicile.

Repérer et définir les besoins de la population âgée.

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

1.3.2 Garantir le respect de la personne de son autonomie et de ses droits ;

Par ailleurs la prévention des chutes chez la personne âgée est l'une des grandes priorités de l'ARS Ile-de-France

***Autres plans ou contractualisations***

Plan National Bien Vieillir : dépister plus tôt les signes de vieillissement, maintenir un lien social pour les seniors.

S'adresser à un public dont l'état de santé entraîne ou est susceptible d'entraîner une détérioration de leur situation sociale.

## **Description de l'action**

**Porteur du projet :** Centre Municipal de Santé

**Publics bénéficiaires de l'action :** population âgée de plus de 60 ans de la commune.

**Secteur(s) géographique(s) :** le territoire de la commune.

### **Objectifs opérationnels de l'action :**

#### ***Volet ateliers des chutes***

Créer des groupes de personnes par la promotion de l'action.

Effectuer un repérage individuel.

Favoriser la marche et le travail de l'équilibre.

Encourager l'autonomie, les déplacements, la confiance en son corps en contribuant à rompre l'isolement.

#### **Volet soins**

Répertorier les demandes de soins qui proviennent des familles, des médecins libéraux, des services hospitaliers, des infirmières libérales, des assistantes sociales.

Organiser l'environnement du lieu de vie et la coordination des actions afin d'assurer un maintien à domicile de qualité.

Pratiquer les soins à domicile, et le cas échéant organiser la fin de vie à domicile.

## ***Description de l'action***

### **Description des leviers d'actions :**

#### **Volet ateliers des chutes**

La promotion de l'action dans la commune avec l'aide du service communication et du SAS permet de toucher un public grandissant d'année en année.

Informé encore plus les médecins libéraux sur l'existence de ces actions afin de faciliter le suivi des observations lors des ateliers. Le repérage de certains troubles détectés lors des ateliers peut informer les médecins sur l'apparition de pathologies.

#### **Volet soins**

Visites à domicile de toutes les demandes de prise en charge qui arrivent au service.

Prises en charge dans le SSIAD ou orientation vers d'autres professionnels.

### **Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action :**

CPAM (contrôle et subventions)

ARS (contrôle)

Médecins et infirmiers libéraux, aides soignantes, personnel administratif du CMS et SAS (aides ménagères et portage de repas), l'ASV, l'EHPAD (relais pour les familles), MDPH, services hospitaliers d'Avicenne, de Delafontaine, de René Muret, MAS Soins et Habitat, associations de fin de vie à domicile, d'auxiliaires de vie.



Facteurs favorisants identifiés :

### ***Volet ateliers des chutes***

Implication du personnel soignant du centre de santé

### ***Volet soins***

Parfaite collaboration entre le SSIAD, les professionnels libéraux et associatifs et les services sociaux.

### **Facteurs contraignants identifiés :**

#### **Volet ateliers des chutes.**

Limitation du nombre de places par rapport aux participants potentiels.

Insuffisance de financement.

Insuffisance de professionnels pour répondre à la demande des personnes.

### ***Volet soins***

Porter à la connaissance des services les situations des personnes isolées et vulnérables.

Difficultés de repérage des situations de dépendance.

Trop grand nombre de cas à certaines périodes (impossibilité de répondre à toutes les demandes)

Nécessité d'extension du service avec un financement.

Inadaptation des habitats à la grande dépendance.

Complexité et limitation des demandes d'aménagement de l'habitat.

Multiplication des guichets interlocuteurs.

Défaut d'information des aidants quant à leurs droits.

Absence d'un clic sur le territoire de la commune.

## **Ressources à mobiliser**

### **Contributions de l'ARS :**

Financement du SSIAD (financements crédits assurance maladie)

Contribution aux actions de promotion de la santé

### **Contributions de la ville et de ses établissements publics :**

Mise à disposition des ressources humaines, du matériel et du matériel.

### **Contributions de la Politique de la Ville**

Aides financières pour la reconstruction du centre de santé.

Amélioration de l'habitat urbain.

### **Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS)**

Le Conseil Général instruit un grand nombre de dossiers d'Allocations Personnalisés à l'Autonomie (APA). Il propose également un dispositif pour les personnes ayant eu leur demande d'APA refusée.

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

Actions débutées en 1984 pour le SSIAD et 1999 pour les ateliers des chutes.

## 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...)

Après le constat de manque de lits d'EHPAD dans toute l'Ile de France et en particulier dans le département 93, le SSIAD participe bien à la réduction des inégalités sociales de santé et son extension pourrait en améliorer l'efficacité. L'offre de maintien à domicile pour les personnes âgées de cette commune est une alternative pour les familles qui n'ont pas les moyens d'aller dans un établissement d'hébergement.

A travers ces deux activités, le maintien du lien social est fort car dans un cas les personnes se rendent dans une structure publique et dans l'autre cas, les soignants seront les seuls à visiter les personnes isolées. Aller au devant de ce public, permet de rompre leur isolement.

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

## Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Politique municipale		
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Intervenants : mise en œuvre concrète du projet	Aide financière	
Usagers non professionnels de santé	Soutien	Avis	
Professionnels autres que de santé			
Professionnels de santé			
Autres			

## Suivi, évaluation, réajustements

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

#### Indicateurs d'activité

##### Volet ateliers des chutes

Nombre et satisfaction des participants

Bilan collectif et individuel

##### ***Volet soins***

Nombre de patients.

Taux d'occupation.

Satisfaction des patients et de leur famille pour SSIAD.

#### **Indicateurs de résultats**

##### **Volet ateliers des chutes**

Amélioration des logements et des déplacements dans la ville.

<b>Axe 3 : publics migrants et personnes âgées</b>
<b>Fiche n°10</b>
<b>Intitulée : <i>RESEAUX ET COORDINATIONS</i></b>

## **Cadrage et légitimité de l'action**

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

Suite à l'obligation légale ( circulaire interministérielle réactualisée tous les ans DGS) qui définit les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule et ainsi d'avoir un fichier des personnes âgées vulnérables dans les communes, les services municipaux sous l'impulsion de la municipalité, ont créé une coordination en 2004 rassemblant tous les professionnels municipaux et associatifs chargés des personnes âgées.

Les personnes âgées de plus de 60 ans de la ville représentent environ 9 % de la population courneuvienne. Ces chiffres vont augmenter dans les années à venir, et les personnes dépendantes seront de plus en plus nombreuses. Autour de cette problématique quelques axes ont été définis pour aider la population vieillissante à mieux vivre et sentir que la dépendance n'est pas une fatalité, que la prévention peut être source de réconfort pour tous.

De cette coordination sont nés plusieurs groupes de travail:

- coordination maltraitance
- aides aux aidants familiaux et professionnels des personnes atteints de la maladie d'Alzheimer
- coordination isolement.
- groupe sur la bientraitance.
- coordination santé mentale.
- groupe inter générationnel

Un représentant chapeaute chaque groupe. Il structure chaque action en collaboration avec les personnes, les acteurs sanitaires qui auront voulu s'y investir.

Cette coordination se réunit, régulièrement, soit tous les mois, afin de centraliser les informations, soit pour faire le point sur l'avancement de chaque groupe de travail.

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

**Action en cours et pérennisée**

### ***Type d'action envisagée***

A partir des réunions, prendre en compte les problématiques, les situations et les résoudre avec la collaboration des acteurs médico-sociaux.

Mise en œuvre d'actions décidées, planifiées par les groupes.

Aide au maintien de l'antenne locale France Alzheimer dans la commune.

Réunion d'évaluations de situations de personnes âgées en difficulté (RESPAD)

Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD).

### ***Objectifs généraux auxquels l'action se réfère***

Créer des réseaux locaux afin d'aider les familles et les professionnels confrontés à des situations complexes de personnes âgées.

Coordonner les différentes actions, les multiples partenaires autour de thématiques concernant les personnes âgées

Faciliter la vie des seniors, leur autonomie et leur investissement dans la ville.

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

Plan canicule : 2003

Plan de dépendance : 2008/2011

## **Insertion et contextualisation**

### **A quels objectifs du plan local de santé l'action contribue-t-elle ?**

Améliorer le repérage et la prise en compte de la souffrance psychique des personnes âgées et en difficultés.

Aider les aidants familiaux en soutenant l'association France Alzheimer

Veiller à être opérationnel dans le cas de crise sanitaire.

Aider à rompre l'isolement des personnes âgées et plus particulièrement des migrants résidant au sein de FTM.

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

**1.3.2 Garantir le respect de la personne de son autonomie et de ses droits ;**

## **Description de l'action**

**Porteur du projet** : Centre municipal de santé, ASV, Service Action Sociale

**Secteur(s) géographique(s)** : Territoire de la commune.

### **Objectifs opérationnels de l'action :**

A partir du fichier établi dès 2004 et réactualisé chaque année, mise en place d'une instance qui regroupe tous les professionnels médico-sociaux de la ville, les structures municipales, les bailleurs, intervenant auprès des personnes âgées et avec des représentants des personnes âgées (Clubs, associations...).

### ***Volet coordinations des personnes âgées***

Réunions mensuelles avec l'ensemble des partenaires.

Synthèse des actions, mise en réseau, partage des informations.

Mise en œuvre des décisions : avec par exemple la création d'une navette dans la commune, la mise en place d'un circuit de bancs publics permettant de se déplacer dans la ville et de se reposer.

### ***Volet isolement***

Création d'une charte pour la prise en compte de ce problème de santé publique afin de créer des réponses à travers les actions des services municipaux.

### ***Volet maltraitance***

Réunions multi professionnelles pour des résolutions de situations rencontrées par chacun des membres du groupe. Elles vont permettre la mise en œuvre d'actions décidées en commun dans le respect et le rôle de chacun.

### ***Volet bien-traitance***

Création d'un guide ressources.

### **Volet santé :**

Création d'un groupe de femmes volontaires pour parler de la prévention du cancer du sein.

Mise en place d'une organisation afin que les personnes âgées puissent bénéficier d'un bilan de santé en coordination avec le centre de dépistage de la CPAM de Bobigny .

Prévention des chutes et travail de l'équilibre auprès des personnes âgées ( voir sa fiche action).

### ***Volet Alzheimer à travers l'Antenne locale France Alzheimer (voir sa fiche action)***

- Soutien téléphonique et orientation pour les aidants et les personnes concernées.
- Colloque organisé dans la ville.
- Film projeté et l'année suivante pièce de théâtre suivis d'un débat avec les aidants.
- Prévision de la création d'un atelier sur la mémoire

### **Volet intergénérationnel :**

Participation des services culturel, sports, jeunesse, enfance de la ville pour proposer un éventail précis des actions menées sur la ville, pour que tous les participants en prennent connaissance et puisse prévoir des projets en commun.

De façon plus ambitieuse, intervention dans la réflexion des urbanistes, aménagements du territoire afin d'améliorer la mixité de l'habitat.

Remarque : une réflexion sur le lien entre les actions menées et la filière gériatrique organisée autour de l'hôpital Delafontaine, ainsi que la MIAA, sera programmée dans le cadre de cette action et en préparation du futur contrat pluriannuel.

### **Publics bénéficiaires de l'action :**

Personnes âgées de la commune, personnes souffrant de troubles mentaux.

### **Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action**

Le CMS, l'ASV, SAS, CRAMIF, CMP, DPAS, CMP, CMPP, foyers de travailleurs, associations d'auxiliaires de vie, de personnes âgées, OPH 93 (bailleurs), l'EPAHD, le conseil des sages, les IDE libérales, les pharmacies...

### **Facteurs favorisant identifiés :**

Une volonté partagée par tous du travail en commun en utilisant les ressources présentes dans la ville. La conscience partagée par tous de travailler dans une commune où les besoins sanitaires et sociaux sont plus élevés que dans les autres communes du département. Ces éléments rassemblent et motivent malgré une désertification de la démographie médicale, paramédicale et sociale observée (voir le diagnostic).

### **Facteurs contraignants identifiés :**

L'absence d'un CLIC (centre local d'informations et de concertations) dans la commune.  
Baisse du nombre de personnes impliqués.  
Perte du nombre d'associations en raison des difficultés financières de ces associations

## **Ressources à mobiliser**

### **Contributions de l'ARS :**

Financement en promotion de la santé

### **Contributions de la ville et de ses établissements publics**

Mise à disposition du personnel et de locaux

Organisation locale du Plan Canicule et de la gestion des crises sanitaires

### **Contributions de la Politique de la Ville**

## **Calendrier de mise en œuvre**

Prévisionnel et rétrospectif lorsque l'action s'inscrit dans une continuité historique.

2003 : création de la coordination des personnes âgées.

2004 : groupe sur la maltraitance des personnes âgées.

2007 : mise en place du RESPAD, du groupe isolement, du groupe sur la bien-traitance

2009 : volet santé : bilan de santé et dépistage du cancer du sein

2011 : mise en place de la RESAD.

2012 : poursuite de l'ensemble des thématiques

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

Informé et aider un public mal informé et vulnérable, en effet la catégorie sociale ouvrière et/ou âgée est souvent perdue dans les multiples services publics.

Apporter une aide en résolvant des cas précis individuels de santé, d'isolement, ou de souffrance.

Permet d'avoir un regard plus aiguisé sur cette population en grande difficulté sur notre territoire.

### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

## **Pilotage et participation des partenaires**

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Politique municipale	Soutien et validation	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	Intervenants : mise en œuvre concrète du projet	Participation financière Animation	
Usagers non professionnels de santé			
Professionnels autres que de santé			
Professionnels de santé			
Autres			



## **Suivi, évaluation, réajustements**

### ***Indicateurs d'activité***

Vérifier si cette action de santé communautaire a été possible et avec quelle efficacité.

Mise en place de réunions d'informations avec compte-rendu, participation des acteurs

relais à des rencontres avec la population.

#### Avec pour indicateur de résultats :

- nombre de réunions,
- nombre d'acteurs sensibilisés,
- formes des messages, nombre de personnes touchées par les messages.
- nombre de personnes sensibilisées aux messages, améliorations de l'autonomie, amélioration du cadre de vie, résultat des bilans de santé.
- satisfaction des partenaires participants

**Axe 3 : publics migrants et personnes âgées**

**Fiche n°11**

**Intitulée : « Collectif Santé au sein des Foyers de Travailleur Migrants »**

## **Cadrage et légitimité de l'action**

La ville de La Courneuve se compose d'une résidence sociale AFTAM et de 2 foyers ADOMA.

- Résidences sociale AFTAM :

168 logements composés de 12 studios équipés de sanitaires privatifs et cuisinettes et de 156 chambres individuelles équipées de sanitaires privatifs. Un lieu de convivialité est présent sur la résidence faisant office de salle télé et cafétéria.

Présence d'une population vieillissante originaire essentiellement d'Afrique du Nord et d'Afrique Sub Saharienne.

Présence d'un responsable d'hébergement et plus d'intervenant social depuis 2009.

- Foyer ADOMA (Parmentier) :

208 logements.

Présence d'une population vieillissante originaire essentiellement d'Afrique du Nord et d'Afrique Sub Saharienne.

Présence d'un responsable d'hébergement.

- Foyer ADOMA (F. DOLTO) :

30 logements du studio au T2 pouvant accueillir des familles.

Présence d'un responsable d'hébergement.

Le diagnostic santé participatif de l'Atelier Santé Ville, fait en 2002, a fait ressortir la problématique de l'isolement des résidents des foyers comme celle des seniors sur la ville.

Le travail a été d'apporter une solution sur le champ sanitaire et social qui était déjà bien défavorisée sur le site. Il est à noter un niveau socio-économique très faible qui comme on le sait a une incidence sur l'état de santé de ces populations

A la suite de cela en 2003, en partenariat avec la CRAMIF, la CPAM et de l'AFTAM, nous avons choisi d'intervenir auprès et avec les résidents afin d'apporter une présence sanitaire et sociale sur la résidence. Cela c'est traduit avec des informations collectives avec des thématiques choisies par les habitants, des dépistages, des bilans de santé. Un accompagnement sur les ouvertures de droits était nécessaire avec des renouvellements pas toujours fait ou en retard donc problème d'avance de frais dans certains cas, plus de soins dans d'autres

## **Insertion et contextualisation**

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

Cette action s'inscrit dans la programmation des actions de l'Atelier Santé Ville en parallèle de la problématique des seniors portée par le Service Action Sociale et du Centre Municipal de Santé.

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

- Partie IV du schéma régional : Assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé.
- Rapprocher la prévention et les soins des populations fragilisées.

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

## **Description de l'action**

### **Porteur du projet :**

- L'action est portée par l'Atelier Santé Ville depuis 2003 en partenariat avec la CRAMIF du secteur.

### **Publics bénéficiaires de l'action :**

Les habitants de la résidence sociale et des foyers.

- AFTAM : - 168 personnes
- ADOMA : - Parmentier (rue H. Balzac) : 208 personnes  
- Dolto (Avenue R. Salengro) : 30 logements

### **Secteur(s) géographique(s) :**

Les 2 foyers ADOMA se situent en ZUS et celui de l'AFTAM en limite de la ville

### **Objectifs opérationnels de l'action :**

Ce travail au sein des foyers et résidence sociale permet d'accompagner sur le plan de l'accès aux droits et aux soins les personnes en vulnérabilité sociale. Un travail avec les résidents est nécessaire afin d'identifier leurs besoins sanitaires et sociaux. Une intervention permettra également de mettre en réseau les acteurs sociaux de proximité.

## **Description de l'action**

### **Description des leviers d'actions**

- Identification des besoins :

Le Collectif Santé permet d'identifier les problématiques de santé des résidents des foyers et résidences sociales de la ville. Ce travail est articulé autour de 3 actions principales (voir ci-dessous). Pour 2012, un travail de diagnostic santé interne au foyer est programmé afin de réévaluer les besoins et problématiques de santé des résidents.

○ La Prévention :

Des informations collectives sont régulièrement organisées avec les partenaires et les résidents, à la demande de ces derniers, afin de mieux les sensibiliser aux problématiques de santé en général et ceux liés à l'âge (présence importante de seniors dans les FTM)

○ Identification des structures sanitaires et sociales :

L'implantation physique de la résidence sociale et des foyers ne permet pas toujours une bonne identification des structures et institutions de la ville intervenant sur le volet de la santé et du sociale. L'objectif étant de mieux orienter et mieux informer les résidents des services de proximités existantes. Des visites ont pu être organisées comme à la caisse de l'Assurance Maladie de quartier, avec explication du fonctionnement des bornes automatiques Vitale, visite du centre d'Examen de Santé de la CPAM (avec bilan de santé à la clé).

Un jeu de l'Oie travaillé avec les résidents et les partenaires a pu être mis en place sur la reconnaissance des logos institutionnels et des missions de chacun.

○ Faire participer les résidents aux actions de santé publique :

Le constat de la non-participation des résidents aux actions de santé publiques est constaté. Le travail du Collectif Santé est de faire en sorte d'impliquer au maximum les résidents à ce qui existe en dehors des foyers. Participation aux dépistages du diabète et des maladies cardiovasculaires, aux bilans de santé et à l'atelier prévention des chutes chez les personnes âgées alors jusque là y participait uniquement les personnes fréquentant les clubs du 3<sup>ème</sup> âge.

**Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action :**

Cette action initiée par l'Atelier Santé Ville et la CRAMIF a permis de mobiliser d'autres acteurs comme le Centre Municipal de Santé et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

**Facteurs favorisants identifiés :**

Très bonne implication des partenaires et des bailleurs sur ce projet ainsi que qu'une bonne participation des résidents.

Sur la résidence sociale AFTAM, présence (au démarrage de l'action) d'un intervenant social sur la structure permettant ainsi un bon repérage des besoins et un meilleur suivi.

Présence d'une salle de vie commune au sein de la résidence (salle télé, cafétéria et jeu).

### **Facteurs contraignants identifiés :**

Depuis 2009, plus d'intervenant social sur la résidence sociale AFTAM.

Sur le foyer ADOMA, pas d'intervenant social présent et pas de lieu de vie commune (salle télé ou cafétéria).

### **Ressources à mobiliser**

#### **Contributions de l'ARS :**

Accompagnement des foyers et résidences sociales du département avec mise en lien des partenaires locaux. Soutien financier en fonction des années.

#### **Contributions de la ville et de ses établissements publics :**

Portage de l'action par la ville au travers de son Atelier Santé Ville et soutien financier.

#### **Contributions de la Politique de la Ville :**

Intégration dans le volet « santé » du CUCS (soutien financier « ASV »)

#### **Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :**

Intervention des Assistantes sociales de la CRAMIF du secteur dans le travail au sein de la résidence et des foyers.

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

Démarrage de l'Action en 2003

2003 – 2010 : Action principalement au sein de la résidence AFTAM, avec des tentatives d'intervention au sein du foyer ADOMA, avec des difficultés.

2010 – 2011 : Continuité du travail au sein de l'AFTAM. Mise en place d'un diagnostic santé participatif à l'ADOMA

2012 : Mise en place d'un diagnostic santé participatif au sein de l'AFTAM afin de réévaluer les évolutions et besoins des résidents.

### **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...)

- Accompagnement sociale du résident
- Attention particulière pour ce public en situation de vulnérabilité sociale

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

- 2 foyers présents dans la ZUS

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

- L'atelier Santé Ville est porteur de l'action

**Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

## Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Portage politique de l'action	Validation et suivi de l'action	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	ASV : portage ARS : suivi et appui de l'action	ASV : intervention	
Usagers non professionnels de santé	Résidents : acteurs et participants de l'action		
Professionnels autres que de santé	CRAMIF : Copilote de l'action	Accompagnement et intervention	
Professionnels de santé		Intervention	
Autres			

## Suivi, évaluation, réajustements

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

**Indicateurs de processus :**

- Nombre de réunions organisées avec les partenaires
- Nombre de services et de partenaires associés aux différentes actions

**Indicateurs d'activité :**

- Nombre de résidents par action
- Nombre d'informations collectives
- Nombre de bilan de santé ou dépistage organisés

**Indicateurs de résultats :**

- Nombre de bénéficiaires du bilan de santé ou d'un dépistage
- Nombre de résidents ayant bénéficié des séances d'information

**Dispositif d'évaluation participative :**

<b>Axe 4 : Santé environnementale – Habita dégradé</b>
<b>Fiche n°12</b>
<b>Intitulée : LUTTE CONTRE LE SATURNISME</b>

## **Cadrage et légitimité de l'action**

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

Le saturnisme, maladie infantile générée par l'absorption de plomb, est en grande partie issu de problématiques liées à l'habitat, et notamment aux peintures plombées utilisées dans les logements anciens (<1949).

En 2008 et 2009, la Seine-Saint-Denis a représenté de 22% à 25% (2429 et 2261, dont 87 et 63 sur La Courneuve) du nombre de plombémies réalisées au niveau national. Les cas incidents sequano-dionysiens ont représenté 23% et 17% - respectivement sur les mêmes années- du nombre total en France.

Entre 2005 et 2009, 346 enfants courneuviens ont bénéficié d'un dépistage, conduisant à 7 cas incidents

En 2009, FILOCOM indiquait déjà un parc de 1045 logements potentiellement indignes sur La Courneuve. Or, près de 3400 habitations ont été construites avant 1949, soit 24% environ du nombre de logements total. Les enjeux sont donc importants au regard du risque prégnant dans ce domaine.

455 enfants demeuraient en 2007 dans du parc potentiellement indigne construit avant 1949

Ainsi, si le saturnisme infantile ne représente pas le même niveau de risque que pour des communes limitrophes, une action forte de la part de la puissance publique s'impose cependant pour protéger et informer des risques touchant les mineurs et femmes enceintes vivant dans l'habitat ancien et dégradé.

*(Source préf. 93, INVeS et Urbanis)*

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

Depuis 1997, le SCHS suit les diagnostics plomb et réalise des signalements. A partir de 2001, le SCHS travaille avec la DDASS. L'action courneuvienne constitue essentiellement de la prévention, notamment via les signalements. L'Agence Régionale de Santé étant pilote des interventions liées au saturnisme, le Service Communal d'Hygiène et Santé apporte son soutien et sa veille au niveau local.

### **Type d'action envisagée**



Le type d'actions envisagé - et déjà effectivement réalisé – correspond aux initiatives suivantes :

- ☞ Recenser au mieux les habitats les plus à risque
- ☞ Veiller à la réalisation d'un diagnostic par les services préfectoraux
- ☞ Informer les occupants (mineurs et femmes enceintes) du risque quand il est identifié
- ☞ Réduire à la source les risques d'absorption de plomb
- ☞ Informer les propriétaires et futurs acquéreurs des situations à risque et des travaux à exécuter pour mise en sécurité.

### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

L'objectif général de cette action est la prévention des risques liés au saturnisme. Il s'obtient par :

- ☞ le signalement/ alerte des zones à risques (en cas d'habitat dégradé ou/et avant travaux importants dans l'habitat ancien)
- ☞ la veille par rapport aux échanges avec l'Agence Régionale de Santé (transmission de l'ensemble des rapports, diagnostics, injonctions préfectorales, ...)
- ☞ le soutien au niveau local des procédures préfectorales.

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

- ✓ Arrêté du 25 avril 2006 relatif aux travaux en parties communes nécessitant l'établissement d'un constat de risque d'exposition au plomb
- ✓ Arrêté du 12 mai 2009 relatif au contrôle des travaux en présence de plomb, réalisés en application de l'article L. 1334-2 du code de la santé publique,
- ✓ Décret n° 2006-474 du 25 avril 2006 relatif à la lutte contre le saturnisme
- ✓ Circulaire interministérielle n°DGS/EA2/2007/321 du 13 août 2007 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile
- ✓ Plan National SANTE-ENVIRONNEMENT 2009-2013
- ✓ Expertise collective INSERM 2009 et conférence de consensus de Lille 2003

## **Insertion et contextualisation**

---

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

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

3.3.2 Habitat et santé : une interaction à mieux connaître pour mieux la maîtriser

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

Ces actions rentrent dans celles portées par le PLAN NATIONAL SANTE-ENVIRONNEMENT 2009-2013, notamment par :

- ☞ **FICHE 2 « REDUCTION DES SUBSTANCES TOXIQUES DANS L’AIR ET DANS L’EAU »**
- ☞ **FICHE 3 « QUALITE DE L’AIR INTERIEUR »**
  - *limiter les sources de pollution à l’intérieur des bâtiments ( ...)*
- ☞ **FICHE 6 « PROTEGER LA SANTE ET L’ENVIRONNEMENT DES ENFANTS »**
  - *Réduire l’exposition des enfants et des femmes enceintes ou en âge de procréer aux substances les plus dangereuses*
- ☞ **FICHE 8 « LUTTE CONTRE L’HABITAT INDIGNE »**
  - *Conforter et développer le programme national de traitement de l’habitat indigne*

## **Description de l’action**

### **Porteur du projet :**

DT ARS et Service Communal d’Hygiène et Santé

### **Publics bénéficiaires de l’action :**

Les bénéficiaires sont essentiellement les occupants demeurant dans des logements anciens antérieurs à 1949 et comportant des peintures dégradées en présence de mineurs ou de femmes enceintes, que ce soit dans les parties communes ou privatives

### **Secteur(s) géographique(s) :**

L’ensemble du territoire de la Courneuve

### **Objectifs opérationnels de l’action :**

Poursuivre le recensement des adresses et locaux à risque et contribuer à une meilleure information et prise en charge des personnes si nécessaire.

## **Description de l’action**

### **Description des leviers d’actions :**

L’action se définit en plusieurs points :

- ☞ Le repérage des zones et publics à risque
- ☞ L’amélioration de l’information sur le saturnisme et de la connaissance du risque pour les courneuviens
  - Le SCHS prend en charge le repérage des bâtiments à risque, l’information des usagers, la communication locale

L’ARS peut faire réaliser des travaux d’office, au nom du préfet – seul compétent en matière de saturnisme – en cas de défaillance des propriétaires et syndics et ce, suite à une injonction préfectorale ordonnant l’exécution de travaux de mise en sécurité et

restées sans suite. La DRIHL mandate les opérateurs pour réalisation de travaux d'office

L'Agence Régionale de Santé ordonne une enquête environnementale dans le cas d'une plombémie positive chez un mineur, afin d'identifier l'origine de l'intoxication..

Sur l'ensemble de ces éléments, une phase de mise à plat en début d'année 2012 permettra de voir si une meilleure opérationnalité peut être trouvée dans le partage et la circulation des informations, dans le respect des règles administratives et éthiques.

De leur côté, les équipes de PMI prennent en charge le dépistage des enfants et le suivi en cas de plombémie anormale.

A terme, il est souhaité élargir la prise en charge du dépistage par les médecins généralistes

**Acteurs impliqués** dans la mise en œuvre de l'action :

1. L'Agence Régionale de Santé (pilote)
2. Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (travaux d'office)
3. Le Service Communal d'Hygiène et Santé (Veille et signalement)
4. Les PMI
5. Opérateurs de la DRIHL (diagnostic plomb, suivi de travaux, ...)

**Facteurs favorisants identifiés :**

Les facteurs favorisants sont les suivants :

- ☞ Bonne circulation des documents (diagnostics, injonctions préfectorales, Constats de Risque d'Exposition au Plomb, ...) entre l'Agence Régionale de Santé et le Service Communal d'Hygiène et Santé

Intégration des préconisations plomb dans les injonctions et courriers informatifs du maire en cas de risque, de façon automatique (intégré dans les procédures du Service Communal d'Hygiène et Santé)

**Facteurs contraignants identifiés**

Aucun pouvoir coercitif du maire concernant le saturnisme, uniquement de l'incitatif

## **Ressources à mobiliser**

**Contributions de l'ARS :**

ARS : suivi des signalements, gestion des cas, pilotage de l'intervention publique

## **Contributions de la ville et de ses établissements publics :**

Les ressources de la collectivité tiennent essentiellement au travail des membres du Service Communal d'Hygiène et Santé et notamment de ses inspecteurs de salubrité qui :

- ☞ Repèrent le risque
- ☞ Informent les acteurs
- ☞ Transmettent des signalements
- ☞ Et enregistrent les diagnostics.

## **Contributions de la Politique de la Ville**

### **Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS) :**

Une liste des immeubles dans lesquels un antécédent de diagnostic plomb positif a été enregistré est communiqué régulièrement aux PMIs – souvent à leur demande – et afin de les inciter à plus de vigilance lors de leur suivi des enfants demeurant dans un environnement dégradé.

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

La mise en œuvre est répartie tout au long de l'année et les actions s'exécutent au cas par cas et en fonction des données transmises.

## **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...):

Cette action s'inscrit dans les objectifs suivants :

- ☞ Le droit au logement décent et l'égalité de traitement,
- ☞ L'amélioration de la santé des occupants d'habitations anciennes,
- ☞ Le repérage des situations sociales les plus critiques (qui vont généralement de pair avec un logement très dégradé),
- ☞ L'information pour tous qui est une base de la démocratie participative.

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

L'apparition sur le territoire de nouvelles formes d'insalubrité (pavillons anciens cloisonnés, etc...) accueillant des familles pauvres et les exposant à un risque de saturnisme vient renforcer la concentration de risques sanitaires sur le territoire

### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'Atelier Santé Ville

L'atelier Santé Ville s'occupe de veiller d'une part à la coordination/cohérence des actions liées à la santé sur le territoire et, d'autre part, à la promotion de ces initiatives. Il gère également l'articulation des actions avec le volet financier et notamment les subventions.

### Quelle articulation avec la politique de la Ville ?

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

### Pilotage et participation des partenaires

	<i>Rôle prévu</i>	<i>Mode de participation</i>	<i>Attentes spécifiques</i>
Elus, autres décideurs	Portage politique du Maire et de l'Elue à la Santé	Validations des actions	
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	<b>Commune</b> : signalement, information, lien local avec la population <b>ARS/Préfecture</b> : Pilote et volet financier <b>DRIHL</b> : intervention coercitive et volet financier	repérage des bâtiments, prise en charge de l'intervention administrative et technique sur le bâti (diagnostic, procédure, suivi, travaux d'office)	
Usagers non professionnels de santé	Propriétaires et occupants	intervention sur le bâti (propriétaire, spontanément ou sur injonction) Mobilisation autour des droits (occupants)	
Professionnels autres que de santé			
Professionnels de santé	PMI, médecins libéraux	Mise en place et suivi du dépistage biologique	
Autres			

### Suivi, évaluation, réajustements

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

#### Indicateurs de processus :

- ☞ Nombre de signalements reçus par la commune
- ☞ Nombre de visites réalisées par la commune

#### Indicateurs d'activité

- ☞ Nombre de diagnostics (Constats de Risque d'Exposition au Plomb et constat de l'opérateur) réalisés et enregistrés par qui ?

- ☞ Nombre de signalements
- ☞ Nombre de diagnostics réalisés
- ☞ Nombre de signalements transmis à l'ARS
- ☞ Nombre de plombémies effectués
- ☞ Nombre d'injonctions de travaux envoyées – municipales ou préfectorales
- ☞ Nombre de courriers d'information aux locataires

**Indicateurs de résultats :**

- ☞ Résultats des diagnostics (nombre de positifs sur l'année par rapport au nombre réalisés)
- ☞ Evolution du nombre de plombémies positives par rapport à celles réalisées
- ☞ Nombre d'appartements ou de parties communes réhabilités

**Dispositif d'évaluation participative :**

<b>Axe 4 : Santé environnementale – Habita dégradé</b>
<b>Fiche n°13</b>
<b>Intitulée : Diminuer l'impact de l'habitat dégradé sur la santé des occupants</b>

## Cadrage et légitimité de l'action

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

Bien que moins touchée que d'autres communes, la ville de La Courneuve est restée nettement concernée par l'habitat insalubre, dégradé ou indigne. Ce phénomène se traduit par la présence de bâtiments insalubres classiques, mais surtout de « nouvelles formes d'insalubrité »

#### Données FILOCOM : Parc privé potentiellement indigné (PPPI)

La ville de La Courneuve a un parc privé potentiellement indigné d'un taux de xx %, et notamment x logements sur le quartier xxx soit xx %

#### - Données de la commune

° nombre de plaintes en 2010/2011 : xxx

° arrêtés d'insalubrité en vigueur

xx arrêtés préfectoraux remédiables avec interdiction temporaire d'habiter,

xx arrêtés remédiables sans interdiction d'habiter

xx arrêtés irrémédiables

xx arrêtés en application de l'article L.1331-22 du CSP

xx arrêtés en application de l'article L.1331-24 du CSP

### **Etat 2011 de l'action: étude exploratoire, préfiguration, ou intervention**

L'action 2011 s'inscrit dans le prolongement et l'approfondissement d'actions engagées de plus ou moins longue date, à l'occasion notamment des OPAH-RU et du protocole préfet-commune signé en 2011. .

### **Type d'action envisagée**

Action réglementaire (police sanitaire, suivi des anciens arrêtés et travaux d'office)

Action de promotion de la santé : prévention et réduction des risques sanitaires liés à l'habitat dégradé

Renforcement de la maîtrise des habitants sur leurs conditions de vie et de santé (empowerment)

Travail en réseau

### **Objectifs généraux auxquels l'action se réfère**

Protection de la santé des personnes vivant en habitat dégradé

Réduction de risques sanitaires et environnementaux (réduction à court, moyen et long termes),

Amélioration de l'hygiène et de la santé urbaine,

Promotion de la santé

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

Guides de bonnes pratiques du pôle national de lutte contre l'habitat indigne et fiches

Plan national de lutte contre l'habitat indigne

Actes du colloque « impact sanitaire de l'habitat insalubre » de 2005

## **Insertion et contextualisation**

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

Protéger la santé des populations vivant en habitat indigne

- Instruction des plaintes concernant les logements insalubres et promotion de tout le dispositif de lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux

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

PRS

Protéger la santé des personnes vivant en habitat indigne en luttant contre l'insalubrité

Réduire les inégalités sociales en santé

Améliorer la qualité du service rendu

Améliorer l'efficacité de la dépense

PRSE2 : Fiche 12 : « Lutter contre l'habitat indigne et ses conséquences sanitaires »

Sous-Action 2 : Soutenir des actions partenariales et/ou locales de réduction de l'impact sanitaire des différentes formes d'habitat dégradé et de réduction de l'exposition à cet habitat

Sous-Action 3 : peser sur les déterminants fondamentaux de l'exposition à l'habitat insalubre

### **Autres processus contractuels ou de programmation ?**

Protocole préfet-commune d'éradication de l'habitat indigne

## **Description de l'action**

### **Porteur du projet**

Ville de La Courneuve

### **Publics bénéficiaires de l'action :**

Populations précaires et contraintes de vivre dans le parc ancien dégradé, insalubre ou indigne (locataires, propriétaires occupants, ou familles sans statut d'occupation légal).

### **Secteur(s) géographique(s)**

L'action est menée sur l'ensemble du territoire communal en raison de l'aspect diffus de cet habitat

### **Objectifs opérationnels de l'action.**

- Augmenter le nombre de travaux de sortie d'insalubrité ;

- Actionner en cas de danger pour la santé des occupants les procédures d'arrêtés de type L 1311-4 (travaux d'office par le Maire) et L. 26-1 (travaux d'office par l'Etat) du CSP ;

- Mener des actions ciblées sur les formes émergentes d'insalubrité (locaux divisés et impropres) ;

- Améliorer le suivi des anciens arrêtés, afin de diminuer l'impact de l'habitat insalubre de plusieurs années sur



la santé des occupants ;

- Améliorer l'accompagnement social et sanitaire des familles afin qu'elles bénéficient de l'ensemble de leurs droits, et notamment le volet hébergement-éloignement-relogement.

- Réfléchir sur les moyens d'agir afin de prévenir la dégradation continue des immeubles anciens et des immeubles neufs.

## **Description de l'action**

### **Description des leviers d'actions**

A) L'organisation de l'action à La Courneuve : l'équipe du « SCHS », bien que ne bénéficiant pas des dispositions du code de santé publique sur les SCHS, participe cependant fortement à la lutte contre l'habitat insalubre, compte tenu de l'instruction des plaintes via des mises en demeure, des saisines du Préfet jusqu'au suivi des arrêtés d'insalubrité.

B) Principes généraux Les outils d'intervention sont soit généralistes (procédures de police sanitaire...) soit expérimentaux (stratégies d'empowerment)

#### **Procédures de police sanitaire :**

L'action doit notamment permettre d'améliorer les procédures et leur suivi ainsi que les actions mises en œuvre par le service sur le volet santé dans l'habitat.

Dans ce cadre, une attention particulière sera apportée au suivi de toutes les procédures antérieures et à leur actualisation d'autant que certaines sont antérieures soit à la loi SRU soit à l'ordonnance du 15 décembre relative à l'habitat insalubre ou dangereux ou à la loi MOLLE,

Par ailleurs, une mobilisation des institutions sociales sera engagée, afin de permettre l'accès au relogement en cas d'interdiction définitive, ou l'hébergement en cas de travaux (et notamment un accompagnement vers le dispositif DALO en cas de sur occupation importante)

#### **Stratégies d'empowerment**

Dans une phase intermédiaire, une mobilisation progressive des professionnels de santé sera conduite, afin d'élargir le nombre des intervenants autour du champ habitat/santé (professionnels de PMI, professionnels de santé mentale et pédopsychiatres, personnels infirmiers...) Il s'agit de mieux les sensibiliser aux conséquences sanitaires de l'insalubrité afin de permettre une orientation précoce. Cette orientation permet un soutien et une prise en charge plus globale.

Il est ensuite souhaitable de donner aux usagers (occupants, copropriétaires, etc...) des moyens de mieux intervenir eux-mêmes sur cette articulation

#### **B) Organisation actuelle**

Actuellement, le « SCHS » mène le travail technique de diagnostic et d'évaluation de la situation avec les familles. Il est ensuite en charge de l'application des arrêtés

La DTARS assure pour le compte du Préfet, la visite, la rédaction des rapports, la rédaction d'arrêtés et leur suivi conjointement avec le service communal.

#### **C) Modifications souhaitées**

Au vu de l'activité du « SCHS », et tenant compte de sa réalité de cette activité en 1983, les signataires sont favorables au fait que, dans le cadre de la législation, le SCHS de La Courneuve soit un SCHS « de pleine exercice » avec la dotation de compensation prévue par le Code de Santé Publique.

## **Acteurs impliqués**

ARS- DRIHL

Commune

ANAH

Plaine Commune

## **Facteurs favorisants identifiés**

Financements de l'Etat

Implication de structures associatives fortement motivées

Réunion entre le service technique de la commune et la DT-ARS tous les trois mois (périodicité du protocole)

Implication forte de la municipalité, de l'agence et des services du Préfet se traduisant par un protocole déjà mis en place

## **Facteurs contraignants identifiés**

Un certain nombre de situations (cas de grande surpopulation, familles à situations administratives complexes, présence de difficultés co-agissantes telles que troubles psychiatriques, etc.) nécessitent une pluridisciplinarité et une bonne coordination des acteurs de terrain, pour un accompagnement pertinent de ces familles

Ressources à mobiliser :

### **Contributions de l'ARS**

Formations

. Prise des arrêtés et suivi du CODERST

Ressources à mobiliser :

### **Contributions de la ville et de ses établissements publics**

Ressources à mobiliser :

### **Contributions de la Politique de la Ville**

Ressources à mobiliser :

### **Contribution des autres partenaires (non signataires du CLS)**

DRIHL : Exécution de travaux d'office en insalubrité

Conseil Général : mobilisation des PMI (circonscription municipale ; convention ville/département)

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

Amélioration, restructuration de l'action à l'occasion du présent contrat

# 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'habitat dégradé est identifié à la fois dans la littérature internationale et dans l'expérience locale comme l'un des facteurs déterminants d'inégalités sociales de santé. Son impact est cumulatif avec celui des autres déterminants sociaux qui concernent, en général, les mêmes familles.

Les immeubles et logements dégradés constituent un habitat social de fait : leurs occupants n'ont pas d'autres choix, car ils n'ont pas accès au parc social ni au parc privé décent. Les locataires de ce type de logements, malgré leurs difficultés sociales et économiques, doivent de surcroît payer des loyers importants, et voient leurs difficultés économiques s'accroître du fait de factures d'eau et d'énergie élevées.

Ces populations sont les moins à même de se défendre contre diverses formes d'exploitation de leur faiblesse. Les personnes les plus fragiles (enfants, personnes âgées, personnes malades, femmes enceintes...) sont particulièrement exposées aux conséquences de cet environnement sur leur santé.

Les signataires s'engagent à maintenir les droits sociaux des familles, et à ne pas utiliser la lutte contre l'insalubrité comme un outil de renvoi des populations défavorisées.

De plus, la réduction des inégalités sociales sera pertinente si l'action permet l'accompagnement des occupants dans leur mode d'habiter dans un logement salubre.

## **Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue ?**

### **Quelle articulation avec la politique de la Ville ?**

Articulation avec l'ASV

Articulation avec les autres volets de la Politique de la Ville

## Pilotage et participation des partenaires

L'identification du rôle de chacun constitue une première étape vers une démarche d'évaluation participative

	Rôle prévu	Mode de participation	Attentes spécifiques
Elus, autres décideurs	Portage politique	Participation au comité de pilotage	Faire en sorte d'apporter des modalités d'amélioration concrète des actions mise en œuvre dans ce domaine
Techniciens de la commune, de l'ARS, de la préfecture	<p><b>Commune :</b> Réalisation de l'action : diagnostic du bâti, de l'interaction logement/famille, orientation de la procédure</p> <p><b>Agence :</b> Suivi administratif des procédures</p>	<p><b>Agence :</b> Relai de chacune des procédures, réunions de suivi entre techniciens</p>	<p><b>Agence :</b> Amélioration de la qualité des actes administratifs, diversification des intervenants professionnels, développement de la pluridisciplinarité</p>
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**

Indicateurs : outils spécifiques

### **Indicateurs de processus**

Indicateurs : outils spécifiques

### **Indicateurs d'activité**

Nombre de réunions avec les partenaires (commissions, réunions de travail inter-partenariales...)

Nombre de mises en demeures envoyées

Nombre de visites réalisées

Nombre d'APT, de procédures d'urgence, et d'IH pris

Nombre de réunions d'AG ou de CS accompagnées

Nombre de dossiers suivis et accompagnés vers la levée des APT

Nombre de personnes informées sur leurs droits

Nombre de plaintes enregistrées

Nombre d'arrêtés et typologie des arrêtés

Nombre de situations complexes résolues grâce à la coordination

Nombre d'orientations adaptées vers des professionnels du réseau

Amélioration de la synergie entre acteurs médicaux et sociaux

Nombre de décisions retenues émanant des partenaires du réseau

Nombre de travaux réalisés suite à des mises en demeure

Nombre de travaux d'urgence électrique réalisés (suite à L 129 3 du CCH pour les parties communes, L 13 11 4 du CSP pour les parties privatives, L 13 31 26-1)

Nombre de travaux d'office réalisés

Nombre de bâtiments et nombre de logements pour lesquels une sortie d'insalubrité remédiable aura été constatée après arrêté, avec maintien ou relogement des occupants

Nombre de bâtiments et nombre de logements pour lesquels une sortie d'insalubrité remédiable aura été constatée sans passage par l'arrêté (phase dite « de grille d'insalubrité ») avec maintien ou relogement des occupants

Nombre de bâtiments et nombre de logements pour lesquels une insalubrité irrémédiable aura été résorbée (démolition ou requalification) avec relogement des occupants

Nombre de logements ayant bénéficié de travaux d'office en urgence ou en droit commun

Nombre de familles ayant bénéficié d'un accompagnement social

Nombre de familles ayant bénéficié d'un accompagnement sanitaire généraliste ou spécialisé, sur orientation d'un intervenant de l'insalubrité.

Indicateurs : outils spécifiques

### **Indicateurs de résultats**

### **Dispositif d'évaluation participative**