

CONTRAT LOCAL DE SANTE DE PARIS

Entre

La **Ville de Paris**, représentée par Anne Hidalgo, Maire de Paris, habilitée par délibération du conseil municipal du 26 mars 2018 ;

Ci-après désigné « La commune », d'une part

Et

L'**ETAT**, représenté par Monsieur Michel CADOT, Préfet de Région Ile-de-France

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

Et

La **CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE** (CPAM), représentée par Monsieur Pierre ALBERTINI, Directeur général de la CPAM de Paris,

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

Et

L'**AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE** (ARS-Ile de France), représentée par Monsieur Christophe DEVYS, son Directeur général

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

Il a été convenu le présent contrat local de santé (CLS) portant sur la ville de Paris pour la période 2018-2022.

PREAMBULE

L'**Agence Régionale de Santé Ile-de-France** favorise la mise en place de Contrats Locaux de Santé (CLS) pour affirmer son engagement en matière de prévention et de promotion de la santé, de politiques de soins, d'accompagnement médico-social et de lutte contre les inégalités territoriales de santé.

En parallèle, la Ville de PARIS s'est engagée dans une politique volontariste en faveur de la réduction des inégalités d'accès aux soins et pour l'amélioration de l'offre de prévention. Soutenue par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, elle met en œuvre des actions de prévention sur son territoire et développe l'accès aux soins de premier recours. La mise en œuvre des Assises de la Santé de la Ville de Paris, la municipalisation des Ateliers Santé Ville, la formalisation et le développement territorial des Conseils Locaux de Santé Mentale, les actions d'éducation à la santé nutritionnelle et de prévention des conduites à risques, le programme vers Paris sans SIDA, le plan Paris santé environnement, etc. démontrent l'implication de la Ville pour améliorer la santé des Parisiennes et des Parisiens dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé orientées, en particulier, au profit des publics les plus vulnérables et des résidents des 20 quartiers prioritaires de la politique de la ville.

La Ville de Paris souhaite poursuivre et développer son engagement en s'inscrivant dans la démarche du **Contrat Local de Santé (CLS)**. Pour animer la démarche, la Ville de Paris s'engage à porter les orientations des signataires du contrat local de santé et mobilisera les partenaires de la santé et de ses déterminants afin d'assurer la transversalité et l'intersectorialité des axes choisis.

LE CADRE JURIDIQUE

TEXTES DE REFERENCE

La Loi **Hôpital Patients, Santé et Territoires** de 2009 (HPST) précise que la mise en œuvre du Projet régional de santé peut faire l'objet de **Contrats locaux de santé** (CLS) conclus entre l'Agence régionale de santé et les collectivités territoriales et leurs groupements. Les CLS portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

*« Le Projet régional de santé est constitué : (...) De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas... La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des **Contrats locaux de santé** tels que définis à l'article L. 1434-17 (Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009) ».*

*« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de **Contrats locaux de santé** conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (Art. L. 1434-17 du CSP).*

Ce contrat, instauré par la loi « Hôpital, patients santé, territoires » du 21 juillet 2009 et réaffirmé dans la loi dite de « **Modernisation de notre système de santé** », promulguée le 26 janvier 2016, a pour objectifs de **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** et de **proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local**.

Les CLS doivent être en cohérence avec les grands principes retenus pour le Projet régional de santé (PRS) et inscrits dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS), qui vont guider l'action régionale en matière de santé. **La zone de contractualisation** possible se situe précisément au croisement des objectifs de l'Etat, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de ceux des collectivités territoriales.

Le premier projet régional de santé (PRS1) est arrivé à son terme fin 2017. Au 1er janvier 2018, le «PRS2 » prend la relève, dans un cadre rénové.

Les Contrats locaux de santé permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires et sociales. Basés sur un diagnostic santé, ils proposent un Projet local de santé devant concourir à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire.

Les CLS ont vocation à s'appliquer sur tous les territoires de santé définis par les ARS.

LE CONTRAT

À Paris, l'élaboration d'un CLS s'inscrit dans une volonté commune de la Ville et de l'ARS et dans la continuité des Assises Parisiennes de la Santé, qui ont permis d'étayer pendant un an dans le cadre d'une démarche participative le diagnostic et des propositions d'actions sur les grands enjeux de santé rencontrés sur le territoire parisien.

Elle s'appuie également sur les plans et schémas engagés en début de mandature (PPSE, stratégie Vers Paris Sans SIDA, schéma départemental de protection de l'enfance, schémas PA / PH, états généraux de la PMI...).

Les deux institutions ont pour objectif prioritaire partagé d'œuvrer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, enjeu qui constitue le fil conducteur du programme de mandature dans le champ de la santé et qui est placé au cœur du processus de construction du Plan Régional de Santé 2.

La Ville de Paris est engagée depuis de nombreuses années dans l'accès aux soins, la prévention et la promotion de la santé. Elle considère que la signature d'un Contrat Local de Santé constitue une opportunité de conforter et de développer les actions sur son territoire, à travers ses différents services et en partenariat avec les structures institutionnelles et associatives.

La réforme de l'Assurance Maladie de 2004 a donné pour objectif aux Caisses primaires d'Assurance Maladie de consolider trois de ses piliers fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins à tous les citoyens, quel que soit leur lieu de résidence sur le territoire et quels que soient leurs revenus, la qualité des soins délivrés par les professionnels de santé et la solidarité, chacun devant contribuer à l'Assurance Maladie selon ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins.

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

IL EST DECIDE ENTRE :

L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ;

LA VILLE DE PARIS;

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE ;

ET LA PREFECTURE DE PARIS

La conclusion d'un contrat ayant pour objet de favoriser la coordination et la transversalité des actions définies entre les signataires et figurant dans le plan d'actions du présent contrat.

Le projet de CLS a été soumis pour avis au Conseil Territorial de Santé le 23 février 2018.

Les priorités retenues dans ce contrat et les actions en découlant ont été définies de manière partenariale entre les signataires, avec l'appui de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux impliqués sur le territoire de la commune.

CADRE GENERAL DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Dans le cadre de la politique de l'ARS, ce dispositif a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité, dans le respect des objectifs inscrits dans le projet régional de santé (PRS) et des compétences fondamentales des collectivités territoriales.

Le cadre d'orientation stratégique (COS) du projet régional de santé en Île-de-France 2018-2022 (PRS2) énonce trois principes transversaux et cinq axes de transformations :

- Premier principe : la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif de toutes les mesures.
- Deuxième principe : il est nécessaire de mettre la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos préoccupations, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques.
- Troisième principe : l'approche territoriale constituera le niveau et le levier principal de l'action.

Les axes de transformation sont les suivants :

- axe 1 - Améliorer l'organisation des parcours sur les territoires
- axe 2 - Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente
- axe 3 - Favoriser un accès égal et précoce à l'innovation et à la recherche
- axe 4 - Permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques sanitaires
- axe 5 - La santé dans toutes les politiques

Le CLS assure d'une part la coordination au niveau local des acteurs, des financeurs et des politiques impactant la santé, et, d'autre part, l'articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes. Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (conférence de territoire, conférence régionale de santé et de l'autonomie) et locales (conseils locaux, réunions publiques, débats, enquêtes, etc.).

PERIMETRE GEOGRAPHIQUE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Ce contrat comprend le périmètre intégral de la ville de Paris avec un focus particulier sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

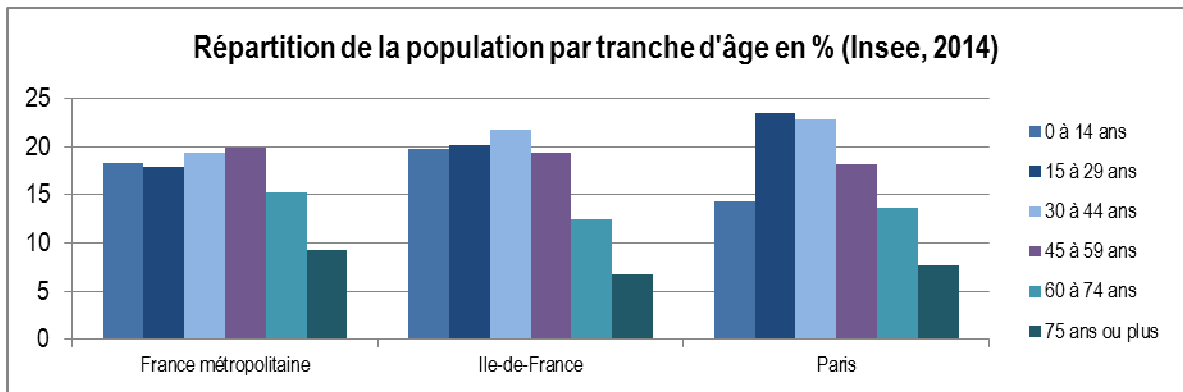
LA PRESENTATION DE LA VILLE DE PARIS

La ville de Paris se caractérise par une population très dense sur un petit territoire ; en effet, avec une superficie de 10 540 hectares, la capitale française présente l'une des plus fortes densités en Europe soit environ 21 000 habitants au km² (contre 982 hab./km² pour l'Île-de-France en 2014).

Un profil démographique propre à Paris

En 2014, Paris accueille 2 220 445 habitants, soit une légère diminution de sa population depuis 2009 (13 660 habitants en moins, soit une baisse de -1% en 5 ans), à l'inverse de la région Île-de-France qui enregistre une croissance démographique importante (+5% entre 2009 et 2014). Cette diminution s'illustre d'autant plus au sein des arrondissements du centre parisien, qui présentent une forte baisse de leur nombre d'habitants (-5% pour les 1^{er}, 2^e et 4^e arrondissements par exemple). A l'inverse, certains arrondissements périphériques enregistrent une augmentation (+3% entre 2009 et 2014 pour le 14^e, +1% pour le 19^e et le 17^e).

Cette légère baisse démographique s'explique par un solde migratoire négatif sur la dernière période de recensement (-0,8% entre 2009 et 2014), compensé partiellement par un solde naturel positif (+0,7%), soit 29 134 naissances en 2014 à Paris. Néanmoins, l'indice de fécondité parisien est, en moyenne, plus bas que celui observé à l'échelle régionale, soit 1,51 enfant par femme (contre 2,02 en Île-de-France).



Paris se démarque du reste de la région Île-de-France et de la France métropolitaine par une forte proportion d'étudiants et de jeunes actifs (23% des habitants sont âgés de 15 à 29 ans, contre 20% en Île-de-France) ; à l'inverse, la proportion d'enfants est moins importante, soit 14% d'habitants âgés de moins de 15 ans (contre 20% pour l'échelle régionale). À l'image de la tendance nationale, la population parisienne est vieillissante, avec 14% d'habitants âgés de 60 à 74 ans, et 8% âgés de 75 ans et plus, contre des proportions respectives de 12% et 7% en 2009.

Le profil démographique de la population parisienne varie selon les arrondissements ; ainsi, alors que les habitants de moins de 15 ans sont surreprésentés dans les arrondissements périphériques (15% à 18% en moyenne), ils sont minoritaires dans les arrondissements du centre. Aussi, alors que les personnes âgées de 60 ans et plus sont largement représentées dans les 1^{er}, 6^e, ou encore 7^e arrondissements (respectivement 32%, 39% et de 38%), elles présentent des plus faibles proportions dans les arrondissements du nord-est parisien.

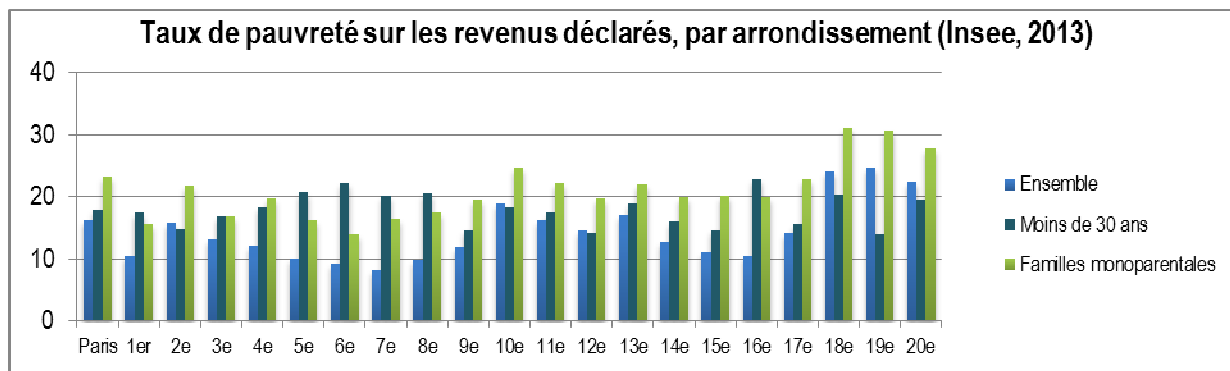
La présence de fortes inégalités sociales de territoires

A ce profil démographique composite, s'ajoutent des disparités sociales territoriales et infra-territoriales, caractéristiques de la « Mosaïque sociale parisienne » (cf. Insee, Observatoire Social, « Insee Analyses Île-de-France », n°53, février 2017).

Le revenu médian des ménages parisiens s'élève à 27 424€ par an en 2014, soit un des plus élevés de France. Paris présente néanmoins de fortes inégalités sociales de territoire, avec un fort clivage entre le nord-est (18^e, 19^e et 20^e), populaire et plutôt défavorisé, et le sud-ouest et le centre qui sont plutôt aisés. Ainsi, alors que le taux de pauvreté¹ dans la capitale est de 16 %, contre 14% pour la moyenne française, ce sont 22% à 24% des ménages qui vivent sous le seuil de pauvreté dans les arrondissements les plus pauvres (18^e, 19^e et 20^e). Cette pauvreté touche plus particulièrement les ménages les plus vulnérables, à savoir les familles monoparentales, dont le taux de pauvreté s'élève à 23% dans Paris, et plus de 28% dans les arrondissements du nord-est, ainsi que les jeunes âgés de moins de 30 ans, en moyenne eux aussi plus précaires avec un taux de pauvreté supérieur à la

¹ Le taux de pauvreté : proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (60% du revenu médian de France métropolitaine)

moyenne parisienne (18%, et plus de 20% dans les 18e, 19e, 20e). On note toutefois la présence de jeunes en situation de précarité au sein des arrondissements du centre, comme le 5e ou encore le 6e.



De même, les personnes non scolarisées et sans diplôme (ou brevet des collèges) constituent un public vulnérable, plus susceptible de rencontrer des difficultés d'accès à l'emploi et des problématiques de précarité voire de pauvreté : ils représentent 20% des Parisien-ne-s toutes tranches d'âges confondues, une proportion qui peut dépasser les 30% dans certains arrondissements (19e, et dans une moindre mesure 20e puis 18e).

On observe par ailleurs de fortes disparités entre les niveaux de vie des ménages parisiens : le rapport interdécile² est plus élevé que dans les autres départements (environ 7,5 en Ile-de-France, pour environ 11 à Paris (2014)). Autrement dit, les inégalités de revenus sont en moyenne plus fortes qu'ailleurs : l'écart entre les revenus des plus riches et ceux des plus pauvres est important. Ces inégalités se retrouvent parfois à l'échelle des arrondissements, notamment les plus aisés (16e, 8e, 7e, 17e) ou les rapports interdéciles sont supérieurs à la moyenne parisienne. Ainsi, au-delà des disparités observables entre « grands territoires », les inégalités se structurent également par « poches » au sein du territoire parisien.

Une précarité liée au logement : inconfort et suroccupation

Le coût des logements dans la capitale entraîne d'importants flux de migrations résidentielles ; s'ils ne quittent pas Paris, les plus précaires habitent plutôt à la périphérie (où se concentre une plus forte présence de logements sociaux), ou dans des logements dits « inconfortables » (sans salle de bain, douche ou baignoire) ou « suroccupés »³.

8% des ménages parisiens vivent dans des logements inconfortables. Il s'agit le plus souvent de chambres de service, aux derniers étages des immeubles haussmanniens, davantage concentrés dans les arrondissements centraux et de l'ouest, ou d'anciennes loges de concierges. Outre ce type d'habitat, l'indicateur de suroccupation des logements témoigne également des problématiques de précarité des Parisien-ne-s : ils étaient 12% en 2012, avec une plus forte concentration dans les trois arrondissements les plus populaires (18e, 19e, et 20e) auxquels s'ajoute le 10e.

² Rapport interdécile : mesure les inégalités, soit l'écart entre les niveaux de vie des 10% les plus riches et des 10 % les plus pauvres. Plus il est élevé, plus les inégalités sont fortes (écart de richesses sur un territoire donné important).

³ Logement pour lequel le nombre d'occupant(s) est supérieur à celui du nombre de pièce(s).

Les personnes reconnues « dépendantes » sont en augmentation constante (28 000 personnes en 2016, 32 000 attendues en 2030). Enfin 7% de la population parisienne dispose d'au moins un droit actif au titre du handicap soit environ 154 000 personnes.

Ces inégalités sociales ont des effets cumulatifs, tels que la précarité économique et sociale des conditions de vie des Parisien-ne-s, ou encore un déficit éducatif. A ces inégalités, s'ajoutent des disparités associées au territoire, au contexte résidentiel et plus particulièrement aux conditions de logement. Dans cette même perspective, l'état de santé au sein de la population connaît de fortes inégalités entre habitants selon leurs caractéristiques sociales (niveau de vie, accès à la formation, à l'emploi, etc.) et entre territoires. Paris présente, à ce titre, de fortes inégalités sociales et territoriales de santé.

Paris est particulièrement touché par des difficultés spécifiques : exposition au bruit et à la pollution, difficultés de logement ou insalubrité, vulnérabilités liées à la migration ou aux discriminations. Son statut de ville capitale la place au cœur des échanges internationaux, renforce l'arrivée de population migrante ou réfugiée, mais aussi l'accueil de touristes qui peut créer des enjeux spécifiques en matière de santé : problématiques liées aux épidémies et plus largement enjeux épidémiologiques internationaux, variations saisonnières des besoins en santé. Ce statut l'expose également plus que d'autres à des actes de nature terroriste dont les conséquences peuvent être majorées par la densité de la population, les risques liés aux transports et aux réseaux souterrains.

La présence à Paris d'une population migrante importante dont les caractéristiques évoluent en fonction de la situation géopolitique internationale, ainsi que d'un nombre important de personnes sans chez-soi dont certaines sont vieillissantes ou avec des troubles mentaux, nécessite une adaptation des modalités de prise en charge de la santé de ces publics et, parfois, des dispositifs spécifiques.

Une population globalement en bonne santé, mais avec des fragilités et des inégalités majeures

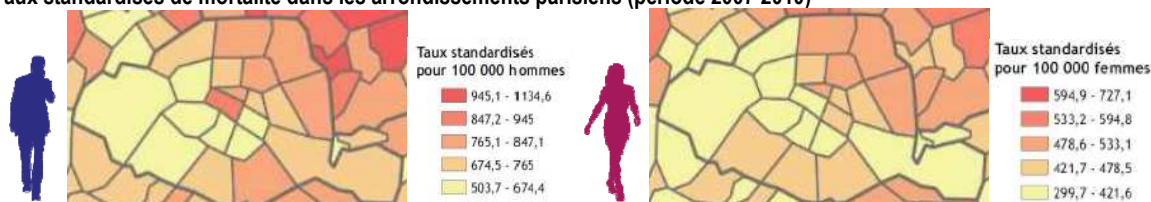
L'espérance de vie à Paris est supérieure à celle de l'Ile-de-France et de la France pour les deux sexes et le taux de mortalité générale est le plus bas de France avec une grande disparité selon les arrondissements et une situation beaucoup plus favorable dans les arrondissements de l'Ouest.

| Espérance de vie à la naissance chez les hommes en 2013 / Espérance de vie à la naissance chez les femmes en 2013 Paris | Ile-de-France | France métropolitaine |
|--|---------------|-----------------------|
| 81,1 ans | 80,2 ans | 78,7 ans |

| Paris | Ile-de-France | France métropolitaine |
|----------|---------------|-----------------------|
| 86,1 ans | 85,5 ans | 85 ans |

Source ORS IdF, Repères sur la santé en Ile-de-France, 2015

Taux standardisés de mortalité dans les arrondissements parisiens (période 2007-2010)



Source ORS IdF, La santé observée à Paris, 2011

Malgré une évolution favorable, **les cancers restent la première cause de mortalité** des Parisiens des deux sexes.

Certaines pathologies sont plus présentes qu'ailleurs sur le territoire parisien, comme **l'infection à VIH**, toujours importante à Paris, qui concentre 20% des nouvelles infections au VIH en France pour 3% de la population nationale. L'incidence de la **tuberculose** qui s'est nettement améliorée jusqu'en 2015 avec 14.4 cas/100 000 habitants en 2015 (54/100 000 en 2002) remonte pour la première fois depuis 20 ans en 2016 avec une incidence à 16.6/100 000, à 2.3 fois l'incidence rapportée au niveau national. La situation est plus contrastée pour la **santé mentale** : le taux de nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques pour les hommes est le plus élevé d'Ile-de-France alors qu'il est le plus bas pour les femmes.

A Paris, on recense des **conduites à risque** plus importantes qu'en métropole en particulier chez les jeunes : 31,2% des garçons et 26,3% des filles de 17 ans ont eu au moins 3 ivresses au cours des 12 derniers mois (*Enquête ESCAPAD, OFDT, 2014*). 32,1% des garçons et 35,6% des filles de 17 ans consomment quotidiennement du tabac. 54% des jeunes Parisien-ne-s de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 12% ont un usage régulier, ce qui est significativement supérieur à la moyenne nationale.

14% des jeunes Parisien-ne-s de 17 ans sont en surpoids ou obèses, avec une augmentation de 105,7% au cours des 15 dernières années (76,5% en moyenne en France).

L'intrication entre inégalités sociales et inégalités territoriales se traduit à Paris de façon très marquée en termes de santé. La prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants est deux fois plus importante dans les quartiers défavorisés du Nord et de l'Est parisien (5,5% chez les enfants scolarisés de CE2 en QPV vs 2,7%). Le taux de dépistage des cancers, même en cumulant dépistage organisé et dépistage individuel, subit une ligne de fracture entre les arrondissements de l'Ouest et du Sud où le taux de dépistage est le meilleur, et ceux du Nord et de l'Est qui ont une participation d'autant moins bonne que la population habite dans les quartiers politique de la ville.

Les inégalités de santé ont une composante environnementale non négligeable et les groupes sociaux sont inégalement affectés par les conditions environnementales. Le cumul d'expositions aux nuisances et pollutions environnementales (« points noirs environnementaux ») concerne ainsi 18% de la population parisienne. La forte urbanisation de l'agglomération parisienne a également des conséquences sanitaires liées aux expositions aux pollutions et nuisances environnementales.

30% des cas de saturnisme de l'enfant déclarés en France de 1995 à 2014 l'ont été à Paris, en lien avec un habitat ancien et dégradé avec des taux de suroccupation des logements très supérieurs à la moyenne nationale.

La cartographie du bruit à Paris montre que 11% des Parisien-ne-s sont potentiellement exposés à une valeur excédant la limite de 68 dB.

Les niveaux dans l'air extérieur de particules PM10 et de dioxyde d'azote, polluants avec des effets démontrés sur la santé respiratoire et cardio-vasculaire, dépassent régulièrement les valeurs limites réglementaires, notamment à proximité du trafic routier.

La répartition spatiale de l'habitat indigne conduit par ailleurs à l'aggravation des inégalités territoriales de santé et de la ségrégation urbaine.

Il importe également d'identifier à Paris deux phénomènes concourants mais distincts. D'une part, la forte concentration de la grande précarité, en particulier de la précarité et de l'exclusion liées aux difficultés de logement, entraîne des risques et des freins spécifiques dans l'accès aux soins et à la prévention. D'autre part, un certain nombre de déterminants sociaux (niveau d'éducation, revenus, lieu d'habitation, profession...) génèrent des inégalités de santé pour l'espérance de vie, l'espérance de vie

en bonne santé, la consommation de soins, l'adoption de comportements favorables à la santé... qui traversent toutes les classes sociales.

Une offre de santé conséquente mais également des zones de fragilité importantes

L'offre ambulatoire connaît de fortes disparités territoriales qui pourraient s'amplifier au regard des projections démographiques.

La densité de médecins généralistes ne cesse de décroître régulièrement depuis 2012, et présente de fortes disparités infra-territoriales. La part des omnipraticiens de plus de 60 ans augmente significativement. Trouver un médecin traitant devient de plus en plus difficile pour certaines populations (personnes âgées, personnes présentant une pathologie mentale...) ou dans certains quartiers.

La densité en médecins spécialistes est l'une des meilleures de France. Toutefois, ce constat doit être nuancé : d'une part car l'offre en secteur 1 est peu importante, or le reste à charge pour les familles constitue un frein à l'accès aux soins, d'autre part parce qu'il existe également un gradient d'installation, les arrondissements les moins bien dotés voyant leur situation se dégrader davantage au fil du temps.

L'offre hospitalière est dense, diversifiée et en cours de transformation. La présence de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris concentre une offre spécialisée, des plateaux techniques d'excellence et des pôles de recherche. Le virage ambulatoire et l'articulation médecine de ville/médecine hospitalière représentent dans le contexte parisien des enjeux particuliers.

Par ailleurs, il existe un besoin mal couvert d'hospitalisation de proximité pour des pathologies chroniques, liées au vieillissement de la population notamment, ou à la précarisation d'une certaine population. Le recours aux urgences n'a cessé d'augmenter au cours des 10 dernières années.

La densité des acteurs de la santé à Paris et les compétences légales de la Ville dans les champs social et médico-social invitent à assumer un rôle particulier dans la coordination et l'articulation de l'offre afin de favoriser des prises en charge globales et des parcours de santé sans rupture, en particulier pour les plus vulnérables. Le développement et la structuration des partenariats constituent dès lors une condition incontournable de l'efficacité collective.

L'offre en psychiatrie est dense et s'est beaucoup restructurée ces dernières années pour améliorer les prises en charge ambulatoires et réduire les inégalités d'équipement notamment dans le secteur infanto-juvénile et la prise en charge des adolescents. Cependant, les pathologies psychiatriques sont en constante augmentation sur Paris comme sur le reste de l'Ile-de-France et certaines demandes peinent à aboutir.

Enfin, **dans le champ du handicap**, le sous-équipement de l'Ile-de-France en général, et de Paris en particulier, nécessite de poursuivre les efforts de rattrapage et de rééquilibrage de l'offre médico-sociale.

| Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés | Paris | IDF | France |
|---|-------|-----|--------|
| Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés (MAS) | 0,3 | 0,6 | 0,8 |
| Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM) | 0,4 | 0,5 | 0,7 |
| Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels/CAJ) | 0,5 | 0,7 | 1,5 |
| Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) | 2,0 | 2,5 | 3,5 |

La stratégie parisienne « Handicap, inclusion et accessibilité universelle » pose la question des parcours, avec une approche large des besoins et une fluidité entre les étapes de vie d'une personne en situation de handicap. L'accès aux soins somatiques pour les personnes en situation de handicap, la capacité collective à anticiper et gérer les épisodes de crise sont des axes de travail particulièrement importants.

En ce qui concerne les personnes âgées, les capacités d'accueil ont été renforcées avec la création de 1 900 nouvelles places en EHPAD ainsi que 100 places en accueil de jour. Cependant, le reste à charge supporté par les usagers reste une difficulté majeure d'accès au service. Le schéma parisien en direction des seniors 2017-2021 a souligné les efforts à réaliser pour faciliter l'accès de tous aux aides et services d'accompagnement existants, pour favoriser le maintien dans le logement, pour rendre l'espace public plus accessible et plus accueillant et favoriser la mobilité des seniors, pour promouvoir la prévention sous toutes ses formes, y compris dans les EHPAD, et retarder la perte d'autonomie, pour répondre aux situations de précarité et lutter contre l'isolement.

LA POLITIQUE DE SANTE DE LA VILLE DE PARIS

Les actions entreprises depuis le début de mandat s'analysent au regard de 3 grandes orientations :

- 1. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est l'objectif prioritaire de toutes les politiques de santé pour faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention.**

Il en est ainsi du **dispositif d'aide à l'installation des professionnels de santé** en exercice regroupé en secteur 1 (**Paris Med'**), pour lequel un diagnostic des difficultés d'accès aux soins de 1^{er} recours a été réalisé par l'ARS pour la première fois à une échelle infra-arrondissement en vue de la définition des quartiers d'intervention prioritaire et qui a permis l'ouverture de 8 nouveaux cabinets pluri professionnels depuis juillet 2016. Les centres de santé municipaux et associatifs contribuent également à réduire les inégalités en pratiquant des tarifs conventionnés sans dépassement d'honoraires. La Ville de Paris envisage la poursuite du soutien aux centres de santé, et le cas échéant la création de nouveaux centres, pour qu'ils puissent développer leur activité et renforcer l'accès aux soins de premiers recours pour tous les parisiens.

C'est également la philosophie qui sous-tend la **stratégie Vers Paris Sans SIDA**, qui prône une approche de dépistage et de prévention ciblée sur les publics les plus vulnérables face à cette

épidémie, ou les différentes actions relatives à la santé inscrites dans le **Pacte Parisien de Lutte contre la Grande Exclusion** et le **Plan d'Accueil des Migrants**.

2. La volonté d'intégrer les questions de santé dans l'ensemble des politiques publiques.

Cet objectif est cohérent avec la définition large de la santé donnée par l'OMS comme « un état de bien-être complet physique, mental et social, avec une prise en compte de l'ensemble des déterminants individuels ou collectifs de la santé, non seulement sur le plan social mais également au niveau des politiques d'éducation, de développement durable, d'aménagement urbain, des transports. Fin 2015, le Conseil de Paris a voté le premier **Plan Paris Santé Environnement**, dont la mise en œuvre implique, sous l'égide du secrétariat général, la quasi-totalité des directions. Au-delà des programmes propres au domaine santé, a été promue la prise en compte des objectifs de santé dans les plans et stratégies portés par d'autres délégations : schéma départemental de la protection de l'enfance, stratégie enfance, Plan Parisien pour l'Accompagnement des Jeunes, schémas PA/PH, Plan Parisien pour l'Insertion par l'Emploi (PPIE), concertation citoyenne sur la pollution de l'air, contrat de ville, projet éducatif de territoire, plan Biodiversité, Plan Vélo, stratégie de développement du sport dans l'espace public, Paris Résilient...

3. Le souhait de faire de chaque Parisien-ne un acteur de sa santé.

Élément majeur du projet de la Maire de Paris pour la santé des Parisien-ne-s, les **Assises Parisiennes de la Santé** ont ouvert un espace de débat avec la société civile sur les questions de santé d'une ampleur sans précédent à Paris, d'avril 2016 à février 2017, avec l'organisation de 6 grands débats thématiques en mairie d'arrondissement et la labellisation de plus de 50 événements portés par les partenaires notamment associatifs. Cette large concertation a impliqué au total plus de 2 000 participants et a mobilisé 15 mairies d'arrondissement. 62 fiches actions ont été co-construites avec des professionnels, partenaires institutionnels et associatifs des champs sanitaire, médico-social, social, éducatif.

Plusieurs projets liés la santé ont été votés dans le cadre du budget participatif (maison de santé rue Theuriet dans le 15^e par exemple).

Dans le cadre plus classique de la démocratie sanitaire, la Ville de Paris a impulsé depuis la création de la Mission santé mentale en 2013 la mise en place et l'animation de **conseils locaux de santé mentale** dans 15 arrondissements. Ces instances sont aujourd'hui sources de nombreux projets pluridisciplinaires pour améliorer la promotion et la prévention en santé mentale, l'accès aux soins et la continuité de ceux-ci, et l'inclusion sociale des personnes touchées par des pathologies.

De création plus récente et en nombre plus restreint, les **conseils locaux de santé** commencent également à se développer, l'objectif étant de les déployer sur l'ensemble du territoire parisien.

Ces initiatives résultent du constat que l'impact des actions d'éducation ou de promotion de la santé n'est réellement significatif que lorsque leur élaboration et leur mise en œuvre implique une co-construction intersectorielle et la participation effective des publics auxquels elles sont destinées.

Le rôle de la collectivité doit donc aussi être d'aider les Parisien-ne-s, en particulier les plus vulnérables, à s'approprier leur propre santé. Cette approche qui mise notamment sur le développement des compétences psycho-sociales a été largement corroborée dans le cadre des Assises de la santé et constitue le socle méthodologique de la **Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques** et de **Paris Santé Nutrition**, partant des besoins des publics et des professionnels et les

associant à l'élaboration de projets et à leur essaimage. Elle semble particulièrement adaptée pour la nécessaire redéfinition de la **stratégie de prévention et de promotion de la santé vis-à-vis des enfants et des jeunes, notamment via le parcours éducatif de santé**⁴.

L'implication citoyenne replace également la santé au cœur de la construction du lien social, ce dont le programme **Paris qui Sauve**, proposé et mis en place suite aux attentats de 2015, est l'illustration : fondé sur le renforcement des formations aux gestes qui sauvent, le déploiement de 1 000 défibrillateurs dans l'espace public et le développement de la résilience dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge du psycho-trauma, ce dispositif connaît un très grand succès auprès de la population. Entre mars 2016 et mars 2017, plus de 16 000 Parisien-ne-s et 4 000 agents de la collectivité ont été formés aux gestes qui sauvent, et plus de 4 000 élèves de CM2 ont été formés au massage cardiaque et à l'utilisation d'un défibrillateur le 1^{er} juin 2017 à la Grande Halle de la Villette.

La mise en place d'un cadre global cohérent, ambitieux et participatif des politiques de santé à l'échelle de la collectivité parisienne a contribué à un renforcement majeur de la visibilité et de la légitimité des actions de santé portées par la Ville de Paris et à une reconnaissance de la contribution spécifique des services de santé dans les différentes politiques.

LA POLITIQUE DE SANTE DE LA PREFECTURE DE PARIS

Le Préfet de la région Ile-de-France, Préfet de Paris est garant de la cohérence de l'ensemble des politiques publiques.

Le contrat local de santé vise à configurer le volet santé du contrat de ville signé entre l'Etat et la collectivité territoriale. Les partenaires signataires du contrat de ville parisien se sont engagés et se mobilisent pour réduire les écarts entre les territoires des 20 quartiers prioritaires et le territoire parisien.

Les thématiques prioritaires du contrat de ville agissent sur les déterminants de la santé et à ce titre, participent à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : logement, habitat, cadre de vie, éducation, emploi et insertion économique, aménagement du territoire sur 5 sites NPNRU.

L'architecture du contrat cadre repose sur 3 axes stratégiques déclinés en grandes orientations : 1) accompagner les parcours et prévenir les ruptures, 2) vivre sa ville et son quartier, 3) dynamiser les quartiers dans la ville.

Le cadre opérationnel se décline à travers 11 projets de territoires dans les 8 arrondissements parisiens ayant un ou plusieurs quartiers prioritaires.

Le projet de territoire réunit les partenaires du droit commun, au niveau local, autour de problématiques et d'objectifs d'actions partagées. C'est à ce niveau que se situent les démarches de santé publique des 7 « Ateliers Santé Ville » qui sont co-pilotés par la Ville de Paris et la Préfecture, afin d'assurer au plus près des habitants le développement des actions de prévention et promotion de la santé, de recours aux soins de proximité et aux droits.

⁴ Loi 2013-595 du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République et Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

L'impact du cadre de vie sur la santé ainsi que les problématiques de santé des habitants des QPV sont connus des délégués du Préfet. Ils sont les interlocuteurs des acteurs locaux dans les domaines de l'environnement ; du cadre de vie/habitat ; de la prévention et promotion de la santé ; des risques sanitaires et sociaux ; de l'accessibilité aux droits. Les délégués du Préfet favorisent les liens entre les conseils citoyens, les services publics et les institutions sur les sujets concernant les QPV.

LE CHAMP DU CONTRAT

Le diagnostic territorial et les axes prioritaires du projet régional de santé dans sa déclinaison départementale amènent aux choix suivants :

LES AXES STRATEGIQUES RETENUS

Les quatre axes retenus dans le cadre du CLS de la Ville de Paris sont :

Axe stratégique 1 : les politiques qui contribuent à la santé

Axe stratégique 2 : favoriser les parcours de santé adaptés aux publics vulnérables

Axe stratégique 3 : développer l'approche et la gouvernance territoriale en santé dans un cadre participatif

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé constitue un **axe transversal** de l'ensemble du CLS.

LES OBJECTIFS DU CLS

Les trois axes stratégiques se déclinent en objectifs généraux :

 **Axe stratégique 1 : les politiques qui contribuent à la santé**

Objectif 1.1 : Intégrer les enjeux de santé environnementale dans les politiques d'aménagement urbain

- Promouvoir le développement des évaluations d'impact sur la santé sur les grands projets urbains structurants ;
- Agir sur les zones de fragilité en raison des expositions et des vulnérabilités socio-économiques.

Faire du logement un levier de la santé :

Objectif 1.2 : Éradiquer le saturnisme infantile et promouvoir un habitat favorable à la santé

Le PRSE3 prévoit de mieux coordonner l'action des acteurs impliqués dans la lutte contre le saturnisme et de mobiliser les professionnels de santé. Il s'agit également de faire le lien entre la santé et l'environnement de vie, notamment le logement (qualité et air intérieur) :

- Éradication globale de l'exposition au plomb des enfants et femmes enceintes ;
- Maîtrise des facteurs environnementaux de l'asthme et des allergies, prise en compte de la qualité de l'air intérieur et de la précarité énergétique dans la politique d'amélioration de l'habitat, lutte contre l'habitat indigne ;
- Renforcer l'intervention de conseillers en environnement intérieur chez les personnes souffrant d'affections respiratoires et/ou allergiques.

Objectif 1.3 : Prendre en compte les enjeux de santé mentale dans la politique du logement

- Affirmer que le logement est un élément essentiel de la santé ;
- Mobiliser des solutions innovantes pour maintenir les personnes présentant une pathologie mentale dans leur logement ;
- Favoriser l'accès à un logement adapté des personnes présentant une maladie mentale en considérant que c'est un élément indispensable pour la prise en charge de leurs troubles ;
- Faciliter l'accès au logement social des personnes présentant des troubles psychiques, via notamment l'intermédiation locative.

Objectif 1.4 : Prévenir les risques émergents liés aux espèces potentiellement dangereuses pour la santé : établir une stratégie de lutte anti-vectorielle

- Mettre en œuvre les mesures prévues dans la stratégie nationale de lutte contre les maladies transmises par le moustique tigre et contrôler la transmission de cas autochtones d'arboviroses ;
- Mieux prendre en compte les conséquences sur la santé du développement d'un certain nombre de nuisibles et intégrer cette question dans les enquêtes environnementales.

Objectif 1.5 : Promouvoir la santé nutritionnelle et la pratique de l'activité physique dans la perspective des JO 2024

- Profiter de la dynamique des JO 2024 pour promouvoir l'activité physique des personnes qui en sont éloignées (femmes, personnes handicapées, personnes en surpoids...) ;
- Faire le lien entre alimentation durable, activité physique et santé ;
- Coordonner le développement du dispositif d'activité physique adaptée à Paris et le structurer.

Favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention :

Objectif 1.6 : Faciliter l'accès aux soins non programmés de 1^{er} recours

- Améliorer l'accès aux soins ambulatoires non programmés et éviter le recours systématique aux urgences ;

- Favoriser l'implantation de nouveaux médecins dans les quartiers déficitaires.

Objectif 1.7 : Améliorer la répartition des ressources en santé mentale

- Analyser l'adéquation de la ressource en santé mentale avec les besoins exprimés au niveau des territoires tant des équipes mobiles que pour les prises en charge en CMP ;
- Envisager des évolutions de l'allocation des ressources dans les territoires en fonction du diagnostic ;
- Favoriser le rapprochement des ressources en santé mentale (lits de psychiatrie notamment) des publics lorsque c'est nécessaire ; Mobiliser les leviers notamment fonciers ;
- Renforcer les articulations entre les structures sanitaires (CMP), médico-sociales (CMPP) et psychopédagogiques (CAPP) et la médecine de ville et acteurs du social.

Objectif 1.8 : Lutter contre toutes les discriminations

- Améliorer la formation des professionnels de santé et d'accueil et mettre en place des dispositifs innovants anti-discrimination.

Objectif 1.9 : Adapter la lutte contre le SIDA

L'action se réfère aux objectifs détaillés dans la stratégie parisienne de lutte contre le sida « Vers Paris sans SIDA » adoptée par le Conseil de Paris le 18 mai 2016.

- Atteindre les objectifs des 3 x 90 de l'ONUSIDA en 2020 ;
- Atteindre zéro nouvelle infection au VIH à l'horizon 2030.

Objectif 1.10 : Favoriser l'accès à la prévention et au dépistage : vaccination et cancer

Prévention vaccinale :

Réaffirmer cet enjeu de la politique de santé publique pour lutter contre la défiance de la population et les pénuries de vaccins pour mobiliser largement les différents acteurs autour de la problématique de la vaccination, dans le respect des conditions de prescription et d'utilisation de ces produits pharmaceutiques.

- Accompagner la politique vaccinale ;
- Réfléchir à des dispositifs innovants pour faciliter l'approvisionnement en vaccins ;
- Favoriser le rapprochement des structures de soins de celles de prévention, notamment les centres de la Ville de Paris ;
- Coordonner les efforts avec les structures privées pour favoriser le déploiement de la vaccination gratuite au plus près des publics ;
- Ne pas rater les occasions de faire de la prévention et promotion de la vaccination ;

- Faciliter l'accès à l'information et vaccination des plus publics les plus précaires.

Dépistage des cancers :

- Mobiliser les professionnels et l'ensemble des partenaires autour de la promotion du dépistage organisé des cancers, en lien avec le plan « Paris contre le Cancer » de la Ville et avec la structure porteuse du dépistage organisé, la Ligue Contre le Cancer et la CPAM ;
- Accompagner la régionalisation du dépistage organisé des cancers afin de garantir l'adéquation avec les stratégies territoriales de promotion du dépistage.

🚦 Axe stratégique 2 : Proposer des parcours de santé adaptés aux publics vulnérables

Objectif 2.1 : Créer des PASS ambulatoires pour permettre l'accès aux soins de 1^{er} recours

- Faciliter l'accès aux soins ambulatoires des personnes les plus vulnérables ou précaires en développant l'offre de PMS de la Ville, en implantant des PASS ambulatoires et en mettant en place des partenariats entre les structures de la Ville et celles de la CPAM ;
- Mettre en place des partenariats entre les structures de la Ville et les structures hospitalières (AP-HP) pour limiter les passages aux urgences et les ruptures de parcours ;
- Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes, réfugiées, ou maîtrisant mal la langue française, en renforçant les partenariats avec les services sociaux, l'ARS et les associations pour la prise en charge des migrants, en développant et en pérennisant les actions de médiation sanitaire interculturelle avec un recours plus large à l'interprétariat linguistique dans les situations d'accès aux soins et d'accès aux droits.

Objectif 2.1 : Favoriser le développement d'une offre adaptée pour la prise en charge du psycho traumatisme

Mieux connaître l'offre en matière de prévention et de prise en charge des conséquences des violences sur la santé et les difficultés d'accès afin de construire des propositions d'amélioration facilitant les parcours des personnes victimes des violences.

Objectif 2.3 : Développer des actions coordonnées innovantes dans le champ de la réduction des risques et de la prévention de la consommation de drogues

- Coordonner et soutenir les acteurs parisiens de la prévention des conduites à risques et de la réduction des risques et des dommages, en améliorant le diagnostic partagé des besoins, la connaissance des dispositifs et des outils ;
- Innover dans les actions mises en œuvre, en favorisant la recherche et l'association des professionnels et des usagers de drogues en vue d'une adaptation en continu des politiques de prévention et de RdRD.

Objectif 2.4 : Réduire l'incidence de la tuberculose

Développer le dépistage sur Paris en :

- suivant les recommandations nationales dans le cadre des actions de prévention de la tuberculose ;
- donnant un haut niveau de priorité à la lutte contre la tuberculose sur le territoire parisien ;
- contribuant à renforcer le ciblage de la stratégie de dépistage au regard des publics plus particulièrement concernés, et notamment dans le cadre de l'accueil des migrants ;
- favorisant l'accès aux soins des populations migrantes ou précaires.

Objectif 2.5 : Développer les compétences psycho-sociales des enfants et des jeunes

- Dépister les situations de fragilités ;
- Développer les CPS dès la naissance, des enfants et des jeunes dans leurs différents milieux de vie ;
- Accompagner les professionnels dans une adaptation de leur posture et de leurs pratiques professionnelles ;
- Tendre vers des écoles « promotrices de santé ».

Objectif 2.6 : Rendre plus fluides les parcours de santé des personnes handicapées et personnes avec troubles du spectre autistique

- Réinterroger les parcours de santé des personnes handicapées (via un recensement de l'offre et des besoins) qu'elles soient en établissement ou à domicile ;
- Identifier l'offre disponible (ambulatoire, hospitalière) sur le territoire accessible aux personnes en situation de handicap et cela quel que soit le type de handicap ;
- Former les professionnels pour intervenir auprès des personnes handicapées ;
- Améliorer l'accès aux soins somatiques et de prévention des personnes handicapées vivant en établissement.

Objectif 2.7 : Faciliter l'accès à la santé des personnes âgées

- Faciliter le maintien à domicile des personnes âgées et anticiper la rupture de soins ;
- Améliorer l'état bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Accompagner les réseaux tri thématiques (soins palliatifs/cancéro/gériatrie) ;
- Favoriser la coordination des professionnel-le-s de soins au domicile des personnes âgées par l'intervention des réseaux tri thématiques de gériatrie, de cancérologie et de soins palliatifs et des dispositifs d'information et d'appui (M2A résulte de l'intégration des réseaux, des CLIC et MAIA).

Axe stratégique 3 : développer l'approche et la gouvernance territoriales en santé dans un cadre participatif

Objectif 3.1 : Développer des conseils locaux de santé (incluant les CLSM) et conforter l'animation du réseau des acteurs en santé

- Favoriser la communication, la coopération et la coordination des professionnel-les de santé au niveau des quartiers de Paris ;
- Améliorer la connaissance des besoins spécifiques de la population du territoire.

Objectif 3.2 : Construire un dispositif de pilotage et d'évaluation de la politique de santé sur le territoire parisien

- Créer des outils de suivi des effets et impacts de la politique mise en œuvre sur l'amélioration de la santé des Parisien-ne-s et la réduction des inégalités de santé ;
- Créer un Observatoire parisien de la santé, qui permettra une gestion transversale et nourrira le pilotage stratégique de la politique publique sanitaire parisienne.

Objectif 3.3 : Promouvoir l'innovation pour améliorer l'information et la participation des citoyens à la définition des priorités de santé

- Etre à l'initiative pour développer des expérimentations « d'aller vers » et de participation des citoyens en matière de santé ;
- S'appuyer sur les associations de patients, les bilans des CRUQPC, les associations professionnelles, et former des acteurs relais pour aller au-devant des populations ;
- Favoriser et encourager les initiatives de démocratie en santé des citoyens.

LE PLAN D' ACTIONS DU CLS

Le Plan d'actions du CLS est constitué de **fiches-actions** (une par objectif) présentant un rappel des constats (éléments issus du diagnostic), les objectifs opérationnels, les modalités d'actions prévues, le territoire d'action, le(s) porteur(s) pressenti(s), les partenaires à mobiliser, les déterminants de la santé visés, une typologie des interventions mises en place, le niveau de participation des habitants et les indicateurs d'évaluation.

Ces fiches-actions sont présentées en annexe du CLS.

LES ENGAGEMENTS DES SIGNATAIRES DU CLS

Les apports de la DD75-ARS

- Le copilotage de la démarche de projet dans son ensemble dans le respect des orientations du projet régional de santé.
- L'appui technique à la coordination du Contrat local de santé.
- La participation aux instances de suivi du Contrat local de santé.
- Le soutien financier aux actions conformément aux fiches actions du Contrat local de santé.
- L'appui technique à la coordination des Conseils locaux de santé et des Conseils locaux de santé mentale.

Les apports de la Ville de Paris

- Le co-pilotage de la démarche de projet dans son ensemble dans le respect des priorités locales et des compétences de la collectivité.
- L'animation et la coordination du CLS (incluant la coordination des groupes de travail). Préfigurer les groupes de travail.
- La participation aux instances de suivi du Contrat local de santé.
- L'appui logistique et/ou la participation financière aux actions conformément aux fiches actions du contrat.
- L'appui technique à la coordination des Conseils locaux de santé et des Conseils locaux de santé mentale.

Les apports de la Préfecture de Paris

- Le co-pilotage de la démarche de projet en cohérence avec les orientations de la politique de la ville et l'ensemble des politiques publiques.
- La participation aux instances de suivi du Contrat local de santé.
- L'appui technique à la coordination entre les CLSM, Ateliers Santé Ville dans le cadre du Contrat local de santé.
- L'apport financier à l'ingénierie de projets des Ateliers Santé Ville et aux actions conformément aux fiches actions du Contrat local de santé et du Contrat de ville.
- La participation aux Conseils locaux de santé et aux Conseils locaux de santé mentale.
- Favoriser la mobilisation de ses directions (DRIHL, DRJSCS, DDCS).

Les apports de la CPAM

- Le co-pilotage de la démarche de projet dans son ensemble en cohérence avec les priorités de la CNAM/CRAMIF.
- La participation aux instances de suivi du Contrat local de santé.
- L'appui technique à la coordination du Contrat local de santé.
- La mise en œuvre de certaines actions.
- La participation aux Conseils locaux de santé et aux Conseils locaux de santé mentale.

LA GOUVERNANCE DU CLS

Les différentes instances

Le Comité de pilotage (COFIL)

Il est composé des signataires du contrat, représentant :

- l'Agence Régionale de Santé,
- la Ville de Paris,
- La Préfecture de Paris,
- La Caisse primaire d'assurance maladie de Paris

Et des partenaires invités représentant :

- L'Education Nationale
- La CAF
- L'AP-HP
- Le GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences
- D'autres organismes, le cas échéant.

Des représentants des professionnel-le-s de santé (libéraux et hospitaliers) et de la population (via les Conseils citoyens et/ou de quartier).

Le rôle du Comité de Pilotage est :

- de veiller à la mise en œuvre du CLS et à son actualisation régulière,
- de suivre l'avancée du contrat et valider les ajustements éventuels (avenants),
- de valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante.

Il veille aussi à la bonne articulation entre le CLS et tous les dispositifs mis en œuvre sur le territoire ayant un lien avec la thématique santé notamment les CLSM et ceux relevant du Contrat de ville de Paris.

Il se réunit 1 fois par an.

Concernant le choix des grandes orientations du CLS et leurs ajustements, seuls les signataires du contrat sont décisionnaires.

Le Comité technique

Cette instance technique est composée des représentants des différents porteurs d'actions (cf. fiches-actions). Elle est animée par le coordonnateur du CLS et aura pour mission :

- de veiller à la bonne articulation entre les différents axes stratégiques et actions mises en œuvre dans le cadre du CLS ainsi qu'avec les autres dispositifs présents sur le territoire,
- de suivre collectivement la réalisation des différentes actions soutenues par le CLS et de juger de l'atteinte des objectifs opérationnels de ces actions.

Il se réunira une à deux fois par an, et en tant que de besoin.

Des Comités thématiques

Pour chaque axe stratégique, le ou les porteurs ont la charge de la tenue d'un ou plusieurs groupes de travail réunissant les partenaires pressentis, afin de travailler sur la mise en place des modalités d'actions et d'atteindre ainsi les objectifs affichés.

L'animation du CLS

L'animation du CLS est assurée un coordinateur et par la cellule d'expertise des politiques territoriales de santé (chef de pôle promotion de la santé et lutte contre les inégalités sociales de santé, et pôle santé mentale et résilience). Les 4 Coordinateurs territoriaux de santé (CTS) seront les relais locaux, en lien avec les élus locaux référents du CLS en fonction des thématiques abordées.

Le rôle du coordonnateur et de la cellule d'expertise des politiques territoriales de santé est :

- d'accompagner les porteurs d'actions, notamment au démarrage du CLS, dans la mise en œuvre des actions définies dans le contrat local de santé (participation à la mise en place des Comités thématiques),
- de veiller à la bonne articulation entre les actions d'un axe stratégique ou avec d'autres dispositifs proches,
- de rendre compte au comité de pilotage du suivi du CLS (état d'avancement des actions, suivi des indicateurs) en vue de l'évaluation des actions,
- de porter la politique croisée de la collectivité, de l'ARS, de la Préfecture et de la CPAM.

LA DUREE DU CLS

Le CLS est conclu pour une période de trois ans à compter de la date de sa signature soit 2018-2020. Les actions du CLS sont prévues dans le cadre du nouveau Projet régional de Santé 2018-2022. La clause de revue annuelle du contrat permet les modifications par avenant du contrat en fonction du bilan d'activité et prenant en compte la dynamique locale de nouveaux projets. Ce sera également l'occasion de réajuster les fiches actions en fonction de la déclinaison effective des axes du PRS2.

LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE

Les actions seront mises en place selon les échéances prévues par les fiches actions jointes au Contrat local de santé.

L'ÉVALUATION ET LA REVISION DU CLS

L'évaluation du CLS

Elle consistera à observer et à analyser la pertinence (réponses à des besoins recensés), la cohérence interne (adéquation entre objectifs fixés et actions mises en œuvre), la cohérence externe (adéquation avec le cadre général des politiques publiques), la visibilité (connaissance du dispositif) et la gouvernance (qualité des partenariats et de la coordination institutionnels) du dispositif dans sa globalité.

Le comité technique sera chargé de définir les indicateurs de suivi de la mise en œuvre globale du programme d'actions du CLS, ainsi que les indicateurs d'évaluation du dispositif.

L'évaluation des actions du CLS

Elle sera basée sur des indicateurs mentionnés dans les fiches actions jointes au présent contrat.

Elle consistera pour les porteurs d'actions à observer et à analyser les actions de terrain en elles-mêmes, à travers la mesure de l'activité (écart entre prévisionnel et réalisé), des processus (obstacles, résistances et éléments facilitateurs de mise en œuvre) et des résultats (atteinte des objectifs).

A Paris le 4 mai 2018,

| | |
|---|---|
| <p>Le Maire de Paris</p> <p>SIGNE</p> <p>Anne HIDALGO</p> | <p>Le Directeur Général de l'ARS d'Ile-de-France</p> <p>SIGNE</p> <p>Christophe DEVYS</p> |
| <p>Le Préfet de région d'Ile-de-France</p> <p>SIGNE</p> <p>Michel CADOT</p> | <p>Caisse Primaire de l'Assurance Maladie de Paris</p> <p>SIGNE</p> <p>Pierre ALBERTINI</p> |

AXE (N°1): LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N°1

INTEGRER LES ENJEUX DE SANTE ENVIRONNEMENTALE DANS LES POLITIQUES D'AMENAGEMENT URBAIN

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Début : 2018 Fin : 2022 | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Paris est une des capitales européennes les plus denses (21 067 habitants au km² en 2014 selon l'Insee). La présence d'axes majeurs de circulation routière, le secteur résidentiel et tertiaire et les activités industrielles, notamment, exposent ses habitants à de nombreuses sources environnementales de nuisances : pollution atmosphérique, bruit, polluants chimiques en air intérieur, pollution des sols.... Outre les impacts directs de ces expositions sur la santé, ces émissions participent au changement climatique qui constitue une menace importante pour la santé publique.</p> <p>Les opérations d'aménagement ou de renouvellement urbain offrent l'opportunité de concevoir des quartiers protégés des nuisances environnementales, mais aussi d'aller plus loin en développant des « quartiers à santé positive » grâce à une réflexion intégrée sur l'environnement bâti et naturel, la mixité fonctionnelle et sociale, l'accès aux services, les lieux de convivialité, les modes de déplacement, ou encore le développement économique.</p> <p>Dans ce contexte, il importe d'intégrer pleinement les enjeux de santé environnementale, de bien-être et de qualité de vie dans les grands projets d'aménagement urbain, en anticipant les impacts sur la santé des opérations d'aménagement et de renouvellement urbain sur les différents groupes de populations, en enrichissant le projet et en accompagnant les décisions par des recommandations appropriées, tout en veillant à l'offre de services et de santé. La stratégie nationale de santé publiée en novembre 2017 souligne le rôle des acteurs publics, dont les collectivités locales, la sensibilisation des usagers à la réduction de leurs expositions aux risques environnementaux et dans la prise en compte de ces risques dans les politiques d'aménagement.</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | Les quartiers prioritaires politique de la ville cumulent les indicateurs de précarité socio-économique et expositions environnementales, associant le plus souvent échec scolaire, chômage notamment des jeunes, forte proportion de familles monoparentales en difficulté économique, proximité avec les axes routiers et expositions aux sources de pollution et carence en aménités et services. Pour certains de ces quartiers, 5 sites font l'objet d'opérations de renouvellement urbain co-financées par l'Anru qui ont déjà été réalisés ou sont programmés (cf 13 quartiers GPRU et 5 quartiers NPNRU à Paris) |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Promouvoir le développement des évaluations d'impact sur la santé (EIS) sur les grands projets urbains structurants.</p> <p>Agir sur les zones de fragilité en raison des vulnérabilités socio-économiques et des multi-expositions nuisibles pour la santé.</p> <p>Voir PPSE (FA 1 et 2) et PRSE (1.1.2)</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | <p>Habitants des quartiers concernés par des projets d'aménagement (en priorité sur les sites NPNRU et/ou ceux identifiés par les Chefs de Projets Urbains de la Ville de Paris).</p> <p>Habitants des zones identifiées comme fragiles en raison des expositions et des vulnérabilités socio-économiques.</p> |
| Description de l'action | <p>Favoriser le développement des EIS, notamment par le plaidoyer auprès des décideurs et porteurs de projets urbains.</p> <p>Conduire sur les zones de fragilité sociale et environnementale des diagnostics territoriaux co-construits avec les habitants ainsi qu'avec les acteurs locaux de santé et d'accompagnement social pour identifier des actions concrètes de réduction ou de compensation des expositions, de promotion de comportements de vie sains (alimentation, activité physique), de renforcement de l'accès à la santé et aux aménités (services, espaces verts) ou de dynamisation de la vie locale (liens sociaux, attractivité économique, emplois).</p> <p>Envisager l'évolution de l'offre de dépistage et de soins au regard de ces évaluations et diagnostics.</p> |

| | |
|--|--|
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politiques de la ville ? | Il est proposé de développer en priorité les EIS sur les projets urbains concernant des quartiers relevant de la politique de la ville qui comptent parmi les populations les plus défavorisées de Paris. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action | <p>Directions de la Ville, Mairies d'arrondissement, ARS, Préfecture IDF, DRIEE, Région Ile de France</p> <p>Partenaires institutionnels (EHESP, ORS, Santé Publique France ou autre...)</p> <p>Associations environnementales et/ou de quartier, bailleurs sociaux</p> <p>Communauté des évaluateurs des impacts sur la santé</p> <p>Conseils de quartier, représentants des habitants, conseils citoyens</p> <p>Acteurs économiques</p> <p>Professionnels de santé et travailleurs sociaux</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions (à la fois quantitative et qualitative)</p> |
| Indicateurs de processus | <p>Plaidoyer : Séance de sensibilisation à l'EIS, à destination : des décideurs (élus et directions techniques de la ville), partenaires extérieurs...</p> <p>Concertation citoyenne : Nombre de focus groups animés, de présentations en réunions (COPIL, réunions publiques)</p> <p>Partenariats : partenariats développés avec des chercheurs, en particulier sur les sciences humaines et sociales, et autres collectivités territoriales</p> <p>Formations : formations suivies / données par l'équipe EIS – Ville de Paris</p> <p>Satisfaction des commanditaires de l'EIS</p> |
| Indicateurs d'activité | <p>Livrables (rapport et synthèse) des EIS</p> <p>Valorisation scientifique : nombre de présentations en congrès ou articles</p> <p>Nombre de sites intégrant les aménités environnementales</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Outils de suivi pour la mise en place des recommandations de l'équipe EIS dans les projets urbains (plans d'action ou autres)</p> <p>Enquête de satisfaction auprès des commanditaires de l'EIS</p> <p>Nombre de sites intégrant les aménités environnementales</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | |

AXE N°1: LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N° 2

ÉRADIQUER LE SATURNISME INFANTILE A PARIS ET PROMOUVOIR UN HABITAT FAVORABLE A LA SANTE

| | |
|---|--|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Début : 2018 Fin : 2022 | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quels sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Plus de 70 % des cas incidents de saturnisme de l'enfant déclarés en France de 1995 à 2014 l'ont été en Ile-de-France et plus de 40 % des cas franciliens ont été déclarés à Paris (soit un peu plus de 30 % des cas français). Si le nombre de cas en valeur absolue peut être considéré comme faible (quelques dizaines de cas nouveaux par an à Paris), les cas déclarés constituent le sommet de l'iceberg de l'imprégnation à bas bruit de plusieurs centaines ou milliers d'enfants. Cette situation s'explique en partie par l'intensité des efforts de dépistage, mais aussi par les spécificités de l'exposition parisienne : ancienneté du parc immobilier (environ 33 % des résidences principales datent d'avant 1949, date à laquelle une évolution de la réglementation sur les peintures a réduit les risques d'exposition au plomb), avec de nombreux logements dégradés ou inconfortables ou sur-occupés par des ménages en difficultés sociales.</p> <p>Il convient de prendre en compte la persistance dans les copropriétés parisiennes de conduites d'alimentation en eau en plomb.</p> <p>Des questions émergentes sont à prendre en considération concernant des risques d'expositions spécifiques au plomb liées à l'utilisation au quotidien de certains objets contenant du plomb.</p> <p>Par ailleurs, de façon plus globale, il s'agit de mieux intégrer la santé environnementale dans le parcours de santé en développant le conseil médical en environnement intérieur, notamment sur les enjeux de qualité de l'air intérieur :</p> <ul style="list-style-type: none">- diversifier et augmenter le nombre d'audits des conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI),- protéger et accompagner les populations vulnérables, ayant une sensibilité individuelle (âge, pathologie pré-existante) ou étant surexposées (en précarité énergétique, en sur-occupation),- sensibiliser aux polluants intérieurs et aux bonnes pratiques d'utilisation des produits chimiques ainsi que des gestes d'aération.- redynamiser le dépistage du saturnisme infantile : abaissement du seuil de définition du saturnisme infantile à 50 ug/l en vigueur depuis 2015. |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Cartographie santé environnementale à croiser avec les données de l'APUR concernant les QPV (voir action 4 du PPSE)</p> <p>A Paris, 4 arrondissements concentraient à eux seuls 50% des enfants résidant dans un logement PPPI : le 18^{ème} (470 enfants, 24,3%) ; le 19^{ème} (273 enfants, 12,3%) ; 17^{ème} (273 enfants) et le 11^{ème} 13,4% (BEH, mai 2016)</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Le PRSE3 et le PPSE (FA 6) prévoient de mieux coordonner l'action des acteurs impliqués dans la lutte contre le saturnisme, et de mobiliser les professionnels de santé.</p> <p>Il s'agit également de faire le lien entre la santé et l'environnement de vie, notamment le logement (qualité et air intérieur)</p> <ul style="list-style-type: none">- Éradication globale de l'exposition au plomb des enfants et femmes enceintes- Maîtrise des facteurs environnementaux de l'asthme et des allergies, prise en compte de la qualité de l'air intérieur et de la précarité énergétique dans la politique d'amélioration de l'habitat, lutte contre l'habitat indigne- Renforcer l'intervention de conseillers en environnement intérieur chez les personnes souffrant d'affections respiratoires et/ou allergiques (stratégie nationale de santé) |

| Description de l'action | |
|--|--|
| Publics bénéficiaires de l'action | Population parisienne vulnérable notamment les enfants en bas âge et femmes enceintes exposées au plomb dans l'habitat ancien et/ou autres sources de polluants intérieurs, les asthmatiques et malades respiratoires, les personnes ayant une sensibilité individuelle (âge, pathologie pré-existante), les personnes surexposées (en précarité énergétique, en sur-occupation). |
| Description de l'action | <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la synergie de tous les acteurs parisiens de la lutte contre le saturnisme à travers la délégation 75 de l'ARS et du SPSE de la réalisation des enquêtes environnementales suite à un cas de saturnisme. - S'assurer de la prise en compte du risque saturnisme pour les mineurs en situation de grande précarité (migrants notamment). - Pérenniser l'existence des opérateurs sanitaires et sociaux dans l'accompagnement des familles lors des travaux en présence de plomb. - Renforcer l'action de la Cellule santé habitat du SPSE par l'augmentation du nombre de CMEI pour le déploiement de l'action : <ul style="list-style-type: none"> a - élargissement du périmètre des audits CMEI aux médecins des Centre de santé, de la santé scolaire, des Cabinet Paris Med', des PMI, b - création d'une consultation CMEI au SPSE, c - articulation avec les actions du PRSE3 qui visent à développer un réseau de CMEI en IDF. - Évolution des critères d'insalubrité : intégration du risque fongique. - Actions d'information et de sensibilisation : professionnels de santé, grand public, conseils personnalisés sur les mesures d'éviction des polluants intérieurs et accompagnement à leur mise en pratique. |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politiques de la ville ? | <p>Le déploiement de l'action de CMEI sera prioritaire sur les quartiers politiques de la ville et les zones cumulant les fragilités sociales et environnementales.</p> <p>Les personnes ressources (CMEI, service SE) impliquées dans les actions collectives.</p> |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | <p>Ville de Paris (santé scolaire, PMI, SPSE, DLH, bureau de l'accès aux soins et des centres de santé, Paris Med', DDCT, DST ...)</p> <p>ARS</p> <p>Préfecture IDF – DRIHL, CIRE IDF, CAP Paris</p> <p>Rectorat (en particulier pour les établissements professionnels où des produits chimiques et des matériaux contenant du plomb, comme les vitraux, sont utilisés)</p> <p>Acteurs associatifs</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Évaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions</p> |
| Indicateurs de processus | Nombre de réunions collectives et/ou projets |
| Indicateurs d'activité | <p>Nombre d'enfants dépistés (saturnisme)/nombre d'enfants suivis et contrôlés</p> <p>Nombre d'enquêtes environnementales plomb</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Nombre d'interventions CMEI</p> <p>Nombre d'actions de sensibilisation</p> <p>Nombre d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ETP) « environnement intérieur » auxquels auront participé les CMEI</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Nombre de cas de déclarations obligatoires (DO)</p> <p>Nombre de patients ayant bénéficié d'ateliers ETP « environnement intérieur »</p> <p>Retour questionnaires médecin/patient (action CMEI)</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | <p>Conseils citoyens</p> |

AXE N°1: LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N° 3

FAIRE DU LOGEMENT UN LEVIER DE LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>La question de l'accès au logement ou à l'hébergement adapté et du maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques constitue un enjeu majeur relevé dans la quasi-totalité des conseils locaux de santé mentale.</p> <p>Le contexte parisien est marqué par une difficulté générale d'accès au logement pour les personnes les plus vulnérables et souffre d'une insuffisance de l'offre médico-sociale pour répondre aux besoins spécifiques de ces publics.</p> <p>Se pose également la question de l'ouverture de structures adaptées afin de faciliter l'accès aux soins / le maintien dans un parcours de santé.</p> <p>On assiste enfin à une augmentation des situations d'incurie dans le logement (Syndrome Diogène) faisant l'objet d'un arrêté préfectoral d'insalubrité « Urgence sanitaire » : 168 arrêtés en 2016 vs 148 en 2015 vs 97 en 2014.</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | L'accès au logement pour les personnes présentant des troubles psychiques reste difficile et le handicap psychique n'est pas pris en compte dans le système de cotation pour l'attribution des logements sociaux |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Affirmer que le logement est un élément essentiel de la santé et notamment de la santé mentale.</p> <p>Mobiliser des solutions innovantes pour maintenir les personnes présentant une pathologie mentale dans leur logement.</p> <p>Favoriser l'accès à un logement adapté des personnes présentant une maladie mentale en considérant que c'est un élément indispensable pour la prise en charge de leurs troubles.</p> <p>Faciliter l'accès au logement social des personnes présentant des troubles psychiques, via notamment l'intermédiation locative.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Personnes présentant des troubles ou des pathologies psychiques. |
| Description de l'action | <p>Développer les réponses innovantes pour le traitement des problématiques d'accès au logement / à l'hébergement ou de maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques (ex : équipes dédiées de psychiatrie pour les signalements des bailleurs sociaux, dispositif un chez soi d'abord, intermédiation locative...).</p> <p>Mobiliser les CLSM pour analyser les besoins et construire des solutions dans les territoires</p> <p>Mieux prendre en compte la question des troubles psychiques / du handicap psychique dans l'accès au logement social.</p> <p>Développer l'offre du secteur médico-social pour apporter des réponses adaptées.</p> <p>Evaluer la faisabilité d'une cellule psy/social au sein du service technique de l'habitat pour accompagner la prise en charge des personnes « Diogène » dont les logements insalubres doivent être traités.</p> |

| | |
|---|--|
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | 20% des expulsions locatives sont liées à un problème de santé mentale de l'occupant : ainsi la mise en place des RESAD (Réunion d'Evaluation de Situation d'Adulte en Difficulté) contribue à diminuer le nombre de personne expulsée de leur logement. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | Ville de Paris (DASES, DLH) - CASVP ARS GHT Paris Psychiatrie et neurosciences Préfecture IDF – DRIHL Bailleurs, notamment sociaux Acteurs des CLSM |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | Rapport annuel du contrat local de santé de Paris Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions |
| Indicateurs de processus | Nombre de réunions de CLSM consacrées à ce sujet par an Nombre de réunions du groupe de travail santé mentale et logement par an Coût des interventions par bénéficiaire |
| Indicateurs d'activité | Nombre d'interventions des équipes dédiées Nombre de personnes accompagnées |
| Indicateurs de résultats | Nombre de personnes maintenues dans leur logement Nombre de personnes accompagnées dans un logement par le biais de l'intermédiation locative et nombre de logements mobilisés dans le cadre de ce dispositif. Nombre de suivis psy engagés suite aux signalements |
| Dispositif d'évaluation participative | Usagers et professionnels chargés du suivi des locataires, les bailleurs, les gardiens d'immeuble. |

AXE N°1: LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N° 4

ÉTABLIR UNE STRATEGIE COORDONNEE DE LUTTE CONTRE LES NUISIBLES SUSCEPTIBLES D'IMPACTER LA SANTE

| | |
|---|--|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> | |
| Début : Fin : | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Le rythme de l'extension de la présence du moustique tigre en France métropolitaine conduit à anticiper son implantation à Paris dans les prochaines années. Dans ce contexte et au regard des compétences légales confiées aux départements dans le cadre de la lutte anti-vectorielle, la mise en place d'un dispositif de surveillance et de traitement visant à limiter cette présence sur le territoire parisien et le contrôle de la transmission de cas autochtones d'arboviroses constitue un enjeu majeur de santé publique partagé par l'ARS et la Ville de Paris.</p> <p>Au-delà, une bonne gestion de la biodiversité à Paris implique de prendre des mesures adaptées et proportionnées pour lutter contre la prolifération d'espèces nuisibles susceptibles d'avoir une incidence sur la santé : rongeurs, tiques porteuses de la maladie de Lyme et punaises de lit</p> |
| quelles inégalités sociales et territoriales de santé sont été repérées ? | |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Mettre en œuvre les mesures prévues dans la stratégie nationale de lutte contre les maladies transmises par le moustique tigre et contrôler la transmission de cas autochtones d'arboviroses</p> <p>Mieux prendre en compte les conséquences sur la santé, physique et mentale, du développement d'un certain nombre de nuisibles et intégrer cette question dans les enquêtes environnementales et celles d'insalubrité.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Tous les Parisien-ne-s. |
| Description de l'action | <p>Coordonner les systèmes d'alerte, notamment dans la LAV contre le moustique tigre, et partager les données sur la présence des espèces nuisibles.</p> <p>Développer des actions de communication conjointes pour favoriser les comportements favorables à la prévention de la prolifération de ces espèces. Communication sur la lutte anti-vectorielle dans tous les documents d'urbanisme. Préparer des outils de communication grand public</p> <p>Renforcer l'intégration de cette problématique dans les documents d'urbanisme et les politiques d'aménagement urbain.</p> <p>Appliquer plus systématiquement les dispositions du Règlement Sanitaire Départemental en lien avec cette problématique</p> <p>Mise en place d'une cellule d'alerte commune pour partager entre les différents acteurs les données sur la présence des nuisibles</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | |

| Partenaires de l'action | |
|--|---|
| Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action | Ville de Paris (DASES, DEVE, DVD, DLH, DU, DPE, DICOM...) DGS – ARS Préfecture IDF – DRIHL – DRIEE (pour les projets d'aménagements) Autres départements d'IDF Bailleurs, notamment sociaux Associations Professionnels intervenant à domicile |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés | Rapport annuel du contrat local de santé Évaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions |
| Indicateurs de processus | Développement d'outils de partage d'informations et de données (y compris cartographiques) Mise en place d'un système d'alerte coordonné : nombre de réunions de coordination / mise en place d'une cellule d'alerte Réalisation d'actions de sensibilisation / formation des professionnels ou du grand public Intégration de la problématique dans les documents d'urbanisme |
| Indicateurs d'activité | Nombre d'interventions du DFAS (DASES) sur les nuisibles Dispositif de surveillance du moustique tigre à Paris, notamment nombre d'alerte recensées Nombre d'actions de communication / formation |
| Indicateurs de résultats | Meilleure connaissance de la présence des nuisibles sur le territoire Meilleure prise en compte de la problématique par les aménageurs et la population Nombre de cas connus de transmission de maladies par l'intermédiaire des nuisibles (arboviroses notamment) |
| Dispositif d'évaluation participative | Participation des citoyens au dispositif de surveillance et d'alerte |

AXE N°1: LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N° 5

RENFORCER LES DISPOSITIFS D'EDUCATION A LA SANTE NUTRITIONNELLE ET L'ACCES A LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE DANS LA PERSPECTIVE DES JOP 2024

Porteur(s) de l'action

Durée de l'action

Annuelle

Pluriannuelle

Début :

Fin :

Cadrage et légitimité de l'action

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

La prévention et la prise en charge de l'obésité représentent aujourd'hui de véritables enjeux de santé publique et de société. L'obésité est reconnue par l'OMS comme une réelle épidémie dont les conséquences sont extrêmement graves tant sur le plan médical que sur le plan économique. En effet, l'obésité sévère est un des facteurs de risque de survenue ou d'aggravation de nombreuses pathologies entraînant l'augmentation de la mortalité : maladies cardio-vasculaires (infarctus, AVC), diabète, hypercholestérolémie, cancers.

Au-delà des risques encourus et des dommages pour la santé, l'obésité peut également constituer un facteur d'exclusion et de discrimination. En effet, toutes les études sociologiques et épidémiologiques démontrent que les conditions économiques et l'environnement social agissent fortement sur les comportements alimentaires et sur la sédentarité. La fragilité économique et sociale est corrélée à de fortes inégalités en matière de nutrition, les personnes à faibles revenus ayant tendance à consommer peu de fruits et de légumes mais plus de boissons sucrées, et leurs connaissances nutritionnelles étant moins développées (ORS IDF 2008). De même, la pratique d'une activité physique est moins fréquente chez ces populations.

Plusieurs éléments de contexte, au-delà de l'importance de cet enjeu de santé publique et de son impact sur les inégalités de santé, conduisent à faire de la promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique une priorité :

La mise en œuvre des dispositions de la loi de modernisation du système de santé de 2016 relatives au « sport sur ordonnance » ;

L'inscription de la santé par le sport au cœur du projet olympique et paralympique Paris 2024.

Pour avancer sur les questions de promotion de l'activité physique, son adaptation à certains publics qui en sont aujourd'hui éloignés et son accessibilité, plusieurs pistes doivent être travaillées simultanément :

Mieux connaître la ressource au niveau du mouvement sportif (propositions des fédérations sportives, impact des formations d'éducateurs sportifs mises en place, associations/clubs qui se sont déjà engagés dans le sport santé...)

Faire connaître aux professionnels de santé prescripteurs de 1^{er} niveau en particulier généralistes et pédiatres, les ressources existantes et créer une structure passerelle vers laquelle ils pourraient orienter leurs patient.e.s dont l'objectif serait de les accompagner vers une structure sportive adaptée à leurs besoins.

Faire le lien avec la mise en place du parcours éducatif de santé de l'élève.

FA assises se rapportant à cette action :

FA 1 : promouvoir la santé nutritionnelle et l'activité physique auprès des jeunes

FA2 : Faire de la promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique pour tous un levier de réduction des inégalités sociales de santé

FA3 : Favoriser l'accès à l'activité physique adaptée pour les personnes présentant des problèmes de santé (sport sur ordonnance)

Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ?

D'après le rapport de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS), l'activité physique est plus fréquente chez les Bac+2 et plus que chez ceux n'ayant aucun diplôme.

En 2012, la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les personnes avec un faible revenu, ouvriers, employés et personnes ayant un niveau d'éducation niveau primaire.

| | |
|---|---|
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Profiter de la dynamique des JO 2024 pour promouvoir l'activité physique des personnes qui en sont éloignées (femmes, personnes handicapées, personnes en surpoids...).</p> <p>Faire le lien entre alimentation durable, activité physique et santé.</p> <p>Coordonner le développement du dispositif d'activité physique adaptée à Paris et le structurer.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Publics cibles des actions de promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique : enfants / jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité, patients porteurs de pathologies chroniques ; le projet pourrait démarrer par une expérimentation sur les territoires politique de la ville ou sur des structures accueillant de grands précaires hors QPV. |
| Description de l'action | <p>Coordonner et structurer le développement du dispositif de sport sur ordonnance à Paris et l'articuler avec le programme d'accès à l'activité physique adaptée. Dans ce cadre, faciliter l'identification des ressources disponibles sur l'APA par les médecins et former / sensibiliser les éducateurs sportifs sur la prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques.</p> <p>Former et sensibiliser les médecins à la prescription APA.</p> <p>En lien avec la santé scolaire et le parcours éducatif de santé de l'élève mis en place par l'Éducation Nationale, amplifier la prévention de l'obésité et du surpoids chez les enfants en facilitant l'accès à la pratique d'activité physique.</p> <p>Accompagner les professionnels relais auprès des jeunes (FA santé des jeunes des Assises de la santé) pour diffuser la promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique.</p> <p>Accompagner les professionnels relais auprès des personnes en situation de précarité pour diffuser la promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique et faciliter l'accès de ces personnes aux dispositifs existants.</p> <p>Améliorer l'accès aux équipements sportifs pour la pratique de l'APA.</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | <p>Le renforcement de l'accès à l'activité physique adaptée doit viser prioritairement les publics en situation de difficultés socio-économiques, dont les habitants des quartiers de la politique de la ville.</p> <p>Mobilisation des acteurs de terrain (ASV, EDL et Délégués du Préfet, ...) pour mettre en œuvre des actions spécifiques dans les QPV avec les équipes opérationnelles politique de la ville pour des publics cibles, notamment rendre accessible les métiers du sport auprès des jeunes en insertion, favoriser les pratiques d'activités physiques dès le plus jeunes âge.</p> <p>Opportunités des JO et de l'orientation AAP du ministère des sports (DRJSCS) sur les QPV.</p> |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action | <p>Ville de Paris (DASES, DJS, DASCO, DEVE) – Mairies d'arrondissement</p> <p>Préfecture IDF – DRJSCS/DDCS - PJJ</p> <p>ARS</p> <p>AP-HP dont Hôtel-Dieu centre ressource Prescriform de Paris et Espace santé jeunes Guy Moquet, MDA</p> <p>CPAM</p> <p>Rectorat de Paris</p> <p>Mutualité</p> <p>Centres de santé – Médecine de ville- URPS</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés | <p>Bilans d'activités du centre ressource Hôtel Dieu</p> <p>Bilans des associations sportives soutenues par la DDCS et/ou l'ARS</p> <p>Rapport annuel du contrat local de santé</p> |

| | |
|--|---|
| Indicateurs de processus | <p>Recensement des structures proposant des dispositifs d'APA : nombre de clubs référencés et certifiés sur le site internet</p> <p>Nombre de conventions entre les acteurs partenaires et les Fédérations sportives,</p> <p>Nombre de projets acceptés par les Fédérations,</p> <p>Nombre de clubs et professionnels du sport mobilisés,</p> <p>Nombre de structures publiques et associatives mobilisées pour l'accompagnement des publics et l'accessibilité des clubs,</p> <p>Nombre d'établissements scolaires impliqués,</p> <p>Nombre de centres de santé, MSP impliqués,...</p> |
| Indicateurs d'activité | <p>Activité du site internet « lasanteparle sport »</p> <p>Nombre d'éducateurs VP formés et nombre de créneaux disponibles pour l'APA dans les équipements sportifs de la Ville</p> <p>Nombre d'éducateurs APA formés et recrutés dans les associations et club de sport</p> <p>Nombre de formations / sensibilisations à l'éducation à la santé nutritionnelle pour les professionnels relais</p> <p>Nombre d'usagers F/H et par tranche d'âge pratiques sportives ou activités physiques/an,</p> <p>Nombre de jeunes insérés dans les métiers du sport (bénévolat)/an</p> <p>Nombre d'heures par discipline sportives effectuées.</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Nombre de personnes inscrites dans des dispositifs d'APA / sport sur ordonnance</p> <p>Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans les populations cibles (à moyen terme)</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | <p>Enquêtes de satisfaction des usagers sur leur accès à la pratique d'activité physique et sportive ou sur les actions de promotion de la santé nutritionnelle</p> <p>Usagers, habitants des quartiers, acteurs associatifs et professionnels des clubs, les prescripteurs médicaux.</p> |

AXE N°1: LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N° 6

GARANTIR L'ACCES AUX SOINS DE 1ERS RECOURS POUR TOUS LES PARISIEN-NE-S ET FACILITER L'ACCES AUX SOINS NON PROGRAMMES

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Début : 2018 Fin : 2022 | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Aide à l'installation de médecins :</p> <p>La difficulté à trouver un médecin traitant dans de nombreux quartiers parisiens déficitaires en offre de soins de premier recours, les délais de rendez-vous, la complexité pour avoir accès dans un temps court à un avis médical, un examen radiologique ou des analyses biologiques, l'avance de frais (non systématisation du tiers payant), des représentations (« à l'hôpital les soins sont gratuits »), une densité médicale inférieure à la moyenne parisienne dans certains arrondissement ayant des QPV, une proportion plus importante que la moyenne nationale de spécialistes inscrits en secteur 2 conduisent un certain nombre de patients soit à privilégier le recours aux urgences hospitalières, soit à renoncer aux soins.</p> <p>Par ailleurs, de nombreux patients présentant une pathologie chronique ou un handicap peinent à trouver un médecin traitant.</p> <p>Le Plan Paris Med' vise à favoriser l'installation de médecins en exercice regroupé et le Plan Paris Santé à soutenir l'exercice collectif en centres de santé. Dans ce cadre, la Ville facilite la recherche de locaux et soutient l'investissement des équipes de professionnels de santé qui souhaitent s'installer à Paris et de nombreuses actions de communication et d'information sont mises en place par la Ville, l'ARS, le SNJMG (comme les Hackathons pour l'installation), en partenariat avec le conseil départemental de l'ordre des médecins et les Facultés de Médecine.</p> <p>Accès aux soins non programmés :</p> <p>Par ailleurs, les acteurs de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), notamment les maisons médicales de garde, ont des fonctionnements, des horaires d'ouverture, des plateaux techniques différents, rendant peu lisible le service offert à la population.</p> <p>Ces réflexions et actions s'inscrivent dans les orientations du Plan du Ministère de la santé pour l'égal accès aux soins dans les territoires et celles des Assises parisiennes de la santé (FA 20 : Améliorer l'accès aux soins de 1er recours pour éviter les passages aux urgences et les ruptures de parcours)</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | Les enquêtes de l'Onzuz montrent que les habitants en QPV renoncent plus souvent aux soins que la population générale, ont moins recours aux spécialistes, ont plus recours aux urgences de l'hôpital. |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | 1-Améliorer l'accès aux soins ambulatoires non programmés et éviter le recours systématique aux urgences 2- Favoriser l'implantation de nouveaux médecins dans les quartiers déficitaires |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Les professionnels en tant que relais Les habitants |
| Description de l'action | Faire lever ensemble pour organiser les réponses de proximité dans l'accès aux soins de premier recours (ex: Paris Med') et la continuité des soins (PDSA). Développer la communication sur les dispositifs existants (Maisons médicales de garde, etc) Décliner au niveau parisien les nouvelles mesures annoncées dans le plan ministériel d'égal accès aux soins dans les territoires et assurer la cohérence avec les dispositifs déjà en place Accompagner les projets d'implantation de nouvelles offres de santé de premier recours en tenant compte des contraintes d'accès et d'orientation de publics précaires ou allophones (ex : modes |

| | |
|---|--|
| | <p>d'accueil adapté, sans rdv si nécessaire, secrétariat physique ou téléphonique ne rendant pas obligatoire la prise de rdv sur internet).</p> <p>Articulation avec l'Agence Régionale de Santé pour l'installation de nouveaux professionnels de santé dans ou à proximité des QPV.</p> <p>Développer des outils innovants de communication et de collaboration entre les professionnels de santé et les professionnels du social, permettant de faire connaître les structures (centres, maisons et pôles de santé) en secteur 1 et pratiquant le tiers payant.</p> <p>Améliorer l'articulation entre les Conseils Locaux de Santé et les CPTS (communautés professionnelles des territoires de santé).</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | Favoriser le tiers payant généralisé et systématique dans les centres, maisons et pôles de santé. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | <p>Ville de Paris (DASES, DDCT...)</p> <p>ARS</p> <p>CPAM</p> <p>AP-HP</p> <p>Centres de santé – Médecine de ville - Pharmacies</p> <p>Conseil de l'Ordre – URPS</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions</p> |
| Indicateurs de processus | Identifier les campagnes de communication / information réalisées auprès des professionnels de santé et de la population |
| Indicateurs d'activité | <p>Nombre d'actions d'information / sensibilisation</p> <p>Nombre de professionnels accompagnés</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Nombre de nouvelles installations en secteur 1</p> <p>Evolution du solde des installations / départs des professionnels de santé (surtout MG) et de la densité de l'offre de soins de premier recours par quartier</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | Retours des professionnels de santé sur l'utilisation de la plate-forme Paris Med' |

AXE N°1: LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N° 7

AMELIORER L'ARTICULATION ENTRE LES RESSOURCES EN SANTE MENTALE

| | |
|---|--|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Début : Fin : |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Pour le PRS2, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) restent un outil privilégié pour améliorer, entre autres, les articulations facilitant l'accès et la continuité des soins ; ils mènent leurs actions sur un territoire de proximité, infra-communal, communal, ou intercommunal qui doit être pertinent pour les acteurs locaux.</p> <p>Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qui seront mis en place avant 2022 constituent, quant à eux, un deuxième niveau de coordination dont le but est celui d'assurer à chaque personne l'accès à l'ensemble des dispositifs et services en santé mentale du territoire.</p> <p>Depuis 2013, avec l'appui de l'agence et de la ville de Paris, une impulsion est donnée à l'implantation et le développement des CLSM, notamment par le renforcement de la coordination de ces plateformes au sein de la Mission santé mentale à Paris.</p> <p>Dans ce cadre, des améliorations pourraient être apportées à la couverture des besoins en psychiatrie notamment en direction du public en situation de précarité :</p> <p>En matière de délai de réponse</p> <p>Par la connaissance réciproque des acteurs le cas échéant</p> <p>Par l'ajustement des moyens dans tous les secteurs</p> <p>Par ailleurs, les efforts doivent être poursuivis pour déstigmatiser la maladie mentale (autant auprès du grand public que des professionnels de terrain).</p> <p><u>FA Assises se rapportant à cette action :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- FA 30 (améliorer la prise en compte des troubles mentaux des publics en grande précarité)- FA 31 (travailler en synergie pour une meilleure prise en charge des situations psychosociales complexes) |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Besoin de travailler sur les représentations des habitants/des familles sur le soin en santé mentale.</p> <p>Articulation des secteurs sociaux et santé mentale.</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | Analyser la répartition de la ressource des CMP/CMPP/CAPP et améliorer leur fonctionnement en réseau |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | |
| Description de l'action | <ul style="list-style-type: none">- Analyser l'adéquation de la ressource en santé mentale avec les besoins exprimés au niveau des territoires tant des équipes mobiles que pour les prises en charge en CMP.- Envisager des évolutions de l'allocation des ressources dans les territoires en fonction du diagnostic.- Favoriser le rapprochement des ressources en santé mentale (lits de psychiatrie notamment) des publics lorsque c'est nécessaire ; Mobiliser les leviers notamment fonciers.- Renforcer les articulations entre les structures sanitaires (CMP), médico-sociales (CMPP) et psychopédagogiques (CAPP) et la médecine de ville et acteurs du social |

| | |
|--|---|
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politiques de la ville ? | Sensibiliser les habitants sur les bénéfices du recours et prise en charge en santé mentale. Travailler sur les représentations négatives de la santé mentale. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | Ville de Paris (DASES, DU, DLH) – Mairies d'arrondissement ARS GHT Paris Psychiatrie et neurosciences AP-HP Acteurs des CLSM Ateliers Santé Ville Associations |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés | Bilans d'activité des CLSM Rapport annuel du contrat local de santé de Paris Évaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions |
| Indicateurs de processus | Mise en place d'une étude analysant la ressource en santé mentale et les besoins des territoires QPV parisiens |
| Indicateurs d'activité | Nombre de groupes de travail sur l'accès et la continuité des soins mis en place par les CLSM. |
| Indicateurs de résultats | Évolution de l'organisation des ressources Renforcement de la présence effective de professionnels sur les territoires caractérisés par de très forts besoins de santé et un déficit majeur en ressources. |
| Dispositif d'évaluation participative | Assemblée plénière CLSM |

AXE N°1: LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N° 8

LUTTER CONTRE TOUTES LES DISCRIMINATIONS DANS L'ACCES AUX SOINS ET A UNE BONNE SANTE

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> | |
| Début : _____ Fin : _____ | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Les discriminations de certaines populations en raison de leur origine, de leur nationalité ou de leur orientation sexuelle, lorsqu'elles existent parfois au sein des administrations et du système de santé, sont à l'origine de difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Les conséquences peuvent être majeures comme une moins bonne santé avec une prévalence plus élevée de certaines pathologies (VIH, VHB, tuberculose...).</p> <p><u>FA des assises parisiennes de la santé :</u></p> <p>FA 19 : Lutter contre les discriminations au sein des structures de santé et des administrations</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Importance des facteurs contextuels : influence des environnements et conditions de vie urbains, ségrégation socio-spatiale, moindre offre d'équipements et de services.</p> <p>Des travaux ont pu estimer le lien entre l'insécurité ou la dégradation des lieux publics et la santé mentale ou somatique qui s'expliqueraient par l'exposition chronique au stress et/ou le repli sur soi et l'isolement social consécutifs (Pierre Chauvin, Insem, pp46/48 dans Territoires : incubateurs de santé ? Les cahiers de l'IAU, 2014)</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | Améliorer la formation des professionnels de santé et d'accueil et mettre en place des dispositifs innovants anti-discrimination. |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | <ul style="list-style-type: none">- Les personnes LGBT, homosexuelles, transgenres, migrantes, en situation de handicap, en surpoids... (cf 25 critères de discrimination)- La population générale ayant potentiellement des comportements discriminatoires- Les personnels accueillant du public. |
| Description de l'action | <ul style="list-style-type: none">- Développer la sensibilisation et la formation des professionnel-le-s des services de santé à l'accueil, la prise en charge et la réponse aux besoins spécifiques de ces publics, notamment en adoptant des postures adaptées.- Faire prendre conscience aux personnels impliqués dans les démarches administratives et/ou la prise en charge de migrant-es, HSH, transgenres et prostitué-es des conséquences de ces discriminations au travers de groupes de travail de sensibilisation.- Accompagner et orienter vers le recours contre les discriminations et les refus de soins (défenseur des droits, médiateur CPAM, ordres).- Mettre en place une formation pour tous les professionnels de santé sur les populations transgenres |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les territoires politique de la ville ? | Adaptation de l'action auprès des acteurs associatifs de la politique de la ville, professionnels accueillant spécifiquement les habitants des QPV |

| Partenaires de l'action | |
|--|--|
| Acteurs à mobiliser | Ville de Paris (DASES, DDCT, DFPE, CASVP) ARS CPAM CAF AP-HP Professionnels des centres de santé, MSP, et le personnel d'accueil. |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés | Rapport annuel du contrat local de santé |
| Indicateurs de processus | Formation des professionnel-le-s des services de santé à l'accueil, la prise en charge et la réponse aux besoins spécifiques de ces publics, notamment en adoptant des postures adaptées : nombre d'actions de formation - Sensibilisation des personnels impliqués dans les démarches administratives et/ou la prise en charge de migrant-es, HSH, transgenres et prostitué-es des conséquences de ces discriminations au travers de groupes de travail de sensibilisation : nombre de groupes |
| Indicateurs d'activité | Mettre en place des formations pour les personnels au sein des administrations et du système de santé autour de l'accueil, la prise en charge et la réponse aux besoins spécifiques de ces publics. |
| Indicateurs de résultats | Résultats des recherches-actions Analyse des enquêtes de satisfaction, Nombre de plaintes déposées. |
| Dispositif d'évaluation participative | |

AXE N°1 : LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTE

FICHE ACTION N°9

FAIRE DE PARIS UNE VILLE SANS SIDA

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | Mairie de Paris, ARS |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : Fin : 2020 pour les 3x90, 2030 pour la fin de la transmission du VIH |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Paris concentre 20% des nouvelles infections au VIH pour 3% de la population nationale. L'incidence et la prévalence du VIH y sont l'une des plus élevées de France et d'Europe occidentale. L'épidémie est fortement concentrée au sein des populations clés au sens de l'ONUSIDA. Dans ce contexte, la Déclaration de Paris, signée par environ 200 villes du monde, engage tous les partenaires mobilisés à atteindre d'ici 2020 l'objectif dit des « 3x90 » : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique, 90% des personnes dépistées mises sous traitement et 90% des personnes traitées avec une charge virale indétectable.</p> <p>Les moyens d'empêcher la transmission du VIH et de contrôler l'épidémie sont là : en 2016 à Paris, 95% des personnes séropositives qui prennent un traitement antirétroviral ont une charge virale contrôlée et ne transmettent plus le virus. Mais le taux de personnes vivant avec le VIH et qui ne le savent pas encore était estimé à 25 p. 10 000 en 2014, avec de très fortes disparités populationnelles. Le besoin d'action concerne ainsi l'accès à la prévention dans sa diversité et le renforcement du dépistage (en volume, mais surtout en termes de ciblage et de fréquence pour les populations les plus exposées)</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>90% des découvertes de séropositivité interviennent dans 2 groupes de population, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes migrantes, principalement nées dans un pays d'Afrique subsaharienne.</p> <p>L'épidémie non diagnostiquée est estimée à 3% chez les HSH parisiens et à 2% chez les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne.</p> <p>Retard au diagnostic : en médiane, les HSH découvrent leur séropositivité 2 ans après leur infection ; les femmes africaines 3 ans ; les hommes africains 4 ans.</p> <p>Moindre accès aux soins des personnes migrantes qui consultent moins, n'ont pas de couverture sociale ou ne connaissent pas les structures de soins, de dépistage ou de prévention.</p> <p>L'épidémie d'infection à VIH est inégalement répartie sur le territoire parisien, avec une forte concentration dans certains arrondissements, corrélée à la concentration démographique dans les populations clés les plus exposées.</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>L'action se réfère aux objectifs détaillés dans la stratégie parisienne de lutte contre le sida « Vers Paris sans sida » adoptée par le Conseil de Paris le 18 mai 2016.</p> <p>Atteindre les objectifs des 3 x 90 de l'ONUSIDA en 2020.</p> <p>Atteindre zéro nouvelle infection au VIH à l'horizon 2030.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | <p>HSH</p> <p>Migrants précaires</p> <p>Migrants d'origine afro-caribéenne</p> <p>Autres populations clés particulièrement exposées au VIH : personnes trans, personnes exerçant la prostitution</p> |
| Description de l'action | <p>Coordination des acteurs et articulation des différents dispositifs et outils de prévention dans le cadre d'une stratégie globale et adaptée aux populations clés</p> <p>Adapter la communication envers ces publics cibles sans stigmatiser</p> <p>Développer les actions de dépistage et de promotion de la prévention combinée dans une démarche d'aller-vers</p> <p>Porter les messages de communication de la stratégie « Vers Paris sans sida » dans les structures de</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>santé du territoire et dans les actions hors les murs</p> <p>Améliorer le dépistage du VIH grâce à une offre large et adaptée</p> <p>Développement de séances de TROD dans les CeGIDD de la Ville et hors les murs</p> <p>Adapter l'accessibilité des services de dépistage et de santé sexuelle de la Ville aux besoins et modes de vie des populations clés (horaires, plages sans rendez-vous, dispositifs de prise de rendez-vous sur internet, facilitation des remises de résultats, traduction des documents d'information dans différentes langues...)</p> <p>Rendre accessible les autotests au public dans l'ensemble des structures de prévention et soins (CV, CMS, Centres de santé...)</p> <p>Renforcer l'accessibilité de la PrEP pour les populations qui en ont besoin : horaires élargis des consultations dédiées, actions PrEP aller vers, médiation santé, communautaire</p> <p>Mise en place de dispositifs innovants : création d'un Centre de Santé Sexuelle, développement d'offres de Réduction des risques adaptées aux problématiques émergentes en lien avec la consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel (Chemsex), développement d'outils numériques innovants favorisant la gestion des parcours en santé sexuelle...</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | Développer les actions hors les murs vers les populations clés |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action | DASES, DFPE, ARS, associations, CEGIDD, CPEF, centres PMI, COREVIH et AP-HP, professionnels de santé |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés | Rapports annuels d'activités des CEGIDD, CPEF/ Centres PMI, COREVIH et des associations |
| Indicateurs de processus | <p>Suivi de la mise en œuvre de la stratégie « Vers Paris sans sida » par le groupe Indicateurs de l'Action coordonnée Epidémiologie de l'ANRS – Tableau d'indicateurs dédié.</p> <p>Monitoring local réalisé par l'ORS Ile de France et l'Inter COREVIH d'Ile de France.</p> |
| Indicateurs d'activité | <p>Nombre de sérologies VIH dans les CeGIDD / CPEF de Paris</p> <p>Nombre de TROD réalisés à Paris</p> <p>Nombre de séances hors les murs</p> <p>Nombre de dépistages hors les murs</p> <p>Nombre d'initiations PrEP dans les CeGIDD de Paris</p> <p>File active de PrEPeurs dans les CeGIDD de Paris</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Nombre et taux de découvertes de séropositivité dans les CeGIDD de la Ville de Paris</p> <p>Nombre de découvertes de séropositivité parmi la population résidant à Paris</p> <p>Volumétrie de l'épidémie non diagnostiquée à Paris</p> <p>Délais médians entre infection et diagnostic</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | Évaluation continue & concertée par le Comité stratégique « Vers Paris sans sida ». |

AXE N°1 : SOUTENIR LES POLITIQUES QUI CONTRIBUENT A LA SANTÉ

FICHE ACTION N°10

RENFORCER L'ACCES A LA PREVENTION (VACCINATION ET DEPISTAGE DES CANCERS)

| | |
|---|--|
| Porteur(s) de l'action | Mairie de Paris, ARS, CPAM |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>L'évolution des taux de couverture vaccinale, en baisse à Paris ces dernières années, ainsi que la persistance de la faiblesse du dépistage organisé des cancers du sein et colorectal, justifient que ces thématiques soient traitées de manière prioritaire dans le cadre des efforts conjoints des partenaires pour développer l'accès au dépistage et à la prévention sur le territoire parisien.</p> <p>Prévention vaccinale</p> <p>Un climat de méfiance autour de la vaccination ne cesse de croître depuis les dix dernières années. De plus, les pénuries régulières de vaccins contribuent à la baisse du taux de couverture vaccinale. Par ailleurs, les difficultés à disposer de ressources médicales conduisent à un allongement des délais de rendez-vous pour le public, ce qui justifie de repenser l'organisation des consultations de vaccination en centres de vaccination, Cegidd et centres de PMI, notamment via la mise en place de protocoles de coopération et la délégation de tâches médecin/infirmier(e) .</p> <p>Enfin, les modalités de vaccination des enfants dans les écoles élémentaires doivent être repensées, l'organisation de l'activité en milieu scolaire se heurtant à de nombreuses difficultés : absence des parents et d'un entretien pré-vaccinal, difficultés à recueillir le consentement, locaux scolaires parfois inadaptés pour des soins, prise en charge complexe en cas d'effets secondaires.</p> <p>La défiance vis-à-vis des vaccins concerne également les vaccins contre l'hépatite B et contre les HPV, qui font partie des moyens de prévention contre certains cancers. Ces deux vaccins ont fait en effet l'objet de polémiques régulières non validées scientifiquement mais qui impactent les taux de vaccination de la population pour chacun d'eux.</p> <p>Dépistage des cancers</p> <p>Par ailleurs, le dépistage organisé des cancers (Sein/Colon et Col de l'utérus) généralisé depuis 2004 demeure très insuffisant à Paris par rapport au niveau régional</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Les personnes les plus précaires n'ont pas un accès suffisant à l'information sur la vaccination ni sur le fonctionnement du système de soins. Les professionnels des centres d'hébergement ne connaissent pas toujours les structures où se faire vacciner et dépister.</p> |
| Objectifs stratégiques | <p>Prévention vaccinale</p> <p>Réaffirmer cet enjeu de la politique de santé publique, en s'appuyant sur les recommandations du rapport Fischer et les mesures prises par le Ministère de la santé (notamment l'élargissement de l'obligation vaccinale), pour lutter contre la défiance de la population et les pénuries de vaccins et mobiliser largement les différents acteurs autour de la problématique de la vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner la politique vaccinale • Réfléchir à des dispositifs innovants pour faciliter l'approvisionnement en vaccins ; • Favoriser le rapprochement des structures de soins de celles de prévention, notamment les centres de la Ville de Paris ; • Coordonner les efforts avec les structures privées pour favoriser le déploiement de la vaccination gratuite au plus près des publics ; • Ne pas rater les occasions de faire de la prévention et promotion de la vaccination ; • Faciliter l'accès à l'information et vaccination des plus publics les plus précaires. <p>Dépistage des cancers</p> <p>Mobiliser les professionnels et l'ensemble des partenaires autour de la promotion du dépistage</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>organisé des cancers, en lien avec le plan « Paris contre le Cancer » de la Ville et avec la structure porteuse du dépistage organisé, la Ligue Contre le Cancer et la CPAM</p> <p>Accompagner la régionalisation du dépistage organisé des cancers afin de garantir l'adéquation avec les stratégies territoriales de promotion du dépistage</p> |
| Publics bénéficiaires de l'action | <p>Tout public avec en priorité les jeunes enfants et adolescents, les personnes à risque d'infections évitables par la vaccination et notamment les personnes ayant une affection de longue durée, les personnes précaires hors du système de soins, les personnes de plus de 65 ans.</p> <p>Tout public concerné par le dépistage organisé des cancers, avec des actions renforcées dans les territoires QPV.</p> |
| Description des actions | <p>Comprendre les défiances de la population autour de la vaccination et les dépistages des cancers, et travailler les représentations</p> <p>Prévention vaccinale</p> <p>mettre en place des temps d'information et de formation des professionnels de santé de la petite enfance, des enseignants et des parents autour de la vaccination des jeunes enfants. Relayer et expliquer les informations du Ministère sur l'extension de l'obligation vaccinale des nourrissons prévues en janvier 2018.</p> <p>Intégrer la promotion de la santé au parcours éducatif de santé au moyen d'activités ludiques et interactives</p> <p>Améliorer l'accueil du public et les délais de rendez-vous de vaccination pour un meilleur accès à la vaccination en :</p> <p>facilitant la vaccination dans les centres de santé de la Ville (accès aux marchés des vaccins) et dans des activités hors-les-murs</p> <p>proposant des conventions aux centres de santé privés pour qu'ils disposent de vaccins dans leurs centres, en mettant en place les protocoles de coopération en vaccination et sur les Cegidd pour offrir davantage de consultations de prévention au public.</p> <p>mettant en place au moins une séance hebdomadaire de vaccination gratuite par arrondissement de Paris,</p> <p>Mettre en réseau les systèmes informatiques relatifs aux fichiers vaccinations des consultant(e)s (Santé Scolaire, Centres de vaccination, PMI, Centres de santé etc...)</p> <p>Aménager les conditions sécurisées dans le cadre d'actions nécessaire sur les sites scolaires</p> <p>Dépistage des cancers</p> <p>Organiser des actions de communication autour du dépistage des cancers en étroite collaboration avec l'Assurance maladie et Adeca75 et des actions d'aller vers les populations, qui permettent d'inclure le dépistage des cancers dans une approche plus globale et positive de la santé.</p> <p>Mettre en place des ateliers de formation par Adeca 75 et le département Prévention et Services en Santé de l'Assurance maladie auprès des bénévoles de différentes structures aux fins de devenir des partenaires relais du grand public.</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les territoires Politique de la ville ? | <p>Une communication spécifique et des actions ciblées (ateliers...) seront menées en direction des populations des QPV avec les associations de quartier, afin d'adapter les messages aux populations qui sont très éloignées de la prévention et qui connaissent mal les dispositifs existants de prévention et de dépistage. Coordonnées notamment par les ASV, ces actions ciblées devront également s'appuyer sur ou développer des outils en direction des habitants ne maîtrisant pas ou mal la langue française.</p> |

| Partenaires de l'Action | |
|--|---|
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | Ville de Paris (DASES, DFPE, DDCT DASCO,...) ARS, CPAM, Rectorat, Gestionnaires de structures d'hébergement, Associations Centres de Santé Professionnels de santé de ville (médecins/pharmaciens...) |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet : outils globaux préexistants ou adaptés | Bilan d'activités d'ADECA75 Bilans centres de vaccination, CEGIDD, PMI |
| Indicateurs de processus | Nombre de réunions du comité de pilotage par an Nombre de réunions du comité de suivi par an Coût des interventions par bénéficiaire Budget global du CLS |
| Indicateurs d'activité | Nombre de consultations en centres de santé, CeGIDD, centres de vaccination, pour vaccination Nombre d'actions hors les murs pour information et vaccination auprès des publics précaires |
| Indicateurs de résultats | Nombre de vaccins réalisés Nombre de personnes vaccinées dans les centres Nombre de personnes vaccinées à l'occasion d'actions hors les murs Evolution des taux de couverture vaccinale Nombre de dépistages des cancers réalisés, évolution de la part du dépistage organisé |
| Dispositif d'évaluation participative | Fiches d'appréciation à la fin de chaque action hors les murs (organisateur ou publics) |

AXE N°2: FAVORISER DES PARCOURS DE SANTE ADAPTES AUX PUBLICS VULNERABLES

FICHE ACTION N° 11

CREER DES PASS AMBULATOIRES POUR FACILITER L'ACCES AUX SOINS DE 1^{ER} RECOURS POUR LES PERSONNES LES PLUS VULNERABLES ET LES MIGRANTS

| | |
|--|--|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>La question du renforcement de l'accès aux droits a fait l'objet d'un travail et de recommandations spécifiques dans le cadre du Pacte Parisien de Lutte contre la Grande Exclusion et des Assises Parisiennes de la Santé.</p> <p>Plus spécifiquement concernant les structures de prise en charge médical des personnes sans couverture sociale, les jeunes en errance, les personnes à la rue, celles accueillies en centres d'hébergement ou dans les centres humanitaires sont trop souvent envoyées vers les PASS hospitalières pour des consultations simples relevant de la médecine générale. Les femmes primo arrivantes enceintes ou avec de très jeunes enfants ont un besoin accru de ce dispositif notamment pour l'accès aux traitements. L'accès aux PASS hospitalières est actuellement saturé par ces consultations.</p> <p>Les Permanences Médico-Sociales (PMS) des Centres Médico-Sociaux de la Ville de Paris assurent des consultations de médecine générale - soins, examens et traitements - pour les personnes non assurées sociales. Il y a de véritables enjeux pour développer l'offre de soins de premiers recours particulièrement dans les quartiers défavorisés.</p> <p><u>FA assises se rapportant à cette action :</u></p> <p>FA 24 : Ouvrir des PASS ambulatoires dans les centres de santé/ centres médico-sociaux</p> <p>FA18 : Médiation et interprétariat</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Les dernières enquêtes de l'Onzus montrent que la population des ZUS dispose également moins souvent d'une couverture maladie complémentaire, tout en étant par ailleurs plus souvent bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).</p> <p>Bénéficiaires de complémentaire privée : 40,1% des résidents de ZUS contre 88,2% pour les résidents des autres quartiers.</p> <p>Bénéficiaires de la CMU C : 17,5% des résidents de ZUS contre 5,7% pour les résidents des autres quartiers.</p> <p>Aucune complémentaire : 12,4% des résidents de ZUS contre 6,1% pour les résidents des autres quartiers.</p> <p>Ceci laisse 1 adulte sur 10 sans aucune couverture maladie dans ces quartiers, plus du double de ce qui est observé dans le reste des unités urbaines.</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Faciliter l'accès aux soins ambulatoires des personnes les plus vulnérables ou précaires en développant l'offre de PMS de la Ville, en implantant des PASS ambulatoires et en mettant en place des partenariats entre les structures de la Ville et celles de la CPAM.</p> <p>Mettre en place des partenariats entre les structures de la Ville et les structures hospitalières (AP-HP) pour limiter les passages aux urgences et les ruptures de parcours.</p> <p>Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes, réfugiées, ou maîtrisant mal la langue française, en renforçant les partenariats avec les services sociaux, l'ARS et les associations pour la prise en charge des migrants, en développant et en pérennisant les actions de médiation sanitaire interculturelle avec un recours plus large à l'interprétariat linguistique dans les situations d'accès aux soins et d'accès aux droits.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Personnes en situation de précarité ne disposant pas de droits ouverts à l'assurance maladie, migrants ou réfugiés. |

| | |
|---|--|
| Description de l'action | <p>En lien avec les FA des Assises de la Santé portées par la DASES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'implantation des PASS ambulatoires pour améliorer la prise en charge des soins ambulatoires des personnes sans droits ouverts ou primo-arrivantes. - Renforcer les partenariats ville/hôpital pour fluidifier la prise en charge des patients au sein des PASS en amont et aval de l'ouverture/ régularisation des droits (par exemple : les liens et outils permettant de faciliter l'orientation vers les PASS par les acteurs sociaux), et pour limiter les passages aux urgences et les ruptures de parcours. - Travailler des partenariats et des instances communes d'orientation du patient vers la médecine de ville pour éviter qu'un patient se retrouve en difficulté d'accès à la santé en dehors des urgences une fois ses droits ouverts lui permettant de sortir de la PASS. - Communiquer sur les permanences d'accueil de l'Assurance maladie au sein des structures de soins et de certaines associations. - Faciliter la communication de l'offre de soins parisienne des structures de soins au sein des QPV et de l'offre d'accès aux droits de santé, former les acteurs sociaux à l'attribution des droits et aux téléservices de l'assurance maladie : amé.li.fr, annuaire santé, aux fins de se faire le relais de l'AM auprès des publics vulnérables. - Renforcer et pérenniser les actions de médiation sanitaire interculturelle en lien avec le référentiel développé par la HAS. - Favoriser la formation de pairs et d'acteurs associatifs pour travailler comme médiateurs et octroyer des financements permettant la pérennisation des postes en médiation. - Développer le recours plus large à l'interprétariat linguistique dans les situations d'accès aux soins et d'accès aux droits. |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | <p>Développer l'aller-vers les structures accueillant des publics ayant potentiellement des droits non ouverts, en organisant des actions hors les murs ciblées et en sensibilisant les associations au fonctionnement des PMS et des PASS (ambulatoires et hospitalières).</p> <p>Faciliter la communication de l'offre de soins parisienne des structures de soins et de l'offre d'accès aux droits de santé, former les acteurs sociaux à l'attribution des droits et aux téléservices de l'assurance maladie.</p> |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action | <p>Ville de Paris (DASES, CASVP) – Mairies d'arrondissement</p> <p>ARS</p> <p>CPAM</p> <p>AP-HP</p> <p>Centres de santé – Médecine de ville</p> <p>Collectif des PASS</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions</p> <p>Rapport d'activités des PASS Hospitalières</p> |
| Indicateurs de processus | <p>Mise en place d'un comité de pilotage.</p> <p>Réunions de coordination ville/hôpital</p> |
| Indicateurs d'activité | <p>Nombre de PASS (ambulatoires et hospitalières) ouvertes et nombre de personnes vues</p> <p>Nombre de formations organisées en direction de personnes relais</p> <p>Nombre de médiateurs culturels intervenants dans les structures et nombre de personnes</p> |

| | |
|--|---|
| | accompagnées Nombre de consultations avec interprète |
| Indicateurs de résultats | Nombre de personnes ayant recouvré des droits ouverts à l'Assurance Maladie |
| Dispositif d'évaluation participative | Questionnaire de satisfaction des usagers. |

AXE N°2: FAVORISER DES PARCOURS DE SANTE ADAPTES AUX PUBLICS VULNERABLES

FICHE ACTION N° 12

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES VICTIMES DE VIOLENCE

| | |
|---|--|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> | |
| Début : _____ Fin : _____ | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>De nombreuses études soulignent l'impact des violences subies sur la santé somatique et psychique des victimes. Parmi ces publics, se trouvent particulièrement exposées les jeunes femmes, les enfants, les femmes étrangères avec un parcours migratoire difficile et les femmes en situation de handicap</p> <p>Le nouveau Plan régional de santé accorde une place particulière à la prise en compte des publics les plus vulnérables.</p> <p>Pour tous les professionnels de santé, il est essentiel de repérer les violences, verbalisées ou non, de les constater, de les prendre en charge, d'orienter, de les signaler aux instances ad hoc et de protéger et de prendre en charge les enfants (la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance reconnaît le statut de victime à l'enfant témoin de violences).</p> <p>Les symptômes et signes les plus fréquents chez les victimes de violences concernent des lésions traumatiques, visibles ou cachées ; des abus de substances ; des grossesses pathologiques ; des troubles gynécologiques et des troubles psychologiques.</p> <p>Ces troubles psychologiques peuvent se manifester de nombreuses façons telles que des troubles psychosomatiques, anxiété, panique, dépression, idées et/ou tentatives de suicide, état de stress post-traumatique, troubles du sommeil, de l'alimentation, troubles cognitifs...</p> <p>Cependant, des difficultés d'accès à la prévention et à la prise en charge des conséquences des violences sur la santé, notamment psychique, ont été constatées sur le territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le secteur public de psychiatrie a naturellement vocation à accueillir ce public, comme l'ensemble des publics, mais il doit disposer de peu de ressources dans ce domaine. Cependant des structures, le plus souvent intersectorielles, rattachées à la psychiatrie publique coexistent avec des structures de soins associatives, parfois très spécialisées, et avec une offre de professionnels de santé en exercice libéral. Ce, sans que, en termes de parcours, les liens entre ces modalités soient lisibles. - les publics concernés n'ont pas toujours une couverture sociale pour des consultations de psychologue non prises en charge <p>Par ailleurs, la prise en charge globale des victimes de violences doit prendre en compte non seulement la dimension santé mais également les dimensions sociales (hébergement, ressources), juridique, judiciaire...Il s'agit souvent de parcours complexes qui doivent être simplifiés, notamment par une meilleure articulation des différents acteurs entre eux.</p> <p>A Paris, dans le cadre du schéma départemental d'aide aux victimes, un réseau s'est organisé autour des professionnels du champ judiciaire (Police et Justice), social, droit des femmes, et santé (en particulier médecine légale). Cependant l'ensemble des acteurs s'accorde sur la place insuffisante de la santé, et les difficultés à trouver des lieux de soins pour la prise en charge des troubles psychologiques et du psycho traumatisme.</p> <p><u>FA assises se rapportant à cette action :</u></p> <p>FA 43 (formation des professionnels de santé au repérage des violences)</p> <p>FA 44 (améliorer le repérage des femmes victimes de violence)</p> <p>FA 45 (ouvrir davantage de consultations dédiées aux femmes victimes de violence)</p> <p>FA 46 (assurer une orientation adaptée des femmes à la rue présentant un psycho trauma)</p> |

| | |
|--|---|
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | Un accès à la santé complexe marqué par les représentations et une offre de soins limitée. |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | Mieux connaître l'offre en matière de prévention et de prise en charge des conséquences des violences sur la santé et les difficultés d'accès afin de construire des propositions d'amélioration facilitant les parcours des personnes victimes des violences. |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | <p>L'ensemble des personnes ayant subi des violences en particulier :</p> <p>Les femmes et les hommes victimes de violences, violences sexuelles et/ou violences conjugales ; les femmes migrantes en grande précarité ; les enfants et adolescents (dont ceux suivis par l'ASE) victimes de violences ou co-victimes de violences de couple ; les femmes en situation d'handicap ; les victimes directes et collatérales d'attentats ou de catastrophes naturelles (en dehors de l'urgence où une prise en charge spécifique existe) ; les personnes victimes de violences et de harcèlement en lien avec l'orientation sexuelle, l'orientation affective ou l'identité de genre</p> <p>Les professionnels de santé les plus concernés sont les médecins généralistes, les urgentistes, les gynécologues obstétriciens, les médecins légistes, les sages-femmes et les infirmiers.</p> |
| Description de l'action | <p>Pour tous les professionnels de santé, notamment les professionnels de premier recours, il est essentiel de repérer les violences, verbalisées ou non, de les constater, de les prendre en charge, d'orienter, de les signaler aux instances ad hoc et de protéger et de prendre en charge les enfants (la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance reconnaît le statut de victime à l'enfant témoin de violences).</p> <p>Leur rôle est de traiter les troubles somatiques et psychologiques liés aux violences, c'est-à-dire entreprendre les soins médicaux classiques, mais aussi évaluer les origines de la violence et agir sur celles qui relèvent de la compétence des professionnels de santé.</p> <p>En tenant compte des différents parcours de vie, et pour améliorer la qualité du diagnostic et diversifier les réponses, il s'agit de faire un état des lieux de la prise en charge sanitaire des victimes de violence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recenser la qualité et disponibilité des ressources du secteur public généraliste, spécialisé et associatif - Sensibiliser /former les professionnels du 1^{er} recours - S'appuyer sur les professionnels de la psychiatrie et sur les CLSM <p>Améliorer le maillage des lieux spécialisés de prise en charge</p> <p>Dans une perspective de prise en charge globale, recenser les réseaux existants sur les champs complémentaires du sanitaire et les articulations facilitant la construction de projets d'aide et d'accompagnement cohérents</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politiques de la ville ? | Un focus particulier de l'action pourrait concerner les groupes de population plus fortement représentés dans les QPV. |

| Partenaires de l'action | |
|--|---|
| Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'action | <p>Ville de Paris (DASES, DDCT, DFPE, DPSP)</p> <p>CPAM</p> <p>GHT Paris psychiatrie et neurosciences</p> <p>AP-HP (CUMP de Paris, services d'urgences, PASS, services de psychiatrie)</p> <p>ARS</p> <p>Secteur associatif</p> <p>Secteur social</p> <p>Institutions engagées dans le schéma départemental d'aide aux victimes</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions</p> <p>Plan régional de lutte contre les violences faites aux femmes</p> |
| Indicateurs de processus | <p>- Mise en place de groupes de travail au sein des CLSM ou d'autres instances locales) intersectoriels et pluridisciplinaires</p> |
| Indicateurs d'activité | <p>Mise en place de formations pour les professionnels de santé sur les conséquences des violences</p> <p>Elaboration d'outils facilitant la réalisation de l'état des lieux</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Réalisation d'un livrable avec des recommandations visant à faciliter les solutions aux problématiques identifiées</p> <p>Nombre de professionnels formés/sensibilisés</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | <p>Possibilités d'utilisation des outils de démocratie sanitaire comme l'assemblée plénière des CLSM</p> |

AXE 2: FAVORISER DES PARCOURS DE SANTE ADAPTES AUX PUBLICS VULNERABLES

FICHE ACTION N° 13

ACTIONS COORDONNEES INNOVANTES EN MATIERE DE PREVENTION DES CONDUITES A RISQUES, DE REDUCTION DES RISQUES ET DE PRISE EN CHARGE DES PRATIQUES ADDICTIVES

| | |
|-------------------------------|--|
| Porteur(s) de l'action | Mairie de Paris, ARS DD75, Préfecture |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |

Cadrage et légitimité de l'action

| | |
|--|---|
| <p>Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ?</p> | <p>Les conduites à risques et les pratiques addictives dépendent de facteurs multiples liés aux trajectoires individuelles et collectives, à des logiques territoriales résultant de la géographie, de l'histoire, du contexte socio-économique et culturel. Il en résulte des disparités territoriales observées à l'échelle de l'Ile-de-France, entre Paris et les autres départements, entre le sud-ouest et le nord-est de Paris.</p> <p>Les publics prioritaires sont les jeunes (11-25 ans), les personnes fréquentant le milieu festif, les personnes en situation de précarité, les femmes en âge de procréer, les fumeurs.</p> <p>A Paris, comme en région, les produits les plus fréquemment consommés sont l'alcool, le tabac, le cannabis (9,1 % d'usages réguliers chez les adolescents de 17 ans à Paris, avec un écart de 5,9 % dans le quart sud-ouest à 11 % dans le quart nord-est). De nouvelles pratiques « sans produit » apparaissent, comme les abus d'écrans.</p> <p>Les pratiques de consommation se modifient rapidement (montée de l'usage du crack et des nouveaux produits de synthèse, chem-sex, modes d'usages par injection ou inhalation...) tout comme les modalités d'approvisionnement (par internet, transaction « à domicile »...). Les Parisiens se caractérisent par des niveaux d'expérimentation relativement élevés, la MDMA/ecstasy et la cocaïne ayant été consommées au moins une fois dans la vie par respectivement 6,7 % et 5,0 % des adolescents de 17 ans. Vient ensuite un groupe de substances expérimentées par 1 à 2 % des jeunes Parisiens : LSD, amphétamines, crack et héroïne. Fait particulier à Paris, il existe un marché spécifique du crack (1^{er} produit illicite consommé après le cannabis), avec un contexte de visibilité accrue des usagers dans l'espace public.</p> <p>Pour de nombreuses personnes sans domicile, une consommation problématique d'alcool est facteur d'exclusion supplémentaire, en empêchant l'accès à un hébergement où la consommation d'alcool est généralement interdite.</p> <p>La connaissance de l'évolution de ces phénomènes selon les territoires est indispensable pour adapter les stratégies de prévention, de réduction des risques et de prise en charge.</p> <p>Paris dispose d'une offre importante d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives (CSAPA, CJC, CAARUD, SCMR, ELSA, filières d'addictologie hospitalières) et d'acteurs portant des actions de prévention et de promotion de la santé.</p> <p>Face aux enjeux actuels, la sensibilisation large des professionnels au contact des publics concernés, au-delà des acteurs spécialisés et des usagers eux-mêmes, est un élément-clé pour l'efficacité des actions. Les actions coordonnées à mener s'inscrivent dans un continuum allant de la prévention primaire à l'insertion en passant par le soin.</p> <p>Face à cet état des lieux, les enjeux du contrat local de santé sont à la fois une meilleure coordination de l'existant et l'émergence de propositions innovantes.</p> |
| <p>Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ?</p> | <p>Des profils très désaffiliés, dont la situation d'exclusion est aggravée par le statut illégal de certains produits.</p> <p>Les territoires du Nord-Est parisien sont particulièrement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé et la visibilité des publics les plus désaffiliés.</p> |

| | |
|--|---|
| Objectifs stratégiques | <p>Coordonner et soutenir les acteurs parisiens de la prévention des conduites à risques et de la réduction des risques et des dommages, en améliorant le diagnostic partagé des besoins, la connaissance des dispositifs et des outils</p> <p>Innover dans les actions mises en œuvre, en favorisant la recherche et l'association des professionnels et des usagers de drogues en vue d'une adaptation en continu des politiques de prévention et de RdRD</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Jeunes de 11 à 25 ans, milieu festif, public en situation de précarité et de vulnérabilité et consommateur de produits psycho actifs (dont alcool), fumeurs tous âges |
| Description des actions | <p>Objectif 1 : Coordonner et soutenir</p> <p>Les actions validées de prévention et de repérage précoce en milieu scolaire, en milieu festif, en milieu pénitentiaire, notamment celles fondées sur le développement des compétences psychosociales et parentales ;</p> <p>Les actions de l'opération « Mois sans tabac » ;</p> <p>Le repérage via les actions « d'aller vers » en prévention et réduction des risques : consultations avancées CJC, maraudes, dépistages mobiles (exemple : Fibroscan)... ;</p> <p>Le recours aux structures de soins et d'accompagnement (CJC, CSAPA...) en améliorant la connaissance des acteurs sur les ressources du territoire ;</p> <p>L'accès au matériel d'injection stérile et la dispensation des médicaments de substitution aux opiacés pour les usagers de drogues (pharmacies, SCMR, maraudes...) ;</p> <p>Les échanges au plus près des territoires, permettant la remontée des signaux sur l'évolution des usages, les besoins des usagers et des acteurs, de nouvelles problématiques, via la structuration d'un observatoire parisien des toxicomanies ;</p> <p>L'acquisition de compétences partagées entre professionnels du champ social, éducatif, médico-social, sanitaire en matière de prévention, de RDRD et d'accompagnement, notamment par l'implication des professionnels non spécialisés (sensibilisation des travailleurs sociaux, médiateurs de santé, pharmaciens...) ;</p> <p>La diffusion des connaissances contribuant à maintenir la qualité des interventions et la capacité d'innovation des acteurs ;</p> <p>Les actions de médiation et de plaidoyer visant à soutenir et à renforcer l'acceptabilité de l'offre de RDRD dans leur environnement.</p> <p>Objectif 2 : Innover</p> <p>Accompagner l'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque (SCMR),</p> <p>Rechercher et construire des réponses appropriées aux problématiques émergentes (mineurs migrants non accompagnés)</p> <p>Réaliser des études (type « recherche-action ») complémentaires au dispositif de veille et de recherche existant (OFDT/TREND SINTES/études INSERM...) visant à améliorer la connaissance des pratiques et conduites addictives, l'évolution des besoins, en particulier sur l'usage du crack à Paris ;</p> <p>Soutenir la mise en œuvre de la RDRD « Alcool » dans les structures d'accueil et d'hébergement dans le secteur social, dans une finalité d'insertion,</p> <p>Accompagner la réflexion sur la diversification de l'offre en RDRD,</p> <p>Développer « l'aller vers » des actions de prévention et de réduction des risques et des dommages, en associant des intervenants non spécialisés ou des usagers « pairs »,</p> <p>Promouvoir et soutenir l'élaboration avec les utilisateurs de nouveaux outils d'information partagés, adaptés aux modes de communication actuels,</p> <p>Élargir la réflexion commune sur les problématiques addictologiques en associant les autres</p> |

| | |
|--|--|
| | structures ou instances territoriales (MDA, CMP, CLSM, SIAO, ASE, missions locales, PTA...) confrontées aux mêmes publics, ou des partenaires d'un autre département limitrophe (notamment Seine-Saint-Denis). Promouvoir lors de journées de sensibilisation et de rencontres interprofessionnelles les sujets innovants, avec impact potentiel sur les pratiques et les organisations. |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politiques de la ville ? | |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | Ville de Paris (MMPCR-DASES et autres services de la Ville), Mairies d'arrondissements, ARS, MILDECA, OFDT, Préfecture de Police, Préfecture de Paris Procureur, PJJ, AP-HP, Maison des Adolescents Rectorat, CJC-CSAPA, CSAPA référent-prison, Professionnels de santé de 1 ^{er} recours, de l'éducation et professionnels de la nuit, Les associations de RdRD, Autres associations de prévention, Usagers et consommateurs (auto-support), structures accueillant des publics jeunes, Structures sociales d'accueil et d'hébergement, SIAO. Les Partenaires de Seine -Saint-Denis (dans le cadre de l'étude 75/93 sur l'usage du crack) |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | Rapport annuel du contrat local de santé de Paris Évaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions Statistiques et études de l'OFDT |
| Indicateurs de processus | Nombre de réunions partenariales Mise en place d'un observatoire des toxicomanies |
| Indicateurs d'activité | Nombre d'interventions mises en place Nombre de classes concernées par des interventions en milieu scolaire et nombre total d'élèves ayant bénéficié de ces interventions Nombre d'ateliers organisés avec les parents et nombre de participants Nombre d'actions de formation proposées et nombre de participants Nombre total d'actions de maraude, nombre d'actions avec diffusion de matériel stérile Nombre de pharmacies avec programme d'échange de seringues Évaluation de l'activité des structures de RdRD, dont la SCMR |
| Indicateurs de résultats | Nombre de jeunes et de parents déclarant avoir acquis des CPS à la fin des interventions % moyen de satisfaction des jeunes par rapport aux interventions en milieu scolaire, des participants aux ateliers pour les parents, des personnes concernées par les actions de maraude Nombre total de seringues distribuées en CAARUD, SCMR et actions de maraude |

| | |
|--|--|
| | <p>File active des CJC</p> <p>Disponibilité de l'étude sur le crack et des résultats d'évaluation de la SCMR</p> <p>Évaluation de l'impact des actions de RdRD sur l'espace public</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | Fiches d'appréciation à la fin de chaque intervention |

AXE N°2 : FAVORISER DES PARCOURS DE SANTE ADAPTES AUX PUBLICS VULNERABLES

FICHE ACTION N°14

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | Mairie de Paris, ARS |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | L'incidence de la tuberculose, qui est 2 fois supérieure à Paris par rapport à la moyenne nationale, amorce pour la première fois depuis 20 ans une augmentation en 2016. Les publics migrants sont davantage exposés à la tuberculose et leurs conditions d'hébergement favorisent l'augmentation du nombre de cas. |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | Moindre accès aux soins des personnes précaires et/ou vulnérables (consultent moins, pas de couverture sociale, pas de connaissance des structures de soins, etc.) Nécessité de créer des liens avec les associations qui sont au plus près de ces personnes : sensibilisation, information sur la tuberculose, évaluer les facteurs de risque de tuberculose du public et l'opportunité d'un dépistage, organiser un parcours personnalisé du patient |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | Développer le dépistage sur Paris en : <ul style="list-style-type: none"> - suivant les recommandations nationales dans le cadre des actions de prévention de la tuberculose, - donnant un haut niveau de priorité à la lutte contre la tuberculose sur le territoire parisien, - contribuant à renforcer le ciblage de la stratégie de dépistage au regard des publics plus particulièrement concernés, et notamment dans le cadre de l'accueil des migrants, - favorisant l'accès aux soins des populations migrantes ou précaires. |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Tout public avec en priorité les publics précaires, migrants, résidents en habitat FTM ou habitats diffus, CHRS. |
| Description des actions | Communiquer pour renforcer le signalement des déclarations obligatoires auprès des structures et des populations migrantes Renforcer le suivi des enquêtes autour des cas de tuberculose dans un contexte où 75% des cas de tuberculose à Paris concernent des migrants souvent en situation de précarité Formaliser les transmissions d'information entre le CLAT 75 et les autres CLAT correspondant des structures d'accueil Pérenniser le dépistage hors les murs (foyers d'hébergement, centre d'accueil migrants...) : consultations avancées Améliorer l'accès aux soins et à la prévention grâce à la mise en place de permanences sociales spécialisées dans les structures de soins ainsi que d'activités de médiation en santé et d'interprétariat. le conventionnement avec l'AP-HP et la prise en charge par la CPAM du dépistage des non assurés sociaux Contribuer à la connaissance de l'évolution de la maladie et de ses modes de transmission renforcer les liens CLAT / EMLT |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | Amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins |

| Partenaires de l'action | |
|--|---|
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | DASES (CLAT 75) ARS CPAM Samu Social Associations qui travaillent sur l'« aller vers » Centres d'hébergement. |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | Pilotage renforcé conjoint sur les missions du CLAT Rapport annuel du contrat local de santé de Paris Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions |
| Indicateurs de processus | |
| Indicateurs d'activité | Nombre d'enquêtes réalisées/nombre de déclarations obligatoires Nombre de sujets contact dépistés Nombre de patients suivis pour tuberculose ou tuberculose latente Nombre de radio-dépistages réalisés en sites extérieurs Nombre d'interventions du CLAT dans les centres d'hébergement |
| Indicateurs de résultats | Incidence de la tuberculose à Paris Nombre de personnes dépistées et traités |
| Dispositif d'évaluation participative | Fiche d'appréciation à la fin des actions de dépistage hors les murs pour les responsables de site |

AXE N°2: FAVORISER DES PARCOURS DE SANTE ADAPTES AUX PUBLICS VULNERABLES

FICHE ACTION N° 15

DEVELOPPER LES COMPETENCES PSYCHO-SOCIALES DES ENFANTS ET DES JEUNES

| | |
|--|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Parmi les facteurs favorables à la santé de l'enfant et du jeune, le renforcement des compétences psycho-sociales (CPS) est crucial dans le développement de l'estime de soi, des compétences relationnelles et d'un comportement responsable face à la santé.</p> <p>Le nouveau parcours éducatif de santé de l'élève introduit par les lois pour la refondation de l'école (loi 2013-595 du 8 juillet 2013) et de modernisation de notre système de santé (loi 2016-41 du 26 janvier 2016) vise à permettre l'acquisition de ces compétences à l'école comme dans tous les milieux de vie de l'enfant et du jeune.</p> <p>Ces compétences ont été définies par l'OMS en 1993 :</p> <p><i>« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. »</i> Il s'agit de :</p> <p>Savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions</p> <p>Avoir une pensée créative, avoir une pensée critique</p> <p>Savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles</p> <p>Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres</p> <p>Savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.</p> <p><u>FA assises se rapportant à cette action : n° 32-33-36-37</u></p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Les enfants des QPV ou scolarisés dans les écoles en zone d'éducation prioritaire cumulent davantage de difficultés et un accès inégal à la prévention. Les fragilités diverses (estime de soi, prise de décision, autonomie, témoignages de professionnels, de jeunes et d'enfants autour d'incivilités, voire rixes, d'engrenages dans des dynamiques de groupe ...) demandent un travail sur le renforcement des CPS dès le plus jeune âge.</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Dépister les situations de fragilités</p> <p>Développer les CPS dès la naissance, des enfants et des jeunes dans leurs différents milieux de vie</p> <p>Accompagner les professionnels dans une adaptation de leur posture et de leurs pratiques professionnelles</p> <p>Tendre vers des écoles « promotrices de santé »</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | <p>Enfants et jeunes parisiens, ainsi que leurs parents</p> <p>Professionnels à leur contact</p> |
| Description de l'action | <p>Sensibiliser les équipes éducatives des établissements scolaires à la promotion de la santé</p> <p>Favoriser des interventions de renforcement des CPS dès le plus jeune âge, notamment en les intégrant dans le parcours éducatif de santé de l'élève.</p> <p>Faire connaître et partager les expériences probantes</p> <p>Appuyer les démarches de renforcement des CPS par la formation et par la valorisation et le développement d'actions sur plusieurs années, l'accès à des outils, l'évaluation et la mise en réseau</p> |

| | |
|---|--|
| | des professionnels |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | <p>Priorisation des actions en quartier politique de la ville et autres lieux identifiés comme prioritaires.</p> <p>Dans le cadre d'actions visant à améliorer la santé des enfants en lien avec leur parcours scolaire, le partenariat devra être renforcé avec les établissements scolaires et avec le tissu associatif local, notamment pour les actions relatives au soutien à la parentalité. De plus, le dispositif de réussite éducative devra être impliqué.</p> |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | <p>Rectorat</p> <p>Ville de Paris (DASES, DJS, DFPE, Mairies d'arrondissement, DDCT...)</p> <p>ARS</p> <p>CPAM</p> <p>AP-HP, MDA</p> <p>Préfecture,</p> <p>Centres de santé – Médecine de ville</p> <p>Conseil de l'ordre des médecins – URPS médecins</p> <p>Acteurs associatifs</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions</p> |
| Indicateurs de processus | <p>Identification d'un coordinateur de réseau des acteurs de CPS</p> <p>Clarification des rôles et contributions respectives</p> |
| Indicateurs d'activité | <p>Composition et constitution du réseau</p> <p>Nombre de réunions - formations</p> <p>Nombre de participants</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Identifier et mettre en valeur les actions réalisées dans les différents milieux de vie des enfants et des jeunes</p> <p>Nombre d'actions CPS inscrites dans le cadre du PES</p> <p>Cartographie des actions CPS</p> <p>Nombre d'écoles prioritaires ayant mis en œuvre des actions CPS</p> <p>Nombre d'actions valorisées par la plateforme Promosanté</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | À construire avec les participants au moment de l'élaboration du projet. |

AXE N°2: FAVORISER DES PARCOURS DE SANTE ADAPTES AUX PUBLICS VULNERABLES

FICHE ACTION N° 16

FACILITER LES PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | |
| Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Début : 2018 Fin : 2022 | |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>La fluidité des parcours de soins et médico-sociaux des personnes handicapées n'est pas satisfaisante: les obstacles à l'accès aux soins demeurent nombreux ce qui constitue une des raisons d'un renoncement aux soins.</p> <p>L'accès aux soins des personnes en situation de handicap est une priorité retenue par l'ARS Ile-de-France. Le schéma 2017-2021 de Paris intègre les problématiques de santé auxquelles sont confrontées les personnes en situation de handicap.</p> <p>L'accès aux soins somatiques peut être un parcours difficile pour les personnes en situation de handicap : les cabinets médicaux ne sont pas toujours accessibles, les consultations ne sont pas toujours adaptées, les consultations spécifiques ne sont pas toujours connues, enfin la douleur ressentie n'est pas toujours évaluée pour être prise en charge. Plus les personnes en situation de handicap sont isolées, plus leur suivi médical est difficile. C'est ainsi que souvent les soins de prévention (bucco-dentaires, gynécologiques et les dépistages de cancers) ne sont pas assurés, parfois même lorsque la personne est hébergée en établissement.</p> <p>Pour les personnes autistes ou avec troubles psychiques majeurs, en plus des problématiques de santé qui touchent toutes les personnes en situation de handicap, tout changement dans la vie quotidienne est source d'angoisse pouvant générer des troubles du comportement. Ainsi, se rendre dans un lieu de consultation est souvent difficile mais les désagréments et les douleurs liées à des pathologies non ou mal soignées sont aussi à l'origine d'une part importante des troubles du comportement. Pour ces personnes, non seulement il est préférable d'éviter les déplacements mais les consultations de soins doivent aussi être adaptées pour limiter les comportements inadaptés en consultation. La télémédecine ou des équipes mobiles pourraient pallier ces inconvénients, permettant aux personnes d'être dans leurs lieux habituels et avec les personnes qui les prennent en charge au quotidien.</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Le sentiment d'isolement des habitants des quartiers de la politique de la ville renforce celui de l'éloignement des services de soins, de santé et de médecine préventive. La mobilité est un axe fort de la politique de la ville et lorsqu'il y a un handicap, la situation reste d'autant plus préoccupante. Manque de diagnostic des situations de handicap dans les QPV.</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Réinterroger les parcours de santé des personnes handicapées (via un recensement de l'offre et des besoins) qu'elles soient en établissement ou à domicile.</p> <p>Identifier l'offre disponible (ambulatoire, hospitalière) sur le territoire accessible aux personnes en situation de handicap et cela quel que soit le type de handicap</p> <p>Former les professionnels pour intervenir auprès des personnes handicapées.</p> <p>Améliorer l'accès aux soins somatiques et de prévention des personnes handicapées vivant en établissement.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | <p>Personnes handicapées adultes et enfants avec un focus sur l'autisme, le handicap psychique et le polyhandicap.</p> |
| Description des actions | <p>Développer des solutions médico-sociales, qualitativement et quantitativement, permettant une meilleure prise en charge des personnes handicapées.</p> <p>Recenser l'offre existante, y compris pour les personnes autistes, et accompagner les transformations pour faciliter les parcours des personnes en situation de handicap dans l'ensemble des structures de soins de la ville.</p> <p>Inscrire parmi les priorités des plateformes territoriales d'appui l'amélioration des parcours de santé des personnes handicapées.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Participer à la sensibilisation et à la formation des professionnels de santé pour faciliter les prises en charge des personnes en situation de handicap, notamment des personnes autistes.</p> <p>Étudier la possibilité d'expérimenter une offre de santé (soins et prévention) réservée aux personnes en situation de handicap complexe et aux personnes autistes : plages horaires, locaux adaptés, équipe mobile et des financements majorés (pas seulement à l'acte).</p> <p>Mettre en place des formations de référents à l'hygiène bucco-dentaire dans les établissements d'hébergement.</p> <p>Développer la prévention en établissement : ainsi, l'ARS IDF et la Ville de Paris s'engagent, à partir de 2018, à signer un CPOM avec chaque établissement pour réaliser un diagnostic sur les soins somatiques : dépistages, soins dentaires, soins gynécologiques, ophtalmologie.</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les territoires politique de la ville ? | Comblent le manque actuel de diagnostics des situations de handicap, des demandes faites d'adaptation de l'habitat aux bailleurs, de l'aménagement pour la mobilité dans les espaces extérieurs, des besoins de l'entourage pour améliorer les prises en charges. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | <p>ARS</p> <p>CPAM</p> <p>Ville de Paris</p> <p>Associations</p> <p>Professionnels de santé</p> <p>Gestionnaires d'établissements</p> <p>Bailleurs sociaux</p> <p>Service d'accompagnement à domicile (SAMSAH-SAVS)</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Évaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions</p> |
| Indicateurs de processus | <p>Suivi qualitatif et quantitatif des évolutions, analyse des orientations des personnes sans solution, PAG mis en œuvre.</p> <p>Mise en place de l'expérimentation.</p> |
| Indicateurs d'activité | Existence d'un document recensant l'offre de soins ambulatoire et hospitalière et modalités de mise à jour. |
| Indicateurs de résultats | <p>Nombre de professionnels sensibilisés.</p> <p>Nombre de référents formateurs et de référents à l'hygiène bucco-dentaire formés.</p> <p>Nombre d'actes de prévention réalisés. Comparaison avec la population générale.</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | |

AXE N°2: FAVORISER DES PARCOURS DE SANTE ADAPTES AUX PUBLICS VULNERABLES

FICHE ACTION N° 17

ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES AGEES

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile sont confrontées à de multiples difficultés pour continuer à être suivies médicalement, qu'il s'agisse des soins de base, des soins bucco-dentaires ou de la prise en charge de la douleur.</p> <p>On constate que plus la dépendance des personnes âgées augmente, moins elles ont de médecin traitant. Parfois, les personnes qui ne peuvent se déplacer arrêtent leur suivi médical, d'autres fois, elles utilisent les urgences médicales pour un renouvellement d'ordonnance. Les visites à domicile sont peu valorisées pour les professionnel.le.s de santé qui se déplacent (médecins, kinésithérapeutes, infirmier.ère.s).</p> <p>Les personnes âgées veulent vieillir dans leurs logements, mais les anciens logements ne sont pas toujours adaptés au vieillissement de la population.</p> <p>L'isolement des personnes âgées est accentué quand survient la perte du conjoint et quand la famille est éloignée.</p> <p>Les soins dentaires, en particulier, sont souvent abandonnés. Or, une bonne hygiène bucco-dentaire a de nombreux avantages : elle limite les douleurs favorisant ainsi une bonne nutrition, elle améliore l'estime de soi et le lien social. Mais que cela soit lié à la difficulté de réaliser des soins dentaires et/ou à une hygiène bucco-dentaire défectueuse, l'état dentaire des personnes en perte d'autonomie à domicile n'est pas optimal.</p> <p>Les personnes migrantes qui vieillissent plus vite du fait des aléas de la vie n'ont souvent pas l'âge requis et les ressources financières (AME) pour être pris en charge en hébergement institutionnel.</p> <p>L'intervention des réseaux de soins (gériatrie, oncologie, soins palliatifs) permet une articulation des professionnel.le.s autour des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile nécessaire à une prise en charge de qualité. Malheureusement, ces réseaux ne sont pas toujours connus des professionnels et encore moins du grand public.</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé sont été repérées ? | <p>De moins en moins de professionnel.le.s de santé font des visites à domicile (VAD), car ces visites ne sont pas valorisées.</p> <p>Des situations de ruptures (droit commun) et de fragilités accrues apparaissent avec l'isolement.</p> <p>Le vieillissement de la population constitue l'évolution démographique la plus marquante au sein des quartiers, une tendance qui va probablement augmenter. Les femmes sont surreprésentées au-delà de 75 ans en QPV par rapport aux quartiers hors QPV (Cget, En bref, octobre 2017)</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Faciliter le maintien à domicile des personnes âgées et anticiper la rupture de soins.</p> <p>Améliorer l'état bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Accompagner les réseaux thématiques (soins palliatifs/cancéro/gériatrie).</p> <p>Favoriser la coordination des professionnel.le.s de soins au domicile des personnes âgées par l'intervention des réseaux thématiques de gériatrie, de oncologie et de soins palliatifs et des dispositifs d'information et d'appui (M2A résulte de l'intégration des réseaux, des CLIC et MAIA).</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Personnes âgées à domicile et en établissements. |
| Description des actions | <p>Poursuivre et étendre l'expérimentation du programme PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie).</p> <p>Anticiper la rupture de soins pour les personnes âgées à domicile en mettant en place des consultations médicales au domicile des personnes qui ne peuvent plus se déplacer, notamment en</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>mettant en place un processus permettant les VAD par les médecins des centres de santé et MSP en développant des dispositifs d'accès aux droits et à un médecin traitant.</p> <p>Développer des dispositifs innovants en établissements pour améliorer la prise en charge (dont télémédecine) et PTA.</p> <p>Aider au développement des M2A (Maison des Aînés et des Aidants) et de leur rôle dans l'accès aux soins primaires (médecins traitants, accès aux droits) ainsi que rôle en matière de prévention et promotion de la santé de la santé des aidants.</p> <p>Promouvoir les actions du centre dentaire de l'Assurance Maladie auprès des personnes âgées.</p> <p>Mettre en place des formations de référents à l'hygiène bucco-dentaire dans les EHPAD et dans les services de soins infirmiers à domicile.</p> <p>Sensibiliser et inciter les professionnels de ville à faire intervenir les réseaux de soins au domicile des personnes âgées et sensibiliser le grand public.</p> <p>Trouver des solutions pour articuler les prises en charge sanitaires et médico-sociales des personnes âgées ayant des troubles du comportement.</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les territoires politiques de la ville ? | <p>Les QPV sont particulièrement touchés par la problématique des personnes âgées isolées, ces actions devront donc être déployées en priorité dans les QPV, appuyées sur les réseaux existants, notamment associatifs, mais aussi en lien avec les bailleurs.</p> <p>Il y a un endettement des séniors avec la baisse de revenu. Certains vivent sous le seuil de pauvreté. Il y a un enjeu à prendre en compte les fragilités sociales des habitants vieillissant des quartiers prioritaires.</p> |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | <p>ARS</p> <p>Ville de Paris (Dases, DDCT, CASVP)</p> <p>CPAM</p> <p>Associations</p> <p>Gestionnaires d'établissements</p> <p>Bailleurs sociaux</p> <p>URPS (médecins, infirmiers, ...)</p> |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | <p>Rapport annuel du contrat local de santé de Paris</p> <p>Évaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions</p> |
| Indicateurs de processus | <p>Nombre d'arrondissements couverts par le PAERPA (9, 10, 19ème et en expérimentation dans les 1, 2, 3, 4, 5, 6ème depuis 2017).</p> <p>Nombre d'arrondissements couverts par une M2A et indicateurs spécifiques à ces structures.</p> |
| Indicateurs d'activité | <p>Nombre de visites à domicile réalisées par les professionnels de santé</p> <p>Nombre de consultations dentaires auprès de personnes âgées réalisées par le centre dentaire de la CPAM.</p> |
| Indicateurs de résultats | <p>Nombre de référents à l'hygiène bucco-dentaire formés.</p> <p>Nombre d'actions de sensibilisation sur les réseaux de soins réalisées. Incidence sur l'activité des réseaux.</p> |
| Dispositif d'évaluation participative | |

AXE N°3: DEVELOPPER L'APPROCHE ET LA GOUVERNANCE TERRITORIALES EN SANTE DANS UN CADRE PARTICIPATIF

FICHE ACTION N° 18

DEVELOPPER DES CONSEILS LOCAUX DE SANTE (INCLUANT LES CLSM) ET CONFORTER L'ANIMATION DU RESEAU DES ACTEURS EN SANTE

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | Mairie de Paris |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>La participation des citoyens à la définition des priorités est un souhait partagé. Elle est une condition pour rendre chaque citoyen acteur de sa propre santé. Le lien doit être organisé avec les professionnel-les de santé dont l'objectif de travail est de contribuer à la bonne santé de la population d'un quartier.</p> <p>Les Conseils locaux de santé, les Conseils locaux de santé mentale permettent de rassembler les élus locaux, les acteurs en santé, et la population autour des questions de santé (besoins de la population, réponses existantes, difficultés rencontrées...). Ils permettent aux professionnels de santé de mieux connaître l'écosystème santé/social dans lequel ils évoluent.</p> <p>Difficultés repérées :</p> <p>Mauvaise connaissance des besoins de la population d'un territoire par les professionnels de santé. Difficulté à avoir des indicateurs pertinents à l'échelle d'un territoire.</p> <p>Connaissances insuffisantes des ressources santé du territoire par les professionnels de santé.</p> <p>Insuffisance de coordination et de travail autour de projets communs.</p> <p>Les CLS/CLSM/ASV sont un des outils de démocratie sanitaire visant à l'adaptation des politiques de santé aux besoins des territoires.</p> <p><u>FA assises se rapportant à cette action :</u></p> <p>FA 27 (disposer d'un conseil local de santé dans chaque arrondissement), FA 31 (Travailler en synergie pour une meilleure PEC des situations complexes)</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Favoriser la communication, la coopération et la coordination des professionnel-les de santé au niveau des quartiers de Paris.</p> <p>Améliorer la connaissance des besoins spécifiques de la population du territoire.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Professionnels de santé, associations d'usagers, médiateurs en santé. |
| Description de l'action | <p>Impulser le développement des conseils locaux de santé (CLS) sur tout le territoire parisien</p> <p>Généraliser les conseils locaux de santé mentale (sous forme de structures ad hoc ou de commission spécialisée des CLS) et conforter l'animation du réseau des acteurs en santé mentale et celui des Ateliers Santé Ville.</p> <p>Soutenir la démarche de territorialisation des politiques et dispositifs de santé de la Ville de Paris.</p> |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | <p>La tenue de CLS dans chaque arrondissement permettra pour ceux qui abritent des QPV d'affiner la connaissance de ces quartiers et de leur population, et d'être ainsi ressource pour les actions à développer.</p> <p>PRS2 incite à développer la mise en place de groupe de travail sur « bien être et santé des jeunes » dans le cadre des CLSM.</p> |

| | |
|--|---|
| | Les RESAD mises en place dans le cadre des CLSM sont des instances qui peuvent permettre de débloquer des situations chez les adultes. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | Ville de Paris (DASES, DDCT, DFPE, Mairies d'arrondissement...) DDCS ARS CPAM Rectorat de Paris Professionnels de santé, médiateurs en santé Associations Conseils locaux du Handicap |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | Rapport annuel du contrat local de santé de Paris. Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions. |
| Indicateurs de processus | Réunions organisées du et/ou CLSM/ASV Nombre d'acteurs mobilisés Mise en place des RESAD |
| Indicateurs d'activité | Nombre de CLS sur le territoire parisien Nombre de CLSM ou commissions spécialisées santé mentale dans les CLS Nombre d'initiatives portées par les CLS/CLSM/ASV Nombre de RESAD /arrondissement Nombre de cas complexes traités / résolus en RESAD |
| Indicateurs de résultats | Amélioration de la connaissance des besoins de la population d'un territoire Amélioration de la connaissance des ressources existantes et meilleure articulation des professionnels entre eux % moyen de satisfaction des participants Priorités fixées par les CLS/CLSM |
| Dispositif d'évaluation participative | Fiches d'appréciation à la fin de chaque réunion, analyse des fiches et restitution |

AXE N°3: DEVELOPPER L'APPROCHE ET LA GOUVERNANCE TERRITORIALES EN SANTE DANS UN CADRE PARTICIPATIF

FICHE ACTION N° 19

CONSTRUIRE UN DISPOSITIF DE PILOTAGE ET D'EVALUATION DE LA POLITIQUE DE SANTE SUR LE TERRITOIRE PARISIEN

| | |
|---|--|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>Afin de piloter la mise en œuvre de la politique publique de santé parisienne et d'évaluer les impacts des actions prévues, les Assises Parisiennes de la Santé, le plan Vers Paris Sans Sida et le Plan Paris Santé Environnement PPSE prévoient la création d'outils d'observation et de pilotage :</p> <p>La fiche action 28 des assises parisiennes de la santé prévoit d'identifier des indicateurs pour un tableau de bord de pilotage de la politique de santé du territoire</p> <p>Les fiches 3 et 4 du Plan Paris Santé Environnement prévoient, à travers un travail de capitalisation des données et études permettant d'appréhender la santé environnementale des Parisiens, la mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs de santé environnementale (fiche action n°3) et le développement d'un outil cartographique de priorisation des zones de fragilité sociale et environnementale (fiche action n°4).</p> <p>La fiche action 4 des assises parisiennes de la santé prévoit de développer « la connaissance de l'évolution des phénomènes (de consommation de drogues) selon les territoires et les contextes » afin d'adapter, à terme, l'offre de service en direction des publics concernés.</p> <p>Ces différents outils auront vocation à alimenter un Observatoire parisien de la santé qui permettra une gestion transversale et nourrira le pilotage stratégique de la politique publique sanitaire parisienne. Dans cette perspective, il ne s'agit pas d'outils de suivi administratif et/ou opérationnel de la réalisation des actions, mais bien d'outils de suivi des effets et impacts de la politique mise en œuvre sur l'amélioration de la santé des Parisiens et la réduction des inégalités de santé.</p> <p>Le projet de création d'outils de pilotage et d'évaluation de la politique publique de santé du territoire parisien s'intègre dans la démarche d'élaboration du Contrat Local de Santé.</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | Etudes et rapports de : <ul style="list-style-type: none"> - l'observatoire des territoires du Cget, PRS1, - cohorte SIRS Paris et petite couronne, Directeur Unité Inserm, Dr Pierre Chauvin, Paris - IRDES/DREES/CPAM/ APUR /IAU/ORS/DRIEE... |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | Création d'outils de suivi des effets et impacts de la politique mise en œuvre sur l'amélioration de la santé des Parisiens et la réduction des inégalités de santé. Création d'un Observatoire parisien de la santé, qui permettra une gestion transversale et nourrira le pilotage stratégique de la politique publique sanitaire parisienne. |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Pilotes et acteurs des politiques de santé Habitants des zones identifiées comme fragiles en raison des expositions et des vulnérabilités socio-économiques. Habitants des 20 quartiers prioritaires de la politique de la ville dont les sites NPNRU De manière générale, tout public bénéficiaire des politiques parisiennes de santé. |
| Description de l'action | Mise en place à la DASES d'un tableau de bord d'indicateurs de pilotage des politiques parisiennes de santé tenant compte de l'ensemble des déterminants de santé ; un tableau de bord en santé environnementale est également prévu. Développement d'un outil cartographique de priorisation des zones de fragilité en santé environnementale ; ces zones étant caractérisées par le cumul d'expositions aux nuisances et pollutions environnementales, des carences en aménités urbaines positives pour la santé (espaces |

| | |
|--|--|
| | verts, offre de soins, services et commerces...) et la forte prévalence de populations vulnérables. Mise en place d'un observatoire des conduites à risque. |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politiques de la ville ? | Les données qui permettront d'affiner la connaissance des territoires et plus spécifiquement des QPV constitueront des outils pour ajuster les actions mises en œuvre dans ces quartiers, tant par la politique de la ville que par le droit commun. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | Ville de Paris (DASES, DFPE, DEVE, DJS, DLH, SG, DDCT...) Préfecture/MILDECA/OFDT/TREND ARS CPAM Apur ORS IDF, IAU DRIEE Airparif, Bruitparif, Centre anti-poison Equipes de recherche |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | Rapport annuel du contrat local de santé de Paris Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions |
| Indicateurs de processus | Réunions de groupes de travail pour choisir les indicateurs de pilotage des politiques de santé au niveau des territoires Mise en place d'un observatoire des conduites à risque Mise en place d'un tableau de bord en santé environnementale |
| Indicateurs d'activité | Identification des indicateurs Développement d'un outil cartographique |
| Indicateurs de résultats | Meilleure connaissance de la santé de la population et de l'impact des politiques publiques en santé menées sur un territoire Identification des zones de fragilité en santé |
| Dispositif d'évaluation participative | |

AXE N°3: DEVELOPPER L'APPROCHE ET LA GOUVERNANCE TERRITORIALES EN SANTE DANS UN CADRE PARTICIPATIF

FICHE ACTION N° 20

PROMOUVOIR L'INNOVATION POUR AMELIORER L'INFORMATION ET LA PARTICIPATION DES CITOYENS A LA DEFINITION DES PRIORITES DE SANTE

| | |
|---|---|
| Porteur(s) de l'action | |
| Durée de l'action | Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Début : 2018 Fin : 2022 |
| Cadrage et légitimité de l'action | |
| Quel sont les principaux éléments de diagnostic local du besoin d'action ? | <p>La participation des citoyens à la définition des priorités de santé est un souhait partagé. Elle est une condition pour rendre chaque citoyen acteur de sa propre santé.</p> <p>Aujourd'hui, il est nécessaire d'être à l'initiative pour développer des expérimentations d'aller vers pour susciter l'expression des besoins en santé des citoyens et favoriser la participation des citoyens en matière de santé. Pour cela, il est possible de s'appuyer sur les associations de patients, les bilans des CRUQPC, les associations professionnelles dont les maisons des usagers des établissements hospitaliers, médiation santé pairs, Groupe d'entraide mutuelle, FNAPSY, UNAFAM, et les conseillers citoyens,...</p> <p>Les démarches et initiatives citoyennes en santé sont peu écoutées et accueillies quand elles ne correspondent pas à l'offre de soins et de santé proposée.</p> <p>Difficultés repérées :</p> <p>Mauvais repérage et connaissances insuffisantes des ressources santé du territoire des populations vulnérables</p> <p>Renoncements aux droits => accessibilité financière</p> <p>Mauvaise connaissance des besoins de la population d'un territoire par les professionnels de santé</p> <p>Ignorance des citoyens des possibilités d'entreprendre des démarches participatives en santé</p> <p><u>FA assises se rapportant à cette action :</u></p> <p>FA 25 (Outil web d'informations en santé)</p> <p>FA 26 (Développer un point « info santé » dans chaque mairie d'arrondissement)</p> <p>FA 49 (Information des personnes en situation de handicap à domicile et de leurs aidants)</p> <p>FA 61 (Faciliter la compréhension de l'organisation du système médical pour les migrants)</p> |
| Quelles inégalités sociales et territoriales de santé ont été repérées ? | <p>Les habitants en situation de fragilité sociale rencontrent davantage de difficultés pour prendre soin de leur santé, se repérer dans le système de santé et y accéder et exprimer leurs besoins. Dans ce cadre, le dispositif des Ateliers Santé Ville constitue un outil majeur pour faciliter l'accès des publics à l'information et favoriser leur participation.</p> |
| Objectifs stratégiques auxquels l'action se réfère | <p>Faciliter la communication auprès de toute la population et veiller à son accessibilité pour tous (personnes en situation de handicap, personnes maîtrisant mal la langue française...)</p> <p>Être à l'initiative pour développer des expérimentations « d'aller vers » et de participation des citoyens en matière de santé.</p> <p>S'appuyer sur les associations de patients, les bilans des CRUQPC, les associations professionnelles, et former des acteurs relais pour aller au-devant des populations.</p> <p>Favoriser et encourager les initiatives de démocratie en santé des citoyens.</p> |
| Description de l'action | |
| Publics bénéficiaires de l'action | Habitants, professionnels de santé, médiateurs en santé, associations de quartier, associations d'usagers |
| Description de l'action | - Promotion de l'innovation pour améliorer la participation des citoyens à la définition des priorités de santé ou à faire émerger des projets (budget participatif en santé ?). |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les initiatives rendant les patients acteurs de leur santé. - Favoriser la mise en place de conseils citoyens à l'école avec les élèves (CESC, CVL) - Déployer des programmes de développement des compétences psychosociales tout au long de la vie. - S'appuyer sur les conseils citoyens pour améliorer la participation des habitants dans les quartiers politique de la ville. - Former les acteurs de proximité aux repérages des besoins et à l'orientation des publics vers les structures de prévention et d'accès aux droits. |
| Quelle contribution spécifique à la réduction des inégalités territoriales de santé est attendue sur les quartiers politique de la ville ? | Des actions ciblées seront développées en direction des populations des QPV, plus éloignées des ressources santé. Des médiations interculturelles pourront notamment être menées, ainsi que des outils spécifiques pour le public maîtrisant peu ou mal la langue française. |
| Partenaires de l'action | |
| Acteurs à mobiliser (signataire ou non) | Ville de Paris (DASES, DDCT, DFPE, Mairies d'arrondissement...) Préfecture ARS CPAM Rectorat de Paris Professionnels de santé, médiateurs en santé Associations Etablissements de santé (AP-HP), médico-social |
| Suivi, évaluation, réajustements | |
| Indicateurs de mise en œuvre du projet | Rapport annuel du contrat local de santé de Paris Evaluation annuelle ou triennale de l'ensemble des interventions Bilan des ASV dans les QPV |
| Indicateurs de processus | Réunions organisées au niveau des territoires, au plus proche des habitants Nombre d'acteurs mobilisés |
| Indicateurs d'activité | Nombre d'actions menées avec des citoyens Nombre total de participants selon leur catégorie (habitant, professionnel de santé, association...) |
| Indicateurs de résultats | % moyen de satisfaction des participants Nombre de thématiques traitées |
| Dispositif d'évaluation participative | Fiches d'appréciation à la fin de chaque intervention |

LEXIQUE DES ABREVIATIONS:

ADECA 75 : Association pour le dépistage organisé des cancers de Paris

ANRU : Agence nationale pour la rénovation urbaine

APA : Activité physique adapté

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

APUR: Atelier parisien d'urbanisme

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAPP : Centre d'adaptation psycho-pédagogique – Ville de Paris

CASVP : Centre d'action sociale de la ville de Paris

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CESC : Comité pour l'éducation à la santé et à la citoyenneté

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CJC : Consultation jeunes consommateurs

CLAT : Centre de lutte anti-tuberculeux

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination

CLS : Conseil local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU : Couverture maladie universelle

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

Cohorte SIRS Paris et petite couronne : cohorte de l'enquête santé, inégalités, ruptures sociales

COREVIH : Comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRAMIF : Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CVL : Conseil de la vie lycéenne

DASES : Direction de l'action sociale et de la santé –Ville de Paris

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

DDCT : Direction de la démocratie, de la citoyenneté et des territoires –Ville de Paris

DEVE : Direction de l'environnement –Ville de Paris

DFPE : Direction de la famille et de la petite enfance –Ville de Paris

DJS : Direction de la jeunesse et des sports –Ville de Paris

DLH : Direction du logement et de l'habitat –Ville de Paris

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRIEE : Direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie

DRIHL : Direction régionale interdépartementale de l'hébergement et du logement

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DU : Direction de l'urbanisme –Ville de Paris

EIS : Etude d'impact en santé

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie

EMLT : Equipe mobile de lutte contre la tuberculose

FNAPSY : Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GPRU : Grand projet de renouvellement urbain

IAU : Institut d'aménagement et d'urbanisme

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

M2A : Maison des aînés et des aidants

MDA : Maison des adolescents

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

NPNRU : Nouveau programme national de renouvellement urbain

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

ORS IDF : Observatoire régional de la santé d'Île de France

PAERPA : Programme Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

PPPI (logement) : Parc privé potentiellement indigne

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PrEP (traitement) : traitement pré-exposition

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Projet régional de santé environnemental

QPV : Quartier politique de la ville

RESAD : Réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SCMR : Salle de consommation à moindre risque

SG : Secrétariat général –Ville de Paris

SPSE : Service Parisien de Santé Environnementale – Ville de Paris

TREND: Tendances récentes et nouvelles drogues

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

URPS : Union régionale des professionnels de santé