

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

PIERREFITTE-SUR-SEINE 2024- 2028



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité



seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT



19 DÉCEMBRE 2024

CLS4 DE PIERREFITTE-SUR-SEINE 2024 - 2028

19 DÉCEMBRE 2024



SOMMAIRE

INTRODUCTION

4

FICHES ACTIONS

8

ANNEXES

18

Diagnostic local de santé

Du CLS 3 au CLS 4

Gouvernance

Articulation des CLS de Pierrefitte et de
Saint-Denis

Liste des sigles

POURQUOI UN 4ÈME CONTRAT LOCAL DE SANTÉ?

CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

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

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

OBJECTIFS D'UN CLS

A travers les échanges, le développement de projets et de coalitions d'acteurs, le CLS a pour ambition d'être un outil de :

- lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- mobilisation des professionnels, des citoyens et des usagers.
- articulation des politiques publiques avec le Projet Régional de Santé.

Les CLS nouvelle génération doivent être resserrés (5 axes et une 15 aine de fiches actions) et être, plus que jamais, le fruit d'une dynamique locale de concertation.

UN TERRITOIRE ENGAGÉ EN SANTÉ

Depuis l'avant-guerre, la ville de Pierrefitte-sur-Seine mène une politique de santé volontariste avec notamment la mise en place de dispensaires en faveur des plus démunis. Avant la première guerre mondiale la ville compte trois dispensaires, en plus des médecins libéraux.

Pierrefitte a alors poursuivi son engagement en faveur de la santé avec la création d'un Centre Municipal de Santé (CMS) en 1970. 50 ans plus tard, le CMS constitue la seule offre de soins pluridisciplinaire accessible à tous et intégrant pleinement un volet prévention, promotion de la santé. Rattaché à la Direction de la santé, le CMS accueille désormais un Centre de santé sexuelle (anciennement CPEF), des consultations de psycho-trauma assurées par l'Institut de victimologie de Paris, des permanences sociales de la CRAMIF et permet également une ouverture du CMP sur la ville avec la mise à disposition de locaux pour des consultations des familles d'enfants suivis au CMP de Pierrefitte.

Sur le volet prévention, la ville de Pierrefitte poursuit sa politique volontariste en portant dès 2001 la démarche Atelier Santé Ville (ASV). Ainsi, depuis près de 23 ans, l'ASV participe à la mise en œuvre d'action de santé publique sur l'ensemble des quartiers prioritaires, identifiés dans le cadre du contrat de ville (centre-ville-Maroc-Châtenay-Poètes, Joncherolles-Fauvettes et Langevin-Lavoisier). En parallèle et depuis 2012, la démarche Atelier Santé Ville s'est enrichie par la signature d'un Contrat Local de Santé (CLS) de préfiguration entre la Ville, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Préfecture. Dans ce cadre, un diagnostic local partagé est réalisé en 2013 et permet de conforter les orientations thématiques de l'Atelier Santé Ville. Le Contrat Local de Santé 3ème génération 2019-2022, signé en décembre 2019, réaffirme le rôle de l'Atelier Santé Ville dans les actions de prévention et promotion de la santé.

La ville dispose également d'un Conseil Local en Santé Mentale intercommunal (CLSM) depuis 2017 avec la commune d'Épinay-sur-Seine. En 2022, Villetaneuse a engagé une démarche d'intégration au CLSM intercommunal en partenariat avec les villes de Pierrefitte-sur-Seine et Épinay-sur-Seine avec lesquelles, elle partage le même secteur de psychiatrie adultes 93G03.

Les professionnels de santé du territoire sont également des acteurs incontournables de la politique de santé de la ville et participent aux différentes réflexions à travers la tenue du Conseil local de l'offre de soins (CLOS), en place depuis 2016.

L'année 2024 marque la création de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Nord Ouest 93 qui couvre les territoires de Pierrefitte-sur-Seine, Épinay-sur-Seine, Stains et Villetaneuse. Le processus se poursuit et la CPTS devrait finaliser son projet de santé d'ici le second semestre 2024. Les ASV et CLS des 4 villes participent activement à la rédaction du projet afin de favoriser l'accès aux soins, fluidifier les parcours des patients, mieux coordonner les acteurs du territoire, favoriser l'accès aux dépistages et à la prévention.

MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

Conformément au référentiel CLS, le service prévention et promotion de la santé de la Direction de la santé de la Ville de Pierrefitte-sur-Seine a réalisé un diagnostic local de santé à partir des données quantitatives et qualitatives *disponibles*. Dans la continuité du travail effectué dans le cadre du CLS3, l'actualisation du diagnostic a permis, à partir des données sanitaires et sociodémographiques, d'appréhender la complexité des problématiques locales.

Ce travail a été initié courant 2023 et s'est poursuivi en 2024. Il a permis :

- **Un recueil des données quantitatives** à partir des éléments disponibles auprès des partenaires extérieurs (INSEE, REZONE, Observatoire départemental, ...).
- **Un recueil de données qualitatives** issu du travail réalisé dans le cadre du renouvellement du Projet Educatif De Territoire (PEDT), de la mise en place de la Cité de la jeunesse et du renouvellement du projet social des trois centres sociaux. Ces derniers ont d'ailleurs permis une approche participative avec une consultation de la jeunesse et la participation active des habitants dans la démarche de renouvellement du projet social. De plus, la diversité des acteurs mobilisés a offert une approche transversale, afin de répondre collectivement aux enjeux de santé.
- **Recueil des données qualitatives issu des usagers** lors des actions d'allers-vers menées par l'ASV. En proposant des actions au sein des différents quartiers, en lien avec les acteurs locaux, l'ASV échange régulièrement avec la population ce qui permet de mieux appréhender le contexte socio-économique, culturel et les conditions de vie des habitants.

Ainsi, lors de ces différentes actions plusieurs sujets sont abordés ; le parcours de santé selon le lieu de vie, la lisibilité de ce dernier, la mobilité des habitants ou encore les comportements individuels/collectifs en matière de prévention, promotion de la santé.

- **Rencontres partenariales en 2023**

Dans la continuité des missions de la coordination CLS/ASV, plusieurs rencontres avec les partenaires ont eu lieu afin d'échanger sur le renouvellement du CLS et les besoins prioritaires.

A l'issue de ce travail de diagnostic, une phase de restitution, d'échange et de co-construction des orientations et du plan d'action a eu lieu le 25 juin 2024. Ce travail a été organisé à travers l'animation de tables-rondes thématiques visant à co-construire les axes de travail. Une trentaine de partenaires ont répondu présent.



LES AMBITIONS DU CLS4 DE PIERREFITTE-SUR-SEINE

UN DIAGNOSTIC LOCAL QUI RAPPELLE LA PRÉGNANCE DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ SUR NOTRE TERRITOIRE

Les principaux constats (synthèses en annexe)

• Caractéristiques démographiques et sociales :

Une population jeune et croissante avec une part importante de familles monoparentales et une surreprésentation des familles avec trois enfants ou plus.

Des difficultés sociales et économiques importantes avec des taux de pauvreté et des taux de chômage plus élevés que la moyenne nationale. Le niveau d'éducation reste également en deçà des moyennes nationales malgré des évolutions encourageantes. Elargissement du périmètre actuel des quartiers prioritaires qui regroupent désormais plus de la moitié de la population.

• Des indicateurs de santé préoccupants :

Des taux de mortalité infantile supérieurs aux moyennes régionales et nationales.

Des niveaux de surpoids et d'obésité importants.

Une prévalence du diabète importante et plus largement des indicateurs de santé relatifs aux ALD plus défavorables qu'ailleurs en Ile-de-France.

Un recours moindre et tardif à la prévention, au dépistage et aux soins (cancers, maladies chroniques).

• Un écosystème favorable :

Une ville volontariste en matière de santé.

Une culture de l'action locale particulièrement développée.

Des partenaires institutionnels et associatifs engagés.

Une CPTS en cours de lancement.

• Une offre de soins sous tension :

Malgré le travail de la ville et l'offre de soins municipale, le territoire perd chaque année des médecins libéraux, du fait de départ à la retraite non remplacé et de la faible attractivité.

Plusieurs filières rencontrent des difficultés de recrutement comme les orthophonistes (offre désormais indisponible en libérale), les sages-femmes, les gynécologues ou encore les psychiatres. Le constat est partagé en ville, à l'hôpital ou dans certains secteurs médico-sociaux.

• Un territoire dense et urbanisé :

La ville fait face à une forte densité de population qui se concentre le long des axes routiers ce qui participe à l'exposition aux bruits et à la pollution des habitants.

• Retours qualitatifs :

Habitants :

Un besoin d'information sur des problématiques de santé spécifiques (maladies chroniques, facteurs de risques, santé mentale, parcours de santé des enfants, ...).

Un besoin d'information sur les dispositifs spécifiques relatifs à l'accès aux droits à la santé.

Connaissance des ressources disponibles sur le territoire (profil usager expert).

Un recours important aux soins de proximité.

Professionnels :

Besoin de formation et d'accompagnement sur les sujets santé.

Nécessité d'avoir plus de visibilité et de lisibilité sur les ressources existantes.

Volonté d'investir les questions de santé en proposant des actions de proximité en lien avec les habitants.



LES AMBITIONS DU CLS4 DE PIERREFITTE-SUR-SEINE

4 AXES ET 8 FICHES PROJETS

Structurer et consolider l'offre de soins du territoire

La mise en place prochaine de la CPTS du Nord Ouest 93, les départs non remplacés de professionnels de santé libéraux ainsi que le travail engagé par la ville depuis plusieurs années pour améliorer l'offre de soins et la coordination des acteurs, renforce la nécessité de maintenir un axe spécifique sur la question des soins de premiers recours.



Coordination de l'offre de soins de premier recours (accompagner l'ancrage territoriale de la CPTS et l'interconnaissance des acteurs).

Attractivité du territoire (développement du tutorat, mise en place des assistants médicaux).

Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables :

« Grandir et vivre à Pierrefitte »

Le diagnostic local de santé a de nouveau mis en lumière les difficultés que rencontre la population Pierrefittoise et l'impact de ses dernières sur leur état de santé. Il est donc essentiel de poursuivre le travail engagé sur la santé des plus vulnérables en proposant des parcours spécifiques à travers une approche populationnelle (santé des femmes, des enfants/jeunes, des personnes âgées isolées et des personnes en situation de renoncement aux soins). Pour ce faire, il convient de s'appuyer sur des dispositifs tels que la PASS ambulatoire, les permanences d'accès aux droits, le Centre de santé sexuelle ainsi que sur le réseau d'acteurs.



Santé des femmes (périnatalité, violences faites aux femmes, santé sexuelle...).

Santé des populations vulnérables (enfants/jeunes, les personnes sans droits et les personnes âgées isolées).

Soutenir les actions d'aller-vers en santé : « Ma santé, ma ville, mon quartier »

Avec près de 50% du territoire en quartier prioritaire, Pierrefitte a mis en place une démarche ASV depuis 2001. Les retours des habitants et des partenaires lors des actions portées par l'ASV nous confortent sur l'importance d'une coordination locale et la nécessité d'associer pleinement les habitants dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé. La dynamique déjà présente permet de travailler à la mise en place d'actions sur diverses thématiques (santé mentale, addictions, bucco-dentaire, habitat et santé, santé sexuelle, dépistage des cancers...) en lien avec les partenaires locaux. En outre, la question de la formation et de la montée en compétences des partenaires de terrain est en enjeu important de ce 4ème CLS afin de pouvoir déployer des actions probantes en s'appuyant notamment sur les compétences psychosociales



Atelier Santé Ville (renforcement de la démarche de coordination locale et accompagnement à la mise en place d'actions probantes).

Pouvoir d'agir des habitants (médiation en santé, actions de proximité, ...).

Santé mentale et handicap

Le Conseil Local de Santé Mentale va poursuivre son travail de coordination des acteurs (psychiatrie, pédopsychiatrie, professionnels de santé, proches et personnes concernées), d'accompagnement au développement de projets et de soutien aux actions qui participent de la destigmatisation des personnes concernées par la maladie psychique.

Face au manque de places dans les structures d'accueil de personnes (enfants et adultes) en situation de handicap (psychique, TND, ...), une coordination des acteurs va être développée pour encourager des réponses qui bénéficient aux familles de nos territoires.



Conseil Local de Santé Mentale

(RESAD, actions de destigmatisation, parcours de soins des personnes concernées, ...).

Coordination des acteurs du handicap

(réseau d'acteurs, actions de sensibilisation, parcours de soins spécifique...).

LES 4 AXES DE TRAVAIL DU CLS 4 DE PIERREFITTE-SUR-SEINE

**AXE 1 STRUCTURER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS
DU TERRITOIRE**

10

**AXE 2 AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE DES
POPULATIONS**

12

AXE 3 SOUTENIR LES ACTIONS D'ALLER VERS EN SANTE

14

AXE 4 SANTE MENTALE ET HANDICAP

16

LES 8 FICHES ACTIONS ET LES 4 AXES DE TRAVAIL DU CLS 4 DE PIERREFITTE-SUR-SEINE

AXE 1 : STRUCTURER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE

1. COORDINATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ
2. ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE

AXE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES : « GRANDIR ET VIVRE À PIERREFITTE »

3. SANTÉ DES FEMMES
4. SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES/GRANDE PRÉCARITÉ

AXE 3 : SOUTENIR LES ACTIONS D'ALLER-VERS EN SANTÉ : « MA SANTÉ, MA VILLE, MON QUARTIER »

5. ATELIER SANTÉ VILLE
6. POUVOIR D'AGIR DES HABITANTS

AXE 4 SANTÉ MENTALE ET HANDICAP

7. CONSEIL LOCAL DE SANTÉ MENTALE INTERCOMMUNAL
8. COORDINATION HANDICAP

AXE 1 : STRUCTURER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE

Coordination de l'offre de soins de proximité

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Renforcer la coordination de l'offre de soins de proximité.

Objectif opérationnel 1 : Accompagner la mise en place de la CPTS.

Objectif opérationnel 2 : Favoriser l'interconnaissance des acteurs et la prise en charge coordonnée des patients entre les professionnels de santé.

LES ACTIONS



Action 1 : ancrage territorial de la CPTS

Accompagner l'ancrage territorial avec la mise à disposition d'une salle pour la coordination des professionnels afin de faciliter les collaborations, les échanges sur les pratiques, mais aussi permettre les rencontres régulières entre professionnels de santé de différents secteurs (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, etc.)

Action 2 : groupes de travail intercommunaux de la CPTS sur les enjeux relatifs au projet de santé et aux besoins du territoire (soins non programmés, patients sans médecins traitants, sortie d'hospitalisation...)

Action 3 : consultations avancées accompagner la reprise des consultations de spécialistes en lien avec le Centre Hospitalier de Saint-Denis et la Clinique de l'Estrée au CMS ou en MSP.

Action 4 : encourager l'utilisation des outils numériques et notamment le DMP, qui centralise les informations de santé du patient, accessibles à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

Action 5 : accompagner le recours aux avis médicaux via la téléexpertise sur les filières spécifiques (maternité, oncologie, gériatrie, ...) en lien avec le Centre Hospitalier de Saint-Denis

PUBLICS CIBLES



Professionnels de santé libéraux, professionnels de santé salariés ou rattachés à des structures de santé, acteurs institutionnels du secteur sanitaire, médico-social ou social.

LES PARTENAIRES



Portage : CPTS / Direction santé

Partenaires :

CPTS, CPAM, ARS, URPS, DAC93, CMS, CCAS, PMI, SSD, DAC93, SSIAD, EHPAD La Peupleraie, Maison de l'Alisier, ADOMA, Clinique de l'Estrée, Centre Hospitalier de Saint-Denis, Maison de santé des Joncherolles, Centre de santé.

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus: évolution des partenariats et instances de coordination des différents acteurs.

Indicateurs:

- Nombre de participation à des temps d'échange, groupes de travail ou de mise en œuvre d'exercices coordonnés, regroupés ou mixte.
- Évolution du nombre d'habitants sans médecin traitant.
- Évolution du nombre de professionnels référencés.
- Nombre de spécialistes accueillis dans le cadre des consultations avancées.

AXE 1 : STRUCTURER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE

Attractivité du territoire

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Renforcer l'attractivité du territoire.

Objectif opérationnel 1 : Accompagner l'installation de nouveaux professionnels de santé sur les secteurs en tension.

Objectif opérationnel 2 : Développer les dispositifs permettant de dégager du temps médical.

LES ACTIONS



Action 1 : Développement du tutorat

Développement du tutorat à travers des temps partagés entre les professionnels de santé afin de valoriser leur différent mode d'exercice (cabinets libéraux, MSP, centre de santé, CMS, PMI, crèches...).

Action 2 : Sensibiliser les élus

Sensibiliser les élus sur les différents types d'exercice (libéral, salarial et mixte) et les enjeux actuels de santé, notamment les installations des structures orientées vers les soins non programmés.

Action 3 : Recensement des locaux disponibles dans les nouveaux projets de construction en cours sur la ville et/ou en partenariat avec le département (PMI).

Action 4 : Mener des actions de communication

Mener des actions de communication pour soutenir et valoriser les dispositifs existants, pour inciter les professionnels à s'installer (dispositifs d'aides à l'installation, aide aux logements, places en crèches...).

Action 5 : Inciter à la création d'emploi d'assistants médicaux et à la formation d'IPA afin de permettre aux médecins de déléguer certaines tâches et ainsi libérer du temps médical pour accueillir davantage de patients.

PUBLICS CIBLES



Professionnels de santé libéraux, professionnels de santé salariés ou rattachés à des structures de santé, acteurs institutionnels du secteur sanitaire, médico-social ou social.

LES PARTENAIRES



Portage : CPTS / Direction santé

Partenaires :

CPTS, CPAM, ARS, URPS, CMS, CCAS, Région IDF, PMI, SSD, DAC93, SSIAD, EHPAD La Peupleraie, Maison de l'Alisier, ADOMA, Clinique de l'Estrée, Centre Hospitalier de Saint-Denis, Maison de santé des Joncherolles, Centre de santé.

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus : évolution des partenariats et instances de coordination des différents acteurs.

Indicateurs :

- Évolution des effectifs médicaux de premier recours.
- Nombre d'internes et autres étudiants en santé accueillis sur le territoire.
- Évolution du nombre de maître de stage.
- Nombre d'outils de communication créés et diffusés.

AXE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES : « GRANDIR ET VIVRE À PIERREFITTE »

Santé des femmes

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Développer et consolider un parcours spécifique autour de la santé des femmes

Objectif opérationnel 1 : Améliorer la lisibilité du parcours de grossesse et la prise en charge des femmes enceintes en lien avec l'équipe mobile d'ouverture des droits des femmes enceintes.

Objectif opérationnel 2 : Favoriser l'entrée dans un parcours de soins.

Objectif opérationnel 3 : Renforcer l'accès à une prise en charge adaptée des femmes victimes de violences.

LES ACTIONS



Action 1 : Ateliers collectifs sur le parcours de grossesse

Ateliers collectifs sur le parcours grossesse afin d'informer et de sensibiliser les femmes enceintes au suivi de grossesse et les différentes étapes avant et après l'accouchement.

Action 2 : Coordination des acteurs

Coordination des acteurs sur l'accès aux droits des femmes enceintes en lien avec la PMI et les professionnels de santé afin d'éviter le non-recours aux soins.

Action 3 : Groupe de travail périnatalité

mise en place d'un groupe de travail autour de périnatalité avec les différents professionnels de santé du territoire pour renforcer les articulations et améliorer la prise en charge.

Action 4 : Parcours Mam'en forme

Suivi du programme (article 51) visant à l'accompagnement et au renforcement des actions de prévention pour les femmes enceintes en situation d'obésité.

Action 5 : Consultations de gynécologie

Renforcer les consultations de gynécologie proposées sur le territoire et notamment en CMS et en PMI afin de permettre l'accès aux soins et notamment au dépistage (cancer du col, cancer du sein...).

Action 6 : Actions d'aller-vers

Poursuite des actions d'aller-vers du centre de santé sexuelle afin de favoriser l'information sur les ressources du territoire et l'autonomie des femmes (contraception, modalités d'accès à l'IVG, sexualité, relation de couple...).

Action 7 : Pôle violences

Poursuivre la dynamique du pôle violences qui permet de soutenir les professionnels sur les situations complexes, de développer les savoirs et les compétences et d'accompagner la mise en place d'actions de sensibilisation.

Action 8 : Violences faites aux femmes

Maintenir les dispositifs permettant la prise en charge et l'accompagnement des femmes victimes de violences (consultations CCF, consultations de psycho-trauma, permanences CIDFF, ateliers d'information, temps spécifiques...).

PUBLICS CIBLES



Femmes, femmes enceintes en situation de précarité, sans droits.

Professionnels de santé, acteurs de la jeunesse et de l'insertion.

LES PARTENAIRES



Portage : Centre PF/CSS / Direction santé / CD93 (PMI)

Partenaires :

CPTS, CPAM, ARS, URPS (sage-femme, gynécologue...), CMS, Centre PF/CSS, CCAS, PMI, SSD, Réseau NEF, Clinique de l'Estrée, Centre Hospitalier de Saint-Denis, Maison de santé des Joncherolles, Centre de santé, Centres socioculturels, Maison des femmes, ISC, crèches, LAEP, PRE, Institut de victimologie, Education nationale, Espace Pierrefitte jeunes, CRIPS, Afrique Avenir, ...

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus: évolution des partenariats et instances de coordination des différents acteurs (soins Ville/hôpital, précarité, parentalité).

Indicateurs :

- Nombre de femmes inscrites dans un parcours.
- Évolution du nombre de professionnels mobilisés.
- Évolution du nombre de consultations dédiées.
- Nombre d'ateliers, nombre de femmes sensibilisées, informées.

AXE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES : « GRANDIR ET VIVRE À PIERREFITTE »

Populations vulnérables ou en grande précarité

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Développer et consolider un parcours spécifique autour de la santé des populations vulnérables ou en grande précarité.

Objectif opérationnel 1 : Favoriser l'accès aux soins et aux droits des populations en grande précarité.

Objectif opérationnel 2 : Développer les actions d'aller-vers pour les publics éloignés du système de santé.

Objectif opérationnel 3 : Favoriser l'accès aux soins des enfants et des jeunes

Objectif opérationnel 4 : Améliorer le parcours de santé des personnes âgées isolées.

LES ACTIONS



Action 1 : PASS ambulatoire

Poursuite du dispositif de PASS ambulatoire au CMS.

Action 2 : Coordination des acteurs

Coordination des acteurs de l'accès aux droits au sein des structures de proximité (organisation de formation sur l'accès aux droits avec la CPAM93, déploiement de la plateforme partenaires solidaires sur les structures de proximité, création d'un support ressources pour les usagers...).

Action 3 : Actions d'aller-vers

Poursuite des actions d'aller-vers à destination des publics éloignés du soin à travers la mise en place d'actions en pied d'immeuble, de forum santé au sein des résidences et foyers de travailleurs migrants (Adoma) et de permanences santé au sein des centres socioculturels (TROD, campagnes d'information sur l'offre de soins disponible (vaccination, ETP diabète, campagnes de dépistages organisés nationales, santé bucco-dentaire...)).

Action 4 : Santé protégée

Poursuite du dispositif Santé protégée qui permet l'accès aux soins des jeunes suivis par l'ASE.

Action 5 : Poursuivre les dispositifs spécifiques sur la santé des 0 -25 ans (MRTC, prévention bucco-dentaire au sein des écoles, vaccination en lien avec les PMI et plus largement le CD93 (et notamment la promotion du HPV), partenariat CMS-EN pour la médecine scolaire, consultation pédiatrique du CMS avec une attention particulière pour les enfants avec des troubles du langage.

Action 6 : Expérimentation des téléconsultations en lien avec le SSIAD

PUBLICS CIBLES



Enfants et jeunes (dont jeunes suivis par l'ASE), personnes en situation de grande précarité, âgées, isolés, sans droits.

LES PARTENAIRES



Portage : CCAS – Direction de la santé, CMS

Partenaires :

CPTS, ASV, CMS, Centre de santé sexuelle, ROMDES, CCAS, PMI, SSD, DAC93, SSIAD, La Peupleraie, Maison de l'Alisier, ADOMA, Clinique de l'Estrée, Centre Hospitalier de Saint-Denis, professionnels de santé, AFPAD, Afrique Avenir, ASE...

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus: évolution du partenariat et de la coordination des acteurs.

Indicateurs :

- Nombre de dossiers déposés, nombre de patients intégrés dans le dispositif.
- Nombre d'actions d'aller-vers, nombre de bénéficiaires, nombre d'intervention du bus dentaire, nombre de partenaires mobilisés.
- Nombre de jeunes pris en charge au CMS.
- Évolution du taux de vaccination, évolution des modalités d'accès à la vaccination au CMS.
- Nombre de téléconsultations menées.

AXE 3 : SOUTENIR LES ACTIONS D'ALLER-VERS EN SANTÉ : « MA SANTÉ, MA VILLE, MON QUARTIER »

Atelier Santé Ville

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Renforcer la démarche de coordination de l'atelier santé ville.

Objectif opérationnel 1 : Soutenir le partenariat local et la montée en compétence des acteurs.

Objectif opérationnel 2 : Renforcer la lisibilité et la complémentarité des actions de prévention.

Objectif opérationnel 3 : Accompagner la mise en place des programmes actions probants.

LES ACTIONS



Action 1 : Groupe de travail au sein des quartiers

Groupes de travail au sein des centres socioculturels avec les habitants, les associations locales et autres partenaires (bailleurs, professionnels de santé...) sur les thématiques spécifiques aux différents quartiers (santé mentale, prévention des maladies chroniques, accès aux soins, accès aux droits, santé et habitat...).

Action 2 : Outils collaboratifs

Développer les outils collaboratifs pour faciliter les échanges d'informations, le suivi des projets (feuille de route en ligne, agenda partagé, tableau de bord au sein des structures...).

Action 3 : Soutien méthodologique

Assurer un soutien technique et méthodologique pour faciliter la mise en œuvre des actions de l'ASV en lien avec la vie associative et la politique de la ville (méthodologie de projet en santé publique, financement, appel à projets...).

Action 4 : Formation aux CPS

Accompagner l'accès à la formation/sensibilisation des partenaires au développement des compétences psychosociales (CPS).

Action 5 : Programmes probants sur les CPS

Soutenir la mise en place de programmes probants sur les CPS (interventions sur les conduites à risques, conduites addictives avec et sans substances (écrans, protoxydes d'azote, puff, tabac...) et autres programmes qui visent à proposer un socle des compétences psychosociales et émotionnelles, fondamentales pour le bien-être global des enfants). Travail à mener en lien avec les acteurs mobilisés (Espace Pierrefitte Jeunes, PRE, Cité de la jeunesse, Cité éducative, EN, PJJ, Canal, CLSM, Centre de santé sexuelle, ...).

PUBLICS CIBLES



Centres socioculturels, associations locales, acteurs jeunesse/protection judiciaire de la jeunesse/prévention spécialisée, éducation nationale, habitantes et habitants des QPV.

LES PARTENAIRES



Portage : ASV

Centres socioculturels, Espace Pierrefitte Jeunes, direction de l'éducation, enfance, PRE, Cité éducative, Cité de la jeunesse, centre de santé sexuelle, CANAL, SFMAD, CSAPA, MMPCR, CODES93, Promosanté IDF, ARS, CRIPS, France addictions, ...

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus: évolution des partenariats.

Indicateurs

- Nombre de groupes de travail, nombre de partenaires mobilisés.
- Nombre de formations suivies, nombre de formations.
- Nombre de partenaires accompagnés, typologie des partenaires.
- Nombre de programmes CPS mis en œuvre, Nombre d'enfants, de jeunes concernés.

AXE 3 : SOUTENIR LES ACTIONS D'ALLER-VERS EN SANTÉ : « MA SANTÉ, MA VILLE, MON QUARTIER »

Pouvoir d'agir des habitants

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Développer l'autonomie en santé et le pouvoir d'agir des habitants.

Objectif opérationnel 1 : Accompagner la mise en place de médiateur santé.

Objectif opérationnel 2 : Favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé.

LES ACTIONS



Action 1 : Médiation en santé

Accompagner le développement de la médiation en santé au sein des quartiers dans la continuité du travail mené avec les projets de « femmes relais », « ambassadrices de la nutrition » en assurant une articulation avec l'Académie populaire de la santé portée par le CD93 et les projets portés les associations de type Banlieue Santé.

Action 2 : Action d'information

Campagnes d'information ciblées sur les dispositifs et ressources existantes (programme ETP diabète, PASS ambulatoire, action de prévention bucco-dentaire à destination des élèves et personnes éloignées du système, permanences de vaccination, permanences sociales (dont CRAMIF), campagnes de dépistages organisés des cancers, don du sang, qualité de l'air intérieur, punaises de lit, prévention des accidents domestiques...).

Action 3 : Ateliers santé

Poursuivre les ateliers santé avec une démarche de co-construction avec les habitantes et habitantes à l'image du projet « bien-être » porté par le centre social Germaine Tillon qui a permis d'informer et de sensibiliser sur des thématiques préalablement identifiées (maladies chroniques, santé mentale, alimentation, dépistage des cancers...) tout en développant leur capacité à naviguer dans le système de santé et leur compréhension des informations médicales afin qu'ils puissent prendre des décisions sur leur santé.

Action 4 : Activités physiques

Renforcer les actions relatives à l'activité physique et à la mobilité avec des programmes d'inclusion sportive (balade, marche nordique, yoga, gym, ateliers vélo, ...) à destination du grand public.

Action 5 : Ateliers et permanences nutritionnelles

ateliers et permanences nutritionnelles au sein des structures de proximité (poursuivre les ateliers jeux auprès des enfants, accompagner les habitants et habitantes sur les questions relatives à équilibre alimentaire, la prévention du surpoids et de l'obésité, la prévention des maladies chroniques (...) au sein des crèches, des PMI, des centres socioculturels et autres acteurs du territoire.

PUBLICS CIBLES



Centres socioculturels, associations locales, acteurs jeunesse/protection judiciaire de la jeunesse/prévention spécialisée, éducation nationale, habitantes et habitants des QPV.

LES PARTENAIRES



Portage : ASV

ASV, CSC, EN, Associations locales, Mission locale, EPJ, Sports, CCAS, SSD, CPAM, SSIAD, Clinique de l'Estrée, Centre de santé sexuelle, CCAS, PMI, SSD, La Peupleraie, Maison de l'Alisier, Centre Hospitalier de Saint-Denis, CMS, professionnels de santé, crèches, bailleurs, CRAMIF

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus: évolution du partenariat et de la coordination.

Indicateurs

- Nombre de sensibilisations prévues/effectuées des clubs sportifs à la pratique qu'une activité.
- Nombre d'ateliers/permanences .
- Nombre de bénéficiaires.
- Nombre de partenaires mobilisés.
- Nombre d'outils de communication créés et diffusés.

AXE 4 : SANTÉ MENTALE ET HANDICAP

Conseil Local en Santé Mentale

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Animer et développer la dynamique du CLSM à travers la mise en œuvre de sa feuille de route.

Objectif opérationnel 1 : Poursuivre la dynamique d'ancrage territoriale du CLSM.

Objectif opérationnel 2 : Contribuer à la déstigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques.

Objectif opérationnel 3 : Améliorer le parcours de soins des personnes concernées par les troubles psychiques.

Objectif opérationnel 4 : Favoriser l'inclusion sociale, l'accès à la citoyenneté et l'autonomie des usagers.

LES ACTIONS



Action 1 : Réunions de coordination bimensuelles poursuivre temps d'échanges réguliers entre les ASV et CLS des trois villes signataires, afin de renforcer le relais local du CLSM.

Action 2 : Organisation des instances de gouvernances et de participation des usagers.

Action 3 : Accompagner l'organisation de l'assemblée plénière et des comités de pilotage en alternance sur les trois villes.

Action 2 : RESAD

Accompagner l'appropriation du RESAD par les partenaires et faciliter le suivi des situations complexes en interne aux trois villes à travers le maintien de RESAD méthodologique.

Action 3 : Mettre en œuvre la feuille de route

- soutien aux actions des partenaires tels que la Trame et les GEM (dont GEM l'Abondance et GEM Le Rebond) afin de favoriser la participation des personnes concernées par les troubles psychiques ;
- poursuite du travail engagée sur la prise en compte et la diffusion de la parole des personnes concernées par les troubles psychiques ;
- poursuivre le travail engagé sur le déploiement des formations PSSM et PSSM jeunes ;
- poursuivre l'animation des ateliers de sensibilisation autour des questions de santé mentale et de souffrance psychique (en lien avec les ASV et CLS des trois villes) ;
- accompagner la mise en œuvre d'actions d'information et de sensibilisation en lien avec les acteurs du territoire ;
- accompagner la réflexion sur des actions spécifique sur la périnatalité et santé mentale ;
- poursuivre la mise en œuvre des différents groupes de travail.

PUBLICS CIBLES



habitantes et habitants, personnes concernées par des troubles psychique et leurs proches, usagers des secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie, associations d'usagers, professionnels du territoire (sanitaire, social et médico-social).

LES PARTENAIRES



Portage : CLSM

Ville Evrard, CPM, CMPP, CASADO, CSAPA, CMS, ASV, CCAS, SSD, CPTS, DAC93, UNAFAM, TDH-DYS, association IRIS, La Trame, les GEM, EN, Centres socioculturels, Espaces Pierrefitte Jeunes, Cité éducative, Cité de la jeunesse, PRE....

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus: organisation des instances de gouvernances.

Indicateurs

- Nombre d'instances organisées.
- Nombre de situations présentées en RESAD.
- Nombre de participants aux groupes de travail/typologie des partenaires.
- Nombre d'ateliers de sensibilisation.
- Nombre d'actions/projets mis en œuvre autour de la (de)stigmatisation.
- Nombres de formations.
- Nombre de projets soutenus.

AXE 4 : SANTÉ MENTALE ET HANDICAP

Coordination handicap

OBJECTIFS



Objectif stratégique : Accompagner le parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Objectif opérationnel 1 : Organiser une coordination locale des acteurs du handicap.

Objectif opérationnel 2 : Accompagner la mise en place de dispositifs de soutien aux familles.

Objectif opérationnel 3 : Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Objectif opérationnel 4 : Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap.

LES ACTIONS



Action 1 : Coordination des acteurs du handicap

Mettre en place une coordination locale autour des questions de handicap en lien avec les acteurs clés, en proposant notamment des rencontres semestrielles. Assurer une veille sur les besoins et enjeux des acteurs, échanges sur les futurs AAP, discussions sur les articulations et projets qui pourraient être co-construits.

Action 2 : Groupe d'entraide de parents

Poursuivre la dynamique autour du groupe de parents de Pierrefitte en lien avec le CLSM et l'association IRISS. Travailler sur le format et le cadre afin de renforcer le partage d'expériences et l'échange entre parents d'enfant en situation de handicap.

Action 3 : répit

Poursuivre le travail amorcé sur la question du répit parental qui fait suite aux difficultés d'accompagnements des familles exposées au handicap de leur proche ou de leurs enfants, en associant les différents partenaires souhaitant réfléchir à la centralisation des ressources existantes et à une création de synergie pour d'éventuelles expérimentations locales.

Action 4 : actions de sensibilisation

Poursuivre la dynamique engagée sur le territoire avec le maintien d'actions de sensibilisation sur les différentes formes de handicap, les actions visant à la déstigmatisation et à l'inclusion en lien avec les familles, les structures médico-sociales, l'éducation nationale et autres acteurs concernés.

Action 5 : groupe de travail pluriprofessionnel

Mettre en place un un GT pluriprofessionnel pour travailler sur les propositions aux familles dans l'attente de places. Travailler sur des propositions qui permettent aux familles de mieux comprendre le parcours de prise en charge, les différents établissements et les critères d'entrée (ainsi que les délais d'attente) - permettre des réflexions partagées sur la gestion des files d'attente et les propositions qui pourraient être faites aux familles.

Action 6 : accès aux soins

Soutenir le développement de parcours de soins (bucco-dentaire, gynécologique) pour les patients avec un handicap psychique /TSA soutenir le développement de Rhapsod'IF et autres réseaux spécialisés sur le territoire. Travailler avec les professionnels et les familles concernées pour améliorer l'accueil et la prise en charge de patients : formations, livrets d'accueil, matériels adaptés... organiser au sein des établissements médico-sociaux des sessions de promotion de la santé, visant également à dédramatiser les soins et faire connaître les ressources locales.

PUBLICS CIBLES



Personnes en situation de handicap et leurs proches.

Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, équipes médico-sociales, professionnels de santé, acteurs associatifs.

LES PARTENAIRES



Portage : Mission handicap

CLSM, ARS, Sessad La Roselière, Foyer d'accueil médicalisé La Maison de l'Alisier, DITEP Le petit prince, Le silence des justes, All Inclusive, TDAH DYS droit à la différence, Puissance des liens, Secteurs pédopsychiatrie (Zephyr)- CMPP Secteurs adultes (Ville Evrad)- CMP, DIH 93, Education Nationale (dont Erseh), CD93 (MDPH, pôle autonomie) - CRAIF.

EVALUATION ET SUIVI



Indicateur processus: Évolution des partenariats et des instances de suivi.

Indicateurs

- Organisation des rencontres, typologie des acteurs et nombre.
- Existence du GT et typologie des membres, propositions développées.
- Nombre de rencontre du groupe d'entraide de parents.
- Nombre d'actions menées, nombre de partenaires mobilisés.
- Nombre de parcours créés, nombre et typologie des acteurs (dont familles et personnes concernées) ayant participé, outils créés, nombre de bénéficiaires.

ANNEXES

CLS4 - PIERREFITTE-SUR-SEINE



ANNEXES

Diagnostic local en santé

20

Du CLS 3 au CLS 4

29

Articulations des CLS de Pierrefitte / Saint-Denis

30

Gouvernance

31

Liste des sigles

33

DIAGNOSTIC LOCAL EN SANTÉ

Contexte et enjeux

Conformément au référentiel CLS, le service Prévention et promotion de la santé de la Direction de la santé de la Ville de Pierrefitte-sur-Seine a réalisé un diagnostic local de santé à partir des données quantitatives et qualitatives.

Dans la continuité du travail effectué dans le cadre du CLS3, l'actualisation du diagnostic a permis, à partir des données sanitaires et sociodémographiques, d'appréhender la complexité des problématiques locales.

Ce travail a été initié courant 2023 et s'est poursuivi en 2024 avec une restitution.

Méthodologie

- **Un recueil des données quantitatives** à partir des éléments disponibles auprès des partenaires extérieurs (INSEE, REZONE, Observatoire départemental, ...)

- **Un recueil de données qualitatives** issu du travail réalisé dans le cadre du renouvellement du Projet Educatif De Territoire (PEDT), de la mise en place de la Cité de la jeunesse et du renouvellement du projet social des trois centres sociaux.

Des rencontres partenariale en 2023

Dans la continuité des missions de la coordination CLS/ASV, plusieurs rencontres avec les partenaires ont eu lieu afin d'échanger sur le renouvellement du CLS et les besoins prioritaires.

- **Des données qualitatives issues des retours réguliers de la population** sur les actions menées par l'ASV à travers des questionnaires d'évaluation, des quiz ludiques et autres :

- **Nutrition et confinement** (réalisé en 2021)
- **Santé et alimentation** dans le cadre des actions portées par la diététicienne
- **Accès aux droits** dans le cadre des actions Covid-19
- **Dépistage des cancers et accès aux soins** réalisé 2 fois/an
- **Prévention bucco-dentaire** dans les cadre des actions estivales
- etc..



UNE VILLE ENGAGÉE SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ

Une politique municipale volontariste

Depuis l'avant-guerre, la ville de Pierrefitte-sur-Seine mène une politique de santé volontariste au-delà des compétences réglementaires des communes. A travers sa Direction de la santé, elle poursuit aujourd'hui encore son engagement en faveur de la santé des Pierrefittoises et Pierrefittois.

Depuis plus de 50 ans le **Centre Municipal de Santé (CMS)** propose une offre de soins pluridisciplinaire accessible à tous et qui a su évoluer pour s'adapter aux besoins de la population (en intégrant notamment un volet prévention promotion de la santé).

Il accueille désormais :

- un **Centre de santé sexuelle** via une délégation du Département
- des **consultations de psycho-trauma** assurées par l'Institut de Victimologie de Paris
- des **permanences sociales** assurées par la CRAMIF
- des **psychologues du CMP** pour des consultations de proximité
- un **Pôle prévention promotion de la santé** qui porte
 - la démarche **Atelier Santé Ville** (depuis 2001)
 - le **Contrat Local Local de Santé** (depuis 2012)
 - le **Conseil Local de Santé Mentale Intercommunal** (depuis 2017)

Par le biais de son CMS, la Ville est membre de la Fédération Nationale des Centres de Santé (membre du Conseil d'administration).



Pass
ambulatoire

Vaccination

ETP diabète

PRINCIPAUX INDICATEURS

Une population jeune et croissante

Pierrefitte connaît une croissance démographique progressive depuis plusieurs années et compte **32 379 habitants en 2021** (INSEE 2024). Entre 2015 et 2021, il est observé une évolution de +1.5% de la population. A l'image du département de la Seine-Saint-Denis, la démographie Pierrefittoise est particulièrement jeune puisque **31,4% de la population à moins de 20 ans**.



L'évolution de la population est également liée aux différents flux migratoires que connaît EPT Plaine commune, dans la mesure où **33,8% de la population est de nationalité étrangère**. Le parcours migratoire des populations est une donnée importante car elle peut avoir des implications en termes de santé publique (facteurs génétiques, culturels, habitudes de vie, maîtrise de la langue et capacités d'échanges avec le système de soins, discriminations, ...) (La santé des franciliens, 2023).

Un territoire dense et urbanisé très largement concerné par la politique de la Ville

Pierrefitte est un **territoire urbain avec une forte densité** de population et une part importante de la commune est **exposée à un niveau de cumul de nuisances et pollutions environnementale élevé (71.3%)**. La configuration de la ville, et notamment la proximité d'un axe routier important, participe à l'exposition aux bruits et à la pollution des habitants.

Lors du précédent diagnostic, la ville comptait 3 quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV) et près de la moitié de la population y vivait.

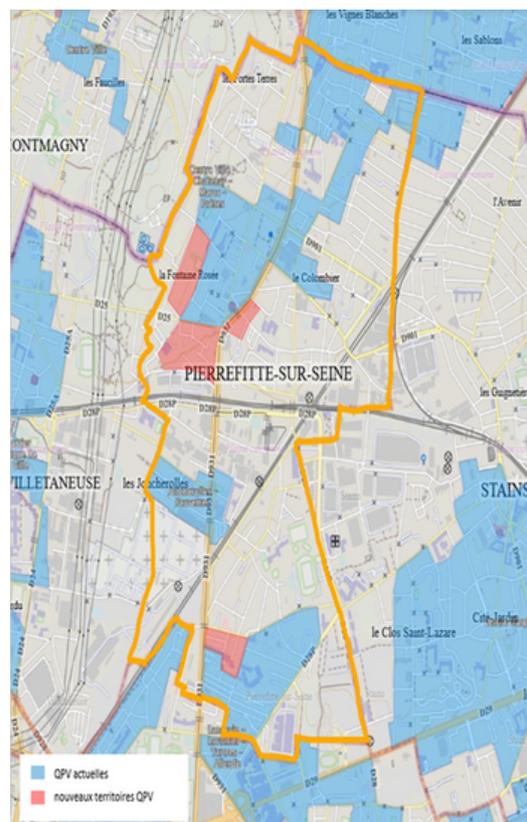
En 2024, le périmètre actuel est étendu sur le centre-ville et le sud.

Quartiers Prioritaires 2015 :

- Centre-Ville - Chatenay - Maroc - Poètes
- Joncherolles - Fauvettes
- Langevin - Lavoisier - Tartres – Allende

Quartiers Prioritaires 2024 :

- Centre-Ville (*périmètre élargi*)
- Chatenay - Maroc - Poètes
- Joncherolles - Fauvettes
- Langevin - Lavoisier - Tartres – Allende (*Périmètre élargi*)



Des conditions de vie, d'éducation et d'emploi qui conditionnent fortement l'état de santé des populations.

Une population à faibles revenus, avec des marqueurs de pauvreté

Le territoire est marqué par un **taux de chômage élevé (19.3%)** qui est supérieur au territoire national (12.9%).

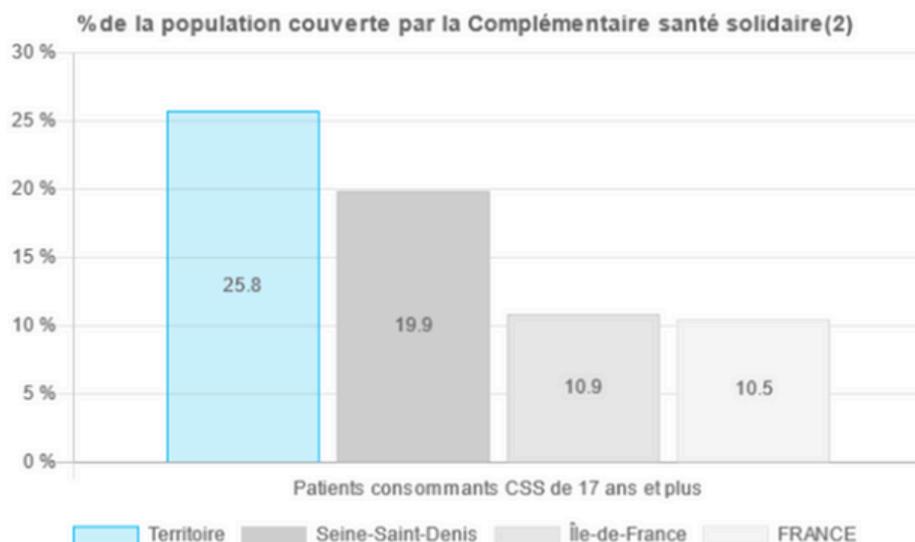
Le revenu médian par unité de consommation (UC) était de **15 720€** en 2020 contre 22 400€ pour la France hors outre-mer. La configuration familiale des ménages, mais aussi le taux de chômage explique en partie la faiblesse des ressources de la population. Lors du précédent diagnostic, **les familles monoparentales représentaient 22.1% des familles (CLS3 2019-2022 Pierrefitte-sur-Seine), elles représentent aujourd'hui 24.7% (INSEE 2024).**



L'évolution des configurations familiales et notamment l'augmentation des familles monoparentales et la **surreprésentation des familles avec 3 enfants ou plus (33,1%)**, participe à la baisse du niveau de vie et l'accroissement des difficultés sociales et économiques. En outre, il est démontré que la capacité à faire face aux besoins de prise en charge sanitaire, de prévention, d'éducation, d'activité physique ou bien encore de mobilité varient considérablement selon la composition familiale.

51.6% des moins de 18 ans vivent dans un ménage pauvre en 2021 et 35% des allocataires dépendent à 50% des prestations CAF en 2021. De même, la couverture médicale liée au revenu (complémentaire santé solidaire) est également importante sur le territoire et représente 25,8 % de la population en 2021 (contre 21.8% en Seine-Saint-Denis).

- **14% de la population est couverte par le RSA en 2021**
- **31% de la population est bénéficiaire de la prime d'activité en 2021**
- **36% des ménages fiscaux sont imposables en 2021 (+3 points par rapport à 2019)**



(2) Pourcentage de la population couverte par la CSS (contrat CSS au moins 1 jour dans la période de référence) parmi la population consommatrice de 17 ans et plus

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2023)

Evolution encourageante du niveau d'éducation

Malgré une politique ambitieuse en faveur de l'éducation avec notamment la mise en place d'un Projet Éducatif Territorial (PEDT), les indicateurs en matière d'éducation restent en-deçà des moyennes nationales.

Il est à noter tout de même des évolutions encourageantes. Si le nombre de Pierrefittoises et Pierrefittois sorti du système scolaire sans diplôme qualifiant est en baisse par rapport au précédent diagnostic, les chiffres restent tout de même supérieurs à la moyenne nationale (38.8% à Pierrefitte contre 20% en 2021) (https://www.insee.fr/fr/statistiques/8200507?sommaire=8200513&geo=METRO-1#tableau-FOR_G2).



Toujours parmi la population de plus de 15 ans non scolarisé, le taux de diplômé de l'enseignement supérieur est en augmentation mais reste lui aussi inférieur à la moyenne nationale (20.5% à Pierrefitte contre 32.8% en 2021).

Un territoire déficitaire en offre de soins

La ville est classée en **zone prioritaire de sous-démographie médicale depuis 2007** et perd chaque année des médecins libéraux, du fait de départ à la retraite non remplacé et de la faible attractivité.

En 2022, l'ARS classe de nouveau le territoire en zone prioritaire renforcé (ZIP+) afin de favoriser l'installation de médecins dans les zones en forte tension et extrêmement peu attractives.

Entre 2015 et 2022 la densité en médecine générale est passée de 4.7 pour 10 000 habitants à 3.2. Outre la médecine générale, **plusieurs spécialités dont les sages-femmes et les orthophonistes sont également sous dotée** au regard des besoins et de la croissance de la population.

On dénombre actuellement, 12 médecins (dont 9 ayant plus de 60 ans et parmi eux 7 ayant plus de 65 ans), 20 infirmières libérales, 3 spécialistes, 13 kinés et 2 sages-femmes (*Données SNDS Juin 2024*).

Dans le secteur de pédopsychiatrie et la psychiatrie et plus largement du médico-social les constats sont également alarmants et les professionnels décrivent une offre saturée et des délais de prise en charge toujours plus long.



Offre de soins ambulatoire

L'offre de soins ambulatoire est également assurée par plusieurs structures dont :

- le Centre Municipal de santé Jean-Aimée Dolidier (comprenant un Centre de santé sexuelle et plusieurs permanences (CRAMIF, Institut de victimologie et CMP))
- la MSP des Joncherolles
- le Centre médical (ouvert en juin 2024)
- le Centre médico-psychologique (CMP)
- les 2 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- les 2 cabinets dentaires
- les 2 laboratoires
- le centre de radiologie



Une offre médico-sociale

- Un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Un Foyer d'accueil médicalisé (FAM) adapté à l'accompagnement des adultes traumatisés crânio-cérébraux (Maison de l'Alisier)
- Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), La Peupleraie

Et d'autres structures dont IME et Sessad sur les territoires avoisinants

Une offre hospitalière en lien avec les communes avoisinantes

- Clinique spécialisée en rééducation fonctionnelle et soins de suite (Clinalliance)
- Centre Hospitalier de Saint-Denis avec ses deux sites (Delafontaine et Casanova)
- Clinique de l'Estrée situé à Stains



D'autres structures s'inscrivent également dans le parcours de soins des Pierrefittois.

Des indicateurs de santé préoccupants

A Pierrefitte l'espérance de vie à la naissance est en augmentation par rapport au précédent diagnostic et se rapproche sensiblement des moyennes régionales pour les femmes (86 ans contre 86.4 ans). En revanche, il reste inférieur pour les hommes (79.5 ans contre 81 ans). Au même titre que le contexte socio-économique, l'espérance de vie est un indicateur pertinent pour mesurer l'état de santé de la population.



Des taux de mortalité infantile et prématurée supérieurs aux moyennes régionales

Le taux de mortalité (générale et prématuré) s'améliore également entre 2010 et 2019 et est désormais comparable aux moyennes régionales.

En revanche, **la mortalité infantile (décès survenu lors de la première année) reste supérieure aux valeurs régionales et nationales avec un taux de 4.7% contre 3.7%**. Cette donnée met en lumière les besoins de santé spécifique de la mère et de l'enfant, mais aussi les carences du système de santé en matière de prise en charge et de prévention.



Outre **la mortalité infantile, les naissances prématurées sont également préoccupantes avec 8.2% des naissances du territoire**.

Plus largement, il est à noter que ces taux ne cessent de progresser au cours des deux dernières décennies au niveau régional. Cette évolution, en partie liée à la progression de certains facteurs de risque (précarité, obésité, diabète, etc.), constitue un signal d'alarme fort et questionne l'organisation de notre système de santé (*La santé des Franciliens 2023*).

Des niveaux de surpoids et d'obésité importants

Les différentes études ont largement documenté le lien fort entre les prévalences de surpoids et d'obésité et la situation socio-économique des familles.

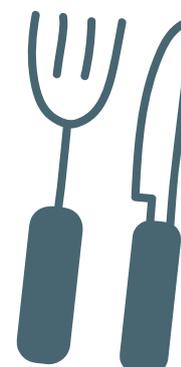
La baisse de l'activité physique, l'accroissement des modes de vie sédentaires ainsi que le développement d'une alimentation ultra transformée (trop riche en aliments gras et/ou sucrés et/ou salés, de bas coût et réduisant le temps de préparation des repas) ont favorisé le développement du surpoids et de l'obésité, tant chez les enfants que chez les adultes.



Par ailleurs, les femmes suivies dans le cadre des actions nutrition portées par l'ASV soulignent également des contraintes économiques dans l'accès à une alimentation équilibrée mais aussi une offre peu variée sur le territoire (présence accrue de fast-food).

En outre, Pierrefitte a participé durant près de 4 ans à l'expérimentation Mission Retrouve Ton Cap (MRTC) en lien avec la CPAM et l'ARS et **il a été observé que parmi les enfants inclus dans le dispositif, 83% étaient déjà dans un "couloir d'obésité"**, c'est à dire dans une situation de surpoids préoccupante avant leur entrée dans le dispositif. Pourtant l'âge médian des suivis se situait entre 6 et 8 ans environ.

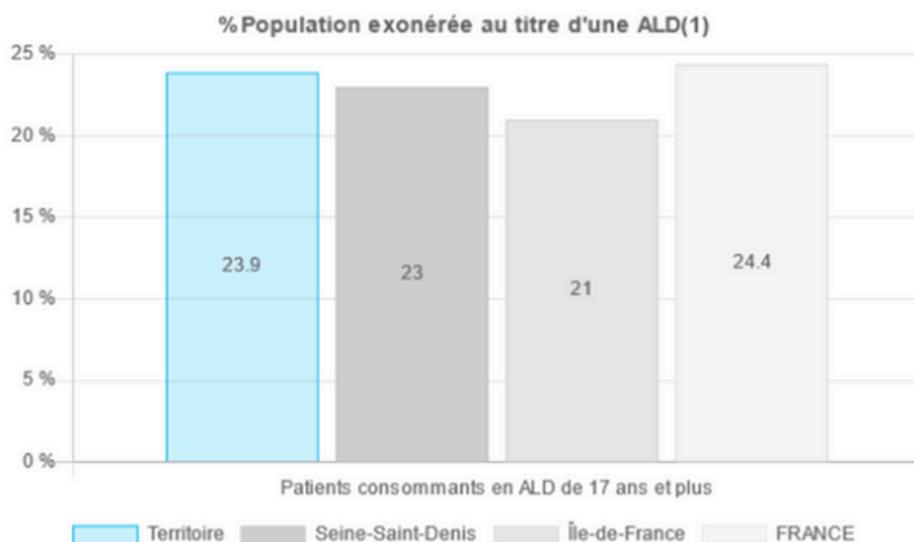
Ce constat a d'ailleurs conduit la ville à répondre à l'appel à projet ARS relatif à la santé de l'enfant (dans le cadre des 1 000 premiers jours) avec un projet sur la santé nutritionnelle, en vue d'une prise en charge précoce. Sur le même format que MRTC, des consultations avec une diététicienne et une psychologue étaient proposées directement au sein des structures d'accueil du jeune enfant.



Chez les enfants, le surpoids et l'obésité peuvent avoir des conséquences sur le long terme et notamment à l'âge adulte en tant que facteur de risque de nombreuses maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, certains types de cancer dont le cancer du sein, arthrose, problèmes respiratoires et hormonaux). De plus, l'impact de l'obésité sur la santé mentale et physique est considérable tant chez les enfants que chez les adultes (*La santé des Franciliens 2023*).

Des indicateurs de santé relatifs aux ALD plus défavorables qu'ailleurs en Ile-de-France

La prévalence du diabète parmi la population consommant des soins est en augmentation et atteint 7,5%. A titre d'exemple 23,9% de la population couverte par la CPAM est exonérée au titre d'une ALD sur le territoire pierrefittois.

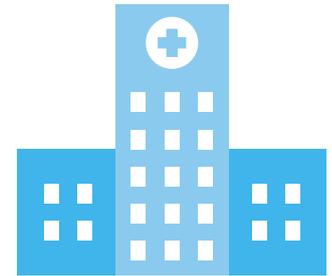


(1) Pourcentage de la population ayant une ALD active et ayant eu au moins un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polyopathie (avec ou sans rapport) dans la période de référence parmi la population consommante de 17 ans et plus

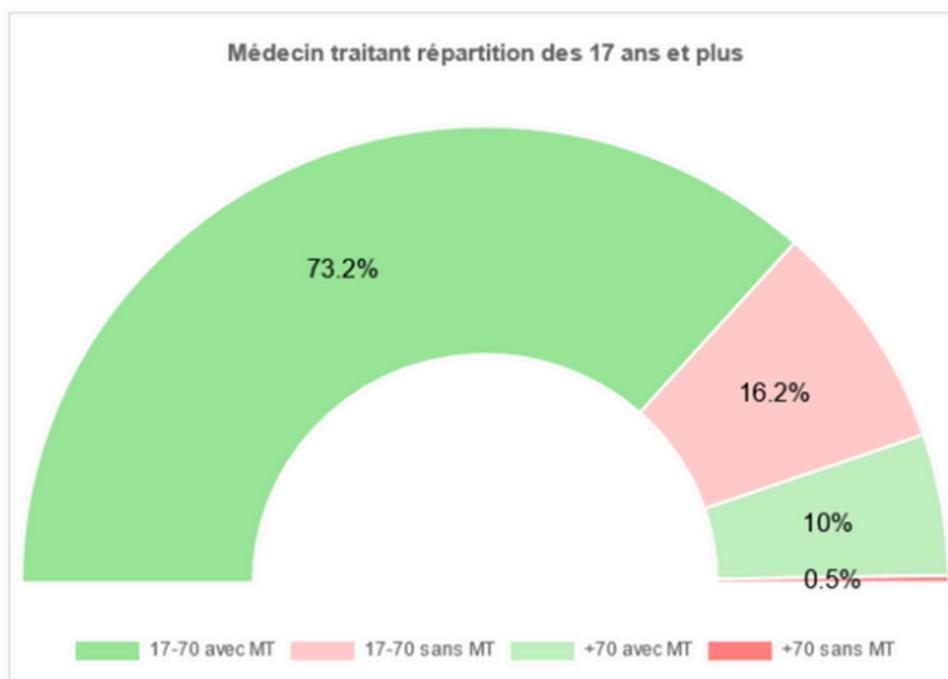
Un recours moindre et tardif à la prévention, au dépistage et aux soins

Il est observé que le recours aux soins se révèle souvent tardif chez les personnes les plus démunies. A titre d'illustration, **les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation en 2022 sont de 41,1%** contre 31,3% pour le département, 22,9% pour la région et 19,8 % sur le territoire national (hors outre-mer).

En cause, bien sûr, **les obstacles financiers** mais également **les difficultés à s'orienter dans le système de santé, à se projeter dans l'avenir, à se dégager des préoccupations de survie du quotidien, à être à l'écoute des signes de souffrance de son corps, à exprimer des demandes** (*Programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2023-2028*).



Cumulé à la baisse de la démographie médicale, entraînant notamment des difficultés d'accès à un médecin traitant, il devient nécessaire de repérer plus précocement les populations les plus en difficultés afin de les maintenir dans un parcours de santé. En effet, **16% des 17 ans et +plus (affiliés CPAM) sont sans médecin traitant à Pierrefitte** et 4.5% d'entre-deux bénéficient de la complémentaire santé solidaire.



Des comportements moins favorables à la santé

Un recours aux dépistages et à la prévention qui pourrait être amélioré

Le niveau de participation au dépistage organisé et autres programmes de santé publique reste inférieur aux moyennes régionales et plus largement aux moyennes nationales.

Dépistage organisé des cancers

- Cancer du sein : 53% de participation contre 63% pour la région
- Cancer du col de l'utérus : 38,2% de participation contre 48% pour la région
- Cancer colorectal : 20,5% de participation contre 30% pour la région

Campagnes de vaccination

- Grippe saisonnière : 36% de participation contre 52.6% pour la région
- Grippe saisonnière (personnes à risques) : 18% de participation contre 23% pour la région

Prévention bucco-dentaire

- Campagne M'T Dents : 64,8% de participation contre 74.2% pour la région



DU CLS3 AU CLS4 ...

UN CLS3 AMBITIEUX DÉCLINÉ EN 6 AXES ET 32 FICHES ACTIONS À POURSUIVRE ET À RENFORCER SUR LE CLS4

→ 6 axes stratégiques retenus et 32 fiches actions :

- **Axe 1 : Faciliter un parcours de santé et un accès aux soins équitables**

L'accès aux soins, l'accès aux droits et l'accompagnement vers l'existant

- **Axe 2 : Prévention, promotion de la santé**
- **Axe 3 : Santé mentale**

Le "bien-être psychique"

- **Axe 4 : Lutter contre les violences faites aux femmes et intrafamiliales**

Le lien social et la lutte contre l'isolement

- **Axe 5 : Addictions, santé sexuelle et lutte contre l'infection liée au VIH**

L'orientation et la communication auprès des habitants, la coordination des acteurs et le développement des partenaires

- **Axe 6 : Développer l'approche en santé environnementale**

L'amélioration du cadre de vie et la santé au travail

→ **Déploiement de plusieurs projets de santé publique :**

- Sensibilisation des usagers et des acteurs sur les violences intrafamiliales
- Développement des actions d'aller-vers sur la vie affective et sexuelle
- Permanence sur les lieux d'accueil du jeune enfant sur l'obésité infantile
- Développement des journées thématiques sur la souffrance psychique, etc.

→ **Consolidation d'actions ou de dispositifs existants :**

- Consultations de victimologies
- Permanences CRAMIF / CMP
- Ateliers ETP «Diabète»
- Ateliers et consultations nutrition dans le cadre du programme «Mission Retrouve ton cap»
- Permanence d'accès aux droits et à la santé
- Réseau d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficultés (RESAD)
- Pôle violences conjugales
- Ateliers Art de dire au sein des établissements scolaires, etc.

... « **L'IDÉE DE PORTER DES PROJETS PLUS QUE DES "ACTIONS", AFIN DE GAGNER EN AMBITION ET EN COHÉRENCE PAR THÉMATIQUE TRAITÉE** » ...

- **Axe 1 : Structurer et consolider l'offre de soins du territoire**

1. coordination de l'offre de soins de proximité
2. attractivité du territoire

- **Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables : « Grandir et vivre à Pierrefitte »**

3. Santé des femmes
4. Santé des populations vulnérables/grande précarité

- **Axe 3 : Soutenir les actions d'aller-vers en santé : « Ma santé, ma ville, mon quartier »**

5. Atelier Santé Ville
6. Pouvoir d'agir des habitants

- **Axe 4 Santé mentale et handicap**

7. Conseil Local de Santé Mentale intercommunal
8. Coordination handicap

Biais : L'axe "Développer l'approche en santé environnementale" à travailler dans le cadre de la Commune Nouvelle

- Promouvoir la qualité de l'air intérieur et la santé respiratoire et développant les compétences des professionnels et des publics en matière de pollution intérieure
- Développer un urbanisme favorable à la santé
- Informer et sensibiliser les habitants à l'habitat / Sensibiliser et former les acteurs du domicile au repérage de l'habitat indigne,
- indigne. Sensibiliser les habitants, les élus et professionnels aux risques liés au moustique « tigre »

ARTICULATIONS ENTRE LES CLS DE PIERREFITTE ET DE SAINT-DENIS

DES DIAGNOSTICS LOCAUX EN SANTÉ QUI POINTENT DES DIFFICULTÉS ET DES BESOINS QUI SE RECOUPENT

- Des particularités démographiques, économiques et sociales qui s'inscrivent sur les 2 territoires dans un contexte prégnant d'inégalités sociales et territoriales de santé (convergences des indicateurs de précarité, des ALD...)
- une offre de soins qui est en tension sur les 2 territoires

DES AXES ET FICHES ACTIONS QUI SONT COHÉRENTES

On retrouve sur les 2 CLS des axes et fiches actions qui convergent et témoignent de préoccupations partagées et de propositions qui se font écho sur les 2 territoires.

- l'enjeu de renforcer l'offre de soins primaire (axe 1 du CLS de Pierrefitte et axe 5 transversal du CLS de Saint-Denis)
- la santé des plus vulnérables (axe 2 du CLS de Pierrefitte et axe 3 du CLS de Saint-Denis)
- naître et bien grandir sur chacun des deux territoires (axe 2 du CLS de Pierrefitte et axe 1 du CLS de Saint-Denis) avec des préoccupations notamment sur la périnatalité, la santé des femmes...
- les enjeux de santé mentale et le Conseil Local de Santé Mentale (axe 4 du CLS de Pierrefitte et axe 2 du CLS de Saint-Denis)
- une attention commune pour les démarches d'aller vers, de participation et de renforcement du pouvoir d'agir des habitants (ASV) (axes 3 du CLS de Pierrefitte et du CLS de Saint-Denis)

DES ACTEURS SPÉCIFIQUES LIÉS AUX TERRITOIRES

Très peu d'acteurs et partenaires interviennent sur les 2 territoires (comme le CHSD dont la pédopsychiatrie ou le DAC par exemple).

Chaque CLS s'est donc construit avec son réseau d'acteurs : établissements de santé, secteurs psychiatriques, services de la ville, CCAS, PMI, acteurs associatifs et bien sûr professionnels de santé (à travers notamment des CPTS qui ne sont pas au même niveau de maturité).

L'enjeu de convergence des 2 CLS portera donc essentiellement sur ces modalités d'organisations territoriales différentes et sur cette diversité d'acteurs qu'il conviendra de prendre en compte et d'intégrer dans la perspective à moyen terme d'un CLS commun aux 2 territoires.

GOUVERNANCE

SUR LE SUIVI DES AXES ET PROJETS

S'APPUYER SUR UNE COMITOLOGIE EXISTANTE

- **Axe 1 : Structurer et consolider l'offre de soins du territoire**

Conseil Local de l'Offre de Soins

GT attractivité du territoire de la CPTS

Cotech offre de soins avec services ville / Plaine co

- **Axe 2 : Améliorer le parcours de santé des populations vulnérables : « Grandir et vivre à Pierrefitte »**

Parcours femmes enceintes : GT périnatalité de la CPTS

Santé mentale et périnatalité - GT existant (PMI, parentalité, santé précarité, CLSM) à élargir

Conduites à risques et addictives : GT Addictions et RDR

Santé des élèves : GT projet langage et GT DYS existants -

Actions de promotion santé : Coordination IDE et AS de l'Education Nationale - Gouvernance et instances de suivi des projets du PEG / Cité Educative (réunions thématiques)

- **Axe 3 : Soutenir les actions d'aller-vers en santé : « Ma santé, ma ville, mon quartier »**

GT Addictions et RDR - GT Pathologies duelles (psychiatrie/addictologie) à venir - GT santé/précarité et Cotech PASS - GT des acteurs VIH / santé sexuelle - Réseau femmes et violences - Pôle violences conjugales

- **Axe 4 Santé mentale et handicap**

Copils et Gt du CLSM

Coordination territoriale des acteurs du médical, du psychiatrique et du médico-social (handicap) - existant à renforcer

SUR LE SUIVI DU CLS : INTÉGRER LES ENJEUX DE LA COMMUNE NOUVELLE

- Des cotechs annuels qui permettent un suivi par axe et projets du CLS 4

Cotechs des signataires, associant les différents services concernés avec retours des GT/pilotes des différents axes

- Un Copil tous les deux ans au minimum et autant que de besoin

Suivi et validation des évolutions éventuelles du CLS4

Point sur les convergences avec le CLS de Saint-Denis

DÉVELOPPER DES INSTANCES DE SUIVI SPÉCIFIQUES

-> Développer le pouvoir d'agir, la participation et les actions d'aller-vers (ASV) sur certains parcours

GT spécifiques à chaque action (par ex sur cancer du sein intégrant des pros de ville et de la sénologie de Delafontaine et des habitantes)

GT ad hoc associant la CPTS, la santé publique, des référents quartiers, le délégué du préfet (...) pour un suivi plus global de la démarche

-> Anticiper les impacts sanitaires sur nos populations des crises et changements environnementaux à venir

GT spécifique à monter via la CPTS

LES 8 FICHES ACTIONS ET LES 4 AXES DE TRAVAIL DU CLS 4 DE PIERREFITTE-SUR-SEINE

AXE 1 : STRUCTURER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE

1. COORDINATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ
2. ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE

AXE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES : « GRANDIR ET VIVRE À PIERREFITTE »

3. SANTÉ DES FEMMES
4. SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES/GRANDE PRÉCARITÉ

AXE 3 : SOUTENIR LES ACTIONS D'ALLER-VERS EN SANTÉ : « MA SANTÉ, MA VILLE, MON QUARTIER »

5. ATELIER SANTÉ VILLE
6. POUVOIR D'AGIR DES HABITANTS

AXE 4 SANTÉ MENTALE ET HANDICAP

7. CONSEIL LOCAL DE SANTÉ MENTALE INTERCOMMUNAL
8. COORDINATION HANDICAP

LES 12 FICHES ACTIONS ET LES 4 AXES DE TRAVAIL DU CLS 4 DE SAINT-DENIS

AXE 1 : NAÎTRE ET GRANDIR EN BONNE SANTÉ À SAINT-DENIS

1. SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES : AMÉLIORER LE PARCOURS DE GROSSESSE
2. SANTÉ MENTALE ET PÉRINATALITÉ: AMÉLIORER LA SANTÉ PSYCHIQUE DES FEMMES ENCEINTES ET DES JEUNES PARENTS
3. RENFORCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION PRÉCOCE EN DIRECTION DES ENFANTS/JEUNES (SANTÉ BUCCODENTAIRE, SANTÉ NUTRITIONNELLE, EVRAS...)
4. SANTÉ DES ÉLÈVES : AMÉLIORER LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ QUI IMPACTENT L'APPRENTISSAGE

AXE 2: SANTÉ MENTALE ET HANDICAPS PSYCHIQUES / TSA

5. ANIMER LA DYNAMIQUE PARTENARIALE DU CONSEIL LOCAL EN SANTÉ MENTALE
6. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES HABITANTS AVEC UN HANDICAP PSY / TSA À TRAVERS UNE COORDINATION TERRITORIALE DES ACTEURS DU MÉDICAL, DU PSYCHIATRIQUE ET DU MÉDICO-SOCIAL (HANDICAP)

AXE 3 : SANTÉ DES PLUS VULNÉRABLES

7. SOUTENIR L'ACCÈS À LA SANTÉ (DÉPISTAGE, SOINS) DES POPULATIONS LES PLUS EN DIFFICULTÉS (ADDICTIONS, PRÉCARITÉ, VIOLENCES...)
8. DÉVELOPPER LE POUVOIR D'AGIR, LA PARTICIPATION ET LES ACTIONS D'ALLER-VERS (ASV) SUR CERTAINS PARCOURS

AXE 4 SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

9. SANTÉ DANS L'HABITAT
10. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : AMÉLIORER LES RÉPONSES AUX ÉPISODES ENVIRONNEMENTAUX AYANT UN IMPACT SUR LA SANTÉ NOTAMMENT DES PLUS FRAGILES
11. ANTICIPER LES IMPACTS SANITAIRES SUR NOS POPULATIONS DES CRISES ET CHANGEMENTS ENVIRONNEMENTAUX À VENIR

AXE TRANSVERSAL - OFFRE DE SOINS

12. STRUCTURER / CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS - FOCUS SUR DES MÉTIERS SPÉCIFIQUES (SAGES-FEMMES/PUÉRICULTRICES; ORTHOPHONISTES; (PÉDO) PSYCHIATRIE) FICHES 2/4/6 ET SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT D'EXERCICES COORDONNÉS

ABRÉVIATIONS

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