



CONTRAT LOCAL DE SANTE

DES COMMUNES DE FACHES-THUMESNIL, LEZENNES, MONS-EN-BAROEUL, RONCHIN

Entre :

- l'Agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais représentée par son Directeur Général, Monsieur le Docteur Jean-Yves GRALL, dûment autorisé à signer le présent contrat ;

ci-après dénommée « l'ARS » ;

et

- la préfecture du Nord, représentée par le Préfet délégué pour l'égalité des chances, Monsieur Kléber ARHOUL, dûment autorisé à signer le présent contrat ;

ci-après dénommée « la préfecture du Nord » ;

et

- la commune de Faches-Thumesnil, représentée par son Maire, Monsieur Nicolas LEBAS, dûment autorisé à signer le présent contrat ;

ci-après dénommée « la commune de Faches-Thumesnil » ;

et

- la commune de Lezennes, représentée par son Maire, Monsieur Marc GODEFROY, dûment autorisé à signer le présent contrat

ci-après dénommée « la commune de Lezennes » ;

et

- la commune de Mons-en-Baroeul, représentée par son Maire, Monsieur Rudy ELEGEEEST, dûment autorisé à signer le présent contrat

ci-après dénommée « la commune de Mons-en-Baroeul »

et

- la commune de Ronchin, représentée par son Maire, Monsieur Patrick GEENENS, dûment autorisé à signer le présent contrat

ci-après dénommée « la commune de Ronchin »

et

- l'Association Intercommunale de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté, sise à Ronchin, 650 avenue Jean Jaurès, représentée par sa Présidente, Madame Raghnia CHABANE, dûment autorisée à signer le présent contrat

ci-après dénommée « AISSMC »

et

- la Caisse primaire d'assurance maladie de Lille-Douai, représentée par son Directeur, Jean-Luc BOCQUET, dûment autorisé à signer le présent contrat

ci-après dénommée « CPAM Lille-Douai »

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

SOMMAIRE

Article préliminaire :	Préambule	p 6
Article 1 :	Objet du contrat	p 8
Article 2 :	Périmètre géographique du contrat	p 8
Article 3 :	Orientations stratégiques, objectifs et actions retenus	p 8
Article 4 :	Modalités d'associations des partenaires	p 9
Article 5 :	Modalités de gouvernance	p 9
<i>Article 5.1 :</i>	<i>Comité de pilotage</i>	
<i>Article 5.2 :</i>	<i>Comité technique</i>	
<i>Article 5.3 :</i>	<i>Equipe projet</i>	
Article 6 :	Modalités de financement des actions	p 11
Article 7 :	Suivi et évaluation du contrat	p 11
Article 8 :	Communication	p 11
Article 9 :	Confidentialité	p 11
Article 10 :	Modification et résiliation du contrat	p 12
Article 11 :	Prise d'effet et durée du contrat	p 12
Annexe 1 :	Diagnostic	
Annexe 2 :	Fiches actions	

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-1 et suivants et R. 1434-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dans sa version modifiée, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'avis favorable de la conférence de territoire de « Métropole Flandre Intérieure », en date du ;

Vu la délibération du conseil municipal de la commune de Faches-Thumesnil, en date du 18 décembre 2014 ;

Vu la délibération du conseil municipal de la commune de Lezennes, en date du 17 décembre 2014 ;

Vu la délibération du conseil municipal de la commune de Mons-en-Baroeul, en date du 18 décembre 2014 ;

Vu la délibération du conseil municipal de la commune de Ronchin, en date du 8 décembre 2014 ;

Article préliminaire : Préambule

Principale préoccupation de nos concitoyens, la santé interpelle de plus en plus les décideurs politiques locaux car elle est un facteur déterminant du développement territorial, de la lutte pour l'égalité des chances et du maintien de la cohésion sociale.

Face au défi d'une population jeune, aux évolutions des problématiques médicosociales, ainsi qu'à l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé, les parties au contrat s'accordent pour tout mettre en œuvre afin de développer de véritables parcours de santé effectifs, efficaces, et efficients.

Pour ce faire, elles s'engagent à mobiliser et coordonner l'ensemble des acteurs concernés volontaires, de façon à relever le défi du maintien et de l'amélioration de l'état de santé des populations, en s'appuyant sur une politique de santé partagée et de proximité.

Dans cette perspective, les parties au contrat estiment que le territoire intercommunal constitue un échelon pertinent à même de conforter et améliorer l'accessibilité ainsi que le recours à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. Il s'agit ainsi d'œuvrer au plus proche de la population en favorisant :

- le repérage des besoins de santé spécifiques et des déficits d'offre de services de santé ;
- la réflexion collective et concertée entre tous les acteurs de la santé (usagers, professionnels, associations, élus, habitant, etc.) ;
- la mise en synergie des acteurs locaux, favorisant le décloisonnement des professions et des champs d'action ;
- la mise en œuvre d'actions articulées et cohérentes avec les besoins du territoire ;
- l'articulation entre les politiques de santé et la politique de la cohésion sociale.

Confrontées à un état de santé globalement défavorable des populations de leurs territoires, les parties au contrat, en étroite collaboration avec leurs partenaires associatifs et institutionnels, se sont engagées, depuis plusieurs années, dans une politique volontariste en matière de santé et de développement social. Mise en œuvre au plus près de la population, cette politique se décline notamment au sein de l'action des communes et de l'AISSMC sur de nombreux champs et secteurs d'intervention.

Les principaux atouts du territoire du CLS en termes de structures et d'équipements sont :

- L'Association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté regroupe les communes de Hellemmes, Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Baroeul, Ronchin et l'EPSM Lille Métropole
- L'Antenne de l'espace ressource cancer (ERC) à Faches-Thumesnil
- L'EPSM Lille Métropole – Pôle de santé mentale 59g21
- Deux groupes d'entraide mutuelle : Amitié Partage et Ch'tits Bonheurs
- Un établissement de service et d'aide par le travail « hors les murs », implanté à Faches-Thumesnil.
- Le Réseau Précarité Santé mentale
- Une mission pour l'autonomie et l'intégration des services d'aides et de soins aux personnes âgées (MAIA)

Préalablement à la démarche de constitution d'un CLS, des dynamiques intercommunales au service de la population ont été lancées :

- Groupe de travail intercommunal sur la promotion des dépistages organisés du cancer du sein et colo-rectal
- Groupe de travail « addictions et toxicomanies » sur la commune de Mons-en-Baroeul ;
- Les groupes socio-éducatifs (GSE) du Conseil Général sur Ronchin et Mons-en-Baroeul
- L'AGENDA 21 Intercommunal Ronchin et Lezennes
- Des actions de prévention et d'éducation pour la santé menées par les Centres sociaux, les Associations, Club de prévention, CCAS, Adoma, Areli, CLIC, la mission locale Pévèle-Mélantois-Carembault, etc. ;

Au regard de ce contexte, et à l'aune des diagnostics réalisés (cf. l'annexe 1 au présent contrat), les parties au contrat expriment leur volonté de formaliser les partenariats déjà existants et les liens entre les institutions régionales, départementales et locales, au moyen d'un contrat local de santé en vue de renforcer les coopérations et de favoriser leur pérennisation.

➤ **Contexte législatif et réglementaire**

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit que les collectivités territoriales et leurs groupements puissent établir avec les Agences régionales de santé (ARS) des contrats locaux de santé (CLS). Ces derniers ont pour objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en conjuguant, au mieux, les politiques de santé publique (art. L. 1434-17 du code de la santé publique).

Dans le respect des objectifs inscrits dans le projet régional de santé (PRS) du Nord-Pas-de-Calais, le CLS vise à développer des actions en matière de promotion de la santé, d'offre sanitaire et médico-sociale (art. L. 1434-2 du code de la santé publique).

A cet effet, les parties au contrat s'engagent à mobiliser leurs collaborateurs et l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet commun et partagé. Celui-ci s'inscrit dans le cadre des objectifs du PRS en vue de faciliter les dynamiques locales et la coordination des financements à même d'y être consacrés.

➤ **Contexte des communes parties au contrat local de santé¹ (cf. annexe 1)**

Caractéristiques démographiques

Les communes parties au CLS se caractérisent par une population importante, bien qu'en très faible croissance, très dense (densité deux à trois fois supérieure à la zone de proximité de Lille) et relativement âgée au regard de la zone de proximité de Lille.

En 2008, les communes parties au CLS comptent 60 168 habitants, soit 8 % de la population de la zone de proximité de Lille. La densité de population classe l'intercommunalité comme hyper-urbaine.

¹

Les données sociodémographiques et sanitaires sont issues du diagnostic santé réalisé par l'Observatoire régional de la santé (ORS), à partir du traitement des données INSEE de recensement de la population 2008, des données 2010 de la Caisse d'allocations familiales (CAF) et des données de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - CépiDC 2005-2008.

Caractéristiques socio économiques

La population se caractérise par une représentation des ménages par professions et catégories socioprofessionnelles comparable à celle du territoire de santé, mais nettement plus représentée par les PCS favorisées que celle de la région. Le taux de chômage est inférieur à la moyenne régionale, tandis que la proportion de personnes couvertes par le RSA et le pourcentage d'allocataires dépendant à 100% des prestations sociales restent comparables au niveau régional.

Caractéristiques de l'état de santé

Le territoire du CLS est marqué par une mortalité tous âges toutes causes qui dépasse de seulement 9% le niveau national mais est significativement inférieure au niveau régional (+25%). La mortalité tous âges est significativement moins élevée que celle de la région, tout en dépassant le niveau national.

Le niveau de mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire converge vers le niveau national et se démarque nettement du niveau de surmortalité de la région.

L'offre de soins

Une offre de soins moindre que celle de la région, de la zone de proximité et du territoire de santé, s'agissant des médecins généralistes et des infirmiers.

Des densités de masseurs-kinésithérapeutes, de pharmaciens, de chirurgiens-dentistes et de psychologues, en deçà de celles de la zone de proximité et du territoire de santé mais proches de la moyenne régionale.

Une offre de soins en orthophonistes plus importante que dans tous les autres territoires.

Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de définir les engagements des signataires relatifs à son contenu, sa mise en œuvre et sa gouvernance.

De nouveaux partenaires pourront être associés au présent contrat par voie d'avenant qui sera validé par les parties au contrat.

Article 2 : Périmètre géographique du contrat

Le présent contrat concerne le territoire des communes de Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin.

Article 3 : Orientations stratégiques, objectifs et actions retenus

Le présent contrat vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en s'ajustant aux besoins de santé locaux des populations les plus fragiles du fait de leur âge, de leur environnement ou de leur vulnérabilité sociale.

Les orientations stratégiques s'inscrivent dans une convergence et une synergie des différentes politiques publiques, en décloisonnant les pratiques professionnelles et les actions développées dans les champs de la prévention, du soin et du médico-social. Cette complémentarité des interventions est recherchée de sorte que, à moyen terme, les parcours de santé mis en place au service de la population s'améliorent.

A cet effet, les trois orientations stratégiques suivantes sont retenues :

- renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention ;
- améliorer l'offre et l'accès aux soins ;
- améliorer l'offre médico-sociale.

Elles s'inscrivent dans la déclinaison opérationnelle du programme régional de santé de l'ARS. En outre, ces orientations stratégiques complètent et s'articulent avec les démarches locales de santé déjà mises en œuvre par les parties au contrat dans le champ de leurs compétences.

Elles se déclinent à partir des quatre thématiques prioritaires suivantes, lesquels sont mis en œuvre au moyen des actions décrites à l'annexe 2 du présent contrat :

- Santé mentale
- Conduites addictives
- Cancer
- Déterminants de santé (alimentation et activité physique, parentalité, environnement, accès aux droits).

Article 4 : Modalités d'association des partenaires

Les parties au contrat s'engagent à collaborer étroitement avec les partenaires concernés par lesdites actions. Bien que non signataires du présent contrat, l'Education nationale, les unions régionales des professionnels de santé, les professionnels de santé libéraux volontaires, la Caisse d'allocations familiales du Nord, l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS), le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) sont associés, s'ils le souhaitent, au comité de pilotage.

Ils peuvent contribuer, dans le respect de leur champ de compétences respectif, à sa mise en œuvre au moyen d'actions pouvant être complétées, le cas échéant, par des financements.

D'autres partenaires volontaires peuvent être associés après validation des parties au contrat.

Article 5 : Modalités de gouvernance

Les parties au contrat s'engagent à mobiliser des moyens humains (personnels qualifiés en quantité) et matériels (données, statistiques, etc.) nécessaires et proportionnels à la réalisation des obligations définies dans le présent contrat sur leur territoire d'intervention et dans le respect des compétences qui leur sont dévolues.

Pour mener à bien les objectifs inscrits à l'article 3 du présent contrat, les parties décident de mettre en place un comité de pilotage, un comité technique et une équipe projet (groupes de travail thématiques) dont les décisions sont prises par consensus.

Article 5.1 : Comité de pilotage

Le comité de pilotage se réunit une fois par an et autant que de besoin à l'initiative de l'un des signataires. Il est composé des parties au contrat ou de leur représentant. D'autres institutions ou partenaires pourront être invités à participer au comité de pilotage au regard de leurs champs de compétences.

Il assure la maîtrise d'ouvrage du contrat et son actualisation. Il est le garant de l'articulation et de la cohérence des politiques locales dans le respect des champs d'intervention des institutions et partenaires locaux.

Il a pour mission de :

- suivre la mise en œuvre et l'évaluation du présent contrat ;
- veiller à la cohérence de l'intervention des différents partenaires ;
- veiller à l'effectivité du financement des projets d'action ;
- valider les éventuels avenants pouvant être ajoutés au présent contrat.
- valider les nouveaux objectifs, orientations et actions à inscrire dans le CLS par voie d'avenant

Article 5.2 : Comité technique

Le comité technique se réunit, *a minima*, deux fois par an. Il est composé des représentants techniques des membres du comité de pilotage et est élargi aux partenaires du présent contrat ainsi qu'aux membres de l'équipe projet.

Il a pour mission de :

- proposer au comité de pilotage les nouvelles orientations et actions à inscrire dans le CLS par voie d'avenant ;
- déterminer les objectifs, fixer les moyens humains, définir le planning nécessaire à la mise en œuvre du CLS ;
- procéder à l'évaluation du CLS ;
- définir des groupes de travail en fonction des besoins repérés ;
- accompagner l'équipe projet.

Article 5.3 : Equipe projet

L'équipe projet se réunit une fois par trimestre et en tant que de besoin. Elle est composée :

- du coordonnateur de l'association Intercommunale de Santé, Santé mentale et Citoyenneté,
- d'un représentant de l'ARS

Elle a pour mission de :

- mettre en place et animer des groupes de travail thématiques ;

- préparer les comités de pilotages ;
- participer à l'évaluation du CLS ;
- mobiliser les acteurs du territoire ;
- contrôler périodiquement l'état de réalisation des actions.

Les groupes de travail thématiques sont mis en place, en tant que de besoin, pour conduire des réflexions partagées et/ou organiser le montage de projets et leur évaluation en fonction des besoins.

L'équipe projet peut décider de s'adjoindre les compétences de toute autre personne nécessaire à sa mission.

Article 6 : Modalités de financement des actions

Les parties au contrat s'accordent pour mobiliser, dans la mesure du possible, les moyens financiers en fonction de leurs crédits disponibles de façon à soutenir, à titre prioritaire, les actions inscrites à l'annexe 2 du présent contrat.

En tout état de cause, le financement de ces actions devra respecter les procédures de droit commun mises en place par chaque partie au contrat.

Article 7 : Suivi et évaluation du contrat

Les parties au contrat s'engagent à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer les actions décrites dans l'annexe 2 du présent contrat.

Elles s'engagent à participer, en tant que de besoin, aux instances de pilotage et de suivi du contrat.

Article 8 : Communication

Les parties signataires décident et réalisent, d'un commun accord, les actions de communication relatives au présent contrat.

Les supports communs sont validés par le comité de pilotage et font apparaître les logos de chacune des parties au contrat.

Article 9 : Confidentialité

Les parties au contrat sont tenues, ainsi que l'ensemble de leur personnel, au secret professionnel, à l'obligation de discrétion et à l'obligation de confidentialité pour tout ce qui concerne les faits, informations, études et décisions dont elles auront eu connaissance durant l'exécution du présent contrat et après son expiration.

Article 10 : Modification et résiliation du contrat

Chaque année, les parties s'engagent à s'assurer de la nécessité de procéder, par voie d'avenant, à des ajustements. L'avenant précisera toutes les modifications apportées au contrat d'origine ainsi qu'à ses annexes.

Le présent contrat peut être résilié par l'une ou l'autre des parties, sous réserve du respect d'un délai de préavis de trois mois, formalisé par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 11 : Prise d'effet et durée du contrat

Le présent contrat est conclu à compter de la date de sa signature et pour toute la durée du projet régional de santé en cours de validité.

Fait à , le janvier 2015 en huit exemplaires

Le présent contrat comporte 12 pages paraphées par les parties et les annexes énumérées dans le sommaire.

Dr Jean-Yves Grall

Kléber Arhoul

Raghnia Chabane

Directeur général de
l'Agence régionale de santé

Préfet délégué
pour l'égalité des chances

Présidente de l'AISSMC

Nicolas LEBAS

Marc GODEFROY

Jean-Luc BOCQUET

Maire de Faches-Thumesnil

Maire de Lezennes

Directeur de la CPAM de Lille-
Douai

Rudy ELEGEEST

Patrick GEENENS

Maire de Mons-en-Baroeul

Maire de Ronchin

Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé

***CLS des communes de Faches-Thumesnil,
Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul
et Ronchin***

Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé

*CLS des communes de Faches-Thumesnil,
Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul
et Ronchin*

Gilles Poirier, Statisticien – chargé d'études
ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin

Les points essentiels

- Une zone très urbaine, dont la densité en 2008 est de deux à trois fois supérieure à celle de la zone de proximité de Lille déjà très urbanisée ou à celle du territoire de santé.
- Un territoire qui a connu entre 1999 et 2008 un accroissement quasiment nul de sa population (+0,02%) et qui, par ailleurs, au regard de son indice de vieillissement, présente en 2008 une structure démographique plus âgée que celle de la zone de proximité et du territoire de santé, mais en revanche légèrement plus jeune que celle de la région.
- Une proportion de sa population ayant atteint le niveau d'étude supérieur en 2008 dépasse de 7 points la moyenne régionale et d'un peu plus de 2 points la moyenne nationale.
- Une structure de la population des ménages par professions et catégories socioprofessionnelles comparable à celle du territoire de santé, mais nettement plus représentée par les PCS favorisées que celle de la région (42,8% versus 33,6%).
- Un taux de chômage masculin et féminin (13,3% et 12,7% respectivement) inférieur à la moyenne régionale et qui, chez les femmes, rejoint le niveau national.
- Une proportion de personnes couvertes par le RSA un peu plus élevée que dans la zone de proximité et le territoire de santé mais qui reste comparable au niveau régional, et un pourcentage d'allocataires dépendant à 100% des prestations sociales également comparable au niveau régional mais un peu moins élevé que dans la zone de proximité et le territoire de santé.
- Proportionnellement, davantage de personnes propriétaires de leur logement que dans tous les autres territoires.
- Un territoire marqué par une mortalité tous âges toutes causes qui dépasse de seulement 9% le niveau national mais est significativement inférieure au niveau régional (+25%).
- Une mortalité tous âges féminine très proche du niveau national, qui se démarque ainsi de celle du territoire de santé et de la région.
- Chez les hommes, une mortalité tous âges dépassant de 18% le niveau national mais également significativement moins élevée que celle de la région (+30%).
- Un niveau de mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire qui, chez les hommes (ICM=103) comme chez les femmes (ICM=99), converge vers le niveau national et se démarque nettement du niveau de surmortalité de la région et du territoire de santé lorsque les deux sexes sont réunis.
- Une offre de soins moindre que celle de la région, de la zone de proximité et du territoire de santé, s'agissant des médecins généralistes et des infirmiers.
- Des densités de masseurs-kinésithérapeutes, de pharmaciens, de chirurgiens-dentistes et de psychologues, en deçà de celles de la zone de proximité et du territoire de santé mais proches de la moyenne régionale.
- Une offre de soins en orthophonistes plus importante que dans tous les autres territoires.

Caractéristiques démographiques

Population et densité du territoire

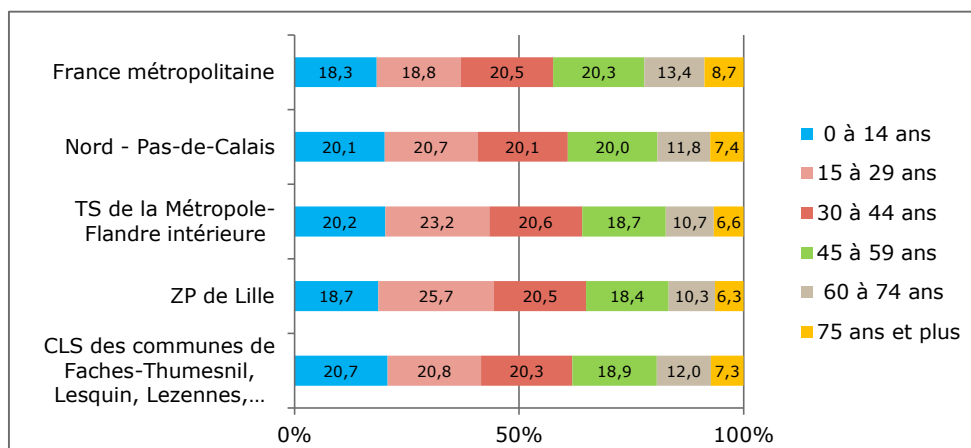
Avec ses 66 484 habitants, le CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul, Ronchin concentre 9,3% de la population de la zone de proximité de Lille et 5% de celle du territoire de santé de la Métropole-Flandre intérieure. C'est une zone très urbaine, dont la densité en 2008 -2 833 habitants/km²- est de deux à trois fois supérieure à celle de la zone de proximité de Lille déjà très urbanisée (1 153 habitants/km²) ou à celle du territoire de santé (838 habitants/km²).

POPULATION, DENSITÉ	CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Population au RP 2008	66 484	718 605	1 319 462	4 024 490	62 134 866
Pourcentage de la population	-	9,3	5,0	1,7	0,1
Densité de population (hab/km²) en 2008	2 833	1 153	838	324	114

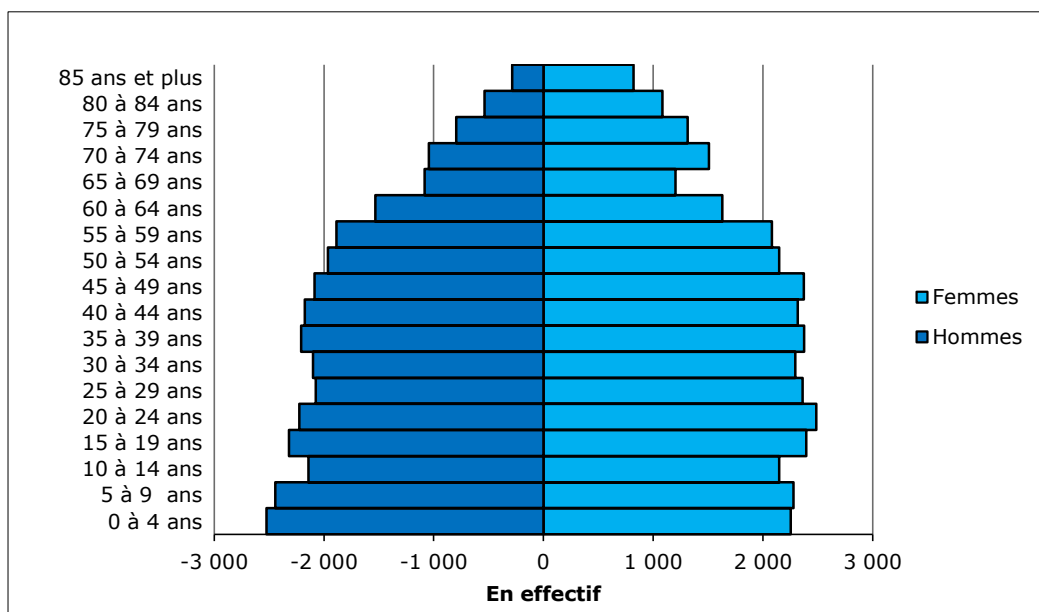
Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Répartition de la population par âge et sexe

Ce territoire apparaît structurellement plus âgé que la zone de proximité et le territoire de santé en raison d'une proportion plus importante de personnes âgées d'au moins 60 ans (19,3% versus 16,6% et 17,3% respectivement).



Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.



Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Mise à jour : mars 2013

Évolution de la population depuis 1999

Entre 1999 et 2008, l'accroissement de la population de ce territoire a été pratiquement nul (+0,02%) et inférieur à celui de la zone de proximité et du territoire de santé. En effet, bien que le taux de variation annuel dû au mouvement naturel ait été plus élevé qu'ailleurs (+0,78%), le taux de variation annuel dû au mouvement migratoire, négatif, a été quasiment aussi important que le mouvement naturel et nettement plus élevé par rapport à la zone de proximité, au territoire de santé et à la région (-0,77% versus -0,46%, -0,55% et -0,42% respectivement).

ÉVOLUTION DE LA POPULATION ENTRE 1999 ET 2008	CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en- Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de- Calais	France métropolitaine
Taux annuel moyen de variation de la population (en %)	0,02	0,30	0,18	0,08	0,67
Taux de variation annuel dû au mouvement naturel (en %)	0,78	0,76	0,73	0,50	0,40
Taux de variation annuel dû au mouvement migratoire (en %)	-0,77	-0,46	-0,55	-0,42	0,26

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Natalité et fécondité

Entre 1999 et 2008, le taux de fécondité du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul, Ronchin est nettement au-dessus du niveau de la zone de proximité, du territoire de santé et de la région (60,9 versus 54,2, 57,5 et 56,7 pour 1 000 respectivement). La part des naissances de mères mineures en 2007 est au contraire légèrement inférieure à celle du territoire de santé et de la zone de proximité (0,7% versus 0,8%) ainsi que de la région (0,7% versus 1,1%).

NATALITÉ, FÉCONDITÉ	CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en- Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Naissances vivantes domiciliées en 2007	998	10 133	19 509	56 199	784 538
Taux de fécondité annuel entre 1999 et 2008 (pour 1 000 femmes de 15-49 ans)	60,9	54,2	57,5	56,7	53,5
Part des naissances 2007 de mères âgées de moins de 18 ans (en %)	0,7	0,8	0,8	1,1	0,5

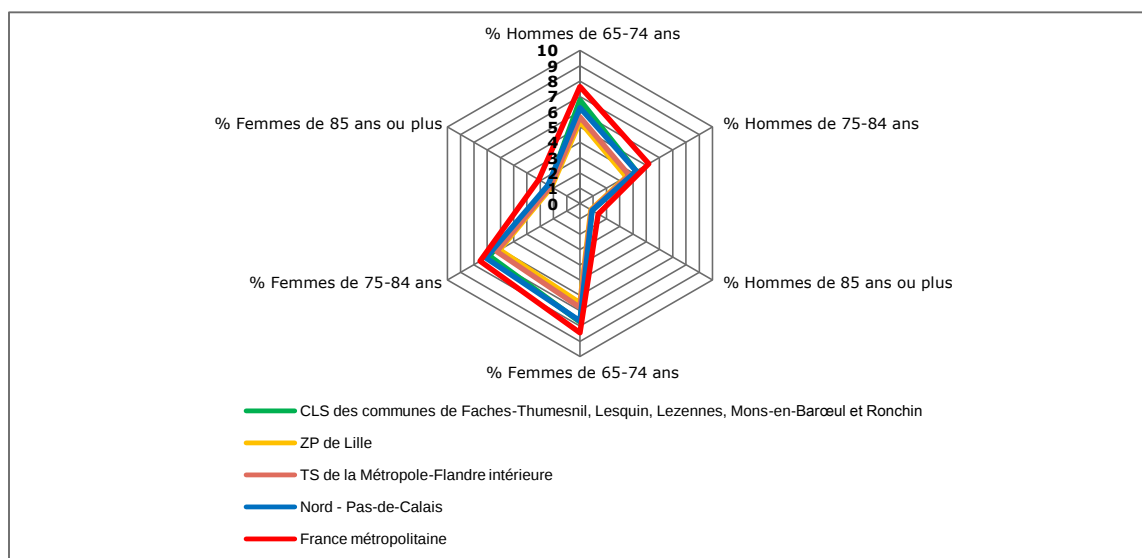
Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Vieillessement, personnes âgées

L'indice de vieillissement de 2008 confirme que le territoire du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin présente une population structurellement plus âgée que celle de la zone de proximité et du territoire de santé, mais en revanche légèrement plus jeune que celle de la région. Par contre, l'indice de grand vieillissement y est moins élevé que dans les autres territoires.

VIEILLESSEMENT		CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de- Calais	France métropolitaine
Indice de vieillissement en 2008 (en %)		52,3	46,7	46,4	53,1	67,9
Indice de grand vieillissement en 2008 (en %)		39,2	41,3	40,9	40,0	43,3
Part des hommes âgés dans la population totale masculine en 2008 (en %)	65-74 ans	6,8	5,4	5,7	6,2	7,6
	75-84 ans	4,2	3,5	3,7	4,2	5,2
	85 ans et plus	0,9	0,8	0,9	0,9	1,4
Part des femmes âgées dans la population totale féminine en 2008 (en %)	65-74 ans	7,7	6,5	6,8	7,7	8,4
	75-84 ans	6,8	6,1	6,3	7,1	7,5
	85 ans et plus	2,3	2,2	2,2	2,4	3,1

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.



Structure familiale

En 2008, la part des ménages constitués d'un homme seul, comparable au niveau régional, est inférieure à celle du territoire de santé ou de la zone de proximité. En raison de la structure plus âgée de la population de ce secteur, les ménages de femmes seules sont davantage représentés qu'en région. Le sont également les familles constituées d'une femme seule avec enfant(s) (14,3%) par rapport à la zone de proximité (13,8%), au territoire de santé (13,8%) et à la région (12,8%).

MÉNAGE, FAMILLE		CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et	ZP de Lille	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Ménages d'un homme seul en 2008	Effectifs	3 034	47 192	70 971	183 379	3 686 186
	%	11,2	15,2	13,1	11,3	13,9
Ménages d'une femme seule en 2008	Effectifs	5 501	70 510	109 701	300 943	5 227 945
	%	20,2	22,6	20,3	18,6	19,6
Familles constituées d'un homme seul avec enfant(s) en 2008	Effectifs	464	4 253	7 928	23 467	373 803
	%	2,6	2,3	2,3	2,1	2,2
Familles constituées d'une femme seule avec enfant(s) en 2008	Effectifs	2 579	25 360	48 041	141 314	1 944 573
	%	14,3	13,8	13,8	12,8	11,3

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Caractéristiques socioéconomiques

Niveau d'étude

Bien que moins élevée que dans la zone de proximité et identique au territoire de santé (26,2% versus 32,1% et 26,6%), la proportion de la population du CLS ayant atteint le niveau d'étude supérieur en 2008 dépasse de presque 7 points la moyenne régionale et d'un peu plus de 2 points la moyenne nationale.

NIVEAU D'ÉTUDE	CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Pourcentage de la population non scolarisée sans diplôme ou de niveau d'étude primaire en 2008 ⁽¹⁾	29,9	27,6	31,5	34,3	30,2
Pourcentage de la population non scolarisée de niveau d'étude secondaire en 2008 ⁽²⁾	43,9	40,3	42,0	46,3	46,0
Pourcentage de la population non scolarisée de niveau d'étude supérieur en 2008 ⁽³⁾	26,2	32,1	26,6	19,4	23,8

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Population de 15 ans ou + titulaire : (1) d'aucun diplôme ou du certificat d'études primaires ; (2) du BEPC, brevet des collèges, d'un CAP ou d'un BEP, d'un baccalauréat ou d'un brevet professionnel ; (3) d'un diplôme de niv BAC + 2 ou supérieur.

Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS)

La structure de la population des ménages par PCS du périmètre du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin est comparable à celle du territoire de santé. Par contre, les PCS défavorisées y sont proportionnellement moins présentes que dans la région (37,7% versus 46,2%) alors que les PCS favorisées le sont plus (42,8% versus 33,6%). Ces dernières y sont en revanche moins représentées que dans la zone de proximité.

PROFESSIONS ET CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES		CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Population des ménages dont la personne de référence appartient aux PCS défavorisées en 2008 ⁽¹⁾	Effectifs	23 380	206 079	460 544	1 701 425	21 618 797
	%	37,7	32,0	38,4	46,2	37,5
Population des ménages dont la personne de référence appartient aux PCS moyennes en 2008 ⁽²⁾	Effectifs	12 134	130 122	241 150	742 506	13 688 105
	%	19,6	20,2	20,1	20,2	23,8
Population des ménages dont la personne de référence appartient aux PCS favorisées en 2008 ⁽³⁾	Effectifs	26 537	308 118	498 797	1 238 163	22 296 656
	%	42,8	47,8	41,5	33,6	38,7

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

(1) catégorie des ouvriers et inactifs ; (2) catégorie des employés, artisans, commerçants et agriculteurs ; (3) catégorie des cadres moyens, des cadres supérieurs et enseignants.

Situation vis-à-vis de l'emploi

Le taux d'activité masculin (64%) demeure assez proche de celui des autres territoires. En revanche, chez les femmes, ce taux (52,8%) très voisin de celui de la zone de proximité (53,4%), du territoire de santé (52,6%) et de l'Hexagone (52,5%) dépasse de plus de 4 points la moyenne régionale. Cette situation liée au dynamisme économique de la métropole régionale semble expliquer également un taux de chômage masculin et féminin (13,3% et 12,7% respectivement) inférieur à la moyenne régionale et qui, chez les femmes, rejoint le niveau national. Au 31 décembre 2011, plus de 5 000 personnes vivant dans le périmètre du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin étaient demandeuses d'emploi. L'évolution de leur nombre entre 2010 et 2011 a été supérieure à celle de la zone de proximité, du territoire de santé et de la région (+5,1% versus +3,6%, +3,5% et +3,7% respectivement).

ACTIVITÉ, CHÔMAGE		CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Taux d'activité en 2008 (en %) ⁽¹⁾	Hommes	64,0	64,3	64,3	63,3	62,8
	Femmes	52,8	53,4	52,6	48,3	52,5
Taux de chômage en 2008 (en %) ⁽¹⁾	Hommes	13,3	13,2	13,9	14,1	10,1
	Femmes	12,7	12,3	13,5	15,8	12,1
Demandeurs d'emploi inscrits en fin de mois de catégorie ABC au 31 décembre 2011 ⁽²⁾	Effectifs	5 273	56 089	107 857	332 586	4 307 621
	%	-	9,4	4,9	1,6	0,1
	Evolution 2010-2011	5,1	3,6	3,5	3,7	5,4
	Exhaustivité (en %)	100,0	100,0	100,0	99,2	99,2

(1) Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

(2) Source : Pôle emploi, Dares, Statistiques du marché du travail, INSEE. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Revenus fiscaux et minima sociaux

Dans ce territoire, le revenu net imposable moyen est plus élevé que celui de la région, mais demeure en deçà de celui du territoire de santé et de la zone de proximité. Les foyers fiscaux non imposables y sont en proportion nettement moins présents qu'en région. La part des personnes couvertes par le RSA y est un peu plus élevée que dans la zone de proximité et le territoire de santé mais reste comparable au niveau régional. La part des allocataires dépendant à 100% des prestations sociales, qui demeure comparable au niveau régional, y est un peu moins élevée que dans la zone de proximité et le territoire de santé (21,5% versus 23% et 22,7% respectivement).

REVENUS FISCAUX, MINIMA SOCIAUX		CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Nombre de foyers fiscaux en 2009 ⁽¹⁾		36 670	392 554	714 584	2 200 645	35 410 885
Part des foyers fiscaux non imposables en 2009 (en %) ⁽¹⁾		46,0	44,5	47,7	53,3	45,7
Revenu net imposable moyen par foyer fiscal en 2009 (en €) ⁽¹⁾		21 519	23 731	22 534	20 157	23 433
Pourcentage de la population couverte par le RSA de droit commun versable au 31/12/2010 ⁽²⁾		11,0	9,2	10,3	11,0	6,1
Répartition des allocataires par tranche du poids des prestations dans le revenu disponible des allocataires (ressources brutes déclarées + prestations) au 31/12/2010 ⁽²⁾	100%	21,5	23,0	22,7	21,9	17,5
	75% à 99%	5,4	5,0	4,9	5,2	4,7
	50% à 74%	7,3	7,6	7,7	7,6	7,0
	25% à 49%	18,3	17,4	17,7	19,0	17,9
	Moins de 25%	47,4	46,9	47,0	46,3	53,0

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

(1) Source : IRCOM 2010. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais. (2) Source : CAF/FNORS au 31/12/2010.

Situation vis-à-vis du logement

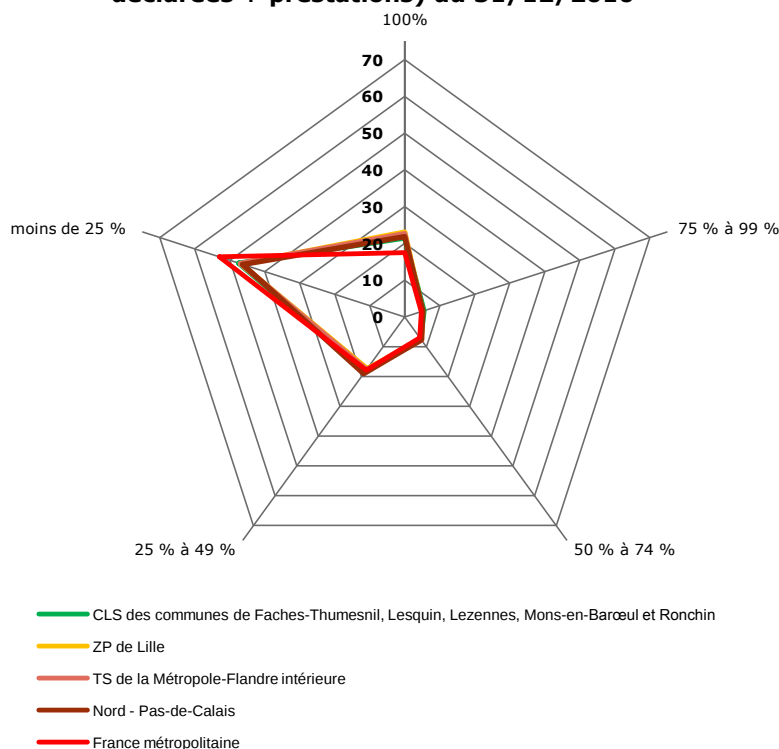
Au sein du périmètre du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin, les personnes propriétaires de leur logement sont proportionnellement plus nombreuses que dans tous les autres territoires. La part des allocataires bénéficiant d'allocations logement y est moins élevée. Le pourcentage d'enfants de moins de sept ans vivant dans un logement achevé avant 1949 susceptible de contenir des peintures au plomb y est nettement moins important que dans la zone de proximité, le territoire de santé et la région.

LOGEMENT		CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et	ZP de Lille	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Pourcentage de la pop dont la personne de référence est propriétaire en 2008		62,1	55,7	58,9	59,2	60,8
Pourcentage de la pop dont la personne de référence est locataire en 2008		36,5	42,6	39,6	38,7	36,8
Pourcentage de la pop dont la personne de référence est logée gratuitement en 2008		1,4	1,8	1,5	2,1	2,5
Allocataires percevant l'APL, l'ALS ou l'ALF en 2011 ⁽¹⁾	Effectifs	7 232	98 414	162 874	452 793	5 824 263
	%	54,9	61,3	58,2	57,5	54,1
Nombre moyen de personnes par pièce en 2008		0,56	0,57	0,56	0,55	0,57
Pourcentage d'enfants de moins de 7 ans vivant dans un logement achevé avant 1949		28,1	32,0	39,4	35,9	24,8

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

(1) Source : CAF/FNORS au 31/12/2010. Aide Personnalisée au Logement (APL), Aide au Logement Familial (ALF), Aide au Logement Social (ALS).

Répartition des allocataires par tranche du poids des prestations dans le revenu disponible des allocataires (ressources brutes déclarées + prestations) au 31/12/2010



Source : CAF/FNORS au 31/12/2010.

État de santé : mortalité

Mortalité générale, prématurée, évitable et mortalité par causes

Le territoire du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin est marqué par une mortalité tous âges toutes causes dépassant de seulement 9% (ICM=109) le niveau national, ce qui est significativement inférieur au niveau régional (+25%). Cette mortalité relativement faible s'explique notamment par une mortalité tous âges féminine très proche de la référence nationale (ICM=104 qui, en raison de cette proximité, n'est plus statistiquement significatif) et qui se démarque ainsi de celle du territoire de santé et de la région. Chez les hommes, la mortalité tous âges excède de 18% le niveau national mais est également significativement moins élevée que celle de la région (+30%). La mortalité prématurée toutes causes dépasse d'environ 20% le niveau national (+20% pour les hommes et +23% pour les femmes). Chez les premiers, cette surmortalité est significativement en deçà de celle de la région.

Ce territoire se caractérise également par une mortalité prématurée évitable par réduction des comportements à risque certes supérieure au niveau national, mais bien moins qu'au niveau régional (+25% versus +49%).

Parmi ces facteurs de risque, les maladies liées au tabagisme provoquent dans le périmètre de ce CLS une surmortalité tous âges et prématurée moins élevée que celle de la région (+14% versus +29% et +37% versus +46%).

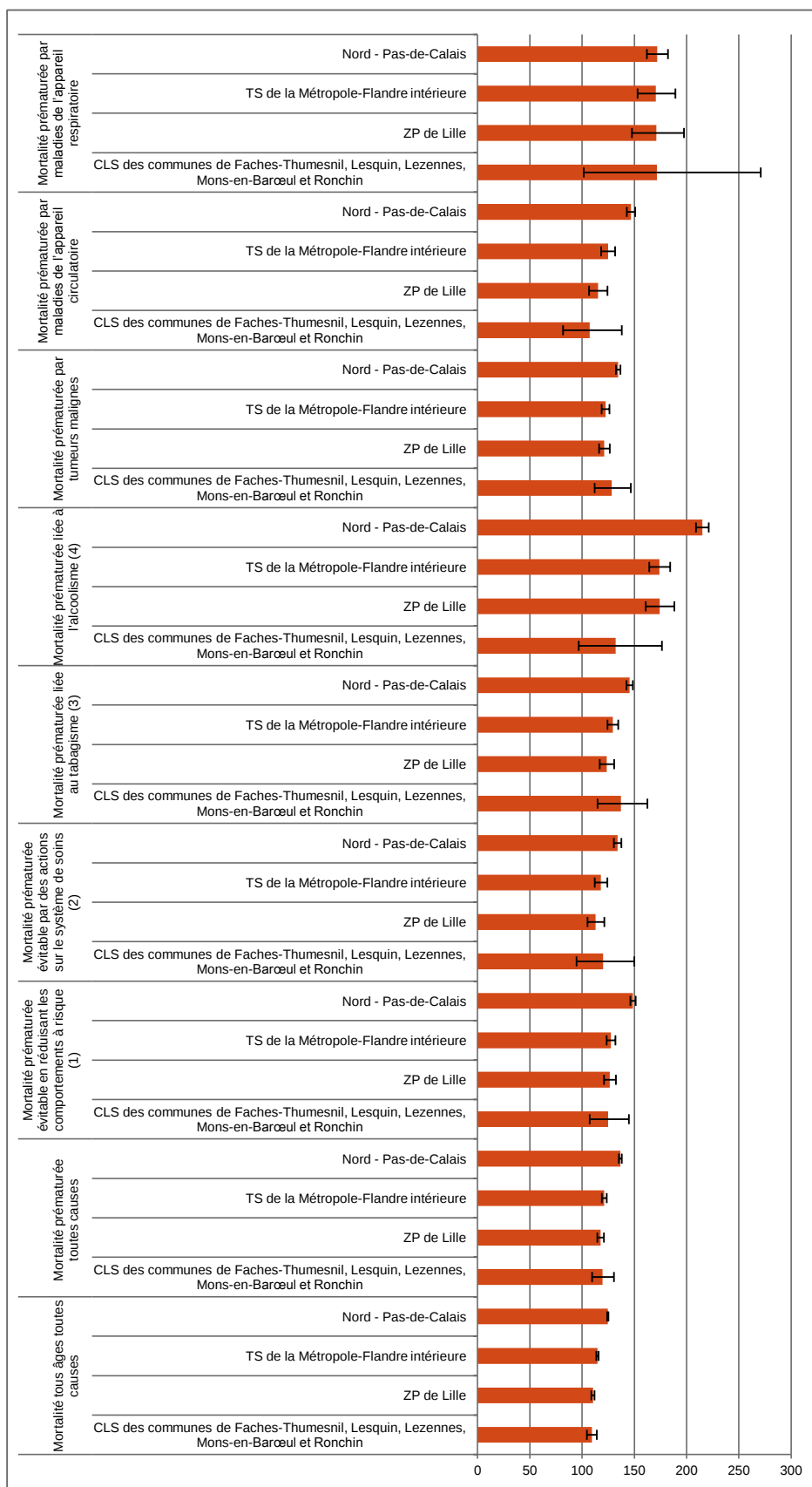
Les maladies favorisées par l'alcoolisme y génèrent une mortalité tous âges supérieure à la référence nationale tant chez les hommes (+60%) que chez les femmes (+88%). Ces chiffres ne sont plus significatifs lorsque les décès sont prématurés.

La population de ce périmètre connaît une mortalité tous âges par tumeurs malignes dépassant de 23% le niveau national chez les hommes et de 15% chez les femmes. Hormis dans le cas du cancer du sein chez la femme (+35% tous âges confondus) et du cancer colorectal (+28% tous âges et les deux sexes réunis), les ICM des autres localisations cancéreuses ne sont statistiquement plus significatifs.

Ce périmètre accuse un niveau de mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire qui, chez les hommes (ICM=103) comme chez les femmes (ICM=99), converge vers le niveau national et se démarque nettement du niveau de surmortalité de la région et du territoire de santé (-1% versus +26% et +12% respectivement) lorsque les deux sexes sont réunis. Ici aussi, ces ICM ne sont plus significatifs mais principalement du fait de leur proximité à la référence nationale (ICM=100).

La mortalité tous âges par maladies de l'appareil respiratoire demeure supérieure au niveau national chez les hommes (+64%) et chez les femmes (+36%). Cependant, ici aussi, la mortalité apparaît moins élevée que dans la région (+48% versus +51%, les deux sexes réunis).

Les ICM des autres causes de décès ne sont plus significatifs à l'échelle du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin.



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

(1) : Sida, cancers des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage), cancers de la trachée, des bronches et du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides.

(2) : Typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peau, cancer du sein, cancers de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémie, tumeurs malignes des lèbres, de la cavité buccale et du pharynx, tumeur maligne de l'œsophage, tumeur maligne du larynx, tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcère digestif, mortalité maternelle.

(3) : Tumeurs malignes des lèbres, de la cavité buccale et du pharynx, tumeur maligne de l'œsophage, tumeur maligne du larynx, tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives.

(4) : Tumeur maligne de l'œsophage, tumeur maligne du larynx, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou s.p. du foie.

Mortalité générale, prématurée, évitable selon le sexe

ICM et décès cumulés 2006 - 2009			CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de- Calais	France métropolitaine
Mortalité générale, prématurée, évitable, mortalité liée au tabac et à la consommation de boissons alcoolisées							
Mortalité tous âges toutes causes	Hommes	ICM Effectifs	118 1 100	116 10 289	120 20 470	130 74 015	100 1 073 292
	Femmes	ICM Effectifs	(104) 944	109 9 833	113 19 248	122 69 079	100 1 025 073
	Ensemble	ICM Effectifs	109 2 044	110 20 122	115 39 718	125 143 094	100 2 098 365
Mortalité prématurée toutes causes	Hommes	ICM Effectifs	120 344	119 3 641	123 7 006	140 25 724	100 292 814
	Femmes	ICM Effectifs	123 174	119 1 766	120 3 305	130 11 288	100 137 142
	Ensemble	ICM Effectifs	120 518	118 5 407	121 10 311	137 37 012	100 429 956
Mortalité prématurée évitable en réduisant les comportements à risque ⁽¹⁾	Hommes	ICM Effectifs	129 137	126 1 449	129 2 738	151 10 343	100 108 443
	Femmes	ICM Effectifs	(120) 40	135 478	129 841	141 2 880	100 32 358
	Ensemble	ICM Effectifs	125 177	127 1 927	128 3 579	149 13 223	100 140 801
Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins ⁽²⁾	Hommes	ICM Effectifs	(119) 37	(109) 359	121 744	138 2 776	100 32 367
	Femmes	ICM Effectifs	(121) 40	117 404	115 738	130 2 645	100 32 532
	Ensemble	ICM Effectifs	(120) 77	113 763	118 1 482	134 5 421	100 64 899
Mortalité tous âges liée au tabagisme ⁽³⁾	Hommes	ICM Effectifs	127 312	122 2 822	130 5 803	139 20 966	100 283 167
	Femmes	ICM Effectifs	(103) 172	110 1 818	115 3 587	121 12 625	100 188 285
	Ensemble	ICM Effectifs	114 484	114 4 640	121 9 390	129 33 591	100 471 452
Mortalité prématurée liée au tabagisme	Hommes	ICM Effectifs	142 105	128 992	136 1 981	155 7 429	100 77 652
	Femmes	ICM Effectifs	(129) 28	115 261	111 466	114 1 538	100 21 562
	Ensemble	ICM Effectifs	137 133	124 1 253	129 2 447	146 8 967	100 99 214
Mortalité tous âges liée à l'alcoolisme ⁽⁴⁾	Hommes	ICM Effectifs	160 70	160 696	161 1 333	186 5 111	100 47 583
	Femmes	ICM Effectifs	188 27	218 311	214 572	237 2 091	100 14 556
	Ensemble	ICM Effectifs	162 97	170 1 007	170 1 905	194 7 202	100 62 139
Mortalité prématurée liée à l'alcoolisme	Hommes	ICM Effectifs	(136) 36	165 460	167 873	200 3 434	100 27 595
	Femmes	ICM Effectifs	(128) 10	215 175	205 310	270 1 307	100 7 751
	Ensemble	ICM Effectifs	(132) 46	174 635	174 1 183	215 4 741	100 35 346

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDC. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Lecture de l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM)

Dans ces tableaux, les inégalités de mortalité sont présentées au moyen d'Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) calculés par standardisation indirecte sur l'âge. La mortalité relative à une même cause de décès d'une population définie par une zone géographique infrarégionale (contrat local de santé, zone de proximité, communauté d'agglomération, pays...) est ainsi implicitement comparée à la mortalité de la population française métropolitaine en éliminant l'effet de la structure par âge.

Concrètement, un ICM de valeur 130 décrit une mortalité supérieure de 30% à celle de la France tandis qu'un ICM de valeur 80 indique une mortalité inférieure de 20% à celle de la France.

Les ICM dont les valeurs n'indiquent pas de différence significative par rapport à la mortalité nationale sont placés entre parenthèses. Par ailleurs, lorsque les effectifs de décès sont inférieurs à 10, l'information n'est plus indiquée dans les tableaux statistiques.

État de santé : Morbidité

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) 2011 Taux standardisés région et taux bruts de prévalence estimée (pour 100 000 habitants ou protégés)		ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de- Calais
Accident vasculaire cérébral invalidant	Taux standardisé	575,8	594,3	-
	Taux brut	512,9	545,3	624,8
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	Taux standardisé	768,1	871,5	-
	Taux brut	672,4	791,5	981,8
Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	Taux standardisé	1 304,5	1 398,2	-
	Taux brut	1 153,6	1 278,6	1 572,6
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	Taux standardisé	343,2	332,3	-
	Taux brut	317,4	312,9	320,1
Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	Taux standardisé	393,6	437,7	-
	Taux brut	384,5	432,1	490,9
Hypertension artérielle sévère	Taux standardisé	1 008,9	1 225,6	-
	Taux brut	886,9	1 110,9	1 748,2
Maladie coronaire	Taux standardisé	1 514,3	1 662,6	-
	Taux brut	1 325,5	1 508,8	1 901,1
Insuffisance respiratoire chronique grave	Taux standardisé	468,9	511,5	-
	Taux brut	418,3	472,0	612,1
Maladie d'Alzheimer et autres démences	Taux standardisé	582,1	597,1	-
	Taux brut	509,3	539,4	572,4
Maladie de Parkinson	Taux standardisé	203,2	201,1	-
	Taux brut	176,0	180,8	203,8
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	Taux standardisé	185,1	193,5	-
	Taux brut	168,4	180,8	217,4
Polyarthrite rhumatoïde	Taux standardisé	247,9	279,2	-
	Taux brut	226,7	260,5	330,1
Affections psychiatriques de longue durée	Taux standardisé	1 277,2	1 344,5	-
	Taux brut	1 234,5	1 310,5	1 505,5
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	Taux standardisé	224,8	257,9	-
	Taux brut	227,8	257,7	306,9
Sclérose en plaques	Taux standardisé	128,8	137,0	-
	Taux brut	125,5	134,1	149,1
Tumeur maligne	Taux standardisé	3 558,3	3 733,1	-
	Taux brut	3 171,7	3 426,2	3 804,4

Source : CNAMTS / DSES (Régime Général, France) ; Base ARS (Inter-régimes, Région). Traitement : ARS Nord - Pas-de-Calais.

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD)

En France, l'incidence et la prévalence des maladies sont mesurées au moyen de registres (registres départementaux des cancers par exemple). Toutefois ces registres ne couvrent pas l'ensemble de la population française. Pour y remédier, des estimations reposant sur le rapport entre l'incidence et la mortalité ont été développées (estimations des nouveaux cas de cancers du réseau Francim). L'autre alternative pour évaluer l'incidence et la prévalence est d'utiliser les données médico-administratives de santé telles que les données d'hospitalisations du PMSI ou encore les affections de longue durée (ALD) produites par les caisses d'assurance maladie. Bien que les ALD permettent de couvrir l'ensemble du territoire national, ces données administratives ne sont pas conçues à la base pour réaliser des études épidémiologiques et peuvent ainsi engendrer des biais statistiques. Il convient donc de garder un regard critique sur les indicateurs présentés dans ces tableaux. Par ailleurs, pour des raisons liées au secret statistique, les données d'ALD ne sont pas diffusées à l'échelle de la commune INSEE, rendant par là-même très complexe voire impossible l'estimation de l'incidence et de la prévalence au niveau de chaque CLS.

Besoins de soins : Morbidité

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) 2011 Taux bruts d'incidence et de prévalence estimées (pour 100 000 habitants ou protégés)		ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Accident vasculaire cérébral invalidant	Incidence	75,6	75,3	81,4	78,7
	Prévalence	512,9	545,3	624,8	519,0
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	Incidence	77,0	83,4	95,7	93,1
	Prévalence	672,4	791,5	981,8	757,0
Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	Incidence	170,1	174,9	211,7	198,6
	Prévalence	1 153,6	1 278,6	1 572,6	1 247,0
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	Incidence	42,3	40,6	38,9	34,4
	Prévalence	317,4	312,9	320,1	290,0
Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	Incidence	41,1	40,2	42,2	41,4
	Prévalence	384,5	432,1	490,9	398,0
Hypertension artérielle sévère	Incidence	55,1	53,8	81,5	127,3
	Prévalence	886,9	1 110,9	1 748,2	2 018,0
Maladie coronaire	Incidence	139,3	144,0	166,3	159,1
	Prévalence	1 325,5	1 508,8	1 901,1	1 616,0
Insuffisance respiratoire chronique grave	Incidence	56,8	58,4	68,0	70,6
	Prévalence	418,3	472,0	612,1	586,0
Maladie d'Alzheimer et autres démences	Incidence	93,0	93,8	96,5	97,5
	Prévalence	509,3	539,4	572,4	452,0
Maladie de Parkinson	Incidence	23,8	23,9	26,7	25,8
	Prévalence	176,0	180,8	203,8	163,0
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	Incidence	29,2	28,1	32,2	30,9
	Prévalence	168,4	180,8	217,4	191,0
Polyarthrite rhumatoïde	Incidence	24,4	26,5	26,8	30,0
	Prévalence	226,7	260,5	330,1	323,0
Affections psychiatriques de longue durée	Incidence	132,8	125,6	134,5	190,4
	Prévalence	1 234,5	1 310,5	1 505,5	1 814,0
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	Incidence	19,9	21,2	25,7	19,9
	Prévalence	227,8	257,7	306,9	212,0
Sclérose en plaques	Incidence	9,9	9,9	9,4	8,3
	Prévalence	125,5	134,1	149,1	120,0
Tumeur maligne	Incidence	432,4	440,3	477,1	487,7
	Prévalence	3 171,7	3 426,2	3 804,4	3 193,0

Source : CNAMTS / DSES (Régime Général, France) ; Base ARS (Inter-régimes, Région). Traitement : ARS Nord - Pas-de-Calais.

Offres de soins

Les densités des professionnels de santé au sein du périmètre du CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin font apparaître une offre de soins moindre que celle de la région, de la zone de proximité et du territoire de santé, s'agissant des médecins généralistes et des infirmiers. Entre autres, la densité moyenne régionale d'infirmiers est quasi 2,3 fois plus élevée que dans ce secteur. Par ailleurs, l'écart considérable par rapport à la zone de proximité et au territoire de santé est principalement dû à la présence du CHR de Lille, qui explique la forte concentration sur ce territoire d'infirmiers en majorité salariés.

Les densités de masseurs-kinésithérapeutes, de pharmaciens, de chirurgiens-dentistes et de psychologues, bien qu'inférieures à celles de la zone de proximité et du territoire de santé, n'en demeurent pas moins proches de la moyenne régionale. En revanche, l'offre de soins en orthophonistes s'avère plus importante que dans tous les autres territoires.

Il faut noter les faibles effectifs de gynécologues médicaux ou obstétriques, d'ophtalmologues, de cardiologues, d'ORL, de pédiatres, de psychiatres et l'absence de radiologues. Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant que la population n'ait pas facilement accès à ces professionnels de santé hors du périmètre relativement restreint de ce CLS. On voit ici la limite de la densité comme indicateur d'offre de soins lorsque son calcul porte sur un zonage restreint.

L'âge moyen des professionnels de santé installés dans le périmètre du CLS demeure relativement proche de celui de la région en ce qui concerne les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens. Par rapport à la région, les infirmiers apparaissent en moyenne légèrement plus âgés (42 ans versus 39,8 ans), ainsi que les orthophonistes (41,1 ans versus 38,3 ans). En revanche, les chirurgiens-dentistes y sont en moyenne de 4 ans moins âgés qu'en région (-3 ans par rapport à la zone de proximité et au territoire de santé). De même, les psychologues installés au sein de ce périmètre sont nettement plus jeunes que dans les autres territoires.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ (en exercice au 01/01/2012)		CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de- Calais	France métropolitaine
Médecins généralistes	Effectifs	85	1 442	2 301	6 267	99 226
	Densité ⁽¹⁾	128	201	174	156	160
	Libéraux ou mixtes (%)	92,9	58,0	64,1	69,9	68,2
	Femmes (%)	24,7	41,6	38,0	34,4	40,9
	Plus de 55 ans (%)	38,8	35,2	35,2	37,1	41,3
	Âge moyen	51,0	49,6	49,7	50,2	51,1
Infirmiers (hors psychiatrie)	Effectifs	245	9 174	13 934	33 698	517 224
	Densité ⁽¹⁾	369	1 277	1 056	837	832
	Libéraux ou mixtes (%)	26,9	8,9	10,7	14,9	16,9
	Femmes (%)	87,8	86,8	87,0	87,1	88,5
	Plus de 55 ans (%)	17,6	13,8	12,6	12,3	17,8
	Âge moyen	42,0	40,1	39,9	39,8	42,2
Masseurs-kinésithérapeutes	Effectifs	82	1 269	2 077	5 126	72 870
	Densité ⁽¹⁾	123,3	176,6	157,4	127,4	117,3
	Libéraux ou mixtes (%)	100,0	74,5	79,1	78,9	78,7
	Femmes (%)	32,9	49,3	46,2	43,4	48,6
	Plus de 55 ans (%)	17,1	16,9	16,5	17,2	22,3
	Âge moyen	39,0	39,2	39,1	40,1	42,4
Chirurgiens-dentistes	Effectifs	35	482	778	1 996	39 805
	Densité ⁽¹⁾	52,6	67,1	59,0	49,6	64,1
	Libéraux ou mixtes (%)	100,0	90,9	92,0	92,2	90,5
	Femmes (%)	37,1	38,0	38,0	37,2	39,7
	Plus de 55 ans (%)	17,1	27,8	26,2	26,9	34,2
	Âge moyen	42,1	45,4	45,3	46,0	48,4
Pharmaciens	Effectifs	70	865	1 497	4 328	71 190
	Densité ⁽¹⁾	105,3	120,4	113,5	107,5	114,6
	Libéraux ou mixtes (%)	58,6	40,5	41,3	43,2	44,0
	Femmes (%)	61,4	70,4	71,6	67,6	66,6
	Plus de 55 ans (%)	12,9	17,6	17,8	21,1	26,7
	Âge moyen	43,5	43,6	43,7	44,7	46,4
Gynécologues médicaux ou obstétriques	Effectifs	3	143	210	450	7 618
	Densité ⁽²⁾	4,5	19,9	15,9	11,2	12,3
	Libéraux ou mixtes (%)	100,0	44,8	47,1	57,3	72,1
	Femmes (%)		67,1	65,7	56,2	54,7
	Plus de 55 ans (%)		39,9	41,9	42,7	52,4
	Âge moyen		49,7	49,9	51,1	52,7
Ophtalmologues	Effectifs	1	86	112	260	5 697
	Densité ⁽¹⁾	1,5	12,0	8,5	6,5	9,2
	Libéraux ou mixtes (%)	100,0	74,4	74,1	83,1	86,9
	Femmes (%)		38,4	37,5	33,1	44,1
	Plus de 55 ans (%)		37,2	40,2	45,0	51,8
	Âge moyen		48,4	49,7	51,3	53,0
Cardiologues (Cardiologie et maladies vasculaires)	Effectifs	2	105	155	380	6 484
	Densité ⁽¹⁾	3,0	14,6	11,7	9,4	10,4
	Libéraux ou mixtes (%)	100,0	48,6	56,8	67,1	71,3
	Femmes (%)		22,9	22,6	19,5	22,0
	Plus de 55 ans (%)		25,7	27,1	33,4	40,4
	Âge moyen		45,6	46,8	48,9	50,8
Oto-rhino-laryngologues (dont chirurgie cervico faciale)	Effectifs	1	47	67	130	2 965
	Densité ⁽¹⁾	1,5	6,5	5,1	3,2	4,8
	Libéraux ou mixtes (%)	0,0	48,9	59,7	71,5	77,5
	Femmes (%)		25,5	29,9	20,8	20,4
	Plus de 55 ans (%)		34,0	35,8	41,5	48,7
	Âge moyen		48,4	49,8	51,1	52,5
Radiologues	Effectifs	0	146	195	469	8 137
	Densité ⁽¹⁾	0,0	20,3	14,8	11,7	13,1
	Libéraux ou mixtes (%)	0,0	47,3	51,8	70,1	73,3
	Femmes (%)		36,3	35,4	26,7	31,9
	Plus de 55 ans (%)		20,5	21,5	31,8	40,8
	Âge moyen		43,9	44,4	48,2	51,0
Pédiatres	Effectifs	4	170	219	416	7 238
	Densité ⁽³⁾	27,2	119,0	77,2	48,3	59,7
	Libéraux ou mixtes (%)	100,0	16,5	19,2	24,8	41,2
	Femmes (%)		68,2	68,5	63,9	64,8
	Plus de 55 ans (%)		29,4	31,5	37,3	40,6
	Âge moyen		46,2	46,8	48,7	50,1
Psychiatres	Effectifs	6	208	324	609	14 178
	Densité ⁽¹⁾	9,0	28,9	24,6	15,1	22,8
	Libéraux ou mixtes (%)	50,0	30,3	25,0	23,3	46,1
	Femmes (%)	16,7	43,8	45,4	45,0	47,7
	Plus de 55 ans (%)	66,7	33,2	31,8	33,2	50,3
	Âge moyen	57,0	48,6	47,8	48,4	52,5
Psychologues	Effectifs	36	750	1 038	2 156	40 533
	Densité ⁽¹⁾	54,1	104,4	78,7	53,6	65,2
	Libéraux ou mixtes (%)	25,0	18,3	17,2	13,9	25,0
	Femmes (%)	91,7	85,3	85,0	83,9	84,0
	Plus de 55 ans (%)	8,3	16,0	15,3	13,4	21,5
	Âge moyen	34,4	40,0	40,0	39,6	43,0
Orthophonistes	Effectifs	63	492	790	1 689	20 611
	Densité ⁽¹⁾	94,8	68,5	59,9	42,0	33,2
	Libéraux ou mixtes (%)	50,8	71,1	75,9	79,8	80,7
	Femmes (%)	98,4	96,5	96,5	95,4	96,3
	Plus de 55 ans (%)	14,3	14,6	13,9	12,3	23,9
	Âge moyen	41,1	39,1	38,6	38,3	43,1

Source : Répertoire ADELI, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), 1^{er} janvier 2012. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.
(1) Pour 100 000 habitants (RGP 2008), (2) Pour 100 000 femmes âgées de 15 ans ou plus (RGP 2008), (3) Pour 100 000 enfants âgés de 15 ans ou moins (RGP 2008).

Prévention

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais
Taux de dépistage du cancer du sein	53,2	52,6	53,2
Taux de dépistage du cancer colorectal	25,0	24,9	27,8

Source : Opaline 62 (Association pour le dépistage du cancer Pas-de-Calais ; ADCN (Association de Dépistage des Cancers dans le Nord). Traitement : ARS Nord - Pas-de-Calais.

Annexe 1 : Autres causes de mortalité (2006-2009)

Mortalité par tumeurs

ICM par tumeurs malignes 2006 - 2009			CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en- Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Mortalité tous âges par tumeurs malignes	Hommes	ICM Effectifs	123 385	119 3 550	122 6 994	130 25 091	100 355 791
	Femmes	ICM Effectifs	115 271	113 2 582	113 4 876	114 16 415	100 245 958
	Ensemble	ICM Effectifs	117 656	114 6 132	116 11 870	121 41 506	100 601 749
Mortalité prématurée par tumeurs malignes	Hommes	ICM Effectifs	124 130	125 1 373	128 2 646	145 9 815	100 109 948
	Femmes	ICM Effectifs	138 90	118 803	114 1 445	119 4 786	100 64 623
	Ensemble	ICM Effectifs	128 220	121 2 176	122 4 091	135 14 601	100 174 571
Mortalité tous âges par tumeur maligne des VADS	Hommes	ICM Effectifs	156 25	126 199	146 438	178 1 791	100 17 567
	Femmes	ICM Effectifs	(59) 51	151 51	142 90	149 314	100 3 534
	Ensemble	ICM Effectifs	(134) 250	126 250	141 528	169 2 105	100 21 101
Mortalité prématurée par tumeur maligne des VADS	Hommes	ICM Effectifs	(141) 13	128 124	152 275	198 1 190	100 9 692
	Femmes	ICM Effectifs	(128) 31	191 31	179 54	196 190	100 1 546
	Ensemble	ICM Effectifs	(137) 155	135 155	154 329	197 1 380	100 11 238
Mortalité tous âges par tumeur maligne du sein	Femmes	ICM Effectifs	135 60	128 558	125 1 025	126 3 425	100 45 933
Mortalité prématurée par tumeur maligne du sein	Femmes	ICM Effectifs	154 26	125 221	122 398	129 1 344	100 16 739
Mortalité tous âges par tumeur maligne colorectale	Hommes	ICM Effectifs	(131) 40	115 327	118 649	124 2 308	100 35 261
	Femmes	ICM Effectifs	(129) 38	117 334	125 670	124 2 238	100 31 396
	Ensemble	ICM Effectifs	128 78	114 661	119 1 319	122 4 546	100 66 657
Mortalité prématurée par tumeur maligne colorectale	Hommes	ICM Effectifs	(125) 96	128 96	126 177	133 617	100 7 581
	Femmes	ICM Effectifs	(181) 69	133 69	133 128	123 379	100 4 970
	Ensemble	ICM Effectifs	(147) 165	130 165	128 305	128 996	100 12 551

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

ICM par maladies de l'appareil circulatoire 2006 - 2009			CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en- Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire	Hommes	ICM Effectifs	(103) 234	111 2 347	116 4 727	128 17 548	100 270 295
	Femmes	ICM Effectifs	(99) 260	107 2 803	113 5 605	127 20 944	100 309 679
	Ensemble	ICM Effectifs	(99) 494	107 5 150	112 10 332	126 38 492	100 579 974
Mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire	Hommes	ICM Effectifs	(118) 48	118 506	127 1 017	148 3 881	100 42 445
	Femmes	ICM Effectifs	(83) 12	(113) 171	124 348	146 1 303	100 14 287
	Ensemble	ICM Effectifs	(107) 60	115 677	125 1 365	147 5 184	100 56 732
Mortalité tous âges par maladies cérébrovasculaires	Hommes	ICM Effectifs	(97) 44	112 468	121 987	128 3 486	100 54 014
	Femmes	ICM Effectifs	(86) 56	115 738	119 1 447	131 5 319	100 74 501
	Ensemble	ICM Effectifs	(90) 100	113 1 206	119 2 434	129 8 805	100 128 515
Mortalité prématurée par maladies cérébrovasculaires	Hommes	ICM Effectifs	(160) 11	(121) 88	127 172	150 664	100 7 155
	Femmes	ICM Effectifs	(73) 57	133 57	127 101	145 365	100 4 025
	Ensemble	ICM Effectifs	(127) 145	125 145	126 273	148 1 029	100 11 180
Mortalité tous âges par cardiopathies ischémiques	Hommes	ICM Effectifs	(107) 78	(107) 727	115 1 515	130 5 750	100 85 457
	Femmes	ICM Effectifs	(100) 56	(101) 560	112 1 174	127 4 441	100 65 078
	Ensemble	ICM Effectifs	(102) 134	(101) 1 287	111 2 689	126 10 191	100 150 535
Mortalité prématurée par cardiopathies ischémiques	Hommes	ICM Effectifs	(128) 21	(105) 182	122 395	143 1 528	100 17 225
	Femmes	ICM Effectifs	(130) 27	(85) 27	(98) 58	142 269	100 3 056
	Ensemble	ICM Effectifs	(126) 209	(101) 209	117 453	143 1 797	100 20 281

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

ICM par maladies de l'appareil respiratoire 2006 - 2009			CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en- Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Mortalité tous âges par maladies de l'appareil respiratoire	Hommes	ICM Effectifs	164 93	147 764	155 1 569	176 5 911	100 67 949
	Femmes	ICM Effectifs	136 70	127 657	129 1 263	133 4 316	100 61 030
	Ensemble	ICM Effectifs	148 163	133 1 421	139 2 832	151 10 227	100 128 979
Mortalité prématurée par maladies de l'appareil respiratoire	Hommes	ICM Effectifs	(168) 12	183 138	177 249	179 822	100 7 413
	Femmes	ICM Effectifs	(185) 51	150 51	160 101	157 314	100 3 174
	Ensemble	ICM Effectifs	172 189	171 189	171 350	172 1 136	100 10 587
Mortalité tous âges par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	Hommes	ICM Effectifs	187 39	147 280	160 594	164 2 049	100 24 869
	Femmes	ICM Effectifs	(121) 16	(106) 137	123 299	118 963	100 14 785
	Ensemble	ICM Effectifs	(157) 55	125 417	140 893	140 3 012	100 39 654
Mortalité prématurée par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	Hommes	ICM Effectifs	288 58	230 58	224 106	205 322	100 2 565
	Femmes	ICM Effectifs	(0) 10	(113) 10	(152) 25	(123) 65	100 855
	Ensemble	ICM Effectifs	(211) 68	197 68	203 131	184 387	100 3 420

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Autres causes de mortalité

ICM 2006 - 2009 (Autres causes de décès)			CLS des communes de Faches- Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en- Barœul et Ronchin	ZP de Lille	TS de la Métropole- Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Mortalité tous âges par chutes accidentelles	Hommes	ICM Effectifs	216 20	133 118	126 214	124 691	100 10 645
	Femmes	ICM Effectifs	194 19	169 165	160 294	131 800	100 11 288
	Ensemble	ICM Effectifs	203 39	150 283	142 508	126 1 491	100 21 933
Mortalité prématurée par chutes accidentelles	Hommes	ICM Effectifs	(202) 34	(105) 34	(109) 65	125 238	100 2 998
	Femmes	ICM Effectifs	496 29	273 29	199 39	186 115	100 979
	Ensemble	ICM Effectifs	273 63	145 63	130 104	140 353	100 3 977
Mortalité tous âges par suicide	Hommes	ICM Effectifs	(137) 40	118 370	114 662	140 2 563	100 30 286
	Femmes	ICM Effectifs	(62) 143	122 143	121 262	120 817	100 10 958
	Ensemble	ICM Effectifs	(113) 513	117 513	114 924	133 3 380	100 41 244
Mortalité prématurée par suicide	Hommes	ICM Effectifs	(132) 29	120 299	116 526	144 2 015	100 21 841
	Femmes	ICM Effectifs	(61) 118	133 118	133 216	123 611	100 7 778
	Ensemble	ICM Effectifs	(111) 417	123 417	120 742	138 2 626	100 29 619
Mortalité tous âges par diabète sucré	Hommes	ICM Effectifs	(129) 23	(115) 191	127 410	135 1 465	100 20 941
	Femmes	ICM Effectifs	(124) 26	(110) 225	120 463	145 1 878	100 23 263
	Ensemble	ICM Effectifs	(125) 49	111 416	122 873	139 3 343	100 44 204
Mortalité prématurée par diabète sucré	Hommes	ICM Effectifs	(202) 51	141 51	138 94	160 357	100 3 637
	Femmes	ICM Effectifs	(248) 20	(119) 20	(131) 41	175 176	100 1 613
	Ensemble	ICM Effectifs	215 71	133 71	135 135	164 533	100 5 250
Mortalité tous âges par accidents de la circulation	Hommes	ICM Effectifs	(67) 99	63 99	61 172	78 662	100 13 050
	Femmes	ICM Effectifs	(44) 24	49 24	50 44	68 183	100 4 174
	Ensemble	ICM Effectifs	(60) 123	59 123	58 216	76 845	100 17 224
Mortalité prématurée par accidents de la circulation	Hommes	ICM Effectifs	(69) 87	61 87	61 153	80 587	100 10 963
	Femmes	ICM Effectifs	(63) 16	44 16	52 33	68 128	100 2 796
	Ensemble	ICM Effectifs	(66) 103	57 103	59 186	77 715	100 13 759

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Annexe 2 : Définitions des indicateurs

Densité de population : La densité de population rapporte le nombre de personnes d'une zone géographique sur la surface de cette même zone. Cet indicateur est estimé en nombre d'habitants par km².

Taux de variation annuel de la population : Cet indicateur représente la variation annuelle moyenne de l'effectif de la population entre deux recensements.

Taux de variation annuel dû au mouvement naturel : Ce taux représente la variation annuelle moyenne de l'effectif de la population due au solde naturel entre deux recensements. Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés durant la période, ici entre les recensements de 1999 et 2008.

Taux de variation annuel dû au mouvement migratoire : Il s'agit, avec cet indicateur, de mesurer la variation annuelle moyenne de l'effectif de la population due au solde migratoire entre deux recensements. Ce solde migratoire correspond en fait au solde apparent des entrées et sorties déduit de la différence entre la variation de la population globale et l'excédent naturel.

Taux de fécondité annuel : Le taux de fécondité est le nombre de naissances vivantes de la période rapporté au nombre moyen de femmes en âge de procréer de cette période, c'est-à-dire celles âgées de 15 à 50 ans.

Indice de vieillissement : L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Si l'indice de vieillissement indique un ratio supérieur à 100, la population des 65 ans et plus est supérieure à celle des moins de 20 ans. Plus le ratio est élevé, plus le vieillissement est important.

Indice de grand vieillissement : L'indice de grand vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans.

Pourcentage d'enfants de moins de 7 ans vivant dans un logement construit avant 1949 : Cet indicateur mesure la part des enfants de moins de 7 ans vivant dans des logements susceptibles de contenir des peintures au plomb.

Pourcentage de la population couverte par le RSA de droit commun versable : Nombre de personnes couvertes par le RSA de droit commun versable rapporté à la population totale recensée en 2008 (en %).

Le RSA est constitué du RSA socle, du RSA socle et activité, et du RSA activité seul. Dans ces trois cas de figure, le RSA (socle, socle et activité, ou activité seul) est majoré lorsque le foyer se trouve en situation d'isolement, avec enfant(s) à naître ou à charge.

Répartition des allocataires par tranche du poids des prestations dans le revenu disponible des allocataires :

Le poids des prestations est défini par la formule suivante : montant des prestations familiales du mois d'observation / (revenu + prestations familiales). Les montants des compléments mode de garde sont exclus. La prime naissance/adoption est prise pour 1/9ème, l'ARS est prise pour 1/12ème.

Les variables « poids des prestations » portent sur un champ restreint. En effet, compte tenu de la méconnaissance par les CAF des ressources disponibles (revenus propres et/ou prestations) de certaines catégories de bénéficiaires, les catégories suivantes ont été exclues :

- les étudiants qui apparaissent très souvent dans les fichiers des CAF avec des revenus nuls ce qui ne reflète pas la réalité, et leur situation « financière » ;
- les familles où soit l'allocataire, soit le conjoint est âgé d'au moins 65 ans ;
- les allocataires des régimes spéciaux dont toutes les prestations dont ils sont bénéficiaires ne sont pas versées par les CAF, mais par un autre organisme débiteur ;
- les handicapés hébergés en maisons d'accueil spécialisées ou hospitalisés, pouvant déclarer des ressources faibles (voire nulles) et de ce fait être considérés comme des allocataires « à bas revenus » alors que leurs frais (hébergement, soin, nourriture) sont directement pris en charge par l'assurance maladie.

Pourcentage d'allocataires percevant l'APL, l'ALS ou l'ALF en 2011 : Nombre d'allocataires percevant l'APL, l'ALS ou l'ALF en 2011 rapporté au total des allocataires de 2011 (en %).

Chômage et activité d'après le recensement annuel de la population

- Taux d'activité : Le taux d'activité correspond au nombre d'actifs pour 100 personnes âgées de 15 ans et plus.
- Taux de chômage : Le taux de chômage correspond au nombre de chômeurs pour 100 actifs.

Dans le recensement, les actifs regroupent les actifs occupés et les chômeurs.

Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, tenus de faire acte positif de recherche d'emploi

- Effectif de demandeurs d'emploi inscrits en fin de mois de catégorie ABC au 31 décembre 2011.

La catégorie ABC regroupe :

Catégorie A : actes positifs de recherche d'emploi sans emploi

Catégorie B : actes positifs de recherche d'emploi en activité réduite courte

Catégorie C : actes positifs de recherche d'emploi en activité réduite longue

- Évolution 2010-2011 en % : (demandeurs d'emploi 2011 - demandeurs d'emploi 2010) / demandeurs d'emploi 2010 X 100.

Secret statistique :

Les données communales des demandeurs d'emploi sont téléchargées sur le site de l'INSEE. Ce dernier est tenu de mettre à certaines communes une valeur à blanc pour respecter le secret statistique. Aussi, l'INSEE recommande d'utiliser les chiffres avec précaution lors d'une constitution à partir des communes de zonage personnalisé. Afin d'estimer l'impact des communes non renseignées, nous avons créé un taux d'exhaustivité à partir de la population active.

- Exhaustivité (en %) : Population active de la zone des communes uniquement renseignées par l'INSEE / population active totale de la zone.

Novembre 2013



Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

235 avenue de la Recherche
CS 50086 59373 Loos cedex
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20
Fax : +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org



L'ORS est membre du GIE
Groupement Régional de Promotion de la Santé

FICHE STRUCTURANTE

Intitulé de l'action	<i>Animer un comité intercommunal pour la prévention des cancers</i>
Objectifs stratégiques	– Sensibiliser les partenaires du territoire à l'importance de mettre en place des actions de prévention auprès de leurs publics et les accompagner en ce sens – Renforcer, coordonner et mettre en valeur les actions portées par les partenaires, notamment lors de « temps forts » – Mutualiser les moyens existants
Objectifs opérationnels	– Mettre en place sur le territoire des actions durables, pertinentes et novatrices – Assurer que l'ensemble du territoire intercommunal soit couvert – Outiller de manière générale les acteurs locaux (kit pédagogique, financements possibles, les outils et les formations existantes, ...) et informer globalement la population – Porter une attention particulière à certaines populations (population en précarité, personnes ayant un trouble psychique)
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	La Région Nord-pas-de-Calais reste très concernée par les cancers. Localement, il demeure un faible taux de participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal ; il reste également de nombreux freins à lever au sein de la population, de même que chez les professionnels qui ne savent pas toujours comment aborder les choses ou vers qui orienter.
Description de l'action	Identification et mobilisation des partenaires potentiels/identification des freins ; diversité des partenaires présents tant dans les champ d'intervention que géographiquement Organiser en lien avec l'ADCN une formation à destination des partenaires du territoire, afin que ceux-ci puissent distribuer le test de dépistage du cancer colorectal Imaginer un plan de communication intercommunal autour du nouveau test immunologique Pouvoir proposer des actions de prévention d'autres cancers (peau, VADS, cancer féminin....) Réfléchir à la notion de prévention pour des personnes qui ne sont pas encore concernées par le dépistage organisé (Importance du suivi gyneco par exemple) et faire le lien avec les actions mises en place sur la santé de façon plus générale. Travailler le relais avant et après l'ERC
Secteur géographique	Intercommunal : Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Baroeul, Ronchin, Hellemmes
Porteur de l'action (même si éventuel)	Association Intercommunale de Santé, Santé mentale et Citoyenneté
Partenaires dans la mise en œuvre	Centre social la Maison du Grand Cerf (Ronchin), Centre social des 5 Bonniers (Faches-Thumesnil), Espace Ressources Cancers Eollis, Service prévention santé du Département du Nord, Association Défends ta peau, Association pour le Dépistage des Cancers dans le Nord, Maison des Aînés de Faches-Thumesnil, Secteur de psychiatrie 59g21, Espace Solidarité Hellemmes, CCAS Hellemmes
Éléments facilitateurs	La dynamique existe depuis maintenant quelques années avec certains professionnels et s'élargit progressivement

	Nous avons réussi à renouveler les actions que nous proposons, de façon à ne pas épuiser les professionnels et la population La participation de la population est de plus en plus importante Certains professionnels ont suivi des sensibilisations spécifiques (VADS, questions au féminin)
Obstacles à lever	Les freins concernant le dépistage, tant au niveau de la population que des professionnels Le territoire intercommunal n'est pas entièrement couvert par la dynamique
Calendrier de réalisation	Le Comité intercommunal se réunit environ tous les 2 mois pour préparer sur les actions, s'informer réciproquement et se coordonner
Modalité de suivi	Comité de pilotage et comptes-rendus
Indicateurs d'évaluation	La participation aux réunions du comité intercommunal, Le nombre de tests hemocultII distribués par les structures ayant suivies la formation de l'ADCN, L'augmentation du pourcentage de mammographie et de test hemocultII exploitables réalisés, L'augmentation des connaissances du public au travers des actions mises en place (questionnaire avant/après), La satisfaction du public et des professionnels dans les actions
Budget prévisionnel	Pas de financement sollicité
Sources de financements potentiels	Non concerné
Année de mise en œuvre	2012

FICHE STRUCTURANTE

Intitulé de l'action	<i>Poursuivre une politique de santé intercommunale en déclinant un plan d'action partagées avec l'ensemble des acteurs</i>
Objectifs stratégiques	1. Favoriser l'émergence d'une politique de santé publique concertée et harmonieuse à l'échelle intercommunale 2. Fédérer les acteurs des champs sociaux, sanitaires, médico-sociaux, éducatifs, etc. autour de la santé
Objectifs opérationnels	1. Faire émerger les préoccupations de santé des habitants en étant notamment relais d'information auprès du public local Être une ressource technique auprès des collectivités Favoriser la prise en compte de la santé dans l'ensemble des projets municipaux et le travail transversal entre les différents services Représenter le territoire dans les instances et réseaux Co-animation avec l'ARS du contrat local de santé 2. Favoriser, développer, animer une dynamique de réseau d'acteurs Aider techniquement les acteurs locaux dans la réalisation de leurs projets santé Réaliser et mettre un plan d'actions partagé avec l'ensemble des acteurs Participer à des actions collectives
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Depuis les années 2000, la santé réapparaît dans le débat municipal en raison de l'augmentation des populations en difficulté économique et sociale. Celle-ci nécessite un recours à une action de proximité en matière de santé physique et de santé mentale. L'absence de la demande sociale claire concernant la santé émanant de ces personnes en situation de précarité, la connaissance actuelle des déterminants sociaux, économiques et culturels de santé, l'existence de spécificités locales (surtout dans la Région Nord/Pas-de-Calais) et les retentissements de la maladie dans la vie de tous les jours, imposent autant pour l'accès aux soins que la réinsertion, la réhabilitation et l'intégration des personnes qui souffrent de troubles de santé et de santé mentale, la création d'une instance locale collective de concertation et d'élaboration de projets.
Description de l'action	Participer à l'élaboration du volet santé de la politique de la ville Co-animation des groupes de travail du contrat local de santé, préparation des comités de pilotage Participation/animation/création de manifestations collectives Aide à la méthodologie de projet pour les acteurs du territoire (centres sociaux, bailleurs, CCAS) Participation aux comités de pilotage de différentes actions Création/soutien des collectifs de réflexion et d'actions ; mise en réseau des acteurs Mise en place de formations Mise en place d'outils de communication
Secteur géographique	Intercommunal : Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Baroeul, Ronchin, Hellemmes
Porteur de l'action (même si éventuel)	Association Intercommunale de Santé, Santé mentale et Citoyenneté
Partenaires dans la mise en œuvre	Les communes ; les usagers, associations d'usagers, la population ; les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile ; bailleurs ; associations tutélaires ; professionnels libéraux, sanitaires, sociaux, médico-sociaux ; services du Département ; l'ARS ; tissus associatif

	local ; etc.
Eléments facilitateurs	Les partenaires locaux comme institutionnels ont bien identifié la structure associative porteuse. Mise en place d'un contrat intercommunal de santé
Obstacles à lever	Permettre la pleine participation des associations d'usagers en santé Mobiliser les professionnels de santé libéraux sur ce territoire Veiller à la cohérence entre CLS Hellemmes et CLS Intercommunal
Calendrier de réalisation	Action mise en œuvre depuis janvier 2010, tout au long de l'année, sur la durée du contrat local de santé
Modalité de suivi	Réunion du Comité de pilotage (trimestriel) et compte-rendu Assemblée Générale (annuelle) et compte-rendu Animation de groupe de travail et compte-rendu Comité technique de suivi du CLS
Indicateurs d'évaluation	Participation aux réunions internes de l'association Nombre d'actions mises en place Nombre de participation aux actions collectives du territoire Sollicitations des partenaires Participation des partenaires et villes au CLS
Budget prévisionnel	25 500,00 €
Sources de financements potentiels	Action financée par les communes et le secteur de psychiatrie 59G21 EPSM Lille Métropole
Année de mise en œuvre	2010

FICHE STRUCTURANTE

Intitulé de l'action	<i>Animer et coordonner le conseil intercommunal en santé mentale</i>
Objectifs stratégiques	1. Lutter contre la stigmatisation et les discriminations, en favorisant les actions de prévention et d'information 2. Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes en développant le partenariat et le travail en réseau entre les professionnels du pôle de santé mentale et de premier recours (généralistes, pharmaciens, infirmiers), les professionnels sociaux éducatifs (CCAS, centres sociaux, UTPAS, etc.) et les usagers 3. Renforcer l'offre de soins sur le territoire 4. Favoriser la participation des usagers aux décisions qui les concernent 5. Diminuer le suicide en améliorant les parcours de soin et l'accompagnement des personnes présentant un risque suicidaire
Objectifs opérationnels	Favoriser une instance locale de concertation réunissant les villes, les usagers et leurs représentants, le secteur de psychiatrie et les acteurs locaux du tissu sanitaire et social, en vue d'élaborer des projets : formation, information, stage croisés, création de support de communication, etc
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Enquête SMPG : importance de la prévalence/forte stigmatisation et représentation négative de la santé mentale/méconnaissance ou manque de visibilité des lieux ressources pour les personnes en souffrance psychiques (structures d'accès aux soins, groupe d'entraide mutuelle et autres associations locales). Stage 2009 : - Pathologie et souffrance psycho-sociale repérées dans les publics par tous les acteurs consultés ; lien santé mentale - précarité et vulnérabilité sociale ; Stigmatisation/Discrimination ; Retentissement sur la vie quotidienne des troubles. - Besoin : Constituer des projets communs (dépasser de cadre de la situation ponctuelle) dans un cadre régulier et institutionnalisé (dépasser la relation inter-personnelle) ; information ; formations ; coordination (Identification des rôles de chacun et des limites ; action conjointe des professionnels, pendant et après l'orientation ; commission « pratique » pour les situations difficiles hors situation d'urgence et réflexion sur les soins sans consentement ; définition des règles d'échange d'information) Le suicide : Le suicide est une problématique de santé publique. Le Nord-Pas-de-Calais a à déplorer 30% de risque suicidaire au delà de la moyenne nationale. Il s'agit de morts souvent évitables. Le suicide est aussi un indicateur de la souffrance psychique et des possibilités de recours proposées à la population tant en terme d'aide sociale, de qualité de vivre ensemble ou de l'accès à la santé. Le suicide entraîne également des conséquences importantes sur l'entourage avec une augmentation des problèmes de santé et de consommation de soins, en particulier en santé mentale.
Description de l'action	1. Mise en place de supports de communication à destination des professionnels, de la population, des usagers des services de santé mentale Mise en place d'actions favorisant la prévention et l'information (pérennisation des ateliers mieux être à destination de la population, participation à la SISM, expositions du Fonds d'Art Contemporain Frontière\$) 2. Développement des stages croisés et de la sensibilisation auprès des professionnels locaux (prévention suicide, actions de formation et de sensibilisations aux concepts de santé mentale et souffrance psychique, groupe de réflexion sur le travail en réseau, favoriser les relations entre psychiatrie adulte/psychiatrie infanto juvénile, ..) Renforcement de la prise en charge des situations complexes par l'animation d'une cellule ressource pour situations individuelles complexes 3. Pérennisation et développement de la prise en charge dans des lieux non stigmatisants par l'implantation d'antennes de consultations dispersées chez les partenaires 4. Mobilisation des usagers/associations d'usagers au sein du CLSM

	Facilitation du projet de développement d'une démocratie participative au sein du service de santé mentale 59g21, afin de favoriser un processus de co-décision professionnels-usagers dans l'organisation et l'amélioration de la qualité des soins 5. Information en santé sur le suicide au travers des ateliers mieux-être sur le suicide. Proposer de façon gracieuse, à l'ensemble des professionnels ou bénévoles locaux, une sensibilisation de 3 jours, sur un mode interactif, par un binôme animateurs de professionnels EPSM Lille métropole / Partenaires. Les objectifs seront : modifier les représentations sur le suicide et la crise suicidaire ; donner des pistes pour mener un entretien et instaurer une relation de confiance ; repérer la crise suicidaire et proposer des actions ; acquérir des notions théoriques sur les populations et troubles psychiques à risque et pouvoir les repérer sur le terrain. Proposer l'instauration d'un observatoire du suicide ayant pour fonction de faire le retour sur la situation d'une personne qui s'est suicidée ; les partenaires concernés par les situation seraient incités à venir présenter la situation, dans une démarche d'amélioration des pratiques (réunion trimestrielle).
Secteur géographique	Intercommunal : Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Baroeul, Ronchin, Hellemmes
Porteur de l'action (même si éventuel)	Association Intercommunale de Santé, Santé mentale et Citoyenneté
Partenaires dans la mise en œuvre	Les communes ; les usagers, associations d'usagers, de familles, ... ; les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile ; bailleurs ; associations tutélaires ; professionnels libéraux, sanitaires, sociaux, médico-sociaux ; services du Département ; tissus associatif local ;
Eléments facilitateurs	Secteur de psychiatrie adulte 59G21 EPSM Lille Métropole est reconnu site pilote par l'Organisation Mondiale de la santé Antériorité du partenariat entre les villes et le secteur de psychiatrie (ancienne association existant depuis les années 80) Loi 2002 et 2005 favorisant la participation des usagers ; présence de 2 groupes d'entraide mutuelle actifs Mise en place sur le plan national des observatoires du suicide
Obstacles à lever	Lutter contre la stigmatisation
Calendrier de réalisation	Action mise en œuvre depuis janvier 2010, tout au long de l'année, sur la durée du contrat local de santé
Modalité de suivi	Réunion du Comité de pilotage (trimestriel) et compte-rendu Assemblée Générale (annuelle) et compte-rendu Animation de groupe de travail et compte-rendu
Indicateurs d'évaluation	Objectif 1 : lutter contre la stigmatisation – nombre et diversité des supports de communication créés et diffusion effective par des canaux différenciés – participation aux actions mises en place (ateliers mieux-être : 10 personnes à chaque atelier ; nombre d'ateliers de médiation artistique réalisés pendant les expositions et participation) – mise en place d'actions ayant favorisé la mixité des populations (usagers, population générale) et une mobilisation de partenaires diversifiés – bonne connaissance du CLSM de la part des partenaires et des usagers

	Objectif 2 : améliorer l'accompagnement et la prise en charge en développant le partenariat et le travail en réseau – nombre de stages croisés, de formations, de groupe de travail, de conventions (+ satisfaction des participants aux formations et diversité des partenariats ainsi créés) – nombre de situations complexes abordées et satisfaction des demandeurs Objectif 3 : renforcer l'accès aux soins sur le territoire Objectif 4 : favoriser la participation des usagers aux décisions qui les concernent – mobilisation des usagers/associations d'usagers à tous les niveaux de décision du CLSM – prise de parole des usagers/associations d'usagers – mise en place du projet de démocratie sanitaire au sein du service de santé mentale 59g21 (diversité des modes de participation mis à leur disposition, co-décision, favoriser l'évolution vers des « comités d'usagers » autogérés) Objectif 5 : – évolution du nombre de suicide sur le territoire – nombre et diversité des professionnels ou bénévoles locaux sensibilisés – satisfaction des acteurs dans leur collaboration autour des situations à risques suicidaires Gouvernance au sein du CLSM – Nombre de réunions (au moins 4 COPIL et 1 AG dans l'année) – Présences au COPIL (diversité des partenaires, représentation équilibrée, prise de parole, assiduité)
Budget prévisionnel	25 500,00 €
Sources de financements potentiels	Action financée par les communes et le secteur de psychiatrie 59G21 EPSM Lille Métropole
Année de mise en œuvre	2010

Accès aux droits et aux soins - FICHE N°1.1

Intitulé de l'action	<i>Favoriser l'information et l'accompagnement du public vulnérable dans le cadre de PLANIR (Plan Local d'Actions contre le Non recours, les Incompréhensions et les Ruptures de droit)</i>
Objectifs stratégiques	Favoriser l'accès aux soins par l'ouverture des droits et les démarches administratives Etablir une relation privilégiée entre la CPAM et le partenaire signataire au bénéfice des populations fragiles Informar les partenaires sur les dispositifs existants (Couverture maladie universelle complémentaire, aide à la complémentaire santé) Améliorer l'accompagnement du public en établissant une convention partenariale entre la CPAM et les structures (CCAS, centres sociaux...) posant le principe d'un échange de moyens et de compétences Améliorer le repérage des bénéficiaires potentiels de la CMUC et de l'ACS
Objectifs opérationnels	Informar les partenaires sur la possibilité de formaliser les échanges par une convention Organiser les formations des relais auprès du public Formaliser le circuit des dossiers CMUC et ACS Désigner un interlocuteur privilégié pour les cas complexes et urgents
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Problématique de détecter les bénéficiaires potentiels (en CMUC : 25% de non recours et en ACS : 75%) Complexité du dossier administratif Risque de rupture de droit en cas d'urgence de soins (pas d'interlocuteur privilégié actuellement avec la CPAM)
Description de l'action	Organiser une réunion avec les CCAS Planifier les séances de formations Organiser la préinstruction et le circuit des dossiers de Cmuc et d'ACS Planifier un COPIL pour le suivi de la convention
Secteur géographique	Faches Thumesnil, Lezennes, Mons En Baroeul, Ronchin
Porteur de l'action (même si éventuel)	CPAM de Lille/Douai
Partenaires dans la mise en œuvre	CCAS, Centres sociaux et autres partenaires accueillant le public vulnérable (association, etc.)
Éléments facilitateurs	Existence d'un maillage partenarial important, Diagnostic local établi, Antenne de la CPAM à Faches Thumesnil, Protocole national CCAS/CPAM, Convention cadre Missions locales
Obstacles à lever	Difficultés de moyens disponibles Mobiliser l'échelle intercommunale, faire adhérer l'ensemble des partenaires concernés

Calendrier de réalisation	Communication auprès des CCAS : 2 ^{ème} semestre 2014
Modalité de suivi	Evaluation de la convention, COPIL
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes formées par la CPAM Nombre de dossiers préinstruits
Budget prévisionnel	Fond CPAM
Sources de financements potentiels	Non concerné
Année de mise en œuvre	2014

Accès aux droits et aux soins - FICHE N°1.2

Intitulé de l'action	<i>Promouvoir les bilans de santé dans les structures sociales de proximité du territoire</i>
Objectifs stratégiques	Orienter les assurés sociaux rencontrés par les centres sociaux situés sur la circonscription Lille-Douai vers le Centre d'Examen de santé en référence.
Objectifs opérationnels	Mise en place d'une organisation (information de groupe, suivi individuel) qui permette l'accès au bilan de santé du public fréquentant les centres sociaux Développer l'information sur l'accès aux droits
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai propose à tous ses assurés sociaux, un bilan de santé gratuit. Ce bilan est réalisé par le CPES de Institut Pasteur de Lille ou par le CES Eliane Andris de Douai. Les groupes sont orientés vers l'un des deux centres suivant la répartition des communes. Ce bilan permet aux assurés de bénéficier d'un examen clinique et biologique modulé selon l'âge, le sexe et le suivi médical. L'assuré a ainsi une meilleure connaissance de son état de santé et la possibilité de dépister d'éventuelles anomalies (diabète, cholestérol, hypertension artérielle...). Le public en situation de précarité a des difficultés pour répondre aux « invitations classiques » du CES réalisées par courrier. Il faut saisir l'opportunité de promotion dédiée qu'offre le centre social afin de favoriser une participation volontariste.
Description de l'action	Promotion du bilan de santé au sein de l'ensemble des centres sociaux via les documents de promotion classique voire lors de réunions de groupes animés par des agents CPAM. Proposition d'une « formation/information » dispensée par la CPAM à l'ensemble des professionnels référents famille sur le volet accès aux droits permettant une meilleure orientation de leur public vers les solutions pouvant être proposées dans le cadre du recours aux soins
Secteur géographique	FACHES THUMESNIL /MONS EN BAROEUIL /RONCHIN
Porteur de l'action (même si éventuel)	URCS/CPAM LILLE-DOUAI
Partenaires dans la mise en œuvre	URCS
Éléments facilitateurs	Le public des centres sociaux est déjà recensé, les lieux définis et les personnes ressources déjà connues du public ciblé, ce qui facilite leur persuasion. La convention de partenariat CPAM / URCS
Obstacles à lever	Adapter une communication favorisant l'adhésion au bilan de santé de population parfois en marge du système de soins ou craignant ce

	bilan par méconnaissance des conditions de réalisation.
Calendrier de réalisation	Signature convention URCS/CPAM prévue en juin 2014 Information des Centres Sociaux ciblés (en fonction des moyens humains) courant juin 2014 Début des actions envisagées septembre 2014
Modalité de suivi	Réunion annuelle pour évaluation des indicateurs de suivis et de l'organisation mise en œuvre pour la promotion de l'EPS
Indicateurs d'évaluation	Dénombrement d'EPS réalisés rapport aux participants (groupes informés) ((nb de personnes et/ou groupes de personnes programmées /sur nombre d'EPS réalisés pour chaque structure)
Budget prévisionnel	aucun
Sources de financements potentiels	aucune
Année de mise en œuvre	2014

Accès aux droits et aux soins - FICHE N°1.3

Intitulé de l'action	<i>sécu... ckoï ?</i>
Objectifs stratégiques	Améliorer le partenariat au niveau local entre la CPAM, les missions locales du secteur (Faches-Thumesnil et Mons-en-Baroeul soit respectivement PMC et Métropole est), le centre d'examen périodique, le secteur de psychiatrie 59 G 21. Développer une offre de bilan et d'accès aux soins complète
Objectifs opérationnels	Rencontre des partenaires au sein de comités techniques Définir une action en vue d'améliorer l'accès aux droits et soins des jeunes suivis en mission locale en partenariat avec les structures adaptées
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Dans le cadre de la charte partenariale préalable du contrat locale de santé, les structures citées ont répondu à l'appel du CISSC et de l'ARS concernant les ateliers d'écriture notamment sur la thématique de l'accès aux droits et aux soins. Les caractéristiques en matière de santé nous renvoient à une surmortalité de 9% par rapport au national, conduites à risque supérieur au niveau national, notamment en comorbidité avec l'alcoolisme. Peu de dépistage bucco-dentaire (9% chez les 18 ans). Les dispositifs d'accès aux droits type CMU C et ACS ne sont pas suffisamment connus et mobilisés par les publics (75 %de recours pour la première et 40% pour la seconde). Les partenaires réunis lors du rencontre en date du 21/02 constatent que les jeunes méconnaissent leurs droits et devoirs en matière de sécurité sociale, ont peu recours aux soins et éprouvent des difficultés à se mettre en mouvement vers ceux-ci par manque de connaissance, de médiation, d'accompagnement et de soutien adapté. Des dispositifs existent via des actions de formation du PRF mais ne concernent que certains jeunes. Aucune action n'est disponible spécifiquement pour les jeunes rattachés à la CPAM de Lille Douai sur les missions locales concernées. Le bilan de santé est un outil sous utilisé par les jeunes en insertion alors que les études (CETAF...) montre qu'ils ont plus besoin de dépistage (auditif, bucco-dentaire...). L'accès aux soins passant par l'accès aux droits, nous avons souhaité monter une action globale. De plus et dans la mesure où un lien direct est établi entre bien-être physique et psychologique : il apparaît primordial aux partenaires de proposer aux jeunes suivis un bilan global de leur santé physique et psychologique. Le bilan de santé porté par les CES ne concerne que l'état de santé somatique et non la santé psychique et psychologique des publics. Le CMP propose à ses usagers des bilans psychologiques (questionnaire rempli au premier accueil). Partant de ces constats, les partenaires cités ont décidé de se rencontrer pour améliorer l'offre d'accès aux droits et aux soins pour les jeunes accompagnés au sein des missions locales. Les modalités de mise en œuvre seront les suivantes : une invitation aux jeunes nouvellement inscrit en mission locale ou sous CIVIS (dispositif d'accompagnement ML ouvrant des droits à l'assurance maladie) pour rencontrer la CPAM et la mission locale pour échanger sur les droits. Ensuite pour ceux motivés, ayant suivis ou non cette rencontre, le bilan de santé globale : un atelier de présentation CPAM (service Action Vers les Assurés, AVA), et une rencontre avec un personnel de l'EPSM pour établir un point sur la santé psychologue. Les deux ou trois (opérationnalité à définir) ateliers seront proposés à tout jeune repéré ou en formulant la demande.
Description de l'action	Coordination de partenaires
Secteur géographique	Mons-en-Barœul
Porteur de l'action (même si éventuel)	Mission locale métropole est

Partenaires dans la mise en œuvre	Mission locale Pévèle Mélantois Carembault CPAM Lille Douai, secteur de psychiatrie G21 « sécu ckoï ? »
Éléments facilitateurs	L'engagement des partenaires, l'existence en ML de parties d'une future possible action (bilan de santé psychologique en ML PMC et « sécu... ckoï ? » en MLME). L'existence d'un accord-cadre entre les ML et l'UGECAM, décliné au local avec chaque ML. L'existence de conventionnement entre l'hôpital et les ML sur le dispositif Permanence Accueil Ecoute (consultation avancée de psychologue en mission locale)
Obstacles à lever	La participation des jeunes. Validation de l'intérêt via à titre expérimental via l'exportation de l'action « Sécu CKOI ? » sur l'antenne de Mons en co-animation avec la CPAM de Lille Douai et proposition du bilan de santé Pasteur via le service AVA de la CPAM Lille Douai
Calendrier de réalisation	Juin 2013, réunion comité technique de validation de l'action expérimentale. Été 2014 validation de la prolongation de l'action expérimentale et développement de l'action autour du bilan de santé somatique et psychique. Automne 2014, démarrage des ateliers aux droits en mission locale et ensuite la présentation du bilan de santé physique et psychologique.
Modalité de suivi	Au sein de comités
Indicateurs d'évaluation	Stabilisation du projet et création d'une action à l'automne 2014.
Budget prévisionnel	A définir
Sources de financements potentiels	
Année de mise en œuvre	2014

Accès aux droits et aux soins - FICHE N° 1.4

Intitulé de l'action	<i>Mettre en place un programme d'action de prévention et d'accompagnement vers l'accès aux soins des résidents de la pension de famille « Augustin Laurent » à Ronchin</i>
Objectifs stratégiques	Repérer les problématiques de santé des résidents et mettre en place un programme de prévention et de prise en charge
Objectifs opérationnels	Obj opérationnel 1 : créer un questionnaire d'évaluation des besoins et préoccupations liés à la santé à destination des résidents de pension de famille et réaliser des entretiens sur la base d'un questionnaire préalablement travaillé avec les partenaires santé Obj opérationnel 2 : recenser les besoins en santé globale des résidents en addiction ou en problématique de santé mentale en pension de famille Obj opérationnel 3 : développer un réseau de partenaires santé Obj opérationnel 4 : mettre en place un programme de prévention et de prise en charge
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Les pensions de famille ont pour objectif de proposer des logements pour des personnes de plus de 40 ans, avec des faibles revenus et qui ont eu un parcours de rue et/ou d'hébergement. De plus, leur situation d'isolement ou d'exclusion lourde, leur situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Sur l'ensemble des résidents, il y a une bonne prise en charge de la santé mentale. Quelques-uns sont suivis pour les addictions mais les autres pathologies (cardio, pneumo...) qui en résultent sont mal connues. D'autant, que nous accueillons un public âgé en moyenne de 54 ans (ils ont tous plus de 40 ans) femme et homme.
Description de l'action	Création d'un questionnaire santé à destination des résidents de pensions de famille. Ce questionnaire devra permettre de relever les préoccupations santé des résidents, mettre en lumière les informations de prévention à transmettre et a fortiori orienter les résidents vers les partenaires santé. Le questionnaire devra comporter des questions simples qui permettront à ceux qui le souhaitent d'y répondre seuls. Cependant, des questions ouvertes, permettront d'approfondir la situation santé des résidents et faciliteront l'entretien à réaliser. La phase de création du questionnaire, 1^{er} semestre : recherche sur différents questionnaires santé, échanges avec les partenaires du CLS/CLSM du secteur... La phase de réalisation des entretiens, 2^{ème} semestre : rencontres individuelles avec chaque résident ou remise du questionnaire si nécessaire. La phase d'analyse des résultats et bilan du questionnaire : réalisation d'un tableau récapitulatif, analyse, échanges avec les partenaires santé, prospection d'actions à mettre en place... Il sera nécessaire de réaliser un retour auprès des résidents sous forme collective ou individuelle (choix à faire par le responsable de pension de famille selon le climat des entretiens). Mise en place d'un calendrier d'action de prévention à mettre en place et de prise en charge en concertation avec les différents partenaires
Secteur géographique	Ronchin
Porteur de l'action (même si éventuel)	ARELI

Partenaires dans la mise en œuvre	Les partenaires du CLS/CLSM du secteur
Éléments facilitateurs	Liens de confiance entre le responsable de la pension de Famille et les résidents Présence d'un référent qui mène parfois un accompagnement santé sur lequel nous pourrions nous appuyer (CMP, VISAVIES ...) Les structures ARELI ont développé un réseau de partenaires santé sur la Métropole lilloise, partenaires qui pourraient être également sollicités
Obstacles à lever	Les représentations de la santé par les résidents sont parfois erronées. La structure est de petite taille, le regard des autres peut-être parfois plus marqué (peur de la stigmatisation). La santé est bien souvent secondaire aux problèmes administratif, financier ou relationnel pour les résidents. Ils sont souvent gênés par leur fragilité psychologique.
Calendrier de réalisation	Année 2014 Questionnaire à établir sur le premier semestre (création de l'outil) Questionnaire à soumettre aux résidents et bilan et évaluation du questionnaire et mise en place d'un planning sur les actions à mener en 2015 sur le deuxième semestre.
Modalité de suivi	Liste des résidents de la pension de famille. Tableau des résultats du questionnaire
Indicateurs d'évaluation	Nombre de résidents ayant répondu au questionnaire. Nombre de résidents ayant eu un échange sur la santé grâce au questionnaire. Qualité des échanges lors du questionnaire L'intérêt porté par les résidents sur les questions liées à la santé après avoir répondu au questionnaire (pendant les discussions informelles ou formelles dans la pension de famille, par exemple). Nombre d'intervenants prévus pour des actions de prévention et de prise en charge Nombre de thèmes abordés en prévention et prise en charge
Budget prévisionnel	Aucun. Le questionnaire sera réalisé dans le cadre des actions d'accompagnement individuel des résidents de la pension de famille.
Sources de financements potentiels	DDCS, et à définir
Année de mise en œuvre	2014

Intitulé de l'action	<i>Promouvoir un accompagnement adapté aux migrants vieillissants sur la résidence sociale les cerisiers à Faches-Thumesnil</i>
Objectifs stratégiques	Mettre en place une veille sanitaire pour anticiper les pertes d'autonomie, et faciliter la prise en charge des pertes d'autonomie avérées
Objectifs opérationnels	<u>Objectif spécifique</u> : Faire en sorte que 50% du public repéré soit accompagné <u>Objectifs opérationnels</u> : 1. Mettre en place une veille sanitaire 2. Améliorer la prise en charge et le suivi des résidents en matière de santé, en adéquation avec leur mode de vie, leurs différentes cultures et leur mode d'hébergement 3. Permettre des relais entre les résidents et les professionnels de santé du secteur (hôpitaux, infirmiers libéraux, médecins généralistes et spécialistes, professions paramédicales...)
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Une forte proportion de résidents âgés vit dans les Foyers et Résidences sociales ARELI de la métropole lilloise, en situation de précarité financière et sociale. La pénibilité des postes occupés durant leur carrière professionnelle et la prise en compte tardive de leur problématique santé ont accentué leur vieillissement. Lors des entretiens individuels exercés par les travailleurs sociaux, nous constatons les conséquences du vieillissement chez les résidents : perte d'autonomie et altération de leurs capacités intellectuelles. Nous procédons souvent à la mise en place de mesures de "maintien à domicile" (demandes APA, portage de repas, soins à domicile). Globalement, les migrants ont vieilli dans les foyers qui sont devenus leur logement à part entière. Cette population a connu un vieillissement précoce dû à : leur parcours migratoire, la pénibilité de leurs emplois, l'isolement, leurs habitudes de vie... Précisément, ils connaissent : • Une souffrance psychologique liée à l'éloignement familial et à l'exil. • Des conditions de vie précaires (logement, malnutrition, peu ou pas d'activité sociale) • L'isolement C'est un public qui sollicite peu les services de droit commun, voire pas du tout, notamment en matière de soins et de maintien à domicile, ou de logement en institutions adaptées telles les maisons de retraite. Principaux motifs : • Culture différente, • Difficultés de prendre un RDV par téléphone (personnes maîtrisant mal le français), de le noter (illettrisme), • Difficultés pour une personne maîtrisant mal le français d'expliquer ses symptômes devant un professionnel de santé, ou de comprendre les explications données par celui-ci, • Faiblesse des revenus qui rend l'achat de médicaments difficile, liée à une absence de couverture complémentaire santé, • Impossibilité pour une personne illettrée de suivre une prescription médicale basée sur l'écrit, idem pour le suivi de régimes alimentaires. Les problèmes les plus fréquemment recensés en matière de santé sont : • les Maladies Cardiovasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral et facteurs de risque très représentés tels que diabète, cholestérol, hypertension...), • les problèmes urologiques, • les pathologies lourdes (cancer), • les pathologies psychiques (démence, Alzheimer...), • les addictions. De plus, pour les travailleurs sociaux, il devient très difficile de réaliser pleinement une prise en charge de l'ensemble des problématiques pour lesquelles les résidents ont besoin d'un accompagnement vers les services de droit commun. En effet, les démarches effectuées par les

travailleurs sociaux consistent à prendre contact avec des médecins pour établir des relais avec les résidents, à réaliser des accompagnements à l'hôpital, à faire des visites lors d'hospitalisations (rappelons que le public est sans famille en France et très isolé, nous sommes parfois la seule visite reçue!), à mettre en place des soins et des services à domicile lors d'un retour d'hospitalisation (les démarches réalisés par les services hospitaliers ne sont pas toujours en adéquation avec le mode de vie des résidents), à expliquer le contenu d'une ordonnance aux personnes ne sachant pas lire, à accompagner le résident lors d'une consultation en sachant que la personne ne saurait expliquer ses symptômes ni comprendre les prescriptions du médecin en étant seule... Notons que certains professionnels hospitaliers ou libéraux sont souvent réticents à échanger avec les travailleurs sociaux, sous couvert du secret médical ce qui ne facilite pas les démarches pour ces personnes isolées, sans famille en France.

L'ensemble de ces actes relèvent en réalité de la technicité d'un professionnel de santé, même si par ailleurs, les travailleurs sociaux ARELI organisent de la prévention (en individuel ou en collectif), de l'accès aux droits. Mais ils ne peuvent plus assurer l'accompagnement sanitaire quotidien de ce public de part la courbe exponentielle de leurs besoins en matière de santé. Les travailleurs sociaux assurent cette mission dans la mesure de leurs compétences et des moyens à leur disposition, mais il était évident que cela est aussi au détriment de leur mission d'accompagnement social global (médiation, information, relais, accès aux droits... dans des domaines tels que la retraite, le logement, la citoyenneté, la vie collective au sein du foyer ou du quartier...).

La question du relais en matière de santé s'est alors fortement posée. La réponse devait pouvoir prendre en compte l'ensemble des éléments constitutifs du parcours de soins ainsi que la dimension sociale et culturelle des migrants. La mise en place d'une coordination santé grâce à l'intervention d'infirmières (DE), nous a semblé être en adéquation avec les besoins des résidents et le travail essentiel de réseau à réaliser auprès des professionnels de santé. Les coordinatrices santé font partie intégrante de l'équipe et sont désormais un appui précieux pour les travailleurs sociaux en matière de santé.

Description de l'action

Concrètement, les coordinatrices santé assurent des permanences au sein de leurs structures d'intervention. Mais le lien avec les résidents se fait essentiellement sur orientation des travailleurs sociaux ARELI, ou par le biais de partenaires extérieurs. Les rencontres se réalisent donc le plus souvent

au domicile des résidents. Les coordinatrices santé évaluent la situation de la personne, donnent les informations aux résidents afin de leur permettre d'engager des démarches de soins, prennent contact si nécessaire avec les professionnels de santé, accompagnent le résident dans le suivi de la démarche, font éventuellement le relais avec le Travailleur social ARELI si des démarches d'accès aux droits sont à accomplir, accompagnent parfois physiquement les résidents lors de RDV.

- 2 x ½ journées au foyer de Lille Lannoy (jeudi après-midi et mardi matin)
- ½ journée au foyer de Lille Bonte (mardi après-midi)
- ½ journée au foyer de Roubaix (jeudi matin)
- ½ journée à la résidence sociale de Tourcoing (mardi après-midi).
- ½ **journée à la résidence sociale de Faches-Thumesnil (jeudi matin)**
- ½ journée à la résidence sociale de Wattrelos (jeudi après midi)
- ½ journée au foyer de Marquette (mardi matin)

Les coordinatrices santé sont des infirmières diplômées d'État avec une expérience significative auprès de public en précarité. Depuis leur arrivée dans la structure elles ont été sensibilisées à l'écoute active par le biais d'une formation d'une journée.

Elles ne dispensent pas de soins. Leurs missions dans le cadre de ce projet sont de :

- faciliter la mise en réseau des professionnels médicaux de droit commun qui interviennent auprès des résidents,
- être le relais entre ces professionnels et les résidents,
- assurer un suivi de la prise en charge sanitaire des résidents, selon les prescriptions des médecins libéraux (explications de comptes-rendus médicaux, prise de RDV, entrée/sortie d'hôpitaux...),
- accompagner éventuellement les résidents lors de RDV auprès de professionnels de santé lorsque la démarche s'avère trop complexe à réaliser par la personne seule
- être toujours en relation de relais, de travail en équipe, avec les Travailleurs sociaux ARELI.

Elles ont également une expertise qui permet d'orienter le plus précisément possible les actions de prévention mises en place en collectif par les travailleurs sociaux. Cependant, à ce jour, elles ont très peu de temps pour collaborer à ces actions.

Les travailleurs sociaux ont aussi une mission dans cette action, ils font le relais entre les résidents et les coordinatrices santé. Ceux sont des personnes ressources, repérées, qui permettent un soutien, une aide, et un accompagnement au quotidien des résidents. Ils prennent en charge

	le volet accès aux droits des résidents (CMU, ALD, PS, mutuelle, APA, soins à domicile...). Les coordinatrices santé se sont inscrites dans le réseau partenarial santé déjà existant de chaque structure, et tendent à le maintenir, à le développer (ANPAA/ CSAPA, CMP/La Ravaude/ L'Abbé de l'Épée, SPS, Institut Pasteur, centres sociaux animatrices santé, les professionnels médicaux libéraux...). Elle travaille de façon général en collaboration avec les professionnels du secteur médicosocial tels que : les services sociaux et les soignants des hôpitaux, les médecins généralistes, les laboratoires, les spécialistes, les pharmaciens, les infirmières libérales, les kinésithérapeutes, les structures de soins et d'aide,... Sur le secteur de Faches-thumesnil, elles entretiennent un partenariat plus étroit avec : CHR, GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille), la clinique Ambroise Paré, le Cabinet d'ophtalmologie des Flandres, le centre de soin, Institut Pasteur, le SPS (tuberculose), Réseau diabète obésité, Ariane service, les opticiens mutualistes...
Secteur géographique	Faches-Thumesnil : Résidence sociale Les Cerisiers, 79 rue Jean Jaurès 59155 Faches-Thumesnil (Pour information, les autres structures se situent sur les villes de Lille, Marquette, Tourcoing, Roubaix et Wattrelos)
Porteur de l'action (même si éventuel)	ARELI
Partenaires dans la mise en œuvre	CHR, GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille), la clinique Ambroise Paré, le Cabinet d'ophtalmologie des Flandres, le centre de soin, Institut Pasteur, le SPS (tuberculose), Réseau diabète obésité, Ariane service, les opticiens mutualistes...
Éléments facilitateurs	Les coordinatrices santé sont bien repérées par les professionnels de santé de proximité. Le partenariat s'est d'ailleurs intensifié notamment avec le secteur hospitalier et les médecins généralistes. Cette situation est le fruit d'un travail mené depuis plusieurs années. Leur travail en réseau avec les professionnels de santé facilite l'accès et la coordination des soins pour les résidents accompagnés ainsi que le suivi des prises en charge. Le travail en équipe avec le service social et les partenaires intervenant sur les différents sites a lui aussi un impact positif sur l'accompagnement santé mené auprès des résidents. Les relais sont faits désormais naturellement entre le travailleur social et la coordinatrice santé lors d'une réunion d'équipe formalisée, de façon hebdomadaire. Les coordinatrices santé sont aussi bien connues des partenaires santé intervenants sur les différents sites auprès des résidents que cela soit lors d'accompagnement individuel ou collectif. Elles font parfois, des relais pour le suivi spécifique de certains résidents en prise en charge santé psychique ou addiction par exemple. Mais ce travail commun, impose des temps de rencontres et de synthèses dans un souci de mieux accompagner les résidents. Leur connaissance du public et de ses habitudes de vie, ainsi que la relation de confiance acquise auprès d'eux constitue un élément facilitateur dans l'accompagnement. Les coordinatrices santé sont désormais bien identifiées par le public qui n'hésite pas à les interpeller spontanément ou à orienter des voisins en difficultés de santé. Cet élément constitue une véritable valeur ajoutée dans la réussite des parcours de soin. Le statut d'infirmière diplômée des coordinatrices facilite l'accès aux éléments médicaux des résidents accompagnés. Elles peuvent mieux identifier et anticiper leurs besoins en matière d'accompagnement et surtout assurer ainsi pleinement leur rôle de médiation auprès d'eux et des autres partenaires quand cela est nécessaire.
Obstacles à lever	Le premier frein est constaté chaque année, est principalement lié au temps alloué à la coordination santé. Le temps de présence limité à une demi-journée hebdomadaire sur les sites oblige à une priorisation des situations en fonction des urgences et ne permet pas toujours d'anticiper ou d'assurer un suivi exhaustif de toutes les problématiques santé des résidents suivis.

Le second frein est lié aux difficultés rencontrées par les coordinatrices santé pour concilier les préoccupations ou les priorités des résidents avec les préconisations et le rythme des professionnels de santé (RDV). Les résidents se sont adaptés à des conditions de vie rudes. Cette accoutumance à un contexte de vie difficile altère parfois leur perception des symptômes et la réalité de leurs conséquences sur le quotidien ou leur santé. De plus, il faut également concilier la priorisation des soins avec leur souhait de maintenir le lien avec leur famille et leur pays d'origine en organisant la continuité des soins que ce soit durant leur voyage, leur séjour au pays et lors de leur retour en France. Il est parfois difficile, pour les résidents effectuant de longs séjours au pays, d'honorer, les rendez-vous médicaux programmés dans un délai éloigné. De plus, les résidents acceptent volontiers l'accompagnement global de la coordinatrice santé mais n'adhèrent pas toujours à certaines propositions d'interventions. Ces refus vis-à-vis de certaines interventions s'expliquent par des raisons financières, par des craintes du monde médical ou d'incompréhensions qui seraient source de tension, par un souhait de conserver les habitudes de vie ou par des troubles psychologiques ou neurologiques.

Le troisième frein dans l'accompagnement vers les soins des résidents, est lié au fait que les professionnels de santé ne transmettent pas toujours les retours sur leurs interventions auprès des personnes. Or, cette transmission d'informations est nécessaire pour la cohérence du suivi. Aussi, cela nécessite souvent des relances auprès des professionnels de santé.

L'action à elle seule, ne peut pas répondre à l'ensemble des difficultés rencontrées par les migrants vieillissants. Nous réussissons en parti à répondre aux besoins de ce public, ce qui conforte l'utilité de l'action. En revanche, nous sommes en constante réflexion pour lever les freins qui persistent dans l'accès aux soins notamment le frein financier. C'est ainsi que cette action est en lien avec la plateforme « Vieillesse plurielles » portée par ARELI et Le travail de coordination et de partenariat nécessite quant à lui d'être développé et maintenu car il est indispensable à la réussite des prises en charge.

Enfin, seule une relation de confiance inscrite dans la durée peut agir à long terme sur les réticences liées aux craintes du monde médical, ou celles vis-à-vis des habitudes quotidiennes. Les coordinatrices santé respectent dans tous les cas les choix des résidents qui demeurent acteur dans la prise en charge de leur santé.

Calendrier de réalisation

De janvier à décembre 2014

Modalité de suivi

Les outils de suivi et d'évaluation

Afin d'accompagner au mieux l'ensemble des résidents et d'évaluer l'action, nous avons mis en place des outils de suivi et d'évaluation que les coordinatrices santé utilisent dans le cadre de leur suivi individuel.

➤ Les outils de suivi

- 1- Un cahier de bord a été établi et est complété par les coordinatrices santé afin de suivre et d'accompagner les résidents individuellement. C'est un outil qui leur permet de relever rapidement les faits marquants dans le suivi des résidents: les nouvelles ordonnances, les RDV chez les spécialistes, les hospitalisations à organiser mais aussi les changements de comportements, les réactions et les demandes des résidents.
- 2- Le dossier individuel de chaque résident accompagné
- 3- Le logiciel interne de suivi social « Brédéa »

➤ Les outils d'évaluation

- Les tableaux extraits du logiciel interne « Brédéa »
- Les grilles d'évaluations renseignées par chaque coordinatrice

➤ Les outils d'analyses :

Les résultats sont retranscrits dans des tableaux récapitulatifs pour l'ensemble des 7 sites sur lesquels interviennent les coordinatrices santé. Cela permet de faciliter la lecture des données et l'évaluation de l'action.

Indicateurs d'évaluation

- Nombre de résidents repérés
- Nombre de résidents touchés par l'action
- Nombre de résidents suivis par les coordinatrices santé
- Nombre de résidents nouvellement suivis
- Caractéristiques sociodémographiques : âge, type de ressource, montant de ressource, nationalité

	➤ Pathologies les plus représentées ➤ Type d'interventions le plus réalisé ➤ Les orientations par type de professionnel (orientation par qui ?) ➤ Les partenaires avec lesquels sont réalisées les interventions
Budget prévisionnel	55029€ (pour les 7 sites (mais 8 permanences) sur lesquels interviennent les coordinatrices santé) soit 6878€ pour la résidence sociale les Cerisiers (12% du global)
Subvention sollicitée	29200€ (pour les 7 sites (mais 8 permanences) sur lesquels interviennent les coordinatrices santé) soit 3650€ pour la résidence sociale les Cerisiers (12% du global)
Sources de financements potentiels*	ARS
Livrables.	

*A ce stade, les sources de financements potentiels n'engagent pas le ou les financeurs mentionnés dans la présente fiche. Leur attribution devra respecter les procédures administratives et réglementaires des différents financeurs.

Addiction - FICHE N°2.1

Intitulé de l'action	<i>Sensibiliser les acteurs locaux à la réduction des risques liés à l'usage de drogues</i>
Objectifs stratégiques	Réduire les risques liés à l'usage des drogues
Objectifs opérationnels	Mettre en place des actions de sensibilisation et de formation
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Beaucoup d'intervenants sont attachés au schéma de l'abstinence dans la relation d'aide (accro, décro) De ce fait, beaucoup exclut la notion de réduction des risques. En effet, une personne en situation de toxicomanie active peut être accompagnée avec un autre schéma que l'abstinence. Cette manière d'agir évite l'exclusion à certains dispositifs d'usagers de drogues sur les territoires.
Description de l'action	Deux demi-journées ouvertes à toute personne travaillant dans la relation d'aide et d'éducation Première demi-journée : - Histoire de la Réduction des Risques : représentation, cadre légal, outils de réductions des risques (kit d'injection, roule ta paille...) - Théâtre d'Intervention Oxygène - Débriefing et moments d'échanges animés par deux intervenants Deuxième demi-journée : -Accompagnement, Ecoute, Réseau, Qui fait quoi ? autour de la réduction des risques - Mise en situation : comment je peux réagir face à une situation de crise liée à une prise de drogues et les risques associés. Avec la démarche du Théâtre d'Intervention
Secteur géographique	Tous secteurs se rattachant aux dispositifs intercommunaux
Porteur de l'action (même si éventuel)	Point accueil oxygène – Théâtre d'intervention Oxygène
Partenaires dans la mise en œuvre	Acteur médico-sociaux et psychiatrique – associations - usagers
Éléments facilitateurs	Travail avec le réseau existant
Obstacles à lever	Changer son regard sur les usagers de drogues et de la réduction des risques
Calendrier de réalisation	2014

Modalité de suivi	Rencontre des personnes ayant suivies la formation dans leur structure, mise en place d'un comité de pilotage
Indicateurs d'évaluation	Nombre de partenaires sensibilisés – État des connaissances sur la Réduction Des Risques avant et après l'intervention – Nombre de nouveaux usagers accueillis concernés par la Réduction Des Risques par les structures partenaires (hommes, femmes, âge, situation sociale)
Budget prévisionnel	A DEFINIR
Sources de financements potentiels	ARS
Année de mise en œuvre	2014

Addiction - FICHE N°2.2

Intitulé de l'action	<i>Engager les partenaires locaux dans la réflexion pour la prise en charge des addictions sur la commune de Mons-en-Barœul</i>
Objectifs stratégiques	1. Fédérer les acteurs locaux des champs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, éducatifs, etc.. autour des problématiques d'addictions 2. Permettre l'accueil, l'écoute, l'orientation, l'accompagnement et la prise en charge des personnes addictées et de leurs proches
Objectifs opérationnels	• Renforcer les liens entre les professionnels locaux (dont le « médical ») et entre les professionnels locaux et les structures spécialisées • Qualifier la relation entre les acteurs locaux et le public • Actualiser régulièrement les connaissances sur les addictions et plus largement sur les outils de prévention et les modalités de prise en charge • Identifier les cadres d'intervention existants, mais aussi leurs limites
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	A l'issue d'une formation commune en toxicomanie durant l'année 2009, suivie par des professionnels des champs du travail médico-social et socio-éducatif, dans le cadre du GSE de Mons-en-Barœul, coanimé par le SPS et EPICEA, quelques professionnels ont souhaité poursuivre un travail commun. Ce travail s'est appuyé sur différents constats : • A Mons-en-Barœul, il n'existe pas de structure spécialisée œuvrant dans les domaines des toxicomanies et des addictions. Depuis le début des années 2000, il n'existe plus de groupe de travail local investi sur ces problématiques. Antérieurement plusieurs groupes avaient été à l'initiative d'actions de sensibilisation/formation auprès des professionnels et de la population. • L'accueil des personnes confrontées à une toxicomanie ou à une addiction met en difficulté des professionnels locaux dont les missions ne sont pas axées sur ces problématiques. • La prise en charge se complique dans le cas des toxicomanes vieillissants ou lorsque l'on parle de comorbidité (problématiques psychiques ou psychiatriques couplées à une addiction). • Une population jeune et adulte, prise en charge ou non, nous interpelle régulièrement pour de l'écoute, de l'orientation, de l'accompagnement, vers ou dans une démarche de soin. A contrario, une part du public ne sollicite aucun professionnel ou dispositif. De plus, les situations de crise conduisent à improviser dans l'urgence des réponses peu adaptées.
Description de l'action	• Mise en place des instances de travail et de décision • Réalisation d'un créa-plan visant à déterminer les besoins • Mise en place d'un cycle de 4 conférences sur les années 2014-2015, travaillé et animé par les professionnels locaux • Actualisation du répertoire « toxicomanies et addictions de la métropole lilloise » et mise en place d'une version internet • Mise en place d'intervisions • Démarche spécifique auprès des professionnels de santé locaux, en vue de les mobiliser sur le projet
Secteur géographique	Mons-en-Barœul
Porteur de l'action (même si éventuel)	Ville de Mons-en-Barœul

Partenaires dans la mise en œuvre	Club de prévention Azimuts, Service Prévention Santé et UTPAS, Vilogia, ARS, EPSM Lille Métropole, AISSMC, Centre social Imagine, Mission locale, Service jeunesse Mairie, Association Ensemble Autrement, Cèdre Bleu, Avance, ANPAA, CIPD, CCAS, Alcooliques anonymes et Narcotiques anonymes
Éléments facilitateurs	• Suite à la formation de 2009, existence d'un groupe de réflexion local pluri-partenarial poursuivant les travaux • Création d'un répertoire « toxicomanies et addictions de la métropole lilloise » et restitution publique en 2013 • Structures et institutions locales engagées à participer à l'élaboration d'un projet local commun • Volonté affirmée de la ville à travailler sur cette question • Construction d'une architecture de travail (groupe ressource, groupe de travail élargi, comité de pilotage)
Obstacles à lever	• Impliquer l'ensemble des professionnels au contact du public, au-delà des responsables de structures • Passer d'une logique de réflexion à une logique d'action • Difficulté à mobiliser les professionnels de santé locaux (médecins, pharmaciens, etc...)
Calendrier de réalisation	Origine de l'action : 2009 2013 : présentation du répertoire et définition d'un cadre d'élaboration du projet 2014/1er semestre 2015 : élaboration des besoins, temps de formation et cycle de conférence : fédération des acteurs et écriture d'un projet local 2nd semestre 2015/2016 : mise en place du projet local
Modalité de suivi	• Mise en place d'un comité de pilotage trimestriel, piloté par la ville, avec l'ensemble des responsables des institutions engagées dans le projet ; compte-rendu et tableau de présence • Suivi technique réalisé par le groupe ressources, réunit mensuellement
Indicateurs d'évaluation	• Nombre, qualité et diversité des professionnels locaux engagés dans les différentes instances • Participation active des professionnels aux instances • Réalisation des 4 conférences • Nombre de professionnels de santé rencontrés et participant aux instances
Budget prévisionnel	En fonction de la déclinaison du projet finalisé
Sources de financements potentiels	Non concerné
Année de mise en œuvre	Mise en œuvre déjà effective. Travail permanent avec étapes prévisionnelles identifiées (cf. calendrier de réalisation)

Addiction - FICHE N°2.3

Intitulé de l'action	<i>Accompagner les personnes en situation d'addiction au sein la Résidence sociale Les cerisiers à Faches-Thumesnil</i>
Objectifs stratégiques	Accompagner les résidents de foyers de travailleurs et de résidences sociales dans la réduction de leurs pratiques addictives
Objectifs opérationnels	- Communiquer sur les possibilités d'accompagnement santé auprès de 50% des résidents entrés dans l'année dans la structure, et repérés en pratiques addictives. - Faire en sorte que 50% des résidents repérés mais non suivi, en pratiques addictives (lors du diagnostic et lors de nouvelles entrées) soient en relation avec un professionnel de santé. - Faire en sorte que 15% des résidents en pratiques addictives prennent en charge leur problématique. - Assurer la coordination entre les résidents et les différents professionnels de santé, par le travailleur social de la structure, pour faciliter la réduction de la fréquence des consommations psycho-actives chez les résidents.
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	La population hébergée se compose majoritairement d'hommes seuls souvent isolés et en situation de vulnérabilité. Aux immigrés âgés, se mêle désormais un public plus jeune en difficulté d'accès au logement. En effet, depuis les premières transformations des foyers de travail migrants en résidence sociale, ARELI accueille un public plus diversifié (femmes, jeunes, couples) au sein de ses structures d'hébergement. Ce nouveau public, en situation de précarité, au parcours de vie parfois difficile est confronté aux problématiques liées aux addictions. C'est pourquoi depuis 2009, sur le secteur Nord de la Métropole Lilloise et sur la résidence sociale de Faches-Thumesnil, nous avons mis en place ce projet commun aux 4 sites. Ainsi depuis cette date nous coordonnons l'action des partenaires sur les différents territoires, nous soutenons les actions collectives qu'ils animent et nous organisons le comité de pilotage annuel lié à l'action. Le contexte d'isolement et de précarité sociale et familiale, accentue les consommations à risque. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons mis en place des actions visant à accompagner les résidents vers une prise de conscience et une prise en charge de leur consommation excessive, grâce à une information des possibilités de prise en charge par les dispositifs et les professionnels de santé. En 2014, notre souhait est de continuer le projet tel qu'il se réalise depuis plusieurs années, en renforçant le partenariat sur l'accompagnement individuel avec EHLA et le CSAPA. La rencontre avec toute l'équipe de l'ANPAA ainsi que le comité de pilotage réunissant l'ensemble des partenaires au dernier trimestre 2012 a facilité ce travail en réseau. Tous les sites ont confirmé la nécessité de maintenir des temps forts collectifs animés par un partenaire « expert » sur le thème des addictions. A Tourcoing, la volonté est de reprogrammer des actions collectives en ré interpellant l'ANPAA, l'association le Relais ou Réagir. A Wattrelos une randonnée sera proposée 4 fois dans l'année avec l'éducateur de l'ANPAA pour essayer de toucher et mobiliser davantage de public repéré en difficulté mais non accompagné. A Roubaix, les ateliers santé bien-être aborderont l'année prochaine, des thématiques plus larges impliquant tous les professionnels de santé qui interviennent régulièrement sur le site (coordinatrice santé, infirmière de la Ravaude, éducateur de l'ANPAA). Les petits déjeuners santé se poursuivront à Faches-Thumesnil.
Description de l'action	Les actions individuelles et collectives se dérouleront de janvier à décembre 2014. En plus des rencontres individuelles effectuées par les intervenants extérieurs, plusieurs actions collectives sont prévues sur chaque territoire avec un partenaire (en moyenne au moins 3 sur l'année). Les 4 travailleurs sociaux ARELI coordonnent l'action et mettent en place les relais et orientations nécessaires auprès du public. De plus, un atelier collectif est prévu sur chacun des 4 sites, sous différente forme et sur une thématique précise avec le soutien des partenaires. Lorsque la date de l'animation est fixée, le travailleur social fait systématiquement une information à l'ensemble des résidents et une invitation personnelle est remise aux personnes qui sont suivies dans le cadre des addictions. La responsable du service social et la référente projets assurent le pilotage et l'ingénierie du projet. Sur Faches-Thumesnil, outre l'accompagnement individuel et la coordination avec les partenaires, le travailleur social met en place des actions collectives : temps d'information et d'échanges avec la présence de l'ANPAA ou d'un autre partenaire. De plus, ces temps sont ouverts à l'ensemble des résidents afin de ne pas stigmatiser le public. Les informations sont générales avec toujours un point sur les pratiques addictives. Elles se réalisent sous forme de petits déjeuners.

Secteur géographique	Sur 4 villes : Tourcoing, Wattrelos, Roubaix, et sur Faches-Thumesnil
Porteur de l'action (même si éventuel)	Association ARELI
Partenaires dans la mise en œuvre	-Sur la résidence sociale de Faches-Thumesnil , les partenaires sont le CSAPA, l'ANPAA, Diogène, EHLA, le CITD...
Éléments facilitateurs	Le fonctionnement de la résidence sociale favorise le repérage des consommateurs de substances psycho-actives ayant une consommation nocive ou dépendante. Les rencontres imposées par le protocole de fonctionnement (entretien de pré-admission, synthèse trimestrielle avec le référent) permettent en effet d'aborder la question de la consommation de produits nocifs entraînant des addictions et surtout d'informer les consommateurs des différents dispositifs de prise en charge existants. Les résidents, ont compris que le fait d'aborder leur difficultés vis-à-vis d'une addiction ne constituait pas un frein à leur entrée en résidence sociale mais au contraire une opportunité d'être aidé ou soutenu en vue d'un retour à une situation de gestion de leur consommation et de préservation de leur santé. C'est aussi lors d'actions collectives que le repérage des personnes en difficulté avec une addiction peut avoir lieu soit parce qu'elles partagent leur expériences avec le groupe soit parce qu'un problème de comportement lié à la consommation excessive d'alcool apparaît lors d'une sortie ou une animation. Ces circonstances permettent à l'équipe d'informer les personnes concernées des jours de permanences ou possibilité de prise de RDV avec les professionnels du CSAPA sur le site. C'est parfois aussi l'occasion de réaliser une mise en relation avec eux si la personne est prête à entamer une démarche concrète de prise en charge. Enfin, il arrive que les personnes soient repérées en raison de plaintes du voisinage. De plus, le partenariat établi depuis de longues années avec le CSAPA, l'ANPAA, le CITD, le CMP par le biais de Diogène, ou plus récemment avec EHLA est un élément facilitateur dans la démarche d'accompagner les résidents vers une prise en charge et une gestion de leurs addictions. Ces partenaires connaissent bien le public accueilli et le fonctionnement des résidences sociales. Ils permettent un relai efficace avec les structures extérieures de prise en charge des addictions.
Obstacles à lever	L'accompagnement des résidents, dans leurs démarches de soins sur le long terme n'est pas aisé pour les travailleurs sociaux. Le parcours de soin est en effet souvent ponctué de rechutes, de découragements, de facteurs de vulnérabilités qui peuvent influencer sur les consommations ou consolidation de l'abstinence. Faciliter le retour à une situation de gestion des consommations et à la préservation de la santé nécessite un suivi régulier, une écoute importante, une démarche proactive qui n'est pas toujours compatible avec la disponibilité des équipes, monopolisées par leur charge de travail quotidienne sur les sites. (Gestion des admissions, permanences sociales, animations collectives etc.). Il est donc nécessaire pour eux de pouvoir s'appuyer sur des partenaires réactifs et de proximités spécialisées en alcoologie. Ensuite un des freins dans la démarche d'accompagnement vers le soin est le temps d'attente entre la sortie de cure et l'entrée en post cure. En effet, faute de place en post cure le résident est parfois obligé de revenir dans son logement après la cure en attendant qu'une place se libère en post cure. Ce temps d'attente constitue parfois un risque important de rechute dans le sens où la consolidation de l'abstinence n'a pas pu se faire en post cure. De même, l'environnement de la résidence sociale et l'organisation des logements sous forme semi collective ne favorise pas toujours le maintien de l'abstinence. Après une démarche de cure et de post cure, le résident revient souvent dans son logement d'origine au sein de la résidence sociale. Il lui est parfois difficile de ne pas subir l'influence d'amis consommateurs actifs ou celle de l'ennui et la solitude. Dans la coordination des accompagnements, les travailleurs sociaux ARELI et les partenaires rencontrent parfois des difficultés d'ordre organisationnel : il est parfois difficile d'accorder nos agendas pour échanger sur certaines situations. Nous parons à cette difficulté grâce à des entretiens téléphoniques ou parfois à des entretiens informels mais qui ne remplacent pas la nécessaire rencontre physique pour échanger plus posément.
Calendrier de réalisation	De janvier à décembre 2014
Modalité de suivi	- 2 réunions internes de suivi et de coordination de l'ensemble de l'action

	- un comité de pilotage 1x par an - des temps de rencontre avec les partenaires sur chaque site
Indicateurs d'évaluation	Le nombre de résidents entrés dans l'année et repérés en pratiques addictives, Le nombre de résidents entrés dans l'année et repérés en pratiques addictives ayant eu une information sur les possibilités d'accompagnement santé, Le nombre de résidents repérés ayant été en relation avec un professionnel de santé à l'extérieur du foyer, Le nombre de résidents en pratiques addictives, ayant engagé une démarche de soin, Le nombre de résidents ayant modifié leurs comportements au vu de leur consommation, Les différents effets visibles sur la vie quotidienne, sociale et/ou professionnelle des résidents (entretien du logement, sortie plus fréquente...), Le nombre de bilans et synthèses avec les partenaires intervenants sur chaque site...
Budget prévisionnel	37489€ soit 9372€ sur la résidence sociale de Faches-Thumesnil (25% du global)
Subvention sollicitée	Subvention obtenue pour 2014 : 14000€ soit 3500€ sur la résidence sociale de Faches-Thumesnil (25% du global)
Sources de financements potentiels	Conseil Régional

Alimentation et activité physique - FICHE N°3.1

Intitulé de l'action

Mettre en œuvre une dynamique de travail en réseau sur l'hygiène de vie entre établissements scolaires

Objectifs stratégiques

Étudier la faisabilité d'une demande centralisée pour plusieurs établissements, dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) : un dossier unique pour plusieurs commune sur un même thème.

Objectifs opérationnels

Mettre en place un groupe intercommunal sur l'hygiène de vie : alimentation, activité physique, sommeil, etc.
Sortir de l'isolement et travailler en équipe
Mutualiser les outils et nos savoir-faire
Réaliser un diagnostic de ce qui existe et impulser un plan d'action pour chaque établissement du réseau CLS

IMPACT AUPRES DES ELEVES :

améliorer la santé et le bien-être des élèves : actions plus ciblées, plus pertinentes, en adéquation avec les besoins, les demandes des élèves et en partenariat donc plus efficaces

Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic

L'évaluation de l'hygiène de vie des élèves lors des dépistages infirmiers de tous les élèves de 6ème nous permet d'établir un diagnostic commun

Nous retrouvons des problèmes récurrents dans le réseau intercommunal : alimentation déséquilibrée, activité physique insuffisante, manque de sommeil entraînant manque de concentration, difficultés scolaires, etc.

Diagnostic posé lors des dépistages infirmiers de tous les 6èmes en début d'année scolaire.

- alimentation /activités physiques :
pourcentage d'élèves dont l'IMC est inférieur au 3ème percentile pour les insuffisances pondérales ou supérieur au 97ème percentile pour les surcharges pondérales ou l'obésité.

- sommeil:
nombre d'élèves ayant problème de sommeil liés soit au partage de chambre avec les frères et sœurs, soit à la présence de la tv dans la chambre, soit à l'utilisation excessive de jeux vidéos : tout cela à l'aide d'un questionnaire sur l'hygiène de vie que nous pratiquons systématiquement.

- conduites addictives :
nombre d'élèves ayant des parents fumeurs et qui subissent un tabagisme passif ou consommateurs eux-mêmes.

- mal-être et conduites suicidaires :
nombre de passages à l'infirmerie pour cette problématique .

CES RENCONTRES NOUS PERMETTRONT DE RECOUPER LES DIFFERENTS DIAGNOSTICS DES INFIRMIERES ET DE CIBLER LE OU LES PROBLEMES COMMUNS A TOUS ;

Description de l'action	Echanges de pratiques : qu'est-ce qui se fait ailleurs, ce qui fonctionne bien, etc.* Création d'une fiche de besoins commune afin de réaliser un diagnostic commun PLUS-VALUE POUR LES INFIRMIERES PAR RAPPORT AUX REUNIONS DE BASSIN EXISTANTES : • Nombre restreint d'IDE qui facilitera les échanges de pratiques. • La proximité géographique des établissements facilitera les rencontres (déplacements moins longs et moins coûteux). • Mutualisation des outils et des partenaires. • Echanges d'actions entre les différents établissements (gain de temps)
Secteur géographique	Faches Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Barœul, Ronchin
Porteur de l'action (même si éventuel)	Les infirmières scolaire de ces secteurs
Partenaires dans la mise en œuvre	ARS, Conseil Général, SPS, Centres sociaux, Médecin scolaire, Service jeunesse des Mairies
Éléments facilitateurs	Fixer un calendrier dès le début de l'année scolaire Créneaux horaires pour se rencontrer : 5 rencontres annuelles (avant chaque vacances scolaires) Proximité de l'utilisateur Partenariat avec les Mairies et les structures de proximité Richesse des échanges de pratiques
Obstacles à lever	Ordre de mission pour chaque rencontre ?
Calendrier de réalisation	Septembre 2014 : mise en place du calendrier annuel Octobre 2014 : 1ère réunion (déterminer l'ordre du jour des différentes séances)
Modalité de suivi	Compte-rendu de chaque réunion
Indicateurs d'évaluation	Assiduité Nombre d'échanges d'outils et de pratiques Mise en place d'actions dans chaque établissement du réseau CLS
Budget prévisionnel	Frais de déplacements et en fonction des actions entreprises
Sources de financements potentiels	
Année de mise en œuvre	2014/2015

Alimentation et activité physique - FICHE N°3.2

Intitulé de l'action	<i>Développer un cycle d'ateliers sur la promotion de l'alimentation équilibrée et l'activité physique pour les usagers du centre social du Grand cerf (« Bien dans nos assiettes et nos baskets »)</i>
Objectifs stratégiques	Promouvoir une alimentation équilibrée associée à la pratique régulière d'une activité physique
Objectifs opérationnels	➤ Faire en sorte que les personnes connaissent les principes d'une alimentation équilibrée et les bienfaits de l'activité physique selon les recommandations du PNNS ➤ Faire en sorte que ces personnes mettent en pratique ces recommandations ➤ Faire en sorte que ces personnes transmettent ces recommandations à leur entourage
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Quotidiennement, au travers des actions qu'elle anime, la conseillère constate des besoins dans les domaines de l'alimentation et l'activité physique: - lors de sorties estivales, les piques-niques sont mal structurés (riches en matières grasses et pauvres en fruits et légumes), il y a beaucoup de grignotage, de tabagisme et certaines personnes sont en difficulté lorsqu'il faut marcher. - Quelques usagers du centre bénéficient de la distribution de colis alimentaires et nous confient leur incapacité à cuisiner certaines denrées, notamment les légumes. - à l'occasion de discussions entre femmes d'origines diverses participant à l'atelier alphabétisation, certaines parlent de poids, de cuisine, de problèmes de santé tels que l'hypercholestérolémie, le diabète. On constate, pour la plupart, un manque d'activité physique et des pratiques alimentaires liées à la culture dont il faut tenir compte. - régulièrement, bien souvent entre deux portes, des usagers se confient sur leurs problèmes de santé (hypertension, surpoids...) et entendent de nombreux messages sur la nutrition par leur médecin, leur voisin ou les médias mais ont des difficultés à trouver de réels repères. - Dans le quartier du Champ du Cerf et de la Comtesse de Ségur où l'on retrouve principalement de l'habitat collectif, il n'y a pas de marché et la grande surface la plus proche se trouve à 3 kms. Il existe juste une supérette avec des tarifs élevés et son beau rayon de "plats préparés". Il n'y a pas non plus de structures sportives, majoritairement resserrées autour du centre ville. Les problèmes de mobilité sont un frein à la pratique d'une activité.
Description de l'action	Mise en place d'un cycle de séances théoriques et de mise en pratique (alimentation et activité physique) avec un même groupe (10 à 15 personnes) : - « C'est quoi une alimentation équilibrée, les bienfaits sur la santé » - « C'est quoi l'activité physique, les bienfaits sur la santé » - « Comprendre les étiquettes nutritionnelles » - « Avoir un œil critique sur les messages publicitaires » - « je prépare un repas équilibré à faible coût » - « Je fais les courses » - « j'utilise les fruits et légumes de saison » - « bilan au centre de médecine du sport » - « Tests de condition physique » - « Je construis mon programme personnalisé de l'activité physique »

	- « Séances découvertes de certaines activités » - « Randonnées/pique-niques en famille »
Secteur géographique	Ronchin
Porteur de l'action (même si éventuel)	Centre Social La maison du grand Cerf
Partenaires dans la mise en oeuvre	Centre d'Arrondissement de médecine du Sport (CAMS) de Ronchin, IRBMS (maison régionale du sport Villeneuve d'Ascq), Groupe d'Entraide Mutuelle les « ch'tits bonheur », 1 diététicienne, l'AISSMC pour pilotage et communication.
Éléments facilitateurs	Bon réseau partenarial Dynamique de groupe Passerelles possibles avec nombreuses activités existantes du centre social et autres associations (par exemple Rest'o)
Obstacles à lever	Gestion du calendrier en fonction de la notification de financement Communication (faire connaître l'action)
Calendrier de réalisation	Janvier à décembre
Modalité de suivi	Comité de pilotage
Indicateurs d'évaluation	• Nombre de personnes connaissant les principes d'une alimentation équilibrée selon repères du PNNS • Nombre de personnes connaissant les bienfaits et les recommandations s'agissant de l'activité physique • Nombre de personnes déclarant avoir modifié leurs habitudes alimentaires • Nombre de personnes déclarant avoir modifié leur pratique ou être motivées pour pratiquer régulièrement une activité physique • Nombre de personnes déclarant des changements dans les habitudes dans les habitudes alimentaire et les pratiques de l'activité physique de la famille ou l'entourage proche
Budget prévisionnel	4500 €
Sources de financements potentiels	ARS
Année de mise en œuvre	2014 (poursuite d'action de 2013 mais avec un nouveau groupe)

Alimentation et activité physique - FICHE N°3.3

Intitulé de l'action	<i>Favoriser une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière auprès des adultes du centre social des 5 Bonniers (« Bouge pour ta santé »)</i>
Objectifs stratégiques	<i>Favoriser une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière auprès des jeunes et des adultes</i>
Objectifs opérationnels	Accompagner le changement des pratiques des habitants liées à leur activité physique et leur alimentation et la prise en considération de leur corps et de leur santé en général Développer des activités adaptées et préventives aux problèmes de santé que rencontrent les habitants Amplifier l'implication et les interventions des professionnels de santé dans la réflexion et l'animation du projet
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Demande en augmentation depuis 2012 de proposer des activités physiques adaptées aux problèmes de santé Une majorité des participants des activités marche et cuisine ont des problèmes de santé pour lesquels l'alimentation et la pratique d'une activité physique régulière ont une incidence positive.
Description de l'action	Mise en place d'ateliers théoriques sur l'alimentation, l'activité physique et la santé et d'ateliers pratiques Chaque mois, 2 ateliers alim-santé (animés par une diététicienne et la référente adulte). Conseils et informations sur l'alimentation et la santé et mise en pratique ludique des conseils (atelier cuisine, jeu, dégustation, etc.) Chaque mois, 2 ateliers acti-santé (animés par des professionnels du centre social). Conseils et informations sur la pratique de l'activité physique et sportive et la santé ainsi que pratique sportive (tests d'aptitude physique, balade, initiation sportive, etc.) Thématiques choisies avec les participants. 1 à 2 thèmes par mois pour faciliter le lien entre l'aspect alimentation et la partie activité physique Thème proposé (l'eau, le diabète, le cancer, etc.)
Secteur géographique	Faches-Thumesnil
Porteur de l'action (même si éventuel)	Centre social des 5 Bonniers
Partenaires dans la mise en œuvre	Réseau Diabète Obésité
Éléments facilitateurs	Le projet répond à une demande de plusieurs adhérents d'où une bonne mobilisation du public.
Obstacles à lever	La thématique santé préoccupe beaucoup de personnes mais ne mobilise pas toujours les plus en difficulté.
Calendrier de réalisation	Novembre 2013 : comité partenarial Décembre 2013 : réunion d'information à destination des adhérents 1ere session de février à juin 2014

	Juin/juillet 2014 : bilan intermédiaire avec les participants et professionnels impliqués 2 ^e session de septembre à décembre 2014 (sous réserve d'un financement ARS) Décembre : bilan avec les participants et les partenaires
Modalité de suivi	Comité partenarial 1 fois par an Bilan et perspectives avec les participants au début et à la fin de chaque session
Indicateurs d'évaluation	Questionnaire de satisfaction Assiduité des participants Passerelles effectives vers d'autres activités santé du centre social et des partenaires
Budget prévisionnel	5 885€
Sources de financements potentiels	ARS (sollicité en septembre 2013) Ligue contre le cancer CARSAT
Année de mise en œuvre	2014

Cancer - FICHE N°4.1

Intitulé de l'action	<i>Sensibiliser au dépistage des cancers les personnes présentant des troubles de santé mentale</i>
Objectifs stratégiques	- Augmenter le nombre de dépistage du cancer parmi les personnes présentant des troubles psychiques "graves". - Inscrire le pôle dans des actions de dépistage du cancer auprès des populations à risques : améliorer la santé des personnes suivies en santé mentale - Impliquer d'autres professionnels de santé partenaires du pôle : en particulier les médecins traitant - Favoriser l'accès aux soins des personnes en santé mentale atteintes d'un cancer
Objectifs opérationnels	- Évaluer l'accès au dépistage pour les personnes suivies par le pôle - Former les infirmiers du pôle et les infirmiers libéraux intéressés à l'accompagnement et au dépistage - Proposer un dépistage et/ou un accompagnement - Favoriser les liens entre les différents acteurs accompagnant les personnes atteintes d'un cancer
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Actuellement environ 24% du public cible se fait dépister pour le cancer colorectal et 57% pour le cancer du sein, ce qui reste encore insuffisant pour atteindre les objectifs fixés au niveau national. Par ailleurs, les personnes présentant un handicap psychique sont à haut risque de cancer de part des addictions (tabac, alcool), des comportements alimentaires souvent délétères et un manque d'activité physique. De plus l'accès aux soins est souvent limité pour cette population. Les personnes atteintes de cancer présentent parfois des problèmes de santé mentale et peuvent avoir des difficultés dans l'accès aux soins en santé mentale.
Description de l'action	Envoi de courrier d'information sur l'action de dépistage auprès du médecin traitant Participation à des actions collectives existantes sur le territoire et être en lien avec le comité intercommunal pour la prévention des cancers Participation à la formation proposée par l'ADCN Mise à disposition de brochures d'information dans les lieux de consultations Rencontrer l'Espace Ressources Cancers afin de mieux travailler ensemble
Secteur géographique	Villes de Faches Thumesnil, Ronchin, Mons en Baroeul, Lezennes
Porteur de l'action (même si éventuel)	EPSM Lille Métropole – Pôle de santé mentale 59g21
Partenaires dans la mise en œuvre	ADCN, Espace ressources cancers, AISSMC
Éléments facilitateurs	Les structures sont bien implantées sur le territoire
Obstacles à lever	Mobilisation des professionnels du pôle de santé mentale sur cette thématique

	Lever les frein au dépistage
Calendrier de réalisation	- Validation par le comité de pilotage du pôle de santé mentale en avril 2014 : ajout d'un projet dans le cadre des accès aux soins - Avril / août 2014 : rencontres des acteurs, définition de l'action - Formation fin 2014/ 2015 - Action en lien avec les actions nationales en faveur du dépistage - deuxième semestre 2015 -2016 - Création d'une intervention thématique sur les ateliers mieux-être
Modalité de suivi	Comité de pilotage rassemblant EPSM, AISSMC, ADCN, ERC
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de dépistage existant - Nombre de personne acceptant un dépistage - Nombre d'accompagnement - Projets parallèles mis en place - Nombre d'orientation IDE ou vers l'espace ressource cancer
Budget prévisionnel	Moyens internes - Temps de formation des professionnels et d'actions Moyens externes - Formation proposée par l'ADCN (Association pour le dépistage organisé dans le Nord Pas-de-Calais - h.brognard@wanadoo.fr)
Sources de financements potentiels	Non concerné
Année de mise en œuvre	2015

Cancer - FICHE N°4.2

Intitulé de l'action	<i>Promouvoir des actions de prévention en faveur des dépistages des cancers auprès des usagers des centres sociaux les 5 Bonniers à Faches-Thumesnil et Le Grand Cerf à Ronchin</i>
Objectifs stratégiques	Augmenter la participation de cette population aux campagnes de dépistage organisé du cancer en général, et cancer du sein et colorectal en particulier Développer des comportements favorables à la santé
Objectifs opérationnels	• Mobiliser les usagers sur les questions de prévention des cancers et de diminution des facteurs de risques, à travers l'intervention d'associations et de spécialistes, d'expositions, de sorties • Mettre en place trois temps forts au cours de l'année sur la prévention des cancers et les actions de dépistage et mobilisation de la population générale à cette occasion • Communiquer et partager des informations avec les associations locales pour une meilleure coordination des actions et mises en place de projets communs. • Mobiliser des usagers sur les actions des partenaires, accompagner les personnes lors d'événements, etc.
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Le cancer est la 1^{ère} cause de mortalité en région. Sur le territoire, les taux de dépistage sont inférieurs aux taux cibles nationaux. Ainsi, sur les communes de Faches-thumesnil et de Ronchin, les taux de dépistage sont inférieurs à l'objectif national et à la moyenne départementale (données chiffrées 2012 de l'ADCN) : • Dépistage du cancer du sein : 53,8% pour Ronchin et 53,3% pour Faches • Dépistage du cancer du colon : 23,4% pour Ronchin et 23,7% pour Faches Centre social des 5 Bonniers : De part la démographie de sa zone d'influence, le Centre Social touche à travers ses activités, un nombre important d'adultes de plus de 55 ans. Les personnes rencontrant des difficultés sociales, familiales et financières sont aussi particulièrement concernées par les questions de santé et la diminution des comportements à risque. Centre social du Grand Cerf : La mauvaise hygiène alimentaire, la sédentarité, le surpoids dès le plus jeune âge, le tabagisme de plus en plus jeune sont autant de facteurs de risques de cancers.
Description de l'action	L'organisation de trois temps forts sur le thème du cancer dans le courant de l'année : • En mars, atelier avec une diététicienne, atelier cuisine en bleu, et marche bleue, conférence pour aborder la prévention du cancer colorectal et son dépistage. • En juin, une semaine autour de la prévention solaire pour traiter la question du cancer de la peau. Jeux et spectacle de marionnette pour les enfants et adolescents, ateliers ludiques, intervention d'un dermatologue, distributions d'échantillons et d'un forum (présentant les acteurs locaux et leurs actions) pour les adultes. • En octobre, temps de mobilisation sur le dépistage du cancer du sein. La programmation sera définie avec les bénévoles et participants, ainsi qu'avec les partenaires dès juin. Une marche rose sera nécessairement réalisée bien que la formule varie à chaque occasion. A chaque temps forts, des conférences, tables rondes, marches à thème, théâtre d'intervention, spectacles, séances d'échanges/ discussions, expositions peuvent être organisées, travail autour d'outil pédagogiques.

	Tout au long de l'année, en respectant le rythme de la vie scolaire, les centres sociaux poursuivent et développent des actions santé autour des comportements favorables à la santé et réduisant les facteurs de risques (Cours de gym adaptée et activité Balade à destination des personnes souhaitant reprendre une activité physique adaptée, ateliers cuisines et cafés-rencontres). Des partenaires spécialistes interviennent ponctuellement.
Secteur géographique	Faches-Thumesnil – Ronchin
Porteur de l'action (même si éventuel)	Centre social des 5 Bonniers et Centre social La Maison du Grand Cerf
Partenaires dans la mise en œuvre	Partenaires membres du Comité intercommunal pour la prévention des cancers et intervenants ponctuels (URPS Médecins Libéraux, fédération des centres sociaux, Aire cancer, ADCN, CIRM-CRIPS, GRPS, CCAS de Faches-Thumesnil, etc.)
Éléments facilitateurs	Dynamisme des centres sociaux et de leurs usagers sur cette thématique Les habitants sollicitent les centres sociaux comme lieu ressource pour un soutien ou une orientation. Le réseau partenarial se structure au sein du Comité intercommunal
Obstacles à lever	La population générale reste difficile à mobiliser lors des temps forts, d'où l'importance de la communication et du travail en partenariat. Il existe encore des tabous autour du dépistage, en particulier le dépistage du cancer colorectal
Calendrier de réalisation	novembre 2013 à mars 14 : réunions de concertation et préparation Mars Bleu avril 2014 : bilan mars bleu Mars à juin14 : réunions de concertation et préparation Semaine prévention solaire Juin/juillet 14 : bilan prévention cancer de la peau Juin à octobre14 : réunions de concertation et préparation Octobre rose Novembre 14 : bilan octobre rose et perspective 2015
Modalité de suivi	Groupe de pilotage au sein du Comité intercommunal pour la prévention des cancers
Indicateurs d'évaluation	Quantitatif : nombre de personnes participants aux différentes actions et activités, nombre d'action recensée sur la thématique prévention cancer Qualitatif : convivialité, bienveillance, soutien, satisfaction, investissement des participants dans la préparation des actions Implication de nouveaux partenaires
Budget prévisionnel	Centre social 5 Bonniers : 11 000€ Centre social La Maison du Grand Cerf : 4500€
Sources de financements potentiels	Ligue contre le cancer ARS
Année de mise en œuvre	2014

Personnes âgées - FICHE N°5.1

Intitulé de l'action	<i>Développer un programme d'actions de prévention des chutes chez la personne âgées (« Seniors en équilibre »)</i>
Objectifs stratégiques	1. Repérer et évaluer le risque de chutes chez les participants 2. Prévenir le risque de chute et ses conséquences 3. Apporter des conseils sur l'alimentation et les autres facteurs de risque de chute 4. Favoriser le lien social 5. Évaluer l'impact global de l'action sur les bénéficiaires
Objectifs opérationnels	Développer des programmes intégrant des ateliers d'activités physiques adaptées à l'âge pour prévenir les chutes, complétées par des séances de formation dispensées par un médecin gériatre sur l'alimentation et sur d'autres facteurs de risque intrinsèques ou extrinsèques (vue, chaussage, aménagement du logement, ostéoporose, interactions médicamenteuses...)
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Chaque année, environ un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chute. Les chutes accidentelles constituent la première cause de décès par traumatisme pour cette population (9000 décès par an chez les plus de 65 ans). Le nombre de décès par an du à un chute est de 12000 en France, soit 4 fois plus que le nombre de décès par accident de la route. Sur notre territoire historiquement jeune, l'augmentation du nombre de personnes âgées est très soutenue depuis quelques années et il n'existe pas d'actions spécifiques sur la prévention du risque de chutes. Il existe quelques ateliers de prévention des chutes (à Lezennes par exemple) mais ce ne sont que des ateliers d'éducation physique, l'alimentation ou les autres facteurs de risque ne sont pas abordés dans ces actions.
Description de l'action	Mise en place de 3 programmes à 3 endroits différents de notre territoire comprenant chacun : - 12 séances d'atelier équilibre (activités physiques adaptés à l'âge) animé par un moniteur diplômé en risque des chutes - 4 séances de formation par le Dr Goval, gériatre, sur la physiopathologie du sujet âgé, l'alimentation, la vue et la DMLA, l'ostéoporose, les interactions médicamenteuses et les hypnotiques, l'aménagement du logement et le chaussage Evaluation de l'action par : - la réalisation de tests d'aptitude physique réalisés lors de la 1^{ère} et de la 12^{ème} séance équilibre pour mesurer l'impact de l'action - l'analyse des questionnaires de connaissances réalisés avant et après la dispensation des séances de formation par le Dr Goval.
Secteur géographique	Faches Thumesnil, Lezennes, Mons en Baroeul et Ronchin
Porteur de l'action (même si éventuel)	CLIC RESPA
Partenaires dans la mise en œuvre	Centre social « la maison du cerf », centre social intercommunal « du chemin rouge », centre social « 5 bonniers », centre social « Imagine » Mairie/CCAS de Ronchin, Lezennes et Mons en Baroeul
Éléments facilitateurs	Programme déjà financé en 2013 sur d'autres communes ce qui nous permet d'avoir un bon retour d'expérience sur l'action et sa faisabilité. Les contacts avec les moniteurs d'éducation physique ainsi qu'avec le Dr Goval sont déjà pris et la mise en place du programme peut être

	très rapide. Enfin, le partenariat avec les centres sociaux et les mairies est déjà entretenu, ce qui permet de faciliter le recrutement du public rapidement et simplement (15 personnes par programme).
Obstacles à lever	La suite donnée à ce programme reste incertaine. En effet, suite aux premiers retours d'expérience, il est important que les personnes âgées ayant participé à cette action puissent continuer de pratiquer une activité physique ou des exercices équilibre. Malheureusement, l'offre d'activité sur notre secteur est payante alors que notre programme est gratuit pour le public. Il faudra trouver les moyens de mettre en place des ateliers équilibre à prix réduits et pérennes sur notre territoire avec nos partenaires locaux. Cet obstacle reste à travailler.
Calendrier de réalisation	9 mois de mai à décembre
Modalité de suivi	Pour suivre le projet, nous mettons en place un COPIL composé du CLIC, des intervenants extérieurs (animateurs sportifs et la gériatre), les partenaires (centres sociaux, mairies et CCAS, CISSMC) et les financeurs (ARS, CARSAT...) Le COPIL aura pour mission de suivre la mise en œuvre des ateliers et analyser l'impact de l'action auprès du public bénéficiaire. Afin de mesurer cet impact, 2 types d'évaluation sont mises en œuvre : - la réalisation de tests d'aptitude physique réalisés lors de la 1^{ère} et de la 12^{ème} séance équilibre - l'analyse des questionnaires de connaissances réalisés avant et après la dispensation des séances de formation par le Dr Goval.
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes ayant amélioré leur résultat aux tests d'aptitude physique ; Nombre de personnes ayant changé leur comportement alimentaire et sanitaire suite aux formations par la gériatre ; Nombre de personnes présentant un risque de chute plus faible en fin d'atelier ; Nombre de personnes souhaitant poursuivre une activité après les ateliers ;
Budget prévisionnel	9 514 €
Sources de financements potentiels	CARSAT Nord Picardie, ARS Nord Pas de Calais, bénéficiaires
Année de mise en œuvre	2015

Personnes âgées - FICHE N°5.2

Intitulé de l'action	<i>Augmenter la fréquentation du service restauration de la maison des aînées de Faches-Thumesnil en développant la qualité de l'accueil (« La cantine n'est pas de mon âge »)</i>
Objectifs stratégiques	Mettre en valeur les hôtes du service restauration de la Maison des Aînés au quotidien de façon à lutter la fois contre l'isolement mais également contre la dénutrition, deux phénomènes négatifs, intimement liés, susceptibles d'entraîner la personne âgée vers la dépendance. Cette action est un biais cohérent pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées qui est au cœur de l'actualité.
Objectifs opérationnels	- valoriser quotidiennement le rendez-vous du déjeuner en ré-aménageant le restaurant afin d'y créer une atmosphère propice à la convivialité, à l'échange et au partage pour rompre l'isolement. - le repas servi sera préalablement étudié en terme de qualité nutritive par l'équipe de restauration le prestataire et une diététicienne tout en renforçant la participation des usagers aux « commissions menu » afin d'allier qualité nutritive et plaisir alimentaire deux facteurs essentiels pour lutter contre la dénutrition. - Mise en place de nouveaux outils de communication relatifs à la restauration des aînés afin de rompre avec l'image négative de la « cantine »
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	L'équipe s'interpelle quant à la mauvaise image dont souffre notre espace de restauration qui est souvent assimilée à une « cantine », avec toutes les connotations négatives inhérentes à ce terme. Cela peut être expliqué par le fait que le mobilier n'est pas adapté au bâtiment ni au public, s'apparentant plus à un ensemble de tables et de chaises basique, monotone et inconfortable. Par ailleurs, il est également constaté que le service de portage de repas à domicile est plus sollicité que la prise de repas à la Maison des Aînés alors que le tarif de cette prestation est plus élevé, qu'elle nécessite de réchauffer les plats soi-même et que la présentation est bien moins attrayante. Pourtant, plusieurs points positifs sont mis en avant par les usagers quotidiens de la Maison des Aînés: l'équipe, la commodité du transport, le tarif attrayant et la qualité correcte des repas servis. C'est pourquoi la Maison des Aînés souhaiterait pouvoir valoriser quotidiennement le rendez-vous du déjeuner en créant une atmosphère propice à la convivialité, à l'échange et au partage. En effet, si une soixantaine de places sont disponibles, seuls une quarantaine d'usagers quotidiens fréquentent la Maison des Aînés.
Description de l'action	Les facteurs nutritionnels ont un rôle déterminant pour limiter la survenue des pathologies liées au vieillissement et donc la perte d'autonomie chez la personne âgée. Elle fait appel à différents mécanismes apparaissant avec l'âge. Ces mécanismes sont avant tout physiologiques : diminution du goût, de l'odorat, problèmes de dentitions, difficultés de digestion... Pour les combattre, il convient de valoriser le « plaisir gustatif » et la convivialité du repas. La qualité de la restauration de la Maison des Aînés dépend directement des exigences fixées par le CCAS selon un cahier des charges imposé au prestataire de service en charge de la préparation des plats, attributaire du marché public. En effet, chaque matin, les plats y sont livrés déjà cuisinés selon un menu planifié toutes les 6 semaines. Celui-ci est proposé par le cuisinier puis débattu et validé lors de la « commission menu » composée de ce cuisinier, d'une diététicienne, de la responsable de site de la Maison des Aînés et d'un représentant de la Résidence Arthur François, EHPAD géré par le CCAS. L'intérêt de cette commission est de permettre un véritable échange autour de la composition des menus en tenant compte des remarques et envies formulées par nos usagers et recueillies quotidiennement par la responsable de site, des impératifs liés à la diététique et des coûts engendrés. L'objectif est d'être cohérent avec les besoins nutritionnels objectifs de la personne âgée mais aussi de respecter ses besoins subjectifs : ses envies personnelles (salaire, façon de servir l'assaisonnement, cuisson de la viande, quantités...). En effet, il est important pour l'équipe de la Maison des Aînés que ses usagers soient satisfaits du repas qui leur est servi, que les aliments puissent respecter leurs habitudes, leurs goûts et leur « terroir » afin d'entretenir le plaisir gustatif. L'équipe de la Maison des Aînés s'efforce au quotidien d'améliorer par des choses simples la qualité des assiettes servies. En effet, les plats préparés en amont par le prestataire sont réceptionnés déjà cuisinés et en théorie, l'équipe de restauration n'a plus qu'à la réchauffer et la servir. Leur contenu est

strictement identique à celui qui est livré dans le cadre du portage de repas à domicile ou servi dans le cadre de la restauration de l'EHPAD géré par le CCAS.

Réaliste quant au manque d'attractivité de cette restauration collective, la Maison des Aînés tente de se distinguer en y apportant une plus-value lors de son service sur place. En effet, les plats sont servis à l'assiette, les viandes sont cuites à la pièce, les assaisonnements et les sauces sont préparés sur place, une réelle attention est accordée à la présentation des aliments dans l'assiette. Autant de petites attentions accordées aux convives en vue de distinguer clairement et de valoriser le service sur place par rapport au portage de repas à domicile.

En effet, valoriser la restauration à la Maison des Aînés par rapport au portage de repas à domicile est un objectif à atteindre afin de lutter contre l'isolement de la personne âgée.

Le déjeuner à la Maison des Aînés peut résulter de la demande directe de la personne âgée mais en réalité il est bien souvent le fruit de l'incitation des agents sociaux. Par un travail en lien avec les professionnels de santé qui entourent la personne âgée mais également les aidants familiaux, les agents tentent de stimuler les personnes suivies dans le cadre des aides sociales à la prise de repas en collectif, pour couper le quotidien, et permettre un suivi au plus près de la personne.

L'usager n'a aucune obligation de consommer quotidiennement sur place mais ils est vivement incité à venir déjeuner au moins de façon hebdomadaire, pour maintenir le lien avec l'extérieur et permettre un suivi régulier de chacun. Cela permet également à l'usager de trouver sa place dans un collectif à un âge de la vie où il arrive souvent que les liens familiaux se distendent. Cela peut être envisagé comme une transition, un retour progressif au collectif pour le cas où une prise en charge en EHPAD médicalisé serait à envisager. Pour autant l'objectif premier demeurant le maintien à domicile, le temps de repas en collectif est plus perçu par l'équipe de la Maison des Aînés comme une possibilité de soulager les aidants familiaux impliqués au quotidien grâce à une prise en charge extérieure et sécurisante.

Pour atteindre ces objectifs, la Maison des Aînés s'est donnée les moyens de faciliter la présence des aînés aux repas et s'efforce à mettre en place des outils de communication efficaces afin de rendre attractive la restauration.

Depuis 2011 un service de transport accompagnement est proposé aux aînés afin de simplifier leur participation aux repas en écartant la difficulté du déplacement et du transport. En effet, pour 1€ aller-retour, les usagers peuvent demander à la Maison des Aînés de prendre en charge leur transport quotidien jusqu'à leur domicile. Le retour est possible dès la fin du déjeuner ou en fin d'après-midi si les convives souhaitent passer l'après-midi sur place en vue de participer aux activités proposées et où un goûter leur est quotidiennement offert.

Ce tarif se justifie car il correspond à la différence de prix existant entre la prestation du repas à la Maison des Aînés et celle du portage de repas à domicile. La tarification globale du repas est bien évidemment fonction des ressources des Aînés : elle est dégressive selon le barème d'imposition de la personne. Le prix du repas est ainsi compris entre 3,83€ et 6,07€. Ce tarif semble adapté aux ressources des bénéficiaires car si le tarif moyen national d'un service équivalent n'est pas publié, le prix du repas d'un service de portage de repas à domicile a été évalué à 7,6€ en moyenne pour des tarifs souvent compris entre 4€ et 10,3€¹.

Le service de transport accompagnement est exploité au quotidien par la moitié des personnes déjeunant à la Maison des Aînés. Cela permet de certifier la cohérence de ce service qui vient compléter un dispositif global visant au maintien à domicile des personnes âgées de la commune de Faches-Thumesnil.

La communication autour de la prestation réalisée à la Maison des Aînés est importante. Celle-ci se fait naturellement par le bouche à oreille mais également par le travail de terrain des agents sociaux et d'une étroite collaboration avec le service communication de la ville. Le premier repas est offert à tout nouvel usager afin de lui permettre d'apprécier la prestation et l'ambiance. Les passerelles avec les activités proposées en après-midi sont naturellement évoquées et un goûter gratuit est offert chaque jour (comprenant un café, thé ou jus de fruit et un biscuit).

Ce qui fait défaut à l'heure actuelle à la Maison des Aînés est avant tout le manque de convivialité de l'espace. La vaisselle, le mobilier et le manque d'isolation de l'espace de restauration.

Dans le cadre de la coopération avec la commune, le CCAS a sollicité un cofinancement pour ce projet. Cette demande a fait l'objet d'un pré-avis favorable et est inscrite au projet du budget prévisionnel 2014. On y retrouve donc en matière d'investissement le remplacement complet de la vaisselle ainsi que l'isolation de l'espace de restauration par la création d'un sas d'accueil visant à limiter les courants d'air inconfortables pour les personnes âgées. En matière de fonctionnement, la ville participera à l'embellissement de l'espace de restauration en octroyant des crédits. De cette façon, la collectivité marque son attachement à ce projet et met en œuvre des moyens concrets pour parvenir à proposer une restauration attractive et de qualité en faveur du maintien à domicile des personnes âgées.

Reste l'acquisition du mobilier, investissement primordial pour permettre d'aboutir dans ce projet. Le mobilier de restauration collective adapté aux besoins des personnes âgées en terme de confort et d'hygiène constitue un investissement relativement onéreux. C'est pourquoi l'obtention d'une subvention auprès de la Fondation Bruneau et l'UNCCAS serait une réelle opportunité pour permettre une telle acquisition : tables et chaises pour 60 convives devant répondre

1 CLCV (association nationale de défense des consommateurs et usagers), « *Enquête sur l'alimentation des personnes âgées (auprès de résidents en maisons de retraite et de clients de services de portage de repas)* », Dossier de presse, Février 2012, p.14

	à des exigences spécifiques en terme de confort, d'hygiène et d'esthétique. Cet accueil chaleureux et convivial pourra permettre une réelle amélioration de la qualité de vie des usagers quotidiens que la Maison des Aînés accompagne dans le cadre du maintien à domicile.
Secteur géographique	Faches Thumesnil
Porteur de l'action (même si éventuel)	Le Centre Communal d'Action Sociale au moyen de son service dédié à la politique gérontologique : la Maison des Aînés
Partenaires dans la mise en œuvre	- Le prestataire de restauration (API) - La municipalité (service communication, service restauration et dotations financières)
Éléments facilitateurs	- Une équipe mobilisée autour des problématiques liées au vieillissement - Un travail de terrain quotidien réalisé auprès des aînés bénéficiant du service de portage de repas à domicile plus onéreux que celui de la restauration sur place - Un large public touché par l'ensemble de nos actions en terme de suivi social et d'animation qui pourrait être convaincu à terme par la qualité de notre restauration
Obstacles à lever	- Image négative de la restauration des aînés assimilée à une « cantine » - Nécessité d'une stimulation importante pour rompre l'isolement et convaincre la personne âgée de sortir de chez elle - Obtention des fonds en vue du renouvellement du mobilier
Calendrier de réalisation	A partir de Juin 2014 puis action continue
Modalité de suivi	Evolution du taux de fréquentation quotidien
Indicateurs d'évaluation	- Nouvelles demandes - Personnes bénéficiant des repas à domicile qui pourraient se tourner vers la restauration sur place
Budget prévisionnel	28 000,00 €
Sources de financements potentiels	Ville de Faches Thumesnil, Fondation Bruneau Fondation de France : subvention obtenue à hauteur de 8000€
Année de mise en œuvre	2014

Parentalité - FICHE N°6.1

Intitulé de l'action	<i>Mutualiser les pratiques liées à la Parentalité entre les professionnels du territoire</i>
Objectifs stratégiques	Mutualiser les pratiques liées à la Parentalité entre les professionnels du territoire. Développer une approche globale de la Parentalité.
Objectifs opérationnels	Mutualiser les pratiques liées à la Parentalité entre les professionnels du territoire. → Connaître les acteurs de la Parentalité à Ronchin (leur structure, leur fonctionnement, leur(s) action(s)) → Proposer une approche complémentaire couplant des accompagnements collectifs et individuels si nécessaires. Développer une approche globale de la Parentalité. → Organiser des temps forts dans tous les quartiers de la Ville regroupant les parents et les enfants. → Communiquer collégialement sur les offres d'accueil du territoire.
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Le cahier des charges REAAP de la CAF du Nord 2012 mentionne la nécessité d'instaurer « <i>une mise en réseau et un partenariat afin d'assurer une couverture des besoins et des thématiques à l'échelle des territoires</i> ». A Ronchin, il apparaît que l'offre en matière de Parentalité est complémentaire géographiquement, pour l'âge des publics accueillis et de multiples professions « gravitent » autour de la Parentalité, alliant accompagnement collectif et individuel. Dans le même temps, tous les acteurs s'accordent pour reconnaître une dégradation des situations familiales au sein du territoire. (voir le Projet Éducatif Local 2013 de la Ville de Ronchin et le diagnostic 2014 de territoire du centre social pour la demande de renouvellement de l'agrément CAF du Nord)
Description de l'action	Le Groupement des Acteurs de la Parentalité se réunit chaque trimestre. Il s'agit d'un temps de discussion, d'échanges de pratiques entre professionnels, représentant les services départementaux ou municipaux, de la CAF du Nord et du centre social. Chaque séance est composée d'un ou plusieurs temps : • Découverte du fonctionnement et de l'action des structures voisines • Échange de pratiques • Préparation et organisation d'actions communes, certaines concerneront la thématique Santé.
Secteur géographique	Ville de Ronchin, les quatre quartiers sont représentés.
Porteur de l'action (même si éventuel)	Co-animation entre le Centre Social et Culturel LA MAISON DU GRAND CERF et le service Petite Enfance de la Ville de Ronchin.
Partenaires dans la mise en œuvre	Les structures et institutions participantes sont : • Le Conseil Général : UTPAS d'Hellemmes (une assistante sociale et une puéricultrice de PMI) • La Ville de Ronchin : Conseillère municipale déléguée à la Petite Enfance, le Directeur Général des Services, La responsable du Service Petite Enfance, Directeur du CCAS, Directrice de halte-garderie, Directrice de multi-accueil, Directrice de crèche • CAF du Nord : Chargée de conseil et de développement Action Sociale.

	Centre social et culturel La Maison du Grand Cerf : La Conseillère en Economie Sociale et Familiale, La Directrice du Centre de Loisirs, l'Animatrice d'Insertion et de Lutte contre les Exclusions et le directeur.
Eléments facilitateurs	A Ronchin, il apparait que l'offre en matière de Parentalité est complémentaire géographiquement, pour l'âge des publics accueillis et de multiples professions « gravitent » autour de la Parentalité.
Obstacles à lever	Difficulté de faire le lien entre ce groupement et chaque structure si le référent ne communique pas sur le bien-fondé de cette entité. Impression au départ d'instaurer un échelon supplémentaire au sein du territoire.
Calendrier de réalisation	De janvier à décembre, une rencontre trimestrielle.
Modalité de suivi	Suivi des engagements et avancées de chacun lors des temps de regroupement, la Conseillère ESF du centre social et la responsable du service Petite Enfance en sont les garantes. Compte rendu validé par les participants suite à chaque réunion.
Indicateurs d'évaluation	La plus-value de ce groupement : - Au sein du territoire : dynamique territoriale - Pour les familles ronchinoises - pour l'action « quotidienne » des professionnels présents, les « passerelles » entre les structures, l'articulation entre l'accompagnement collectif et individuel. - pour la structure qu'ils/elles représentent
Budget prévisionnel	/
Sources de financements potentiels	Recherches en cours
Année de mise en œuvre	Depuis avril 2013

Parentalité - FICHE N°6.2

Intitulé de l'action	<i>Accompagner les parents dans leurs relations avec leurs enfants</i>
Objectifs stratégiques	L'accompagnement des parents, tels que les acteurs le mettent en place à l'échelle de la commune de Mons en Baroeul, repose sur la mobilisation de plusieurs actions qui répondent aux besoins de différentes situations. Il existe une certaine complémentarité entre ces actions, ce qui peut permettre d'envisager une forme de parcours d'entrée dans la parentalité. Ces entrées dépendent à la fois de l'âge des enfants et de la nature des problématiques qui se jouent entre les parents et leurs enfants. Les objectifs sont : - Rompre le sentiment d'impuissance, parfois d'isolement, ressenti par les parents dans leur rôle éducatif - Favoriser la communication entre parents et entre parent-enfant - Promouvoir le rôle des adultes dans la socialisation de l'enfant / Aider les parents à reprendre leur place dans l'éducation de leurs enfants - Créer entre parents une dynamique qui favorise une confiance en soi, en l'autre, une réflexion et une implication, source d'évolution et de créativité dans leur rôle parental
Objectifs opérationnels	Chacune des actions initiées déroule des objectifs opérationnels qui lui sont propres. Ainsi nos objectifs opérationnels se ventilent selon les actions mises en place qui concourent à accompagner les parents dans leurs relations avec leurs enfants. Le café des parents Permettre aux parents de mieux comprendre leurs enfants ; Permettre aux parents d'appréhender leur rôle de parents ; Créer un espace de rencontre entre les usagers de la structure (familles), et les différents partenaires présents ou non sur les lieux (UTPAS, Montfort, Arc en ciel, CMP, centre social, Prim'enfance, halte-garderie, Caramel...) ; Permettre aux usagers d'identifier les partenaires pour une meilleure connaissance de l'existence des actions en matière Petite Enfance sur la ville (loisirs, accueil, culture, services médico-sociaux, parentalité, services administratifs...) L'action « café des parents » permet aux parents d'exprimer des sujets que l'animatrice dédiée exploitera pour donner corps à des temps forts. Le café des parents est donc un lieu d'échanges « informels » où parents et professionnels peuvent se rencontrer, échanger avant de se retrouver dans d'autres instances que celle du café des parents. L'espace Arc en Ciel Favoriser la capacité de l'enfant à être en relation avec un enfant ou un adulte, un petit groupe, un plus grand groupe ; Apporter un soutien personnalisé aux parents : valoriser et renforcer leur rôle parental Positionner l'intervention de l'espace dans une dynamique partenariale : faire du lien entre la famille et les structures de droits communs. Le groupe de parole Amener des parents à oser exprimer leurs difficultés, leur ressenti, permettre aux parents d'échanger leurs questions et regards sur leur rôle, Donner et redonner à chacun sa place (le parent, l'enfant), Ecouter et chercher à comprendre l'autre, comme on pourrait le faire pour son enfant, Rompre l'isolement de certaines mamans face à l'éducation des enfants et permettre le lien avec leur propre histoire

Chercher ensemble des pistes pour répondre aux sollicitations des enfants et créer une solidarité entre parents

**Rappel de la
problématique
Et des éléments de
diagnostic**

Chacune de nos actions répond à des problématiques distinctes.

L'action « café des parents » émane d'un constat fait par les professionnels lors de leurs rendez-vous formels ou informels avec les familles : une demande pour discuter et bénéficier de conseils sur leurs rapports avec leurs enfants (autorité, sommeil...) mais également sur des questions du quotidien toujours en lien avec leurs enfants (problème de garde...).

Cette porte d'entrée permet bien souvent de connecter les parents avec les services de droit commun accessibles sur la commune voire de mobiliser les deux actions qui suivent pour engager une démarche d'accompagnement.

L'action arc en ciel permet de poser des conditions favorables à la relation entre parents et enfants. Pour ce faire, nous sommes partis du constat que **l'entrée à l'école amène l'enfant à la dimension du grand groupe, contexte très différent de celui de la cellule familiale**. Cela nécessite des règles à intégrer pour que chacun trouve sa place. L'enjeu est alors souvent la lutte pour la reconnaissance, l'espoir de garder sa place acquise au sein de la famille, la rivalité, la capacité à soutenir son attention. Pour **faciliter cette adaptation et améliorer la participation de l'enfant à l'école**, le service, appelé Espace Arc en Ciel, propose un « espace intermédiaire » :

- « Espace », car c'est un lieu où l'enfant peut se mouvoir, se remettre à bouger avec aisance. L'accent est mis sur le corps et la capacité de l'enfant à l'expérimenter sur le plan des limites, de la rencontre, de l'émotion ainsi que sur la créativité (arts plastiques) et ce, dans l'alternative d'un plus petit groupe.
- « Intermédiaire », car un lieu **passerelle entre famille et école, un palier intermédiaire** entre deux milieux qui diffèrent l'un de l'autre quant à la place qu'ils décernent à l'enfant.

Enfin, l'origine de la création du « groupe de parole » est la prolongation d'un groupe de parole de parents d'enfants de moins de 6 ans, impulsé en janvier 2009 par l'espace Arc en Ciel dans le cadre du Dispositif de Réussite Educative (DRE). Il a été confirmé par la dynamique mise en place au café des parents. Certains parents ont souhaité se retrouver plus régulièrement pour pouvoir approfondir les échanges en dehors de l'accompagnement dont ils pouvaient bénéficier, notamment au titre du DRE.

Description de l'action

Le « **café des parents** » constitue un temps d'accueil et d'échanges, le vendredi de 8h30 à 10h30 dans la rotonde de la Maison de la Petite enfance :

- 2 x par mois, le café des parents utilisera les supports d'échanges suivants : photos langage, fiches techniques qui peuvent faciliter une parole libre des parents.
- 1 x mois, à la demande des parents, des supports seront apportés sur l'approche des jeux et activités à la maison (présentation par les participants de jeux de société, livres de travaux manuels, livres pour enfants)
- 1 x mois le café des parents se déroulera le mardi après-midi, pour permettre de contacter de nouveaux parents.

Les temps forts évoqués ci-dessus, sur un thème issu des rencontres avec les parents, mobiliseront des intervenants extérieurs et/ou d'autres structures de la ville (écoles, associations qui accueillent des parents).

L'espace **arc en ciel** s'appuie sur :

- **une implication, un soutien et une valorisation des parents** dans leur rôle parental,
- **des moyens différents d'une approche pédagogique classique** et un **travail en petit groupe**.

Pour se faire, Arc en Ciel **propose des ateliers encadrés par 5 professionnels dont la coordinatrice du service. Les compétences**

mobilisées sont celles de :

- une artiste plasticienne formée en danse-thérapie
- une psychologue formée en art-thérapie
- un animateur formé en musico-thérapie
- une animatrice formée à la lecture et céramiste

Les ateliers sont proposés les lundi matin et mercredi après-midi. Si le rituel d'arrivée et de départ est presque identique à chaque demi-journée, le type d'atelier est différent selon le jour d'accueil :

- Le lundi matin, l'accent est mis d'une part, sur le binôme parental (interaction parents enfants à travers les propositions corporelles, musicales, arts plastiques, travail d'écoute et de prise en compte des besoins et de la place de chacun...) et d'autre part, sur la confiance en soi pour les enfants rassemblés en petits groupes, et pour les parents sur des temps de d'échanges, de discussion sur le vécu de l'atelier précédent.
- Le mercredi après-midi, l'accent est mis sur la détente, la notion d'écoute et de la place de chaque enfant dans le groupe et avec les parents, sur la dynamique de jeux d'animation ou de groupe

Ce choix s'est établi selon une disponibilité plus grande des parents le lundi matin (présence des frères et sœurs à la maison le mercredi) et sur le besoin, en début d'après-midi, d'un temps calme, de repos.

Cette organisation crée un lien entre la famille et l'école, permet d'aborder les difficultés rencontrées par les enfants et les parents et de trouver des réponses à l'intérieur de l'espace ou en lien avec les partenaires.

Le **groupe de parole** est une rencontre mensuelle d'un groupe de 8 parents pour aborder soit un thème précis et choisi par l'ensemble du groupe soit pour évoquer une situation personnelle particulière. Nous avons le projet de faire évoluer la réflexion vers une action collective au niveau de la commune.

Secteur géographique

Les actions « **café des parents** » et « **Arc en ciel** » sont liées aux secteurs géographiques de la politique de la ville. Concrètement, les parents accédant à l'espace « **arc en ciel** » ont des enfants scolarisés dans les écoles maternelles du réseau ECLAIR. Le projet « **arc en ciel** » se déroule dans la maison de la petite enfance. Le **café des parents** se déroule également dans la Maison de la Petite Enfance. La localisation au cœur de la rotonde permet la rencontre entre parents et professionnels de la PMI, de la Halte-garderie, du CAMPS, des Assistantes maternelles et d'autres parents qui fréquentent des associations de la commune. Enfin, le secteur géographique de « recrutement » du **groupe de parole** est communal !

Porteur de l'action (même si éventuel)

Les porteurs de l'action sont institutionnels : le CCAS de Mons en Baroeul pour l'espace « **arc en ciel** » et la municipalité pour les deux autres projets (**café des parents** et **groupe de parole**)

Partenaires dans la mise en œuvre

Les partenaires de la petite enfance, en général, sont impliqués dans les trois projets.

- Plus particulièrement, le **café des parents** mobilise des institutions (UTPAS – CAMPS – Ecoles, Halte-garderie), des associations (Prim'enfance – La cabane dans les arbres – Caramel - Centre social Imagine).
- Ensuite, l'espace « **arc en ciel** » s'appuie principalement sur les équipes éducatives des écoles maternelles. Cependant, tous les acteurs socioéducatifs sont potentiellement des partenaires car le but d'arc en ciel est d'être un intermédiaire entre les familles, l'école et toute structure d'accompagnement socioéducatif et médicosocial (UTPAS, CMP, CMPP, ...).
- Enfin, le **groupe de parole** mobilise l'UTPAS en tant que co-animateur.

Eléments facilitateurs	L'élément facilitateur fondamental de ces projets est le partenariat mis en place par le professionnel en charge de ces trois projets. - Pour le café des parents, nous remarquons que les familles sont sensibles à la régularité des ateliers et à la liberté d'accès et d'investissement du lieu. - Pour l'espace arc en ciel, le partenariat avec les écoles et les institutions est essentiel à l'orientation des publics. - Enfin, pour le groupe de parole peut aujourd'hui s'appuyer sur les liens réguliers qu'entretiennent des parents qui se croisent au sein de la Maison de Petite Enfance.
Obstacles à lever	Les obstacles diffèrent d'un projet à l'autre car les objectifs sont tous distincts. - Sur le café des parents, l'obstacle majeur constitue le temps d'appropriation par les parents de ces temps d'échanges. - Pour l'espace arc en ciel, nous identifions que l'obtention de l'accord des familles, même s'il demeure indispensable, peut constituer un obstacle. - Enfin, l'obstacle majeur au bon déroulement du groupe de parole est la mise en place d'une dynamique collective afin que l'implication des parents perdure.
Calendrier de réalisation	- Le café des parents a une fréquence de réunion hebdomadaire et des temps forts sont répartis dans l'année - L'espace arc en ciel fonctionne au rythme des années scolaires (Financement par année civile) - Le groupe de parole repose sur l'organisation de 5 rencontres programmées de février à juin, suivies d'un bilan qui permettra de projeter les rencontres sur la période de sept à décembre
Modalité de suivi	- Pour le café des parents et le groupe de parole, un bilan est fait avec les familles en juin et décembre - Pour l'espace arc en ciel, l'équipe du Dispositif de Réussite Educative fait le point en début d'année avec les équipes éducatives des 4 écoles maternelles afin d'évaluer les admissions possibles en cours d'année. Les admissions se font ensuite via une rencontre en présence de la famille, l'enseignant et la coordinatrice d'arc en ciel. Des points sont régulièrement faits en présence des familles tout au long de leur présence dans le service. Enfin, nous avons une rencontre en fin d'année scolaire avec les équipes éducatives de chacune des écoles en DRE afin de faire le point sur la situation des enfants accompagnés. Lors de ces rencontres partenariales, les institutions du type UTPAS (SSD, PMI), CMP, CAMPS... sont présentes.
Indicateurs d'évaluation	- Les indicateurs d'évaluation actuellement exploités pour suivre l'activité des projets « café des parents » et « groupe de parole » sont : la fréquentation, la régularité, les thèmes abordés et l'implication des parents. - Pour ce qui est de l'espace arc en ciel, les indicateurs sont liés au développement de la relation entre parents & enfants / accès des familles à des services tiers de type CMP, CAMPS où l'acceptation préalable d'une problématique psy est souvent nécessaire...
Budget prévisionnel	Le budget du café des parents est de 10 150 € / an. Celui de l'espace arc en ciel tourne autour de 80 000 € par an. Enfin, celui du groupe de parole est estimé à hauteur de 1 200 €.
Sources de financements potentiels	Les financeurs sont le REAPP et le CUCS pour le café des parents et le groupe de parole. Pour ce qui est de l'espace arc en ciel, l'ACSE intervient à hauteur de 80% et le CCAS de Mons en Baroeul, de 20%.
Année de mise en œuvre	Le café des parents a été initié en 2013, Arc en ciel en 2007/2008 et le groupe de parole en 2009 !

Santé mentale - FICHE N°7.1

Intitulé de l'action	<i>Améliorer le repérage et l'orientation des personnes en souffrance psychique Résidence sociale Les cerisiers à Faches-Thumesnil</i>
Objectifs stratégiques	Réaliser une veille des résidents au regard de leur pathologie psychiatrique ou de leur souffrance psychique Prévenir les situations de grandes fragilités psychologiques des résidents
Objectifs opérationnels	- Repérer les résidents en souffrance psychique - Informer les résidents repérés en souffrance psychique sur les possibilités d'accompagnement - Effectuer un relais avec Diogène et le CMP du secteur pour les résidents souhaitant être accompagnés
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	La population hébergée se compose majoritairement d'hommes seuls souvent isolés et en situation de vulnérabilité. Aux immigrés âgés, se mêle désormais un public plus jeune en difficulté d'accès au logement. En effet, depuis les premières transformations des foyers de travail migrants en résidence sociale, ARELI accueille un public plus diversifié (femmes, jeunes, couples) au sein de ses structures d'hébergement. Ce nouveau public, en situation de précarité, au parcours de vie parfois difficile est confronté aux problématiques liées aux addictions, à des fragilités psychologiques, voire à des maladies mentales. Il faut d'ailleurs noter que sur la résidence sociale les cerisiers, ARELI a signé une convention avec le CMP du secteur afin de mettre quelques logements à disposition pour des personnes sortant d'hospitalisation. C'est pourquoi depuis de nombreuses années, nous avons développé des actions avec les différents secteurs des structures ARELI de la métropole et notamment avec Diogène (Lille-Fâches-Marquette), La Ravaude (Roubaix, Wattrelos), l'Abbé de l'épée (Tourcoing). Ainsi, nous réalisons un repérage et orientons vers les partenaires qui réalisent parfois des permanences sur site ou interviennent par le biais de RDV. Nous leur proposons également de participer à des actions collectives mises en place sur le site. D'une part cela permet aux résidents de repérer les partenaires et d'autre part d'effectuer des orientations un peu moins formelles avec certains résidents ou d'être un appui aux repérages. Le contexte d'isolement et de précarité sociale et familiale, accentue les situations de fragilité psychologique des résidents. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons mis en place cette action qui vise à accompagner les résidents vers une prise de conscience et une prise en charge de leur souffrance, grâce à une information des possibilités de prise en charge par les dispositifs et les professionnels de santé. En 2014, notre souhait est de continuer le projet tel qu'il se réalise depuis plusieurs années, en réalisant des liens avec l'action autour des addictions car beaucoup de résidents cumulent ces deux problématiques.
Description de l'action	Le travailleur social dans le cadre du suivi résidentiel des résidents mais également l'équipe du site (responsable de site, agents de maintenance ou d'entretien) réalisent une veille et un repérage de tous les résidents, et plus spécifiquement de ceux ayant déjà rencontrés des difficultés psychologiques. Ensuite, si nécessaire le travailleur social informe le résident de la présence de l'infirmier Diogène et des possibilités d'accompagnement. Quand cela est possible, avec l'accord du résident, le travailleur social oriente le résident vers le partenaire. Un lien entre le partenaire et le travailleur social s'établit autour de la situation de la personne orientée. Le travailleur social reste en appui pour le partenaire santé. Il peut d'ailleurs effectuer des accès aux droits dans le cadre de ce suivi spécifique mais également en lien avec les autres partenaires qui accompagnent le résident (curateur, tuteur, AS...) Après ces orientations, l'infirmier Diogène et le travailleur social font des points réguliers pour évoquer ensemble la situation des personnes suivies ou repérées.
Secteur géographique	Résidence sociale Les cerisiers à Faches-Thumesnil
Porteur de l'action (même	ARELI

si éventuel)	
Partenaires dans la mise en œuvre	Diogène Le CMP secteur EHLA, CSAPA, ANPAA si nécessaire et en fonction de la situation
Éléments facilitateurs	Partenariat existant depuis plusieurs années. L'infirmier intervenant est toujours le même donc un repérage facilité pour les résidents. Réactivité du secteur CMP. Bonne connaissance du public par les partenaires.
Obstacles à lever	Les représentations de la santé mentale par les résidents. La peur de la stigmatisation pour certains résidents.
Calendrier de réalisation	L'action se réalise au fur et à mesure des besoins des résidents. Le suivi est réalisé en individuel/
Modalité de suivi	Le travailleur social utilise son cahier (carnet de bord) pour le suivi avec les résidents au quotidien. Dans le cadre du protocole de fonctionnement, la santé peut être inscrite comme un objectif d'accompagnement et de démarche à réaliser par le résident. Les synthèses au lieu au moins 2 fois dans l'année en présence du résident, de son référent et de tout autre accompagnant acteur dans les démarches du résident.
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes repérées Nombre de personnes suivies
Budget prévisionnel	Pas de budget prévisionnel
Sources de financements potentiels	Pas de source de financement aujourd'hui
Année de mise en œuvre	Poursuite en 2014

Santé mentale - FICHE N°7.2

Intitulé de l'action	<i>Améliorer la coordination des actions favorisant l'accès aux soins de santé mentale des adolescents et des jeunes adultes</i>
Objectifs stratégiques	Améliorer le parcours de soins des adolescents
Objectifs opérationnels	Favoriser les actions de préventions en santé mentale Améliorer l'accès aux soins (dépistage / suivi) en santé mentale Favoriser les partenariats entre les différents champs d'intervention dans l'accompagnement des adolescents à risque
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	L'adolescence est une période charnière et sensible de la vie ; c'est aussi une période où la possibilité d'infléchir les parcours de vie et de soins semble importante. Pourtant l'accès aux soins est bien moindre qu'à d'autres ages de la vie. Les déterminants sociaux et psychologiques sont multiples. Concernant les troubles psychiques, le dépistage précoce des sujets à risques permet d'envisager une meilleure évolution en terme de qualité de vie et de handicap consécutif. Le suicide est également une cause de mortalité évitable chez les sujets jeunes. Il existe de nombreux dispositifs d'accompagnement dans les champs sanitaire, scolaire, social ou medico-social, d'insertion professionnelle, de protection des mineurs, qui ont régulièrement des difficultés de coordination ou de compréhension. La mutualisation des actions devrait permettre une potentialisation des effets.
Description de l'action	Organisation de rencontre des acteurs afin de définir les problématiques et de mettre en place une meilleure coordination et des actions de terrain. 1. Définir les actions coordonnées de prévention 2. Améliorer l'accès aux soins, les dépistages précoces ainsi que les actions conjointes entre les partenaires en développant la mobilité 3. Améliorer le parcours de soins en favorisant les collaborations entre psychiatres adultes et pédopsychiatres, médecine scolaire et structures du département (PMI, ASE...) pour faire émerger des prises en charge adaptées en lien avec les services hospitaliers (CHRU, GHICL, clinique de Lautréamont, clinique de Villeneuve d'ascq, clinique pour adolescents Wasquehal....). Définir des protocoles ou modes opératoires disponibles sur le territoire pour la coopération des partenaires pour les différents champs. 4. Développer des groupes autour de médiation culturelle limitant l'isolement et favorisant l'intégration
Secteur géographique	Intercommunal : Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Baroeul, Ronchin, Hellemmes, Lesquin
Porteur de l'action (même si éventuel)	EPSM Lille-Metropole, Pole de santé mentale 59g21
Partenaires dans la mise en œuvre	EPSM de l'agglomération lilloise secteur de pedopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, PJJ, ASE, santé scolaire et établissements scolaires, club de prévention, services jeunesse des communes, missions locales, CIPD Oxygene, AISSMC et partenaires du CLSM, etc.

Éléments facilitateurs	Des groupes de travail existent autour de l'accès aux soins des adolescent et jeune adulte sur le territoire. La coopération entre psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile est en cours
Obstacles à lever	Limite des champs d'action et de compétences de chacun (action de prévention, accompagnement, soins, ...) Faire collaborer les acteurs dans l'idée d'un parcours de soins cohérent
Calendrier de réalisation	2014-2015 mobilisation des partenaires, définition des ressources, définition des besoins 2015-2016 définition des actions et dispositifs à mettre en œuvre 2015-2017 mise en place
Modalité de suivi	Une réunion plénière tout les 2 mois dans la phase de définition des besoins puis fonctionnement par groupe projet, avec réunion semestrielle de l'ensemble des groupes projets → des comptes-rendus seront effectués Le projet sera également présenté dans les instances du CLSM pour information et éventuelles validations
Indicateurs d'évaluation	Panel d'institutions présentes Avancé des travaux, définition et mise en place d'actions concrètes Conventions éventuellement signées Nombre de suivis communs réalisés Stages croisés ou formations délivrées/suivis
Budget prévisionnel	0,00 €
Sources de financements potentiels	Non concerné
Année de mise en œuvre	2014

Santé mentale - FICHE N°7.3

Intitulé de l'action	<i>Favoriser l'accès aux soins en santé mentale pour les personnes concernées par une problématique périnatale.</i>
Objectifs stratégiques	Améliorer la coordination entre les différents acteurs de la périnatalité pour un accompagnement global de la personne : au moment de la conception, pendant la grossesse et après la naissance. Optimiser le repérage des situations complexes et agir rapidement. Favoriser l'accès aux soins en psychiatrie
Objectifs opérationnels	- Organiser des réunions partenariales pour : - Identifier le maillage des différents acteurs - Définir la manière dont l'équipe va pouvoir fonctionner - Établir une convention et une charte éthique - Faire du temps de synthèse clinique - Communiquer notre existence auprès des autres professionnels de périnatalité. - Entretiens au domicile - conjoints ou non - possibles afin de simplifier l'accès aux soins à l'utilisateur - Améliorer le repérage des populations à risque afin de mieux soutenir les difficultés de l'enfant et des parents - Évaluer rapidement le degré de gravité de la problématique présentée par l'utilisateur afin d'optimiser la prise en charge - Développer des compétences dans l'accompagnement des familles en menant une politique de formation
Rappel de la problématique Et des éléments de diagnostic	Les troubles psychiques de la grossesse et du post partum peuvent être nombreux et de différentes intensités : des manifestations anxieuses, des troubles du sommeil, des syndrômes dépressifs allant jusqu'à la dépression post natale, et la psychose puerpérale. Ces troubles peuvent perturber les liens d'attachement mère enfant. Par exemple, les études relèvent de nombreux cas de dépressions postnatales alors que peu viennent consulter en psychiatrie adulte (environ 750 00 femmes par an) car les femmes sont souvent épuisées, culpabilisées et découragées. Or, les effets négatifs de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant sont connus et les enfants qui y sont exposés sont considérés comme une population à risque psychologique. Il semble donc important de dépister au plus vite les personnes à risque de développer un trouble psychique en lien avec la périnatalité et surtout de les prendre en charge de manière spécifique avec une équipe pluridisciplinaire.
Description de l'action	(2014) Avant de démarrer notre activité, il convient de : - Valider la convention et l'arbre décisionnel pour les professionnels de l'équipe périnatalité, - Recenser et identifier les partenaires potentiels et les mobiliser dans un groupe de réflexion, - Rencontrer les différentes équipes pour expliciter leurs missions et leurs fonctionnements institutionnels (outils, fonctionnement organisation...) (2015) Puis, une fois par mois les partenaires - l'équipe de pédopsychiatrie I06 et celle de psychiatrie adulte G21 - s'engagent à se réunir afin d'engager un « travail ensemble » autour de situations communes. Lors de ces réunions, il s'agira : - d'évaluer dès le stade ante-natal les situations présentant des facteurs de risque et proposer une orientation et un soutien adapté - d'organiser des temps de synthèse autour des usagers pris en charge pour évaluer leur progression - d'améliorer la circulation de l'information - d'organiser nos prochaines consultations.

	- Nos interventions peuvent se faire au domicile de l'utilisateur. Elles s'organisent tout d'abord en binôme afin de faciliter la rencontre de l'autre professionnel et de faciliter l'alliance thérapeutique. - Des formations conjointes seront demandées afin de développer nos compétences et nos connaissances dans une culture commune.
Secteur géographique	Les villes de Mons-en-baroeul, Lezennes, Ronchin, Faches-Thumesnil, Hellemmes, Lesquin.
Porteur de l'action (même si éventuel)	Service Médico Psychologique de Proximité G21
Partenaires dans la mise en œuvre	Pédopsychiatrie I06
Éléments facilitateurs	Implantation des secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte dans un travail de partenariat. Présence de deux UTPAS sur les secteurs, Implication de la CAF (à solliciter) Volonté des chef de Pôle.
Obstacles à lever	L'implication des différents acteurs, L'engagement sur le long terme des acteurs souhaités : UTPAS, PMI, Halte garderie, Crèche, école maternelle du Pôle, lien avec les maternités.
Calendrier de réalisation	2014 pour la réflexion et la mise en place du projet 2015/2016 : mise en place de la réunion mensuelle autour des situations et interventions communes
Modalité de suivi	Suivi régulier au sein d'un Comité de Gestion périnatalité Rédaction de compte-rendu
Indicateurs d'évaluation	Quantitatives suite aux documents élaborés et qualitatives suites aux orientations effectuées
Budget prévisionnel	A définir
Sources de financements potentiels	Les appels à projet, la CAF, budget propre des structures
Année de mise en œuvre	2014-2016