vaulx en velin

contrat local de SANTÉ

2019-2024

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

GRANDLYON la métropole

vaulx en velin
MÉTROPOLE DE LYON

EDITO

Un Contrat Local de Sante,
ou comment construire une culture de la santé et du bien-être

La préservation de sa santé et de celle de ses proches, l'accès à l'offre de soins constituent de toute évidence, des préoccupations majeures pour chacun. Une municipalité, même si cela ne relève pas directement de sa compétence, ne peut rester sans s'intéresser à celle de ses concitoyens ; la santé participe du bien-être de chaque individu. C'est pourquoi Vaulx-en-Velin a décidé d'élaborer un Contrat Local de Santé avec l'Agence Régionale de Santé qui nous a apporté les appuis nécessaires pour mener ce projet à bien. La mise en œuvre de ce Contrat se fera sur cinq années, elle sera régulièrement accompagnée et évaluée avec les Vaudais qui sont les premiers concernés.
Il faut bien admettre qu'il n'est pas toujours aisé de joindre un spécialiste ; que pour certaines personnes, le défaut de couverture complémentaire satisfaisante les prive d'accès à des soins dentaires ou de correction optique et beaucoup renoncent même à se soigner.
Les difficultés économiques ou professionnelles, les conditions de logement ou de transport, la précarité, sont souvent intimement liés aux problèmes de santé. Et notre ville est particulièrement concernée par cette situation.
Tout le monde a convenu qu'à Vaulx-en-Velin, le recours et l'accès aux soins devaient être facilités, renforcés, la prévention développée, pour la rendre plus présente, plus efficiente, aussi sur le plan psychique.
L'objectif de ce Contrat est précisément d'agir sur ces inégalités sociales et territoriales et d'en réduire l'impact, de créer les conditions de mieux suivre les maladies chroniques comme l'hypertension ou le diabète, et donc de réduire la mortalité prématurée.

Comment y parvenir ?
En mobilisant mieux les ressources disponibles et de nouvelles, en prenant mieux en compte les manques, en suscitant des initiatives, en informant, en sensibilisant et en échangeant avec la population à toutes les étapes de la démarche.
Pour cela, tous les partenaires sont investis : l'État, la Métropole de Lyon, l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), l'Éducation Nationale, le Centre hospitalier du Vinatier, le Centre de Santé Jean GOULLARD, le Centre de Santé : Santé commune, l'association des professionnels de santé Soins Primaires à Vaulx-en-Velin (SPVV), le CCAS.
Ensemble, nous allons améliorer la coordination des actions qui traitent des questions de santé et donc veiller à ce que notre territoire soit à la hauteur des besoins et des attentes de ses habitants.

Yvan MARGUE
Maire Adjoint délégué à l'Action Sociale
aux Solidarités et à la Santé

Hélène GEOFFROY
Maire de Vaulx-en-Velin
Vice-présidente de la Métropole de Lyon

SOMMAIRE

PREAMBULE **p.5**

LE CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DE LA VILLE **p.6**

A. Une ville dynamique et attractive **p.6**

B. Une population en croissance rapide et relativement jeune **p.6**

C. Une précarité marquée sur le territoire p.7

LES DONNEES SANITAIRES DU TERRITOIRE **p.10**

A. Un accès aux soins difficile **p.10**

1. Des inégalités fortes en matière d'accès aux soins p.10
2. Une démographie médicale pas toujours favorable au recours aux soins et à la prévention p.10
3. Un recours aux soins et à la prévention moins élevé que la moyenne de l'agglomération p.10

B. Un état de santé défavorable **p.11**

1. Une mortalité prématurée élevée p.11
2. Un taux supérieur de personnes en situation de handicap p.12
3. Des maladies chroniques présentes sur le territoire p.12
4. Une problématique notable de santé mentale p.12

LA VOLONTE FORTE DE PROMOUVOIR L'ACCES A LA SANTE A VAULX-EN-VELIN **P.13**

A. Un champ investi depuis plusieurs années et à renforcer **p.13**

B. Les fondements de la politique de santé de la ville **p.13**

ARTICULATION DU CLS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE **p.14**

L'ELABORATION DU CLS **p.20**

A. Deux diagnostics santé réalisés **p.20**

B. Un recensement exhaustif des actions santé existantes **p.20**

C. Des objectifs partagés en matière de santé autour de quatre axes **p.20**

D. Une méthode d'élaboration participative **p.20**

LES PISTES D'ACTIONS DEFINIES A PARTIR DU DIAGNOSTIC **p.21**

LE CONTRAT LOCAL DE SANTE DE LA VILLE DE VAULX-EN-VELIN **p.23**

LES ANNEXES **p.27**

Fiches actions **p.28**

Axe 1 : accès aux soins et offre de soins, focus handicap p.28

Axe 2 : prévention enfants/jeunes/femmes p.42

Axe 3 : lutte contre le diabète, le surpoids, l'obésité/promotion activité physique p.64

Axe 4 : la santé mentale p.76

Liste des participants **p.87**

PREAMBULE

Instrument de consolidation du partenariat local sur les questions de santé, les Contrats Locaux de Santé (CLS) visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
En coordonnant l'action des différents intervenants, les CLS cherchent à développer l'efficacité des actions définies dans le cadre des Projets Régionaux de Santé (PRS) en lien avec les projets locaux de santé portés par les collectivités territoriales, à destination des publics les plus fragiles.
Ils identifient les territoires vulnérables et améliorent les contextes environnementaux et sociaux qui déterminent in fine l'état de santé des populations. D'un point de vue réglementaire, les Contrats Locaux de Santé font l'objet de dispositions dans le cadre de la Loi n°2009 - 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires reprises dans le Code de la Santé Publique à l'article L.11434 - 17 qui précise que :

La mise en œuvre du Projet Régional de Santé peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, ceux-ci portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médicosocial.
Le CLS a pour objectif de soutenir les dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui constituent des infra territoires de santé.

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.)
- l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention en matière de santé
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé

Ce type de contrat s'inscrit dans le cadre de la politique décidée par les élus de la Municipalité de Vaulx-en-Velin. Les signataires et les partenaires s'engagent de manière volontaire dans la signature du Contrat local de Santé afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les élus de la Municipalité de Vaulx-en-Velin se préoccupent de l'amélioration des conditions de vie des Vaudais, se traduisant notamment par une meilleure santé tant au niveau des besoins de la population (axes préventifs et curatifs) qu'au niveau de l'offre de soins, la santé impactant sur tous les domaines de la vie (le logement, l'insertion sociale et professionnelle).
Cette volonté est également portée par un souhait des habitants d'être acteurs de leur propre santé.

LE CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DE LA VILLE

A) UNE VILLE DYNAMIQUE ET ATTRACTIVE

Vaulx-en-Velin fait partie de la première couronne de l'Est lyonnais et se situe sur la rive gauche du Rhône. Son territoire se divise en deux secteurs distincts, situés de part et d'autre du canal de Jonage.

L'extrême nord, proche du lit du fleuve, est la plus dense en nombre d'habitants. Elle comprend le village, cœur historique de Vaulx-en-Velin, l'ex ZUP construite dans les années 70, plusieurs secteurs pavillonnaires ainsi qu'une zone maraîchère et des zones industrielles. L'extrême nord comprend une très grande partie du Grand Parc et de la zone de captage d'eau potable de Crépieux-Charmy qui fournit l'agglomération lyonnaise.

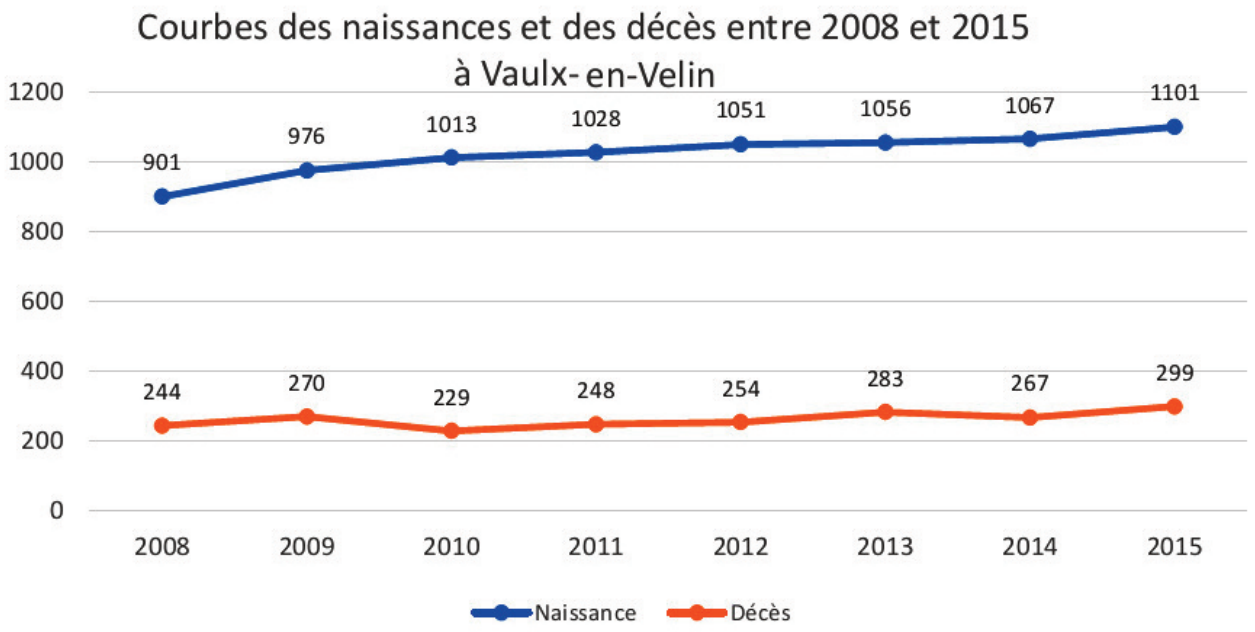
La partie Sud, historiquement appelée « La Côte » est caractérisée par un tissu urbain morcelé, divisé entre zones commerciales, zones industrielles, zones pavillonnaires et quelques grands ensembles. C'est sur ce secteur que s'est implantée, dans les années 1920, l'usine de soie artificielle et sa cité jardin attenante, la cité TASE (Textile Artificiel du Sud-Est) intégrée aujourd'hui au projet urbain du Carré de Soie qui donne un nouveau souffle à la ville. Ce quartier connait en effet actuellement un fort développement par la construction de logements nouveaux et d'équipements publics et l'arrivée d'une population jeune de classe moyenne.

La ville de Vaulx-en-Velin est l'un des moteurs de l'Est lyonnais avec plus de 20 000 emplois et 2 500 entreprises implantées sur son territoire. Irriguée par plusieurs infrastructures routières et raccordée à des lignes de transports en commun, elle en est également son centre névralgique et l'une des portes de l'agglomération lyonnaise.

B) UNE POPULATION EN CROISSANCE RAPIDE ET RELATIVEMENT JEUNE

La ville de Vaulx-en-Velin compte à ce jour 48 906 (chiffres 2019 INSEE) habitants, elle connaît une croissance démographique relativement soutenue grâce à un taux de natalité élevé et à l'arrivée de nouveaux habitants attirés par ces offres immobilières ou convaincus par l'évolution de la ville et la mutation urbaine menée depuis une quinzaine d'années.

Avec plus du tiers d'habitants, âgés de moins de vingt ans soit 33,9%, et 11,5% âgés de 65 ans et plus, la population Vaudaise est globalement jeune par rapport à la moyenne de la Métropole de Lyon et de la Région Auvergne-Rhône-Alpes.



Source : Insee, 2015. Réalisation VAA Conseil

C) UNE PRÉCARITÉ MARQUÉE SUR LE TERRITOIRE

L'INSEE a publié en février 2015 une étude sur **« la précarité dans le Grand Lyon »** qui montre les fortes disparités au sein de la Métropole de Lyon avec aussi bien des populations très aisées que des populations en grande précarité. La Métropole est dans une situation intermédiaire en Auvergne-Rhône-Alpes. Près d'un ménage sur cinq est en dessous du seuil de bas revenus, soit 110 000 ménages. Vaulx-en-Velin fait partie des quatre communes aux indicateurs de précarité élevés en Rhône-Alpes.

Vaulx-en-Velin affiche un taux de pauvreté de 31,8 %. Dans deux quartiers, le taux dépasse même les 50 % : c'est le cas du Mas-du-Taureau (50,8 %) et des Grolières-Noirettes (50,4 %).

• **Le taux de chômage** en 2019 s'élève à 23.5 % à Vaulx-en-Velin contre 14,3% dans la Métropole. La Médiane* du revenu disponible par unité de consommation en 2015, en euros est de 15 006 annuel à Vaulx-en-Velin contre 21 327 dans la Métropole (Source : Insee-2015).

** La médiane des revenus correspond au montant de revenu déclaré au-dessous duquel se situent 50% des ménages et 50% au-dessus*

• **Le nombre de bénéficiaires du RSA :**
En 2015, à Vaulx-en-Velin 8 963 personnes étaient couvertes par le RSA contre 6 048 en 2009, ce nombre a donc considérablement augmenté. Le taux de bénéficiaires en 2016 à Vaulx-en-Velin est de 17,5% et il est beaucoup plus élevé qu'en Région avec un taux de 7%.

• **Le nombre d'allocataires de la CAF** au 31 décembre 2017 est de 12 606, ceux qui sont en dessous du seuil de bas revenus (le seuil du bas revenu en 2017 est de 1 052 €) sont au nombre de 6 055, et enfin la population couverte par la CAF concerne 34 689 personnes.

• **Le nombre de familles monoparentales** a augmenté de 11% depuis 2008.

Typologie des ménages à Vaulx-en-Velin en 2015				
	2015	%	2010	%
Ensemble	11 531	100	10 241	100
Couples avec enfant(s)	6 042	52,4	5 228	51,1
Familles monoparentales	2 546	22,1	2 116	20,7
Hommes seuls avec enfant(s)	290	2,5	249	2,4
Femmes seules avec enfant(s)	2 257	19,6	1 867	18,2
Couples sans enfant	2 943	25,5	2 897	28,3

Source : Insee, RP2015 exploitation principale, géographie au 01/01/2017

Elles représentent 22,1% des familles à Vaulx-en-Velin contre 16,6% dans la Métropole de Lyon. Ces familles sont composées à 91,3% d'une femme seule avec enfants, contre 85% sur la Métropole.
A Vaulx-en-Velin, ces familles monoparentales sont davantage en précarité que celles de la Métropole et que les familles en couple avec enfants.
En effet, **la médiane des revenus des familles** monoparentales s'élève à 7 928 euros net par an soit 660 euros par mois. Au niveau de la Métropole cette médiane est de 13 666 euros net par an soit 1 138 euros par mois.

• **Une population globalement moins diplômée :**
Le niveau de formation des habitants de Vaulx-en-Velin est plus faible que celui de la Métropole et de la Région. Ainsi, en 2015, la part des habitants de 15 ans et plus sortis du système scolaire sans diplôme est nettement plus élevée à Vaulx-en-Velin (41,6%) que dans la Métropole (26,3%) et la Région (28,9%). Les 18-24 ans sont moins présents dans **les études supérieures** : 47% font des études supérieures contre 65,5% dans la Métropole de Lyon.

• **Le taux de scolarisation** des 18/24 ans est de 45.6 % contre 66.2 % dans la Métropole en 2019. La population âgée de plus de 15 ans **sans diplôme** ou au plus ayant un BEPC, brevet des collèges ou diplôme national du brevet est de 41.6% à Vaulx-en-Velin contre 26.3 % dans la Métropole.

Emplois par catégorie socioprofessionnelle en 2015à Vaulx-en-Velin en 2015				
	Nombre de ménages	%	Population des ménages	%
Ensemble	16 954	100,0	46 579	100,0
Agriculteurs exploitants	6	0,0	28	0,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	718	4,2	2 572	5,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	857	5,1	2 569	5,5
Professions intermédiaires	2 070	12,2	5 939	12,8
Employés	2 649	15,6	7 020	15,1
Ouvriers	4 278	25,2	14 902	32,0
Retraités	4 436	26,2	8 609	18,5
Autres personnes sans activité professionnelle	1 939	11,4	4 939	10,6

Source : Insee, RP2015 exploitation principale, géographie au 01/01/2017

• **Les catégories socio-professionnelles :**

Une majorité d'ouvriers réside à Vaulx-en-Velin, alors que dans la Métropole de Lyon ce sont les professions intermédiaires et les cadres qui sont majoritaires. En effet le taux d'ouvriers s'élève à 32% à Vaulx-en-Velin contre 14,2% dans la Métropole.

Concernant **les employés**, le taux est de 15,1% à Vaulx-en-Velin contre 25,2% dans la Métropole et le taux de professions intermédiaires sur la commune est de 12,8% contre 29,8% dans la Métropole.

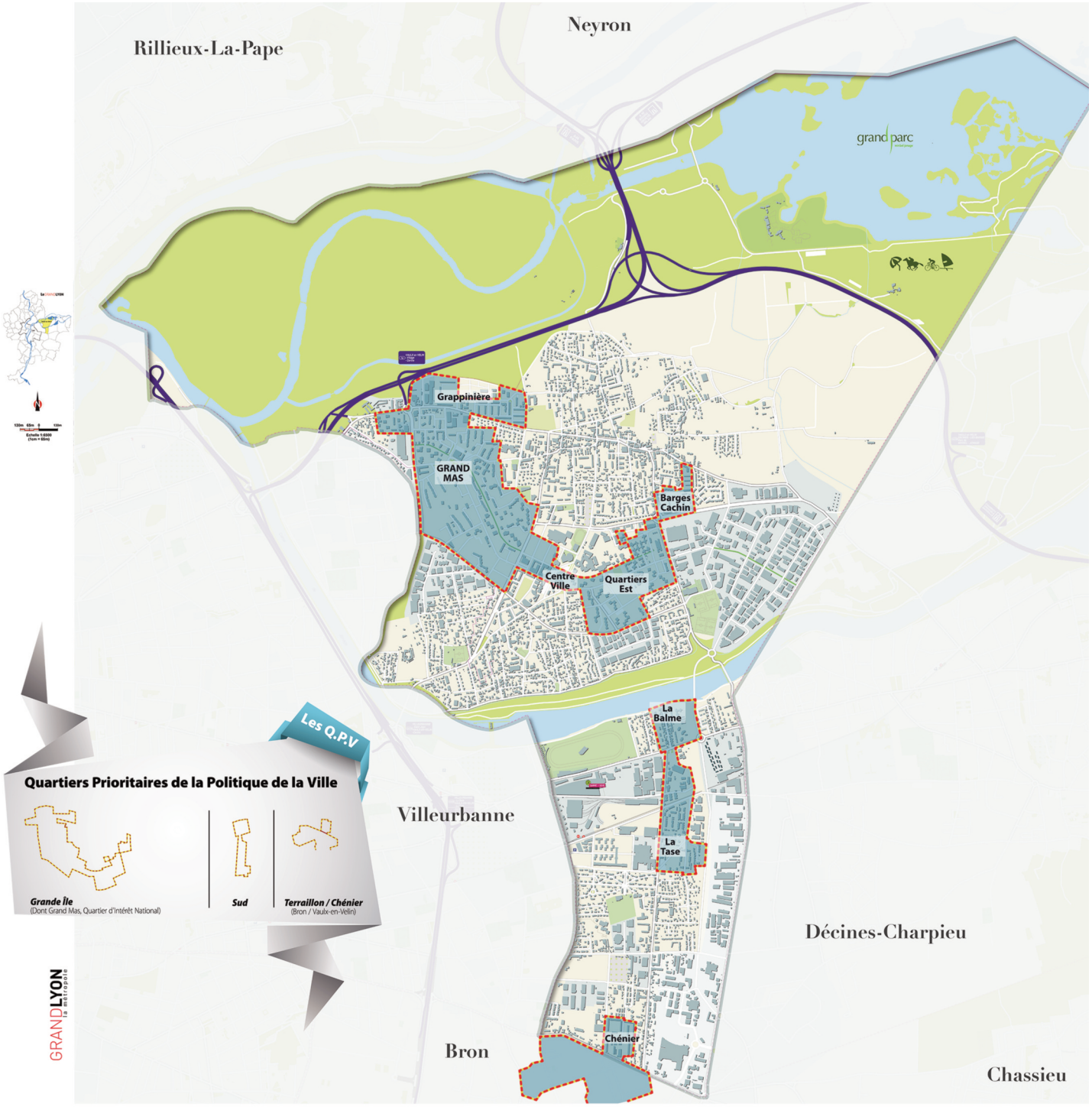
Le taux de cadres et professions intellectuelles supérieures est de 5,5% à Vaulx-en-Velin contre 25,5% dans la Métropole.

Ces indicateurs montrent que les catégories socio-professionnelles les moins aisées sont plus présentes sur la ville de Vaulx-en-Velin que sur la Métropole.

Emplois par catégorie socioprofessionnelle en 2015 dans la Métropole de LYON		
	Nombre	%
Ensemble	693 680	100
Agriculteurs exploitants	515	0,1
Artisans, commerçants, chefs entreprise	36 242	5,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	176 768	25,5
Professions intermédiaires	207 031	29,8
Employés	174 960	25,2
Ouvriers	98 164	14,2

Source : Insee, RP2015 exploitation complémentaire lieu de travail, géographie au 01/01/2017

- **Trois périmètres en Politique de la Ville :**
  - **Grande-Ile** avec 20 491 habitants soit 46 % de la population, 45% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté
  - **Sud** avec 2 241 habitants soit 5 % de la population, 37% vit en dessous du seuil de pauvreté
  - **Terraillon Chénier** 6 686 habitants dont 1 000 Vaudais.



Près de la moitié des habitants de la commune résident en QPV.

De manière générale la précarité a des impacts notoires sur la santé des habitants en termes d'accès aux soins, de prévention et de parcours de soins.

La précarité sociale résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et des difficultés diverses. Elle s'accompagne souvent de problèmes de santé. Entre consultations tardives et renoncements, ce mode de recours aux soins limite également les chances de guérison et de récupération. Ces personnes cumulent difficultés sociales, problèmes de santé et de soins. Les parcours de vie défavorables et les processus qui mènent à la mauvaise santé sont ancrés depuis l'enfance.

LES DONNEES SANITAIRES DU TERRITOIRE

A) UN ACCÈS AUX SOINS DIFFICILE

1. Des inégalités fortes en matière d'accès aux soins

Les données en santé montrent que la situation des Vaudais dans l'accès aux soins est plus complexe que sur la Métropole et la Région. Le taux de bénéficiaires de la CMUc s'élève à 21,3% contre 11% dans la Métropole et 7,4% en Région. Il s'élève à 29% dans le QPV Grande-Ile et 25% dans le QPV Sud.
Les affiliés sur la ville ayant une complémentaire santé hors CMU représentent 58.6% contre 66.4 % en Rhône Alpes, le taux d'ayants droit à l'Accès à une Complémentaire Santé (ACS) est de 3,6 % à Vaulx-en-Velin contre 1,7 % dans le Rhône.

2. Une démographie médicale pas toujours favorable au recours aux soins et à la prévention

La densité des professionnels de Vaulx-en-Velin est globalement en dessous du niveau de la Métropole et de la Région, avec 70.6 pour 100 000 habitants dans la Métropole contre 92.7 pour 100 000 habitants en Région.
Cette situation risque d'être aggravée dans les années à venir puisque que la moitié des médecins va atteindre l'âge de la retraite. Il est à noter que l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire. Elle est concentrée principalement dans le nord de la commune, d'autre part le nombre très faible de spécialistes présents sur le territoire impacte le recours aux soins primaires.

3. Un recours aux soins et à la prévention moins élevé que la moyenne de l'agglomération

Les données disponibles pour **le recours aux professionnels de santé libéraux** montrent un recours équivalent des Vaudais aux médecins généralistes que celui observé chez les habitants de la Métropole et de la Région : 72% des assurés du régime général de Vaulx-en-Velin ont consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours de l'année 2015) mais un moindre recours aux chirurgiens-dentistes et aux spécialistes sans doute en partie dû au manque d'offre sur la ville ,sauf pour ce qui concerne les pédiatres. On note également la fermeture de la clinique de l'union en 2018.

Effectif et densité de professionnels de santé, 2017										
	Vaulx en Velin				Métropole de Lyon			Auvergne-Rhône-Alpes		
	Effectif	Densité *	55 ans et + (%)	Secteur 2 (%)	Densité *	55 ans et + (%)	Secteur 2 (%)	Densité *	55 ans et + (%)	Secteur 2 (%)
Médecins généralistes	32	70,6	43,8	3,1	99,7	51,7	15	92,7	49,6	8,6
Gynécologues	0	0	0	0	53,2	58,2	85,9	31,8	64,8	64,3
Ophtalmologues	1	2,2	100	100	10	59,3	74,8	6,5	64,6	62,9
Pédiatres	4	33,7	75,0	0	43,0	59,3	50	20,5	57,0	33,2
Psychiatres	1	2,2	100,0	0	19,6	65,4	48,1	9,4	65,8	33,2
Chirurgiens-dentistes	12	26,5	33,3	0	60,7	35,6	0	54,7	36,4	0
Orthodontistes	0	0	0	0	3,9	43,4	0	2,8	37,2	0
Infirmiers	58	128,1	10,3	0	134,6	17,3	0	142,6	19,1	0
Masseurs-kinésithérapeutes	47	103,8	19,1	0	132	15,8	0	110,6	17,1	0
Orthophonistes	33	72,9	9,1	0	54,6	13,8	0	33,9	15,8	0

Sources : ARS (FNPS Assurance Maladie. - 01/08/2017), Insee (Recensement - 2014)
*Densité pour 100 000

Taux % de recours aux professionnels de santé libéraux, 2015			
	Vaulx en Velin	Métropole de Lyon	Auvergne-Rhône-Alpes
Recours à un dentiste	30,7	35,8	35,7
Jeunes de moins de 15 ans ayant eu recours à un orthophoniste	11,3	11,2	8,4
Affiliés de 75 ans et plus ayant bénéficié de soins infirmiers	53	56,3	63,4
Recours à un médecin généraliste	72,2	71,9	73,3
Recours à un psychiatre	1,1	2,6	2,1
Jeunes de moins de 15 ans ayant eu recours à un pédiatre	25,2	27,3	17,8
Recours à un ophtalmologue	18,9	23	21,9
Femmes de 15 à 49 ans ayant eu recours à un gynécologue	16	28,6	26,6
Femmes de 15 à 49 ans ayant eu recours à une sage-femme	7,5	5,7	6,4

Sources: Régime général de l'Assurance maladie (2015), Insee (RP 2012)

Concernant **le recours à la prévention**, on remarque une moindre participation des Vaudais aux programmes de prévention bucco-dentaire (M'T Dents) et au dépistage organisé du cancer du sein, en particulier dans les quartiers en politique de la Ville. Néanmoins sur un territoire comme Vaulx-en-Velin, le moindre recours aux soins et à la prévention est difficile pour une partie de la population : peu d'habitudes de pratiques de prévention, difficultés à faire face aux dépassements d'honoraires pour les personnes ayant de faibles revenus et une complémentaire santé souvent de base, le tout étant renforcé par une mobilité réduite (absence de véhicules et transports en commun insuffisants).

Taux de participation aux programmes de prévention, 2015					
	Vaulx en Velin	QPV Grande-Ile	QPV Sud	Métropole de Lyon	Auvergne-Rhône-Alpes
	Taux (%)	Taux (%)	Taux (%)	Taux (%)	Taux (%)
Jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire gratuit (M'T dents)	18,4	14,3	12,1	27,4	31,7
Femmes de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie organisée	35,5	31,7	38,7	44,3	**49,1**

Sources: Régime général de l'Assurance maladie (2015), Insee (RP 2012)

B) UN ÉTAT DE SANTÉ DÉFAVORABLE

1.Une mortalité prématurée élevée

En termes de mortalité prématurée deux points sont à souligner sur Vaulx-en-Velin :

- le taux de mortalité prématurée (survenue avant l'âge de 65 ans) est plus élevé chez les Vaudais par rapport à la Métropole et la Région,
- **le taux de mortalité des femmes** est également plus élevé à Vaulx-en-Velin que dans la Métropole et la Région. Sur la période 2009-2013, le taux de mortalité (toutes causes) des femmes s'élève à 840 pour 100 000 à Vaulx-en-Velin contre 616 et 668 pour 100 000 dans la Métropole de Lyon et la Région.

Il convient de souligner que la surmortalité prématurée est un constat récurrent et un indicateur significatif pour les populations ouvrières et / ou en situation de précarité, en lien notamment avec des conditions de vie et de travail (expositions professionnelles), un moindre recours aux soins et à la prévention (recours tardifs aux soins, moindre participation aux examens de prévention) et aux habitudes de vie moins favorables à la santé (plus de tabagisme par exemple).

2. Un taux supérieur de personnes en situation de handicap

Les données disponibles à l'échelle de la ville montrent également la **part importante de personnes en situation de handicap à Vaulx-en-Velin.** En effet, en 2016, 1 007 Vaudais sont allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), soit un taux d'allocataires de 3,9% à Vaulx-en-Velin contre 2,7% dans la Métropole de Lyon et 2,6% en Région Auvergne-Rhône-Alpes.
De même, chez les enfants et les jeunes de 0 à 20 ans, le taux de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est supérieur à Vaulx-en-Velin à celui observé dans l'ensemble de la Métropole de Lyon. En 2017, 335 Vaudais de 0 à 20 ans bénéficient de l'AEEH, soit un taux d'allocataires de 2,0% contre 1,6% dans la Métropole de Lyon. Parmi les enfants de 0-11 ans, on dénombre en 2017, 198 allocataires de l'AEEH, soit 1,9% des enfants Vaudais (de cette tranche d'âge) contre 1,6% dans la Métropole de Lyon.
Par ailleurs, les données présentées dans l'Analyse des Besoins Sociaux de la ville de Vaulx-en-Velin, montrent une augmentation du nombre d'habitants (enfants et adultes) bénéficiaires d'une aide au titre du handicap (quelle que soit la prestation). Ce taux est en augmentation de 37% pour l'AAH entre 2009 et 2015, et de 24,7% pour l'AEEH entre 2012 et 2015.

3. Des maladies chroniques présentes sur le territoire

Les données de santé disponibles montrent **l'importance des maladies chroniques** dans la population Vaudaise, en particulier **le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.**

- 8 706 Vaudais sont détenteurs d'une Affection Longue Durée (ALD) à Vaulx-en-Velin, soit un taux de prévalence de 26 004 pour 100 000 habitants. Ces données sont nettement supérieures au taux régional qui s'établit à 19 917 pour 100 000 habitants
- **le Diabète :** les chiffres montrent des taux de prévalence et d'incidence des ALD et des taux de consommation d'antidiabétiques et d'hospitalisations presque deux fois plus élevés à Vaulx-en-Velin que dans la Région. En effet, le taux d'ALD pour diabète à Vaulx-en-Velin est de 8 719 pour 100 000 habitants contre 4 120 pour 100 000 habitants dans la Région
- **les Maladies cardio-vasculaires :** En 2014, 2 298 Vaudais sont détenteurs d'une ALD pour maladies cardio-vasculaires soit un taux de 7 320 pour 100 000 habitants nettement supérieur au taux régional soit 6 538 pour 100 000.
- La consommation régulière des médicaments contre **l'hypertension artérielle** est également nettement supérieure à Vaulx-en-Velin à celle constatée dans la Métropole et la Région. Le taux de patients sous traitement antihypertenseur s'élève à 15 985 à Vaulx-en-Velin contre 14 130 et 14 991 pour 100 000 respectivement dans la Métropole et la Région.
- **Les Maladies respiratoires :** En 2014, 297 Vaudais sont détenteurs d'une ALD soit un taux de 887 pour 100 000 habitants nettement supérieur au taux régional, qui est de 561 pour 100 000. Le taux de patients sous traitement antiasthmatique s'élève à 10 414 pour 100 000, contre 7 249 / 100 000 et 6 019 / 100 000 respectivement dans la Métropole et la Région.
- Les consommations régulières **d'antiallergiques et d'antiasthmatiques** sont également nettement supérieures à Vaulx-en-Velin à celles constatées dans la Métropole et la Région. Le taux de patients sous traitement antiallergique s'élève à 8 012 pour 100 000, contre 5 568 dans la Métropole et 4 552 dans la Région.

4. Une problématique notable de santé mentale

Les données de prévalence des Affections Longue Durée (ALD) pour **affections psychiatriques** sont plus élevées à Vaulx-en-Velin en particulier chez les hommes. En 2014, 994 Vaudais sont détenteurs d'une ALD pour affection psychiatrique, soit un taux de prévalence des ALD pour affection psychiatrique de 2 596 pour 100 000, contre 2 297 pour 100 000 en Région.
Le taux de **recours aux services de psychiatrie** pour les plus de 15 ans est supérieur à Vaulx-en-Velin mais inférieurs pour les enfants de moins de 15 ans.
La consommation régulière d'antidépresseurs est plus faible à Vaulx-en-Velin que dans la Métropole et la Région. Le taux de patients **sous traitement antidépresseur** s'élève à 5 282 pour 100 000 à Vaulx-en-Velin contre 5 989 et 5 774 pour 100 000 respectivement dans la Métropole et la région. **La consommation régulière de neuroleptiques** est équivalente à ce qui est observé dans la Métropole et la Région.

Tous ces constats sur le territoire, démontrent la nécessité de mettre en place un plan d'action concret et volontariste en matière de santé.

LA VOLONTE FORTE DE PROMOUVOIR L'ACCES A LA SANTE

A) UN CHAMP INVESTI DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES ET À RENFORCER

La ville de Vaulx-en-Velin s'est fortement investie dans le champ de la santé depuis de nombreuses années, avec notamment l'existence des services municipaux promotion de la santé et d'hygiène et de salubrité publiques. La ville s'inscrit dans la construction d'un partenariat fort avec les acteurs locaux intervenant dans le domaine du soin et de la prévention, notamment au travers d'une démarche « Atelier Santé Ville », mise en place en 2006, ainsi que plus récemment avec la création et l'animation d'un Conseil Local de la Santé Mentale, en fin 2016.
Vaulx-en-Velin est par ailleurs membre du Réseau des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé.
De nombreuses réflexions partagées et actions ont été mises en place à Vaulx-en-Velin, grâce à ces différentes instances, avec une attention aux évolutions des besoins de la population, de la démographie médicale et de l'offre en santé de manière générale, sur le territoire.
Depuis ces deux dernières années, face à ces constats forts en matière de santé, la volonté politique s'est affirmée avec la mise en place d'un projet de santé publique locale qui se développerait au-delà de la juxtaposition d'actions sur le territoire en traitant des questions de santé sous forme de « campagnes plus massives », coordonnées et répétées dans la durée pour une meilleure efficience.
Il en revient donc pas uniquement au service chargé de la promotion de la santé d'assurer un cadre plus propice à la santé mais celui-ci découlera et résultera de l'action coordonnée de tous les acteurs concernés : à savoir les services de la ville tels que les Sports, l'Environnement, les Espaces publics, la Petite enfance, l'Education , la jeunesse ainsi que les acteurs des secteurs médical, social, éducatif et associatif.
Il s'agit d'infuser, à travers le Contrat Local de Santé, toutes les politiques publiques avec la collaboration des partenaires.

B) LES FONDEMENTS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ DE LA VILLE

Ils s'articulent autour de quatre grands principes :

1. Favoriser l'accès à la santé pour tous :
La précarité des habitants est source d'inégalité en matière d'accès à la santé. Par une politique volontariste d'attractivité du territoire pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels, la ville souhaite développer une offre de soins adaptée et de qualité. L'enjeu essentiel est de permettre à chacun d'accéder aux soins dont il a besoin.

2. Faire de la santé un élément essentiel des conditions de vie des Vaudais :
A l'instar d'un cadre de vie de qualité, la ville de Vaulx-en-Velin souhaite pouvoir favoriser le bien vivre sur son territoire tout en étant en bonne santé. Il s'agit également pour celles et ceux qui en sont éloignées, d'instaurer pour chacun un parcours de soins adapté et de qualité.

3. S'appuyer sur les partenariats locaux et sur un réseau de professionnels organisés :
Les acteurs locaux sont nombreux. Il s'agit alors de définir les priorités et d'agir de façon coordonnée. De même, la ville souhaite s'appuie sur un réseau de professionnels organisé et volontaire.

4. Permettre aux habitants d'être les acteurs de leur propre santé :
Il s'agit de faciliter l'accès à la santé mais aussi de permettre aux habitants de participer au maintien et à la préservation de leur santé, cela en matière de prévention mais aussi de parcours de soins en favorisant la participation citoyenne.

ARTICULATION DU CLS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE DES SIGNATAIRES

LA VILLE DE VAULX-EN-VELIN

En matière de santé la commune n'a pas de compétence obligatoire.
Pour autant, la ville de Vaulx-en-Velin s'investit fortement dans le champ de la santé afin de favoriser l'accès aux soins des habitants dans le but de réduire les inégalités de santé sur son territoire. Les questions de santé environnementale font aussi partie intégrante du champ d'action de la ville. La ville est membre du Réseau des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
La ville s'est dotée d'un Pôle Santé, acteur principal du Contrat Local de Santé, qui contribue à la mise en réseau des professionnels de santé, accompagne l'installation des nouveaux médecins, facilite l'accès aux soins des habitants et développe des actions préventives en matière de santé. Ce pôle Santé est constitué d'une chef de projet santé, d'un coordinateur Atelier Santé Ville (ASV) depuis 2006, d'un coordinateur du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) en place fin 2015 ainsi que d'une assistante administrative.
La commune peut aussi intervenir pour favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones étant en déficit en termes d'offre de soins, ainsi que dans le financement de structures participant à la permanence de soins (L.1511-8 CGCT). La ville de Vaulx-en-Velin, faisant face à un déficit de professionnels de santé, s'est engagée dans ces objectifs d'installation ou de maintien de ces professionnels sur la commune, notamment à travers l'aide à l'installation de Maisons de Santé Pluridisciplinaires.

LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CCAS) DE LA VILLE DE VAULX-EN-VELIN

En matière d'aide sociale légale, la Métropole détient une compétence de droit commun (L.121-1 CASF). La ville, quant à elle intervient sur ce champ à travers le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Il est chargé d'animer une action générale de prévention et de développement social. Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire. D'autre part, il peut créer et gérer en services non personnalisés les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi la ville de Vaulx-en-Velin s'est dotée d'un CCAS doté d'un certain nombre de compétences. Le CCAS a en charge l'accompagnement social des usagers dans l'accès aux droits, l'accompagnement des jeunes à travers le Fond d'Aide aux Jeunes en Difficulté (FAJD), l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
Il est à noter qu'un « Pôle Ressource Handicap » a été créé en mars 2018 afin de favoriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap.

L'ETAT

La stratégie nationale de santé fixe les priorités du gouvernement en matière de santé pour une durée de cinq ans. Son objectif est de donner de la cohérence à l'action collective de tous les ministères dans le domaine de la santé. Elle permet de définir une vision partagée par l'ensemble des acteurs et de piloter l'avancement des chantiers prioritaires. Elle a vocation à donner un cap, qui guidera la mise en place des politiques de santé et l'élaboration de mesures concrètes.
La Stratégie Nationale de Santé trouve une expression concrète dans les territoires via les Projets Régionaux de Santé qui devaient être définis par les Agences Régionales de Santé au premier semestre 2018.
Au plan national, elle constitue le fil conducteur de toutes les mesures et de tous les plans et programmes à venir. Par exemple, en matière de prévention, un plan national de santé publique donnera de la cohérence et de la lisibilité aux plans existants.
La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) a été adoptée officiellement par le gouvernement fin décembre 2017 à l'issue d'un processus de concertation avec les acteurs de la santé et les autres ministères concernés (Ministère de l'agriculture et de l'alimentation, Ministère de l'Education nationale, Ministère des Outre-Mer. . .) entamé à la fin de l'été et consultation auprès du public.

Les risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques ; les risques infectieux les maladies chroniques ; les nouveaux enjeux démographiques ; épidémiologiques et sociétaux ; les risques associés au système de santé lui-même sont autant de grands

défis auxquels notre système de santé est confronté et auxquels la stratégie nationale de santé doit répondre. Les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent en France à des niveaux élevés. Chaque objectif de la Stratégie Nationale de Santé contribue à la lutte contre des inégalités. Elle répond à de grands principes d'action : développer une approche interministérielle de la santé; mettre en place des parcours de santé individuels, adaptés et accessibles; adapter les actions aux territoires; simplifier le cadre réglementaire et donner plus de souplesse aux acteurs de terrain; associer les instances de démocratie en santé en amont des décisions; respecter les principes d'éthique, de solidarité, de transparence et d'indépendance; fonder les décisions sur des connaissances éprouvées, les évaluations et les expertises indépendantes, les études d'impact en santé et la recherche. La SNS s'articule autour de quatre axes déclinés en onze domaines d'actions prioritaires et 43 objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale. La politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune constitue un volet spécifique comportant sept objectifs prioritaires.
Ses objectifs ont été répartis en quatre axes qui sont la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ; la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; la garantie de la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ; l'innovation pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

La politique de la ville et le contrat de ville

Les partenaires du territoire ont fixé les orientations de la politique de la ville à travers deux documents cadres : le contrat de ville métropolitain (2015-2020) et la convention locale d'application de Vaulx-en-Velin, signés par les représentants de la Métropole de Lyon, de la ville de Vaulx-en-Velin, les services de l'Etat, la Caisse des dépôts, la Caf et les bailleurs sociaux.
Ces contrats traduisent l'engagement des partenaires à réduire les inégalités sociales entre territoires et à (re)valoriser le cadre de vie des habitants de quartiers urbains prioritaires (QPV).
Les actions locales sont déclinées à partir d'un projet de territoire transversal et d'une approche de développement global qui mêle aussi bien les volets urbain, économique, culturel, social et éducatif. Elles reposent sur un cadre législatif et une base contractuelle qui lie plusieurs partenaires : l'État, les collectivités territoriales, les intercommunalités, les bailleurs sociaux, les associations, les acteurs de l'économie ou de l'action sociale.

L'atelier Santé Ville (ASV) est une démarche locale financée dans le cadre de la politique de la ville, visant à accompagner et renforcer les politiques de santé de droit commun au cœur des quartiers les plus vulnérables, dans une logique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Conduit sur la ville depuis 2006, il met en réseau les professionnels locaux de la santé, du social, de l'insertion, autour des questions de santé sur la ville comme la lutte contre le diabète, l'hygiène buccodentaire, le sommeil, en plaçant l'habitant comme acteur principal de sa santé.
Le Grand Projet de Ville (GPV) est chargé de mettre en œuvre le projet global de développement social et urbain via le contrat de ville et d'animer le partenariat.
Il vise à réinsérer plusieurs quartiers dans la dynamique de développement de la Métropole. Ses actions portent notamment sur la rénovation urbaine, le développement économique et l'emploi, la cohésion sociale (réussite éducative, accès à la culture, accès aux soins et la santé) et le vivre ensemble, la lutte contre les discriminations et la participation des habitants.
L'équipe projet du GPV de Vaulx-en-Velin est mandatée par l'État, la Métropole de Lyon et la Ville de Vaulx-en-Velin pour intervenir sur l'ensemble des quartiers prioritaire de la ville : le secteur de la Grande-Ile au Nord et les quartiers Sud de la ville (la Balme, les Grandes Cités Tase et Genas-Chenier).

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PAR LE BIAIS DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

La stratégie nationale de santé (SNS) fixe les priorités du gouvernement en matière de santé pour une durée de cinq ans (2018-2022). Elle constitue le fil conducteur de toutes les mesures et de tous les plans et programmes à venir. Son objectif est de donner de la cohérence à l'action collective de tous les ministères dans le domaine de la santé. Dans les territoires, sa mise en œuvre concrète se traduit à travers les projets régionaux de santé définis par les Agences Régionales de Santé (ARS). L'ARS, qui a pour mission de mettre en œuvre la politique de santé au plus près des besoins de la population et de réguler l'offre en santé, met en œuvre son Projet régional de santé (PRS) dont les objectifs découlent de la politique nationale de santé. D'autres acteurs (professionnels, porteurs des politiques

publiques, collectivités territoriales, établissements et services de santé et médicosociaux) interviennent dans la déclinaison des orientations de la stratégie nationale de santé et dans celles du PRS.
Principal instrument de pilotage régional des politiques de santé, le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures qui permettront de les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité Sociale (LFSS).

Le Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 a été adopté le 28 mai 2018 par le Directeur Général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes après une large concertation avec ses partenaires : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), le Préfet de région, le Conseil régional, les Conseils départementaux, la Métropole de Lyon, les communes, le conseil de surveillance et les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie.

Il est composé de 4 documents :

- **le Cadre d'orientation stratégique** (COS) qui fixe, dans les domaines retenus par la stratégie nationale de santé, des objectifs d'évolution de notre système de santé au regard des spécificités de notre Région, de ses atouts et faiblesses
- **le Schéma régional de santé** (SRS) qui décline, pour les 5 ans à venir, les orientations du COS en objectifs visant à améliorer le parcours de santé des usagers au regard de leurs besoins spécifiques
- **le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins** (PRAPS) des plus démunis qui regroupe des actions à mener, dans les 5 prochaines années, au profit des personnes en situation de précarité, pour leur permettre de recourir au système de santé dans le cadre du droit commun
- **le cadre d'évaluation** qui contient une trentaine d'indicateurs précis couvrant l'ensemble des 6 orientations. Cette évaluation sera réalisée chaque année.

Le PRS est l'outil stratégique unifié de la politique régionale de santé. Il intègre un ensemble de démarches stratégiques en faveur de la santé et englobe tous les champs de compétences de l'agence à savoir la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires (médecine de ville) et le secteur médico-social.
Par ailleurs, les PRS doivent répondre à plusieurs enjeux stratégiques :

- réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé : améliorer l'accès à la prévention et aux soins ; renforcer la coordination, la sécurité, la qualité et la continuité des prises en charge ainsi que l'organisation des parcours,
- indiquer les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et second recours,
- fixer pour chaque zone les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre par activité de soins et par équipement, les créations et suppressions d'activités de soins, les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé,
- fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux,
- définir l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population.

6 objectifs opérationnels ont été fixés à savoir :

- développer des actions de prévention et de promotion de la santé en direction des nouveaux nés, des enfants en bas âge, des jeunes et de leurs parents plus particulièrement sur des thèmes tels que **le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire et les addictions**, qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé. Les zones d'éducation prioritaires, les quartiers en politique de la ville ainsi que les zones rurales les plus isolées, ont été priorisées,
- développer les actions de prévention à destination des patients souffrant de **pathologies chroniques** afin de les rendre davantage acteurs de leur prise en charge (éducation thérapeutique du patient, retour à une activité physique adapté, etc.),
- garantir l'accès aux **soins de premiers recours** pour tous, y compris aux soins non programmés, avec une attention particulière pour **les personnes socialement fragiles** et les personnes **en situation de handicap**, dans un double enjeu : la réduction des inégalités géographiques et sociales de santé, et le soutien à domicile,
- soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et **l'accès au droit commun** pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle de réponse coordonnée mise en œuvre en concertation avec les instances territoriales de santé,

• promouvoir un parcours de santé adapté à la personne âgée et renforcer les démarches de **repérage précoce** des fragilités ou des situations à risque, d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins à leur égard,
• améliorer le repérage précoce, le dépistage et le diagnostic en **santé mentale** dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions, dans une approche éthique respectueuse des droits des usagers en situation de maladie mentale et de leurs familles.

La politique de santé de la ville de Vaulx-en-Velin, par le biais du Contrat local de santé, s'inscrit dans les objectifs définis dans le PRS.

LA MÉTROPOLE DE LYON

La Métropole de Lyon est une nouvelle collectivité territoriale au statut unique en France. Créée par la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014, elle exerce l'ensemble des compétences du Grand Lyon et du Département.
Cette collectivité dispose de compétences sociales et médico-sociales (social, enfance, personne âgées, personnes en situation de handicap, PMI,...) qu'elle exerce en lien étroit avec l'ensemble de ses partenaires publics et privés (Etat, communes, associations,...). Elle coordonne les politiques du territoire dans ces champs en ayant le souci du partenariat et de la qualité du service à l'habitant.
Le Conseil de la Métropole a adopté fin 2015 le Pacte de cohérence métropolitain qui vise à rapprocher et mieux coordonner l'action de la Métropole et des communes sur des sujets communs (sociaux et médico-sociaux mais également la propreté, l'eau et l'assainissement, la politique de la ville, la voirie,...). La Ville de Vaulx-en-Velin est partie prenante du Pacte de cohérence métropolitain.
La Métropole intervient donc dans des domaines d'actions qui concerne le présent Contrat local de Santé, et notamment en matière de santé environnementale (proposition 14 du pacte : collecte sélective des encombrants et des déchets verts), et également en matière sociale et médico-sociale (proposition 2 : accueil information et orientation de la demande sociale / proposition 4 qui prévoit la mise en place d'un dispositif de prévention pour les 0/12 ans).
La Métropole agit aussi en termes de réduction d'émission de gaz à effet de serre par le biais du Plan Climat Énergie Territorial. À noter que la Ville a validé, en 2018, son propre PCET qui constitue un outil de travail de proximité et innovant au service d'une finalité commune qu'est la lutte contre le changement climatique.

L'ASSURANCE MALADIE

La CPAM du Rhône exerce une mission de service public ayant pour objet de garantir l'accès universel aux droits et de permettre l'accès aux soins, elle agit aussi à travers une offre de prévention.
L'État a conclu avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) une convention d'objectifs et de gestion (COG) qui détermine les objectifs pluriannuels, les actions mises en œuvre par chaque signataire et les moyens de fonctionnement.
La COG Assurance Maladie 2018-2022 a ainsi été signée par la CNAM, le ministère des Solidarités et de la santé, ainsi que le ministère de l'Action et des Comptes publics

Elle fixe 5 grands objectifs à l'Assurance Maladie, les quatre premiers axes de la convention intéressent particulièrement le présent Contrat local de Santé :
• renforcer l'accès au système de soins,
• contribuer à la transformation et à l'efficience de notre système de santé,
• rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité,
• accompagner l'innovation en santé.

Pour exemple une convention est établie ce jour entre le CCAS et la CPAM afin de faciliter le délai de traitement des dossiers CMU.

L'EDUCATION NATIONALE

La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves s'inscrit dans les objectifs généraux de l'École et vise à réduire **les inégalités sociales, d'éducation** et de santé pour permettre la réussite de tous les élèves et promouvoir une École plus juste et plus équitable.

L'article L. 121-4 du code de l'éducation définit le champ de la mission de promotion de la santé à l'École qui comprend, entre autres :

- la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres ;
- la participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents aux niveaux national, régional et départemental ;
- la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;
- l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves.

La politique éducative nationale s'établit en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé par :

- la promotion de la santé qui associe le milieu scolaire et les divers professionnels intervenant au sein des écoles et des établissements, en lien avec les élèves et leurs familles ainsi qu'avec les partenaires locaux ;
- la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé (individuels, sociaux et comportementaux) concernant l'alimentation, l'activité physique, l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites à risques et, en particulier, des conduites addictives ; des besoins de santé identifiés des élèves (y compris la santé mentale) mais également de la dimension de la citoyenneté (respect de soi et des autres, gestes qui sauvent) ;
- la logique de continuité dans le suivi des élèves qui s'étend, selon les situations et les besoins, de l'éducation à la santé à l'orientation de l'élève, le cas échéant, vers une prise en charge médicale et/ou spécialisée ;
- la contribution à l'amélioration de la santé des populations et à l'identification des besoins de santé publique.

LE CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER

Le Centre Hospitalier Le Vinatier est un établissement public de santé mentale.
Il propose une ligne de soins dédiée aux personnes atteintes de troubles psychiques. Le territoire de l'hôpital est composé de 7 arrondissements lyonnais, des communes de l'Est lyonnais et d'une partie des communes de la vallée de la Saône. Ce territoire essentiellement urbain couvre une population de 814 773 habitants soit près de 63 % de la population de la métropole de Lyon.
De par sa sectorisation, Le CH le Vinatier a en charge l'organisation des soins psychiatriques de la ville de Vaulx-en-Velin.
Pour assurer cette mission le CH Le Vinatier dispose, sur le territoire de Vaulx-en-Velin, de deux Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour les adultes et les enfants et adolescents ainsi que des hôpitaux de jour pour une hospitalisation à temps partiel et d'un Centre de jour. De plus, le CH le Vinatier est en collaboration avec la Ville pour la mise en place, dès 2015, d'un **Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)**. Le CLSM est une instance de concertation et de coordination des acteurs facilitant le travail en réseau. Les objectifs stratégiques du CLSM sont :

- assurer une observation et effectuer un diagnostic identifiant les besoins et les problématiques en santé mentale, les déterminants et les ressources du territoire. Sur cette base, il définit et met en œuvre une politique de santé mentale à l'échelon local,
- développer la prévention, l'éducation et la promotion en santé mentale,
- favoriser le développement de l'autonomie et de l'inclusion sociale des personnes en souffrance psychique,
- informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation sur la maladie mentale.

Les objectifs opérationnels du Conseil Local de Santé Mentale de Vaulx-en-Velin sont de :

- mettre en place des actions en direction des publics identifiés comme prioritaires dans le diagnostic,
- faciliter la continuité des soins et de l'accompagnement socio et médico-social, et leur coordination, et en particulier le recours aux structures et aux professionnels concernés ; de favoriser le décloisonnement des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre des initiatives destinées à la résolution de situations individuelles complexes.

L'ASSOCIATION SOINS PRIMAIRES À VAULX-EN-VELIN

Créée fin 2017, l'association regroupe pour l'instant, une quarantaine de professionnels de santé de premier recours du territoire. Leur but est de favoriser les échanges entre les adhérents notamment par des systèmes d'information pour une meilleure prise en charge des patients, être l'interlocuteur parmi d'autres des adhérents auprès des institutions, de développer le projet de santé et d'améliorer

l'accès aux soins des habitants, de favoriser les échanges avec les autres structures de prévention et de soins intervenant sur la commune, d'optimiser la pratique des professionnels de santé sur la ville, d'organiser des rencontres pluri professionnelles sur une thématique donnée ou sur des situations de cas complexes.
SPVV a participé activement aux travaux d'élaboration du CLS et poursuivra son action dans la mise en œuvre des projets.

LE CENTRE DE SANTÉ JEAN GOULLARD

Le but est de favoriser l'accès aux soins du plus grand nombre, notamment par la pratique du tiers-payant et en privilégiant les aspects humains, relationnels et de prévention.
Le Centre Jean Goullard a accueilli le Parcours de Soins Coordonné Diabète, dans le cadre de l'ASV qui permet d'accompagner les diabétiques dans leur suivi quotidien en développant l'Education Thérapeutique du Patient.
Avec Handi-consult, le centre offre un accueil approprié aux personnes porteuses de handicap pour des consultations spécialisées : gynécologie, dentiste...
Enfin, le centre de santé a contribué à l'élaboration du Contrat local de santé et sera un des co- signataires de ce contrat

LE CENTRE DE SANTÉ ASSOCIATIF SANTÉ COMMUNE

Le centre de santé « Santé Commune » s'est installé sur la ville en novembre 2018. Il développe dans son projet une approche globale de santé en co gestion avec les habitants, les patients, les usagers, dans un quartier prioritaire politique de la ville.
Son objectif est l'accès aux soins pour tous, par une coordination des acteurs du champ sanitaire et social, mettre en place une promotion de la santé par l'accès à des espaces d'échanges, de réflexions et de décisions entre usagers, d'améliorer de la qualité des soins et le parcours de soins par un travail d'équipe pluridisciplinaire en s'appuyant sur le transfert de compétences entre professionnels de santé. Et enfin favoriser la formation professionnelle et interprofessionnelle des praticiens.
Santé Commune a participé à l'élaboration du CLS et pourra poursuivre son action dans sa mise en œuvre notamment sur les questions de prévention.

LES ASSOCIATIONS

365 associations sont répertoriées sur le territoire et une centaine d'entre elles perçoit une subvention de la Municipalité témoignant ainsi de leur activité. Elles jouent un rôle important dans l'animation du territoire et la dynamique qu'elles proposent permet de les associer comme de véritables partenaires.
Un de leurs atouts est la proximité avec les habitants. La majorité d'entre elles est sensibilisée aux questions de santé et elles pourraient au travers de ce CLS être pleinement associées aux différentes actions proposées.
Il est important d'ajouter qu'une dizaine d'entre elles ont participé activement à l'élaboration du Contrat Local de Santé et quelques-unes portent ou sont partenaires des actions.

LES HABITANTS

Dans le cadre de l'élaboration du Contrat Local de Santé deux réunions de présentation ont été organisées, l'une au Nord à l'Hôtel de Ville, l'autre au Sud à la Mairie Annexe qui ont rassemblé près de 87 personnes. Cet intérêt des habitants pour leur cadre de vie et leur santé démontre leur volonté d'être acteurs sur ce champ. Les habitants devront être associés au suivi et à la réalisation du CLS, à ses différentes étapes par exemple avec la participation de représentants au Conseil Citoyen au COPIL. Une attention particulière sera portée sur cet aspect.

L'ELABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

A) DEUX DIAGNOSTICS SANTÉ RÉALISÉS

La ville de Vaulx-en-Velin a confié en 2006, dans le cadre de la mise en place de l'Atelier Santé Ville, la réalisation d'un diagnostic local de santé à l'Observatoire Régional de la Santé.
Elle a ensuite souhaité actualiser ce diagnostic en 2011, pour faire le point sur les besoins de la population notamment sur les thématiques du diabète et de la santé mentale et ce en vue d'affiner les orientations de la politique de santé conduite sur la ville.
Il en est ressorti que les difficultés perduraient voire s'aggravaient en ce qui concerne l'offre de soins en santé mentale, en gynécologie et en diététique. La prévalence diabète est constante, et l'on assiste à une banalisation de la maladie pour certains habitants qui manifestent une forme e déni.

Pour ce qui concerne la santé mentale, l'isolement des personnes est très souvent évoqué. Il peut être source de fragilité et de situations aggravées. La question de l'insertion des patients préoccupe également les partenaires.
Des points de vigilance sont également évoqués tels que l'hygiène bucco-dentaire des enfants, la santé des femmes, la « sur précarité » des jeunes, l'inclusion des enfants handicapés dans les activités scolaires et périscolaires.

B) UN RECENSEMENT EXHAUSTIF DES ACTIONS SANTÉ EXISTANTES

Dans la perspective de l'élaboration d'un Contrat Local de Santé en 2019, la démarche de **l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne Rhône Alpes (ORS)** validée par la ville et financée par l'Agence Régionale de Santé a consisté à réaliser un diagnostic santé en procédant à un état des lieux des projets et des actions en santé existantes sur le territoire, et en analysant les besoins en santé sur le territoire. Cela, dans le but de pouvoir définir par la suite des objectifs partagés avec les partenaires locaux, qui constitueront les lignes directrices du futur Contrat Local de Santé.

La ville en accord avec l'ARS, souhaitait d'ores et déjà, au travers du futur Contrat Local de Santé, rester mobilisée voire, renforcer les thématiques suivantes : l'accès aux soins et l'offre de soins pour les plus démunis ; le diabète, l'obésité et surpoids ; la santé mentale ; l'hygiène de vie ; la santé des femmes et des jeunes ; la santé environnementale en lien avec l'asthme et les allergies.

C) DES OBJECTIFS PARTAGÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AUTOUR DE QUATRE AXES

A partir de ces éléments plusieurs points principaux d'attention ont été déterminés pour le futur Contrat local de santé par la Ville et l'Agence Régionale de Santé.

Ces priorités s'articulent avec le Plan Régional de Santé, et quatre grands axes ont ainsi été considérés de manière privilégiée :

a. l'accès aux soins et l'offre de soins avec un focus sur le handicap,
b. la prévention (Enfants / Jeunes / Femmes / Santé environnementale),
c. le diabète et le surpoids/obésité, la promotion de l'activité physique,
d. la santé mentale.

Ce travail d'élaboration du Contrat local se fonde sur une vue d'ensemble et transversale, afin de veiller à la cohérence du contrat et aux possibilités d'articuler les axes principaux et les différentes actions entre elles.

D) UNE MÉTHODE D'ÉLABORATION PARTICIPATIVE

Pour ce faire, **90 partenaires** de la ville (services publics, libéraux, associations...) ont participé à l'état des lieux. (Voir liste des partenaires en annexe)

Il a été mené sur le dernier trimestre de l'année 2018 et s'est déroulé en trois volets :

- **Un état des lieux sur les actions en santé** réalisées à Vaulx-en-Velin lors des deux dernières années (2017 et 2018), à partir d'un recensement analytique, documentaire et par entretiens qualitatifs, des actions de santé ayant une dimension collective. Dans ce cadre, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) a mené douze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs du territoire. Les entretiens réalisés individuellement ou collectivement ont regroupés 28 professionnels de la ville, de la Métropole de Lyon, de structures socio-culturelles à Vaulx-en-Velin, de l'Education nationale, de centres de santé, ainsi que de la Consultation Jeunes Consommateurs (association LYADE).
- **La définition des objectifs du futur Contrat Local de Santé,** à partir des constats partagés, avec les partenaires locaux et la production de propositions de fiches action, dans le cadre de **groupes de travail.**
- **La consultation des habitants** à partir des principaux résultats des groupes de travail menés avec les professionnels, lors de **deux réunions publiques** organisées en février 2019, ont permis de compléter les constats et les propositions de pistes d'actions pour le futur CLS. Ces consultations ont rassemblé au total **87 habitants.** L'implication des habitants est à souligner. Dans un contexte de démocratie participative, leurs avis sont des leviers indispensables.

Pour chacune des quatre thématiques retenues par la ville de Vaulx-en-Velin et l'Agence Régionale de Santé, dans le diagnostic de l'ORS il a été présenté : les données quantitatives sur la thématique, les données qualitatives issues de l'expression des professionnels (entretiens, groupe de travail) et de la consultation des habitants et l'analyse des actions de santé existantes sur la thématique.
C'est ainsi que le plan d'actions s'est concrétisé par **l'élaboration de 26 fiches action réparties sur les 4 axes de travail prédéfinis.**

LES PISTES D'ACTIONS DEFINIES A PARTIR DU DIAGNOSTIC

Les réunions de travail ont permis de confirmer la nécessité de travailler sur les 4 axes de travail pré définis. Elles ont donné lieu aux pistes de travail suivantes qui feront ensuite l'objet des 26 fiches actions dans le cadre du CLS.

Sur les 26 actions : 6 fiches actions concernent l'accès aux soins et l'offre de soins AXE 1, 10 d'entre elles portent sur la Prévention AXE 2, 5 autres sont relatives à la lutte contre le diabète, le surpoids et la promotion de l'activité physique AXE 3, et enfin les 5 dernières concernent le champ de la santé mentale AXE 4.

Le Contrat Local de Santé se décline autour des quatre axes suivants :

L'AXE 1 : L'ACCES AUX SOINS, OFFRE DE SOINS ATTENTION PARTICULIERE SUR LES PERSONNES VULNERABLES ET CELLES PORTEUSES DE HANDICAP

Les pistes de travail retenues sur L'Axe 1 sont les suivantes :

- Renforcer les dispositifs pour les personnes précaires les plus vulnérables et celles en situation de handicap par l'implantation de nouveaux dispositifs facilitant l'accès aux droits et aux soins et l'accompagnement renforcé des personnes en situation de handicap et de leurs aidants. (exemple : mutuelle communale, médiation santé)
- Renforcer les dispositifs pour les personnes en situation de handicap par l'accompagnement renforcé de ces personnes ainsi que de leurs aidants
- Communiquer sur les ressources en santé par l'amélioration de la communication municipale sur les ressources disponibles
- Faciliter le travail collaboratif des professionnels de santé par une aide à l'articulation du travail collaboratif des professionnels
- Aider à créer de nouveaux modes d'exercices en santé par le soutien et l'accompagnement à la mise en place de cabinets de groupe et de Maisons de Santé Pluri professionnelle
- Attirer de nouveaux professionnels de santé par la recherche de nouveaux professionnels de santé. (médecins généralistes maître de stage).

L'AXE 2 : LA PREVENTION AUPRES DU PUBLIC ENFANTS, JEUNES, FEMMES

Les pistes de travail retenues sur l'Axe 2 sont les suivantes :

- Informer et sensibiliser les enfants de 3 à 6 ans sur l'hygiène bucco-dentaire par la prévention de l'hygiène bucco-dentaire des enfants de 3 à 6 ans, la mobilisation des parents ainsi que la formation des professionnels du social et de l'animation
- Soutenir la généralisation des programmes dédiés au langage par la poursuite et le développement des programmes dédiés au langage des enfants sur la ville
- Informer et sensibiliser les parents sur l'impact de l'hygiène de vie en matière de santé par l'information, la sensibilisation à l'hygiène de vie des enfants et des jeunes (le sommeil)
- Sensibiliser les habitants aux enjeux de la santé des femmes et lutter contre les violences faites aux femmes par la prévention en direction des habitants et des professionnels et la valorisation de la place des femmes. (cancers féminins)
- Informer et former les parents et les professionnels sur les risques de la consommation de substances psychoactives et sur les ressources d'aide disponibles par une information sur la nocivité des substances psychoactives et une sensibilisation en direction des enfants et des jeunes
- Développer les compétences psychosociales des enfants, des adolescents et des adultes par la prévention du harcèlement à l'école
- Développer la prévention des habitants sur les questions d'hygiène par l'amélioration du cadre de vie des habitants
- Réduire l'asthme par la sensibilisation à la qualité de l'air intérieur et extérieur
- Réduire les allergies par la lutte contre l'ambroisie
- Agir contre la prolifération du moustique tigre par des campagnes de démoustication et de prévention.

L'AXE 3 : LA LUTTE CONTRE LE DIABETE, L'OBESITE, LE SURPOIDS, PROMOUVOIR L'ACTIVITE PHYSIQUE

Les pistes de travail retenues sur l'Axe 3 sont les suivantes :

- Augmenter le niveau d'activité physique et le sport loisir par le développement des possibilités d'activités physiques en renforçant et développant : les actions de sport loisir ; l'aménagement d'un territoire urbain favorable à l'activité physique ; la communication et la sensibilisation sur le sport loisir
- Développer la pratique sportive adaptée pour les personnes en situation de handicap et/ou malades chroniques par la promotion et la valorisation des activités Sport-santé
- Communiquer et réhabiliter l'alimentation plaisir et santé à partir des cultures présentes sur le territoire par le développement des actions favorisant l'équilibre alimentaire
- Améliorer la prise en charge et le suivi des diabétiques par le renforcement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et le développement du Parcours de Soins Coordonné du Diabète (PSCD) en liaison avec les Centres de Santé
- Mieux gérer le surpoids et l'obésité infantile sur la ville par le repérage du surpoids et de l'obésité dès le plus jeune âge et en améliorant la prise en charge précoce.

L'AXE 4 : LA SANTE MENTALE

Les pistes de travail retenues sur L'Axe 4 sont les suivantes :

- Développer les possibilités d'écoute pour les adultes par la sensibilisation des acteurs à l'écoute, au repérage et à l'orientation
- Améliorer la prise en charge en santé mentale des 4-12 ans par le repérage et l'écoute de la souffrance
- Faciliter l'accès à une structure associative de type CAMSP et développer une réflexion pour la création de structures locales de ce type
- Dédramatiser la santé mentale psychique par la participation des habitants
- Favoriser une meilleure insertion des personnes ayant un trouble psychique par un accompagnement adapté par l'amélioration de l'inclusion des patients sur le territoire (avant et après hospitalisation et vers l'emploi).

Ce plan d'actions défini sur cinq ans a pour but de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé sur le territoire de Vaulx-en-Velin en améliorant l'accès aux soins des habitants.

Le suivi et l'évaluation du CLS permettront de mesurer l'impact de chacune des actions proposées.

LE CONTRAT LOCAL DE SANTE DE LA VILLE DE VAULX-EN-VELIN

Vu le code de la Santé Publique, notamment les articles L.1434-2, L.1434-17, L.1435-1.
Vu la délibération du Conseil municipal du 27 juin 2019.
Le présent contrat est conclu entre :

La Ville de Vaulx-en-Velin,
représentée par sa Maire, Hélène GEOFFROY,
Ci-après dénommée "Ville de Vaulx-en-Velin"

La Métropole de Lyon,
représentée par son Président, David KIMELFELD,
Ci-après dénommée "Métropole de Lyon"

L'État,
représenté par le Préfet du Rhône, Pascal MAILHOS,
Ci-après dénommé "État"

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Rhône,
représentée par sa Directrice générale, Emmanuelle LAFOUX,
Ci-après dénommée "CPAM du Rhône"

Le Centre de santé Jean Goullard,
représenté par son Président, Francis CONTIS,
Ci-après dénommé "Centre de santé Jean GOULLARD"

L'Association Soins Primaires à Vaulx-en-Velin,
représentée par sa Présidente, Moktaria ALI KADA,
Ci-après dénommée "Association Soins Primaires à Vaulx-en-Velin"

L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes,
représentée par son Directeur Général, Jean-Yves GRALL,
Ci-après dénommée "ARS Auvergne-Rhône-Alpes"

Le Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Vaulx-en-Velin,
représenté par son Vice-Président, Yvan MARGUE,
Ci-après dénommé "CCAS Vaulx-en-Velin"

L'Education nationale du Rhône,
représentée par l'inspecteur d'académie
et Directeur académique des services de l'Education nationale du Rhône, Guy CHARLOT,
Ci-après dénommée "Education nationale"

Le Centre hospitalier Le Vinatier,
représenté par son Directeur, Pascal MARIOTTI,
Ci-après dénommé "CH Le Vinatier"

Le Centre associatif Santé Commune,
représenté par son Président, Nicolas LECHOPIER,
Ci-après dénommé "Centre Santé commune"

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1. Le périmètre d'application du contrat
Le CLS couvre l'ensemble du territoire de Vaulx-en-Velin et de ses habitants. Une attention particulière est réservée aux actions menées dans les Quartiers en Politique de la Ville (QPV).

Article 2. La durée
La durée du contrat est de cinq années à compter de sa signature : 2019/2024

Article 3. L'objet du contrat et les axes stratégiques retenus
Le Contrat Local de Santé décline les priorités du Projet Régional de Santé au niveau local en tenant compte des besoins identifiés.
Le CLS a pour objet de :

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en particulier en agissant sur les déterminants de santé,
- donner une plus grande cohérence entre les priorités de santé de chaque signataire grâce à une adaptation des actions engagées aux besoins de santé locaux et aux dynamiques locales existantes,
- concentrer les moyens d'intervention des signataires sur des actions ciblées et partagées,

Il doit permettre à terme :

- un meilleur accès à la prévention, aux soins et aux droits des Vaudais,
- une meilleure connaissance et appropriation des comportements favorables à la santé,
- une meilleure prise en compte des besoins de la population en matière d'offre de santé de proximité.

Quatre axes de travail ont été considérés de manière privilégiée :

- l'accès aux soins et l'offre de soins,
- la prévention,
- la lutte contre le diabète et le surpoids/obésité et la promotion de l'activité physique,
- la santé mentale.

Ces axes ont été déclinés en 26 fiches action détaillées annexée au présent contrat.

Article 4. Les partenaires
Les signataires ont fait part de leur volonté de travailler en collaboration avec d'autres acteurs dans la mise en œuvre du CLS. Ces derniers sont identifiés dans les fiches actions annexées au présent contrat.
Ces partenaires sont de manière non exhaustive :

- L'observatoire Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
- Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux
- Les centres sociaux
- Les associations de la ville
- Les bailleurs sociaux
- La Mission locale
- Les Maisons de la Métropole
- Les Vaudais par l'intermédiaire des instances de démocratie participative (notamment le Conseil Citoyen, les Conseils de quartier et les Conseils consultatifs mis en place par la ville)
- L'Union Nationale des Amis et Familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- Le RéPPOP69 (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique sur le Rhône)

Article 5. La gouvernance
Le suivi et l'évaluation du CLS nécessitent la mise en place d'une gouvernance. Elle se traduit, entre autre, par la volonté de la ville d'associer les habitants notamment les représentants du Conseil citoyen et autres Conseils consultatifs.

- Le COMITE DE PILOTAGE :

Missions :

- Il arrête la stratégie du CLS, sur proposition du comité technique,
- Il fixe les objectifs correspondants au périmètre du contrat et les modalités de coopération, pouvant faire l'objet d'avenants le cas échéant,

• Il assure le suivi de la programmation d'actions, en concertation avec le comité technique évalue le contrat à son échéance.

Il est composé des signataires du présent Contrat local de santé, soit :

- La Ville de Vaulx-en-Velin
- Le Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Vaulx-en-Velin
- L'État
- L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
- La Métropole de Lyon
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Rhône
- L'Education nationale
- L'Association Soins Primaires à Vaulx-en-Velin
- Le Centre hospitalier Le Vinatier
- Le Centre de santé Jean GOULLARD
- Le Centre associatif Santé Commune
- Ainsi que des membres du Conseil Citoyens.

Le Comité de pilotage se réunit une fois par an.

• Le COMITE TECHNIQUE :

Missions :

Il met en œuvre la planification et les objectifs du CLS

- Prépare les séances du comité de pilotage
- Coordonne la mise en place des actions
- Coordonne les aspects administratifs et de communication autour du contrat

Composition

Il est composé des représentants des institutions signataires et des membres partenaires (maitres d'ouvrages, responsables techniques, professionnels, habitants, associations).

Le Comité technique se réunit trois fois par an.

• LA COORDINATION :

Elle est assurée par le Chef de Projet Santé de la Ville pour le suivi des actions, les modalités de mise en œuvre et leur évaluation. L'Axe 3 sera co-piloté par le coordinateur de l'ASV et l'Axe 4 par le coordinateur du CLSM.

Article 6. Le suivi et l'évaluation

Le Comité de pilotage est chargé du suivi de l'avancement des actions et de l'évaluation du contrat. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont été définis pour chacune des actions.

Le Comité technique est chargé du suivi opérationnel et des modalités de mise en œuvre des actions.

Article 7. Le financement

Les signataires ont fait le choix de ne pas préciser d'objectifs chiffrés dans le présent Contrat Local de Santé. Chacun des partenaires mobilisera les financements relevant de ses compétences pour la mise en œuvre des actions. Pour autant, des financements possibles sont précisés dans chacune des fiches action à des fins indicatives. D'éventuels engagements financiers sur les actions proposées pourront être pris, pendant la durée du contrat, par les différents porteurs et/ou partenaires.

Article 8. La révision et la résiliation

Le présent contrat peut, à tout moment, être révisé ou complété par les parties.

Le présent contrat peut être résilié à tout moment par les parties par lettre recommandée avec accusé de réception après un préavis de trois mois.

Fait en 11 exemplaires, à Vaulx-en-Velin, le 4 juillet 2019

Ville de Vaulx-en-Velin
La Maire
Hélène GEOFFROY

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes,
Le Directeur Général
Jean-Yves GRALL

Métropole de Lyon
Le Président
David KIMELFELD

Centre Communal Action Sociale
Le Vice-Président
Yvan MARGUE

Etat, Préfecture du Rhône
Le Préfet
Pascal MAILHOS

Éducation Nationale du Rhône
L'inspecteur d'académie et Directeur académique des services de l'Education nationale du Rhône
Guy CHARLOT

Caisse Primaire Assurance Maladie
La Directrice Générale
Emmanuelle LAFOUX

Centre Hospitalier Le Vinatier
Le Directeur Général
Pascal MARIOTTI

Centre de Santé : Jean Goullard
Le Président
Francis CONTIS

Centre de Santé : Santé Commune
Le Président
Nicolas LECHOPIER

Association Soins Primaire à Vaulx-en-Velin
La Présidente
Moktaria ALI KADA

LES ANNEXES :

SOMMAIRE FICHES ACTION

AXE 1 : ACCES AUX SOINS ET OFFRE DE SOINS, FOCUS HANDICAP **p.28**

FICHE 1.1. IMPLANTATION DE NOUVEAUX DISPOSITIFS FACILITANT L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS
FICHE 1.2. ACCOMPAGNEMENT RENFORCE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE LEURS AIDANTS
FICHE 1.3. AMELIORATION DE LA LISIBILITE DES RESSOURCES EN SANTE : HANDICAP/FEMMES/ SANTE MENTALE/ JEUNES /ENFANTS/SPORT ADAPTE
FICHE 1.4. AIDE A L'ARTICULATION DU TRAVAIL COLLABORATIF DES PROFESSIONNELS DE SANTE
FICHE 1.5. SOUTIEN A LA MISE EN PLACE DE CABINETS DE GROUPES /PROJET DE SANTE
FICHE 1.6. RECHERCHE DE NOUVEAUX PROFESSIONNELS DE SANTE

AXE 2 : PREVENTION : ENFANTS/JEUNES/FEMMES **p.42**

FICHE 2.1. PREVENTION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE 3 /6 ANS
FICHE 2.2. POURSUITE ET DEVELOPPEMENT DES PROGRAMMES DEDIES AU LANGAGE DES ENFANTS SUR LA VILLE
FICHE 2.3. INFORMATION /SENSIBILISATION HYGIENE DE VIE DES ENFANTS ET DES JEUNES
FICHE 2.4. PREVENTION SUR LA SANTE DES FEMMES : HABITANTS ET PROFESSIONNELS
FICHE 2.5. INFORMATION ET PREVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : JEUNES, PARENTS ET PROFESSIONNELS
FICHE 2.6. PREVENTION SUR LE HARCELEMENT A L'ECOLE
FICHE 2.7. AMELIORATION DU CADRE DE VIE DES HABITANTS EN MATIERE D'HYGIENE
FICHE 2.8. SENSIBILISATION A LA QUALITE DE L'AIR INTERIEUR ET DE L'AIR EXTERIEUR
FICHE 2.9. LUTTE CONTRE L'AMBROISIE
FICHE 2.10. PREVENTION DE LA PROLIFERATION DU MOUSTIQUE TIGRE

AXE 3 : LUTTE CONTRE LE DIABETE, LE SURPOIDS, L'OBESITE / PROMOTION ACTIVITE PHYSIQUE **p.64**

FICHE 3.1. DEVELOPPEMENT DES POSSIBILITES D'ACTIVITE PHYSIQUE SUR LA VILLE
FICHE 3.2. PROMOTION ET VALORISATION DES ACTIVITES SPORTIVES DEDIEES A LA SANTE
FICHE 3.3. DEVELOPPEMENT DES ACTIONS FAVORISANT I'EQUILIBRE ALIMENTAIRE
FICHE 3.4. DEVELOPPEMENT DU LIEN ENTRE ALIMENTATION ET SANTE
FICHE 3.5. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES L'OBESITE INFANTILE

AXE 4 : LA SANTE MENTALE **p.76**

FICHE 4.1. SENSIBILISATION DES ACTEURS A L'ECOUTE, AU REPERAGE ET A L'ORIENTATION
FICHE 4.2. REPERAGE ET ECOUTE LA SOUFFRANCE DES 4/12 ANS
FICHE 4.3. FACILITER L'ACCES A UNE STRUCTURE ASSOCIATIVE DE TYPE CAMSP
FICHE 4.4. PARTICIPATION DES HABITANTS A LA QUESTION DE LA SANTE MENTALE
FICHE 4.5. SENSIBILISATION ET PARTICIPATION DES HABITANTS SUR LES QUESTIONS DE SANTE MENTALE

AXE 1 : ACCES AUX SOINS ET OFFRE DE SOINS, FOCUS HANDICAP

FICHE 1.1. IMPLANTATION DE NOUVEAUX DISPOSITIFS FACILITANT L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

FICHE 1.2. ACCOMPAGNEMENT RENFORCE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE LEURS AIDANTS

FICHE 1.3. AMELIORATION DE LA LISIBILITE DES RESSOURCES EN SANTE : HANDICAP/FEMMES/ SANTE MENTALE/ JEUNES /ENFANTS/SPORT ADAPTE

FICHE 1.4. AIDE A L'ARTICULATION DU TRAVAIL COLLABORATIF DES PROFESSIONNELS DE SANTE

FICHE 1.5. SOUTIEN A LA MISE EN PLACE DE CABINETS DE GROUPES /PROJET DE SANTE

FICHE 1.6. RECHERCHE DE NOUVEAUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Fiche Action N°1.1

IMPLANTATION DE NOUVEAUX DISPOSITIFS FACILITANT L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Objectif général :
DÉVELOPPER L'ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS EN MATIERE DE SANTÉ

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Vaulx-en-Velin se caractérise par une précarité marquée.
En effet, d'une part le taux de chômage s'élève à 23,4% contre 14,2% pour la Métropole et 12,1% pour la Région mais aussi le taux de bénéficiaires du RSA est de 19,9% à Vaulx-en-Velin contre 8,6% en Métropole et 6,2% en Région. D'autre part le taux de bénéficiaires de la CMUC s'élève à 21,3% à Vaulx-en-Velin contre 11% dans la Métropole et 7,4 % en Région (29% dans le QPV Grande-Ile et 25% dans le QPV Sud). La ville compte également un grand nombre de familles mono parentales 13.4 % contre 8.4% en Région Les affiliés sur la ville ayant une complémentaire santé hors CMU représentent 58.6% contre 66.4 % en Rhône Alpes, le taux d'ayants droit à l'Accès à une Complémentaire Santé (ACS) est de 3,6 % à Vaulx-en-Velin contre 1,7 % dans le Rhône. Il semble que la transition entre la CMU et l'ACS nécessite un accompagnement plus important pour les futurs bénéficiaires, les démarches sont jugées difficiles d'accès pour la plupart d'entre eux.

Les difficultés d'accès aux soins des ménages modestes sont multiples et les freins nombreux : économiques, complexes voire impossibles pour les démarches administratives. Elles sont liées aux problèmes de langage, insuffisamment maîtrisés. Quant au parcours de soins des usagers il est rendu difficile compte tenu des questions de mobilité rencontrées pour aller consulter dans l'agglomération (absence de voitures ou transports en commun pas assez développés). Le tout étant aggravé par l'absence de spécialistes sur la ville.
Ces données contribuent à maintenir un écart non négligeable entre la ville de Vaulx-en-Velin, la Métropole et la Région en matière d'accès aux soins et aux droits en santé, pour toutes ces raisons, certains habitants renoncent parfois à se soigner. Le recours aux soins à Vaulx-en-Velin est de 72 % pour les médecins généralistes et 31 % pour les dentistes contre respectivement 73 % et 36 % en Région. Les personnes en écart de soins sont repérées et leur accompagnement doit être adapté au mieux pour permettre leur retour aux soins.

Les personnes âgées isolées et précaires ont été repérées par les professionnels comme un public à cibler. Elles rencontrent des difficultés pour se soigner et financer une complémentaire santé. Par ailleurs, les personnes isolées, méconnaissent leurs droits. Elles sont en difficulté pour effectuer les démarches administratives nécessaires.
Concernant l'accès à une couverture sociale et aux soins, des actions sont menées en direction des **jeunes en insertion**, suivis par la Mission Locale. En effet, les jeunes représentent la tranche d'âge la plus concernée par le non recours aux soins. Vaulx-en-Velin a le taux le moins élevé de jeunes ayant déclaré un médecin traitant. La moitié des jeunes n'a pas de mutuelle en s'inscrivant à la Mission locale.

Fiche Action N°1.1

Objectif(s) spécifique(s) : RENFORCER LES DISPOSITIFS POUR LES PERSONNES PRECAIRES, LES PLUS VULNERABLES / HANDICAP

Porteur(s) de l'action : VILLE : POLE SANTE / CCAS

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants et principalement les plus éloignés du système de soins notamment les jeunes et les seniors
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Mise en place d'une mutuelle dite « communale »
- Faciliter l'accès financier aux soins aux jeunes de la Mission locale en développant des permanences santé
- Améliorer l'accès aux droits des retraités : accompagnement à l'ACS Retraite au sein du CCAS et permettre une utilisation optimisée de la Plateforme d'intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé des personnes retraités (PFIDASS)

Actions à mettre en place :

- Mise en place d'une médiation santé territoriale qui permettra de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes les plus vulnérables et de sensibiliser les acteurs du système de santé sur les obstacles rencontrés par le public dans son parcours.
- Promotion du dispositif 100% santé (prise en charge des prothèses dentaires) qui sera progressivement installée.

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : CCAS : FAJD (Fond d'Aide aux Jeunes en Difficulté)/ ARS / CPAM / Mission locale/ centre de santé J Goullard/ SPVV/ Santé commune

Calendrier prévisionnel : Démarrage en juin 2019 pour la mutuelle « communale » et la médiation santé

Ressources (humaines ou financières) :

- Le financement de l'ARS pour le poste de la médiation santé
- Mobilisation du personnel du CCAS
- CPAM

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesurer le nombre de rendez-vous et de personnes ayant pu bénéficier d'une mutuelle « communale », et distinguer dans cette mesure les personnes bénéficiant déjà d'une mutuelle de celles qui n'en avaient pas
- Nombre de rencontres effectuées avec les partenaires pour promouvoir la mutuelle communale
- Evaluer les supports écrits qui ont pu être élaborés et diffusés par les différents acteurs sociaux du territoire dans le cadre de la mutuelle « communale »
- Nombre et caractéristiques des campagnes d'informations écrites et orales qui auront été effectivement menées, sur 5 ans, dans les centres sociaux, par les assistantes sociales, les services de la ville, les associations
- Evaluation du dispositif auprès des personnes reçues et accompagnées dans le cadre de la médiation santé, relevé des besoins exprimés par les habitants lors des permanences

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Ne pas axer l'offre de mutuelle communale, seulement sur les personnes qui bénéficient déjà d'une mutuelle, mais cibler celles qui n'en n'ont pas
- Accompagner l'installation de la médiation santé sur le territoire

Fiche Action N°1.2

ACCOMPAGNEMENT RENFORCE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE LEURS AIDANTS

Objectif général :
DÉVELOPPER L'ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS EN MATIERE DE SANTÉ

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Une part importante de personnes en situation de handicap est présente à Vaulx-en-Velin si l'on compare avec la Métropole et la Région. En 2016, le taux d'allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) était de 3,9 % à Vaulx-en-Velin contre 2,7 % dans la Métropole de Lyon et 2,6 % en Région. D'autre part, le taux de personnes ayant à leur charge un enfant en situation de handicap est important. En effet le taux de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est de 2% à Vaulx-en-Velin contre 1,6% dans la Métropole.

L'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap (parfois isolées) et leurs aidants est complexe. Pour exemple, les personnes en situation de handicap et, dans de nombreux cas, leurs proches ont des difficultés pour faire reconnaitre ou accepter le handicap, y compris dans la phase de diagnostic. Les raisons sont multiples : méconnaissance du parcours de soins, des délais d'attente trop longs pour une consultation, des problèmes dans la constitution de dossier MDPH.

Toutes ces difficultés retardent l'accès à une prise en charge adaptée et sont un frein parfois à la scolarisation et plus globalement à l'inclusion sociale. Outre l'accompagnement dans certaines démarches, les personnes concernées ont un besoin de soutien moral dans leur rôle d'aidant qui contribuerait à préserver leur propre santé. Des besoins d'écoute pour les malades, sont aussi repérés, et plus particulièrement pour les personnes en situation de handicap psychique.

Des actions ont été réalisées notamment en matière de handicap, avec la création de la commission communale pour l'accessibilité en 2017, et la création du service handicap au sein du CCAS en mars 2018. Ces actions ont ainsi permis de favoriser une meilleure coordination entre les acteurs sur la commune ainsi que l'identification du Service Handicap comme « élément facilitateur » afin de mieux répondre aux besoins des usagers qui ont été exprimés par les habitants eux-mêmes et par les partenaires.

Un lien est établi avec le handicap psychique dans l'axe santé mentale.

Fiche Action N°1.2

Objectif(s) spécifique(s) : RENFORCER LES DISPOSITIFS POUR LES PERSONNES PRECAIRES, LES PLUS VULNERABLES / PORTEUSES DE HANDICAP

Porteur(s) de l'action : CCAS : SERVICE HANDICAP

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les personnes en situation de handicap (enfants et adultes), leurs aidants, et les professionnels
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Accompagnement des personnes et des familles dans le parcours de reconnaissance de tous les types de handicap et leurs accès aux services de droit commun
- Soutien de l'offre d'écoute des personnes en situation de handicap et/ou des aidants au travers de la mise en place d'un Espace ressources co-animé avec les partenaires institutionnels ou associatifs

Actions à mettre en place :

- Développement d'une offre globale d'écoute : échanges entre professionnels de santé et du secteur social
- Mise en place de groupes de parole (pour les aidants et les parents)

Descriptif de l'action (optionnel) :

- Développement de la qualité d'écoute des professionnels et amélioration des orientations notamment sur les questions de handicap psychique

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Métropole / Centre Jean Goullard / UNAFAM / Souris verte / Santé commune / CH le Vinatier : CMP / Professionnels du secteur médico-social et les associations représentatives des personnes en situation de handicap

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2019 et sur la durée du Contrat Local de Santé

Ressources (humaines ou financières) :

- Service Handicap porté par le CCAS
- Services de la Métropole de Lyon
- Valorisation des professionnels et des bénévoles des associations

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Recueil systématique de données sur le nombre et la nature des accompagnements
- Mesure des actions d'informations et d'échanges entre professionnels de santé et du secteur social afin de les encourager à se former à l'écoute et à la compréhension des besoins des personnes en situation de handicap

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Coordination des services de la Métropole et de la ville à mettre en place notamment avec le futur dispositif « Métropole aidante » porté par l'ARS et la Métropole de Lyon

Fiche Action N°1.3

AMELIORATION DE LA LISIBILITE DES RESSOURCES EN SANTE : HANDICAP / FEMMES / SANTE MENTALE / JEUNES / ENFANTS / SPORT ADAPTE

Objectif général :
DEVELOPPER LA COMMUNICATION

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Le manque de lisibilité des informations concernant le système de santé et les ressources existantes sur le territoire est un problème récurrent sur la ville de Vaulx-en-Velin.

Ce constat est partagé par un grand nombre de partenaires et surtout d'habitants.

Même si plusieurs actions sont réalisées comme le « Guide santé », le répertoire des professionnels de santé en ligne, les différents forums existants sur la ville, le développement du site de la ville, la communication sur les ressources semble être insuffisante ou pas assez adaptée.

Toutes les thématiques en santé semblent ne pas être assez développées en terme de communication et lorsque celles-ci existent elles pourraient être mieux adaptée à la population afin qu'elles soient accessibles à tous (numérique, papier, avec des pictogrammes, à l'oral, et le dispositif Facile à Lire et à Comprendre).

Objectif(s) spécifique(s) : COMMUNIQUER SUR LES RESSOURCES EN SANTE

Porteur(s) de l'action : VILLE : PÔLE SANTE

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Habitants de la ville et plus particulièrement ceux ayant des difficultés quelconques dans l'accès à l'information
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Améliorer la communication sur les ressources existantes en utilisant les canaux actuels, comme la vidéo, le journal local, le numérique
- Privilégier la communication FALC (Facile à Lire et à Comprendre)

Actions à mettre en place :

- Forum santé sur tous les thèmes : bien être, sport loisirs handicap, accès aux droits, santé mentale, les Dys, l'autisme regroupant habitants et professionnels à l'occasion par exemple de la journée mondiale de la santé en avril
- Création du site internet Soins Primaires à Vaulx-en-Velin (SPVV) à destination du public (avec un guide numérisé)

Fiche Action N°1.3

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Services Education ; Petite enfance ; communication ; Sport / CCAS : Service Handicap/ CIDFF / SPVV / Centre Jean Goullard

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2020 et sur toute la durée du Contrat local de santé

Ressources (humaines ou financières) :

- Pôle santé organisation
- Budget Ville/ ASV/CLSM et autres partenaires

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Réalisation effective d'un forum santé annuel à l'attention des Vaudais, et mesure de l'action (fréquentation et taux de satisfaction)
- Mise en place effective de ressources d'informations, et mesure de la distribution ou de la consultation de ces ressources d'information
- Nombre de consultations sur le site et téléchargement des ressources

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Régularité de l'information (renouvellement a minima annuel)
- Adaptation des supports pour celles et ceux éloignés de l'écrit

Fiche Action N°1.4

AIDE A L'ARTICULATION DU TRAVAIL COLLABORATIF DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Objectif général :
OPTIMISER ET ENRICHIR L'OFFRE DE SOINS EXISTANTE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les professionnels de santé et les institutions qui travaillent sur le territoire ont besoin de communiquer entre eux, de s'informer les uns les autres afin de pouvoir orienter au mieux les patients vers les dispositifs.

Il est à noter la volonté des professionnels de santé de travailler ensemble et souligner leur dynamisme qui s'est traduit par la création d'une association pour les Soins Primaires à Vaulx-en-Velin (SPVV). Elle contribue à favoriser les échanges pour une meilleure prise en charge des patients, notamment à travers des réunions interprofessionnelles.

La densité médicale des médecins généralistes est de 70,6 médecins généralistes pour 100 00 habitants contre 92,7 en Région. L'absence de spécialistes impacte les soins primaires.

La complexité des problématiques des états de santé des patients, les difficultés de transport qu'ils rencontrent, attestent d'un besoin important d'optimiser et d'adapter au mieux la prise en charge des patients sur le territoire. Les professionnels de santé évoquent leur solitude et parfois leur insatisfaction professionnelle dans le cadre de leur exercice ne pouvant répondre à toutes les demandes sociales de leurs patients. La coordination entre professionnels de santé est un des moyens pour pallier cette situation avec le concours de la médiation santé mais aussi avec une meilleure connaissance des ressources existantes.

D'autre part, la question de la « non réponse » d'une partie des demandes de soins non programmés en semaine et surtout pendant les congés a été repérée aussi bien par les professionnels que par les habitants. Un besoin d'assurer la permanence d'accès aux soins pour les habitants et d'améliorer le soin de premier recours a donc été identifié. De plus la fréquentation de la MMGEL peut être impactée par les questions de transport mais aussi par l'avance du montant de la consultation, si un appel à la plateforme du 15 n'a pas été effectué en amont. La forme d'organisation territoriale reste à trouver.

Objectif(s) spécifique(s) : FACILITER LE TRAVAIL COLLABORATIF DES PROFESSIONNELS

Porteur(s) de l'action : Association Soins Primaires à Vaulx-en-Velin

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les professionnels de santé de la commune
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Fiche Action N°1.4

Actions en cours et/ou à développer :

- Communication sur le Contrat Local de Santé auprès des professionnels de santé et sur les dispositifs existants (CPTS, MSP)
- Favoriser le fonctionnement et le travail collaboratif des professionnels de santé qui travaillent entre pairs autour de thèmes rencontrés sur le terrain

Actions à mettre en place :

- Aide au projet de l'association Soins Primaires à Vaulx-en-Velin en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), rencontre avec l'ARS et la CPAM pour le projet et son financement
- Aide financière à la création d'un site internet intra professionnel
- Organisation de l'amélioration de la réponse aux demandes de soins non programmés en semaine et conforter la permanence de soins proposée par la MMGEL en soirées et le week-end

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : CPAM / MMGEL / Centre Jean Goullard / Santé Commune / Professionnels de santé / Ville : Service Communication

---

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2019 et sur la durée du contrat

---

Ressources (humaines ou financières) :

- Accompagnement financier de l'ARS/ CPTS
- Subvention(s) de la ville
- Service de la CPAM à l'accompagnement des CPTS et MSP

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Création effective du site internet SPVV, bilan de son efficience entre les professionnels de santé et le grand public
- Mise en place effective de permanences de consultations non programmées, pendant les congés de professionnels de santé ; en soirée et en journée
- Mise en place effective et mesure de la communication et de la participation des professionnels de santé au Contrat Local de Santé

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Bien être des professionnels de santé
- Adaptation de la communication aux professionnels de santé

Fiche Action N°1.5

SOUTIEN A LA MISE EN PLACE DE CABINETS DE GROUPES /PROJET DE SANTE

Objectif général :
DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les difficultés d'accès aux soins et à la prévention des habitants au sud de Vaulx-en-Velin ont été abordées par les professionnels et les habitants.

Les nouveaux résidents rencontrent des difficultés à trouver un médecin traitant en raison de la saturation des files actives des médecins exerçant à Vaulx-en-Velin Sud. La densité médicale fait état de 70,6 pour 100 000 habitants de médecins généralistes contre 92,7 pour 100 000 en Région, dont plus de la moitié des médecins sont âgés de plus de 55 ans. L'offre de soins reste à développer sachant que la population générale est en augmentation depuis ces dernières années, et que le renouvellement des praticiens est à anticiper.

A cela s'ajoutent des difficultés d'accès géographique aux ressources en santé. Celles-ci sont concentrées à Vaulx-en-Velin Nord. En revanche, l'offre est moins importante au sud de la ville, ce qui complexifie d'autant le parcours de soins des habitants (le temps de transport en commun entre le Nord et le Sud est estimé à environ 45 min).

Les élus ont souhaité se pencher sur la question de la démographie médicale ; c'est pourquoi, la ville a financé en 2018 une étude sur l'opportunité de création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) au sud de la ville. Elle a également accompagné et financé une aide au démarrage à l'installation du centre de Santé Commune sur les quartiers Est de la ville(QPV).
La ville œuvre également à accompagner l'installation d'un cabinet de groupe sur le secteur de la Grappinière, ce qui permettrait de répondre à l'absence de médecins généralistes sur le secteur du Village.

Objectif(s) spécifique(s) : AIDER A CREER DE NOUVEAUX MODES D'EXERCICES

Porteur(s) de l'action : VILLE : POLE SANTE

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les professionnels de santé
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV
  Vaulx-en-Velin Sud/Grappinière/Village

Fiche Action N°1.5

Actions en cours et/ou à développer :

- Accompagnement à l'installation d'une MSP au Sud (accompagnement d'un mode d'exercice regroupé), recensement des professionnels de santé volontaires, évaluation des besoins immobiliers et recherche de locaux
- Accompagnement d'un projet de cabinet de groupe ou de MSP au village et à la Grappinière

Actions à mettre en place :

- Améliorer l'attractivité du territoire pour des jeunes professionnels de santé
- Rendre lisible l'offre immobilière afin de favoriser l'installation des professionnels en groupe

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Professionnels de santé de Vaulx-en-Velin Sud et de la Grappinière / La Métropole /GPV/ SPVV

Calendrier prévisionnel :

- Grappinière démarrage fin 2019
- MSP Sud démarrage début 2022

Ressources (humaines ou financières) :

- Pôle santé / professionnels de santé SPVV /GPV
- Service urbanisme de la ville
- Etat ARS / Région à travers le Plan Régional de santé
- CPAM service d'accompagnement à la création de MSP

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre et nature des actions menées pour attirer des professionnels de santé au Sud, résultats de ces actions (contacts, rencontres, négociations...)
- Augmentation du nombre de professionnels de santé participants
- Nombre et nature des actions menées dans la réflexion de mise en place de MSP au Village et à la Grappinière
- Installation effective des MSP de Vaulx-en-Velin SUD et de la Grappinière

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- le Plan Santé gouvernemental « santé 2022 »avec des financements priorisés vers les professionnels exerçant collectivement (Etat et CPAM)

Fiche Action N°1.6

RECHERCHE DE NOUVEAUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Objectif général :
DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

La densité des professionnels de santé à Vaulx-en-Velin est globalement en dessous du niveau de la Métropole de Lyon et de la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

La densité des médecins généralistes est de 70,6 pour 100 000 habitants contre 99,7 en Métropole et 92,7 en Région, d'autant plus que plus de la moitié des médecins est proche de la retraite. La ville ne compte pas de gynécologues alors que l'on en compte 53,2 pour 100 000 en Métropole et 31,8 pour 100 000 en Région. La densité des chirurgiens-dentistes est de 26,5 pour 100 000 à Vaulx-en-Velin contre 60,7 pour 100 000 en Métropole et 54,7 pour 100 000 en Région. La densité des orthophonistes est de 72,9 pour 100 000 à Vaulx-en-Velin contre 54,6 pour 100 000 en Métropole et 33,9 pour 100 000 en Région.

La prise en charge somatique des personnes ayant un handicap psychique ou moteur est chronophage et complexe (consultations longues).

Par ailleurs, l'accès aux soins pour les enfants qui nécessitent des prises en charges multiples (psychiatre, orthophoniste, psychomotricien...) est particulièrement compliqué en grande partie dû au manque de praticiens. Il n'y a pas de psychomotricien en libéral à Vaulx-en-Velin (actes non remboursés par la Sécurité sociale), d'autre part les délais d'attente auprès des orthophonistes en libéral présents sur la commune sont estimés à un an.

Objectif(s) spécifique(s) : ATTIRER DE NOUVEAUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Porteur(s) de l'action : VILLE : POLE SANTE

Périmètre de l'action :
- **Public visé :** Les professionnels de santé
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :
- Lien pour la mise en place d'un cabinet de groupe pour attirer de jeunes professionnels
- Accueil systématique par la ville des praticiens qui souhaitent s'installer sur le territoire

Actions à mettre en place :
- Communication partenariale pour favoriser l'installation des dentistes, d'orthophonistes, de psychologues, de pédo psychiatres, de gynécologues, d'orthopédistes
- Actions auprès de jeunes professionnels afin de favoriser leur installation sur le territoire

Fiche Action N°1.6

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Faculté de médecine / Ville : Service Communication/ SPVV / Santé commune / Centre Jean Goullard / GPV / Professionnels de santé (maîtres de stage)

Calendrier prévisionnel :

- Démarrage en 2020 pour le cabinet de groupe de la Grappinière (livraison du nouveau bâtiment en décembre 2019)
- Démarrage en 2022 pour la MSP Sud

Ressources (humaines ou financières) :

- Renforcement de la communication
- Professionnels de santé (inciter les médecins généralistes de la ville à devenir maîtres de stage)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre et nature des actions menées pour attirer de nouveaux professionnels de santé
- Nombre d'arrivées de nouveaux professionnels de santé sur la période

Point de vigilance et leviers identifiés :

- La démographie médicale (professionnels proches de la retraite)
- Lien avec les projets d'urbanisme en cours
- Evolution démographique de la ville
- Proximité avec le Médipôle

AXE 2 : PREVENTION : ENFANTS/JEUNES/FEMMES

FICHE 2.1. PREVENTION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE 3 /6 ANS

FICHE 2.2. POURSUITE ET DEVELOPPEMENT DES PROGRAMMES DEDIES AU LANGAGE DES ENFANTS SUR LA VILLE

FICHE 2.3. INFORMATION /SENSIBILISATION HYGIENE DE VIE DES ENFANTS ET DES JEUNES

FICHE 2.4. PREVENTION SUR LA SANTE DES FEMMES : HABITANTS ET PROFESSIONNELS

FICHE 2.5. INFORMATION ET PREVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : JEUNES, PARENTS ET PROFESSIONNELS

FICHE 2.6. PREVENTION SUR LE HARCELEMENT A L'ECOLE

FICHE 2.7. AMELIORATION DU CADRE DE VIE DES HABITANTS EN MATIERE D'HYGIENE

FICHE 2.8. SENSIBILISATION A LA QUALITE DE L'AIR INTERIEUR ET DE L'AIR EXTERIEUR

Fiche 2.9. LUTTE CONTRE L'AMBROISIE

FICHE 2.10. PREVENTION DE LA PROLIFERATION DU MOUSTIQUE TIGRE

Fiche Action N°2.1

PREVENTION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE 3 / 6 ANS

Objectif général :
AMELIORER L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

On relève de grandes difficultés d'accès aux soins dentaires pour les enfants de moins de six ans.

En raison d'une part, le mauvais état bucco-dentaire d'une partie des enfants du territoire est une problématique repérée par les professionnels de Vaulx-en-Velin : l'importance des caries, ainsi que des caries non soignées et une dentition très abimée dès l'âge de 3-4 ans.

Plusieurs causes à ce problème sont identifiées à travers l'insuffisance de prise en charge des enfants par les chirurgiens-dentistes dans le cadre du dispositif M'TDENTS et le manque de chirurgiens-dentistes sur le territoire. En effet, la densité de chirurgiens-dentistes à Vaulx-en-Velin est de 26,5 pour 100 000, contre 60,7 pour 100 000 en Métropole et 54,7 pour 100 000 en Région. En outre, ces difficultés sont aggravées par les pratiques alimentaires et la déficience de l'hygiène bucco-dentaires qui sont repérées ainsi que le manque de sensibilisation et d'information des parents sur l'importance de soigner les dents de lait de leurs enfants.

Des actions de sensibilisation sont menées dans certaines écoles mais elles doivent être confortées et généralisées. De plus les parents, ainsi que les professionnels du secteur social et de l'animation, doivent être associés à ces actions afin d'optimiser les résultats attendus.

Objectif(s) spécifique(s) :

- **FORMER LES PROFESSIONNELS**
- **INFORMER ET SENSIBILISER ENFANTS DE 3 A 6 ANS AINSI QUE LES PARENTS**

Porteur(s) de l'action : VILLE : Atelier Santé Ville (ASV) ; Service Education

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Principalement les enfants de 3 à 6 ans, leurs parents, les professionnels travaillant en lien avec ce public
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Fiche Action N°2.1

Actions en cours et/ou à développer :

- Généralisation de la sensibilisation bucco-dentaire pour les 3/6 ans et établissement d'un état des lieux à partir de septembre 2019, plan d'action à élaborer sur 5 ans dans les écoles élémentaires pendant le temps périscolaire (temps méridien) et/ou dans le cadre des accueils de loisirs.
- Mobilisation des parents : Amélioration de l'information des parents dans le cadre des « cafés des parents » dans les écoles, sur les possibilités de prise en charge des carries des enfants (informations orale, écrite, café des parents) et sensibilisation des familles sur le dispositif MT 'dents animé par un dentiste du centre de santé J Goullard
- Formation des professionnels du social et de l'animation : sensibilisation des professionnels au brossage des dents, au dispositif MT 'dents et à l'hygiène bucco-dentaire. Poursuite de la formation déjà mise en œuvre sur le territoire organisée par la ville / l'ASV et le Service éducation (notamment sur le choix des écoles) animée par l'UFSBD : seront concernés les agents du périscolaire, des centres sociaux, des centres de loisirs, des crèches privées et publiques, les assistantes maternelles, et le personnel de la PMI

Actions à mettre en place :

- Sensibilisation des enfants au brossage des dents et à l'hygiène bucco-dentaire sur 3 ans : brossage des dents sur une classe d'âge : intégration du brossage des dents sur les temps scolaires et/ou périscolaires qui sera facilité avec la mise en place de selfs dans les groupes scolaires

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Métropole : PMI ; Bus info santé / UFSBD / Centre Jean Goullard / Ville : Petite enfance / Education nationale / CPAM /ARS / Centres sociaux / /Médiatrices santé

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2019

Ressources (humaines ou financières) :

- Coordinateur Atelier Santé Ville / ARS/UDFBD/Centre J GOULLARD

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre d'actions réalisées auprès des parents
- Développement effectif du brossage de dents sur les temps périscolaires et sur les temps de loisirs, dans les écoles, les centres de loisirs : mesure de la pratique systématique du brossage, classes d'âge concernées, rythme des brossages
- Evaluation des formations à destinations de professionnels : rythme des formations, nombre et caractéristiques des participants, mesure de l'évolution des connaissances
- Mesure de l'amélioration l'état bucco-dentaire d'une classe d'âge visée par les actions de sensibilisation à l'issue des actions de sensibilisation

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Fourniture des brosses à dents la 1ère année
- L'hygiène et gestion du stockage des brosses à dents
- Plan d'action coordonnée
- Fréquentation irrégulière de la restauration par les enfants
- Fréquentation irrégulière des enfants à la restauration
- Lavabos en nombre pour la gestion du brossage

Fiche Action N°2.2

POURSUITE ET DEVELOPPEMENT DES PROGRAMME DEDIES AU LANGAGE DES ENFANTS SUR LA VILLE

Objectif général :
PREVENIR LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES ET DU LANGAGE CHEZ LES ENFANTS

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Des bilans de Santé réalisés par la Protection Maternelle Infantile (PMI) et la Médecine scolaire (grande section maternelle) recensent **entre 25 et 35% d'enfants présentant des difficultés dans les acquisitions et la pratique langagière.**

Des difficultés liées aux troubles du langage, aux apprentissages, d'une partie des enfants de la ville ainsi que des difficultés d'accès aux psychologues, psychomotriciens et aux orthophonistes sont repérées.

En effet, ces professionnels dont les actes ne sont pas remboursés constatent la difficulté d'accès économique et géographique pour les enfants. Cela est également dû à l'absence ou au manque de professionnels installés sur la commune, ainsi qu'aux délais d'attente trop longs estimés à un an minimum pour une prise en charge pourtant remboursés, en orthophonie par exemple.

Il y a un besoin d'agir sur la prévention des troubles du langage et des apprentissages afin d'éviter au maximum leur apparition ou leur aggravation. Il s'agira, dès lors, d'intervenir sur le repérage précoce des enfants confrontés à ces difficultés tout en intégrant aux actions les professionnels du secteur social, de l'animation et de la petite enfance.

Objectif(s) spécifique(s) :
SOUTENIR LA GENERALISATION DES PROGRAMMES DEDIES AU LANGAGE

Porteur(s) de l'action : VILLE : Service Education ; Atelier Santé Ville (ASV)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les enfants de 2 à 6 ans, leurs parents et les professionnels (dans l'entourage des enfants)
- **Secteur géographique :** ■ Ville ☐ Quartier ☐ QPV

Fiche Action N°2.2

Actions en cours et/ou à développer :
Renforcement des actions « parler bambin » et « labo langage » :

- Développement de ces actions « Parler » et « Parler Bambin » dans 100% des écoles (enseignants et ATSEM) et toutes les crèches (une recherche action est en cours dans 2 crèches : « clair du mas » et « grange aux lutins »), et veille à l'impact dans la vie quotidienne des habitants
- Sensibilisation des parents avec le programme « Labo-langage » dans 100 % des maternelles
- Formation du personnel encadrant : professionnels de la petite enfance et animateurs des centres de loisirs

Actions à mettre en place :

- Rapprochement avec la plateforme de coordination de l'ARS (appel à projet)
- Programmation d'un état des lieux entre la PMI et la médecine scolaire

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Pôle santé/ Service Petite enfance / Conseil consultatif des parents / Education nationale : infirmière scolaire / PMI / l'ANSA / CAF / ARS/ ETAT

Calendrier prévisionnel : 2019 et sur toute la durée du contrat

---

Ressources (humaines ou financières) :

- Financement ville et politique de la ville

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mise en place effective du programme « Parler Bambin » dans toutes les écoles et crèches de la ville
- Mesure des actions de formation effectivement réalisées auprès des personnels encadrant, dans les écoles ou dans les crèches, sur la stimulation langagière et le repérage des difficultés de langage
- Mesure du nombre d'interventions grâce au repérage précoce
- Evaluation des résultats dans les écoles en mettant en œuvre le labo langage

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Lien et cohérence entre les bilans PMI et les actions mises en place par la ville
- Absence de retour chiffré de la PMI concernant le taux d'enfants présentant des troubles du langage
- Bénéfice observé du dédoublement des classes CP et CE1 dans les écoles élémentaires

Fiche Action N°2.3

INFORMATION/SENSIBILISATION HYGIENE DE VIE DES ENFANTS ET DES JEUNES

Objectif général :
OPTIMISER L'HYGIENE DE VIE DES ENFANTS ET DES JEUNES

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les difficultés liées à l'hygiène de vie d'une partie des enfants et des jeunes du territoire constituent des problématiques largement abordées par les professionnels.

Le manque de sommeil, l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité et la surexposition aux écrans des enfants ont des conséquences sur leur santé et leur développement (surpoids, retard de langage, difficultés de concentration ...).
Les professionnels évoquent en particulier le manque de sensibilisation des parents à la problématique des écrans. Ils témoignent également de leur difficulté à maitriser l'utilisation abusive des écrans par leurs enfants.

D'autre part les jeunes en difficulté d'insertion et/ou en rupture familiale rencontrent des problèmes dans l'accès aux soins. Ces jeunes font face à un manque d'information sur les questions d'hygiène de vie et leurs impacts sur leur santé. Ils sont peu mobilisés sur leur santé et ont un recours tardif aux soins, lorsque les symptômes se sont aggravés.

Objectif(s) spécifique(s) :

- **CREER UNE CULTURE COMMUNE**
- **INFORMER, SENSIBILISER LES PARENTS SUR L'IMPACT DE L'HYGIENE DE VIE EN MATIERE DE SANTE**

Porteur(s) de l'action : VILLE : Atelier Santé Ville (ASV), Service Education

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les enfants, les jeunes et leurs parents et les professionnels
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Fiche Action N°2.3

Actions en cours et/ou à développer :

- Sensibilisation des parents, sur l'hygiène de vie et les impacts sur la santé des enfants (poursuite de l'action « Parents ambassadeurs » mise en place sur le sommeil
- Formation des « Parents ambassadeurs du sommeil », formation des ATSEM et des managers périscolaires sur différentes thématiques
- Sensibilisation autour des troubles du sommeil en lien avec les addictions aux écrans pour les 3/11ans (maternelle et élémentaire)
- Organisation du forum parentalité qui aura une thématique sur ce sujet
- Accompagnement des projets de sensibilisation impulsés et animés par les parents sur les temps périscolaires ou scolaires.

Actions à mettre en place :

Sensibilisation parents/jeunes :

- Action de prévention santé à destination des jeunes du B.I.J (fréquence mensuelle) : médecins référents, travail sur l'hygiène corporelle ; le sommeil et poursuite d'actions santé auprès des jeunes de la mission locale (garantie jeune/ troubles du sommeil).

Sensibilisation des professionnels travaillant en lien avec les enfants :

- Organisation de rencontres spécifiques entre professionnels travaillant au contact des enfants et des adolescents pour élaborer un discours, un message commun (guide pratique à destination des familles) sur les questions d'hygiène de vie
- Sensibilisation des professionnels sur le sommeil

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Pôle santé/ Communication ; Sport ; Jeunesse ; Petite Enfance / Maison des familles/Conseil consultatif représentant des parents / PRE / Education nationale / Mission Locale / Métropole : PMI / Lieu écoute

---

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2020

Ressources (humaines ou financières) :

- Financement ville et politique de la ville (ASV)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure des actions de sensibilisation réalisées
- Mesure des rencontres multi partenariales organisées à l'échelle de la commune (SPVV, centres de santé, professionnels du secteur public, services ville)
- Mesure des productions réalisées : guide partagé sur les messages à diffuser aux parents en matière d'alimentation, d'activité physique et de sommeil

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Point de vigilance sur le travail en réseau des professionnels
- Ecouter les premiers concernés « les parents », il faut que la demande viennent d'eux

Fiche Action N°2.4

PREVENTION SUR LA SANTE DES FEMMES : HABITANTS ET PROFESSIONNELS

Objectif général :
DEVELOPPER LA PREVENTION SANTE CHEZ LES JEUNES FILLES ET LES FEMMES (SEXUALITE, GROSSESSES, VIOLENCES)

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

La santé des femmes est une préoccupation de la ville.

En matière de dépistage des cancers féminins, les professionnels constatent qu'une part des femmes du territoire n'a pas de suivi gynécologique, en dehors des périodes de grossesse, et ne réalise pas régulièrement de dépistage. En effet, le taux de participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein s'élève à 36 % à Vaulx-en-Velin, contre respectivement 44 % et 49 % dans la Métropole et la Région.

Dans ce domaine plusieurs freins sont identifiés : le manque d'information concernant l'importance du suivi gynécologique et du dépistage ; l'incompréhension des courriers d'invitation au dépistage pour les publics qui maîtrisent mal la lecture ; le manque de temps et de disponibilité : les femmes ne font pas passer leur santé en priorité ; les situations de violence, d'isolement et de précarité éloignent également du « prendre soin de soi ».

Concernant la santé des femmes enceintes, le taux d'accouchement chez les femmes de 15 à 19 ans est deux fois plus élevé à Vaulx-en-Velin que dans la Métropole et la Région.
En 2017, 16 jeunes Vaudaises de 15 à 19 ans ont accouché, soit un taux de 935 pour 100 000, contre respectivement 522 et 434 pour 100 000 dans la Métropole et la Région.
On s'accorde à penser que pour certaines d'entre elles, la reconnaissance sociale passe par le mariage et la maternité. Une partie de ces femmes n'a pas de suivi de grossesse et semble peu sensibilisée à l'importance du suivi et de son déroulement.

La problématique des violences faites aux femmes a été soulignée par les professionnels qui ont particulièrement évoqué les conséquences de ces violences sur la santé psychique et physique des femmes et celle de leurs enfants : dépression, mal-être et difficultés de la mère à se mobiliser sur l'éducation et la santé des enfants.

Objectif(s) spécifique(s) :

- **LUTTER CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES**
- **SENSIBILISER LES HABITANTS AUX ENJEUX DE LA SANTE DES FEMMES**

Porteur(s) de l'action : VILLE : POLE SANTE

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants de la commune, notamment les femmes et les professionnels
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Prévention et sensibilisation des habitants sur la santé des femmes et pour valoriser leur place
- Maintien des visites des jeunes collégiens, lycéens et de la Mission Locale au CPEF (groupes mixtes, petits groupes non mixtes)
- Poursuite de la formation et de la sensibilisation des professionnels, à l'accueil de la parole des femmes et à l'orientation sur les droits et les violences, mises en place par le CIDFF en binôme avec un juriste
- Optimiser les apports dans les groupes comme par exemple celui de « Femmes, mères le choix de l'emploi » mis en place par le CIDFF, en intégrant les questions de santé dans le cadre de la mission égalité femmes/hommes, en favorisant les liens pour améliorer l'accès aux soins et l'accès aux droits
- Améliorer la fréquentation des permanences d'écoute du CIDFF afin de favoriser le repérage, l'orientation, et le partage de diagnostic

Actions à mettre en place :

- Amélioration du dépistage en matière de santé pour les femmes, prévention et dépistage des cancers féminins auprès des habitantes et information sur la gynécologie en optimisant la communication et la formation des professionnels
- Prise en charge et suivi de la femme enceinte (lien avec la fermeture de la clinique de l'Union) et prévention périnatale
- Développement et maintien d'une initiative ville « droits des femmes » : sensibilisation aux droits des femmes pour mieux « connaître pour reconnaître les femmes »
- Prévention des violences faites aux femmes sur l'espace public
- Renforcement des capacités d'hébergements d'urgence et pérennes

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : CIDFF / Métropole : CPEF / Planning familial
VILLE : CLSPD ; Service des sports / Professionnels de santé / Centres sociaux et associations / AIDES / PRE / Mission locale / Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Egalité /
SANTE COMMUNE/ CAF/ EPI

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2020

Ressources (humaines ou financières) :

- Politique de la ville : mission égalité femmes/hommes (plan de lutte contre les discriminations)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure des actions collectives menées auprès de professionnels de la santé, du social, de l'insertion sur ces thèmes, et notamment sur l'accueil et la facilitation de la parole des femmes, et mesure des supports d'information diffusés à ces professionnels
- Mesure des actions collectives menées sur la commune, en journée et en soirée (centres sociaux, associations, autres,...) sur santé et les droits des femmes, les violences faites aux femmes, en invitant femmes et hommes
- Mesure du nombre de visites du CPEF effectuées par classes de collège, de lycée et la Mission Locale
- Evolution du taux de dépistage

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Coordination effective des nombreux acteurs qui travaillent sur la santé des femmes

Fiche Action N°2.5

INFORMATION ET PREVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : JEUNES, PARENTS ET PROFESSIONNELS

Objectif général :
LUTTER CONTRE LES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

La consommation de substances psychoactives par une partie des adolescents et des jeunes du territoire est pointée par les acteurs de la ville.
Ils indiquent que ces consommations sont régulières, importantes, et banalisées : elles sont souvent qualifiées de conduites addictives.
En matière de prévention et de prise en charge des consommations problématiques de substances psychoactives on repère les ressources suivantes :

- Spécifiquement pour les jeunes : la Consultation Jeunes Consommateurs de l'association Lyade assure une permanence hebdomadaire au point lieu Ecoute Jeunes, elle est le seul point d'accueil spécialisé sur ce public et très peu fréquentée ; le Lieu écoute (Point Accueil Ecoute Jeunes)

- Pour les adultes : L'association Vie Libre, une association de prévention et d'auto-support pour les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, réalise des permanences au centre Benoit Frachon ; le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en addictologie de Villeurbanne (CSAPA de l'Association ANPAA et ARIA) et de l'agglomération lyonnaise (CSAPA associatifs et hospitaliers).

Il est très difficile d'aborder ces problématiques avec les habitants concernés. Ceux qui se présentent le font souvent sous la contrainte et non par volontarisme.

Dans ce contexte, la prévention reste un levier important, elle passe dans un premier temps par la formation des professionnels (santé, éducation, insertion, sport, loisirs, bailleurs, agents de résidence) puis par la sensibilisation des parents et des jeunes.

Objectif(s) spécifique(s) :

- **Informer les parents sur les ressources d'aide**
- **Former les professionnels (santé, éducation, insertion, sport, loisirs,...) sur la problématique des addictions chez les jeunes, comment les aborder avec ces derniers, et quelles sont les ressources d'aide accessibles**
- **Renforcer, élargir les actions de prévention, en direction des jeunes (enfants et adolescents)**

Porteur(s) de l'action : Ville : Atelier Santé Ville (ASV) / Vie libre

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les professionnels, parents d'enfants de 6 à 12 ans, jeunes de la mission locale
- **Secteur géographique :** ■ Ville ☐ Quartier ☐ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Amélioration de l'accès aux ressources par une meilleure communication : site internet et plaquette de Vie libre ; site internet de la ville

Actions à mettre en place :

Information et sensibilisation des professionnels :

- Formation des professionnels pour aborder la question des addictions, l'origine de la consommation et la manière de l'aborder
- Repérage et décryptage des situations (dépistage précoce)
- Formation des bailleurs, des agents de résidence et autres acteurs de proximité sur les addictions
- Coordination entre les professionnels et les publics touchés (groupe de travail, accord des personnes, étude de cas)
- Travail en lien avec les associations spécialisées par exemple le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Formation des agents de résidence (bailleurs)

Information et sensibilisation des parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans ainsi que des jeunes :

- Comment en parler avec leurs enfants, les ressources existantes (PAEJ, CJC, médecin généraliste, autres professionnels du social ou de l'insertion) via des supports écrits, conférences…
- Comment décrypter et repérer en amont les comportements à risques (dépistage précoce)
- Soutien de l'atelier « addictions » à la Mission locale
- Soutien des actions préventives dans les écoles primaires, les collèges, les lycées (forme innovante et adaptée)

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Lieu Ecoute / CH le Vinatier : CMP / CSAPA / ARIA / ELSA / LYADE / Bailleurs / Alcool et assistance / La croix bleue / Ville : Education / CCAS / Mission locale / L'IEN / Comité départemental de Vie libre

---

Calendrier prévisionnel : 2020-2021 : Communication sur les ressources et les formations
2022-2024 : Intervention public parents, enfants et jeunes

Ressources (humaines ou financières) :

- Ville : subvention de fonctionnement et subventions de la Métropole
- Ressources humaines : bénévoles de l'association

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure du nombre d'ateliers « addictions », des actions de prévention des addictions, réalisés annuellement, le nombre et le profil des participants
- Mesure des actions déployées pour informer les parents
- Mesure des formations à destinations de professionnels de santé ou autres

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Mettre les addictions à l'ordre du jour du CLSM
- Disponibilité des bénévoles pour la garantie des interventions

Fiche Action N°2.6

PREVENTION SUR LE HARCELEMENT A L'ECOLE

Objectif général :
LUTTER CONTRE LE HARCELEMENT GENERATEUR DE MAL-ETRE, DE CONDUITES A RISQUES

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Le harcèlement à l'école se définit comme une violence répétée, verbale, physique ou psychologique.

En France cette violence est présente au sein des écoles et impacte l'enfance et l'adolescence d'environ 700 000 élèves soit 5 à 6% des élèves au total. 55 828 sollicitations et 14 445 appels ont été traités via le numéro vert mis à disposition par le Gouvernement.

55% de ces élèves sont touchés par la cyber violence.

Les politiques publiques prévoient alors la mise en place d'un plan de prévention des violences et du harcèlement.

Objectif(s) spécifique(s) : DEVELOPPER LES COMPETENCES PSYCHO SOCIALES DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES ADULTES

Porteur(s) de l'action : Ville : Education - Education nationale

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les élèves de 6 à 12 ans et les professionnels
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions à mettre en place :

Information dans les écoles pour les 6 / 12 ans :

- Soutien et mise en place d'actions de développement des compétences psycho-sociales, pour permettre à chacun de mobiliser des ressources personnelles et orientation vers des structures dédiées
- Formation des animateurs : « Les goûters philos » dans les centres de loisirs et élargissement dans les centres sociaux (projet éducatif)
- Travail avec les associations spécialisées, procéder à l'évaluation de l'expérimentation développée par l'école Grand Clément avec l'appui d'associations
- Etablissement d'un état des lieux des besoins
- Intégration du plan du Ministère de l'Education nationale et de la jeunesse « Non au harcèlement »

Fiche Action N°2.6

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Service éducation / Associations / Education nationale : enseignants /Centres sociaux

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2019

Ressources (humaines ou financières) :

- Plan national de lutte contre le harcèlement

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure du nombre d'actions de développement des compétences psycho-sociales déployées sur la ville en 5 ans
- Nombre de projets réalisés avec la mesure des impacts

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Lien avec le plan du Ministère de l'Education nationale et de la jeunesse « Non au harcèlement »
- Sollicitation du Conseiller Pédagogique de Circonscription

Fiche Action N°2.7

AMELIORATION DU CADRE DE VIE DES HABITANTS EN MATIERE D'HYGIENE

Objectif général :
AMELIORER LES ELEMENTS D'ENVIRONNEMENT
ET DU CADRE DE VIE QUI PEUVENT ETRE FAVORABLES A LA SANTE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

En 2018, 114 signalements concernent l'insalubrité des immeubles et des logements dont l'incurie mobilise le service Hygiène et Salubrité de la Ville.
Le nombre de signalements pour dépôts sauvages de déchets était de 88 et ne cesse d'augmenter.
En ce qui concerne les insectes (cafards, punaises de lits) il y a eu 52 signalements, 51 pour les rongeurs et 49 concernant les dépôts sauvages.

Des besoins de sensibilisation des habitants à la bonne gestion déchets (alimentaires, dépôts sauvages, déchets forains) et du comportement quotidien vis-à-vis de la propreté, sont encore identifiés pour éviter les infestations de nuisibles.

Les infestations de punaises sont en augmentation, notamment dans le parc social. Ces infestations sont vécues très difficilement par les familles du fait de la mise en place d'un protocole de traitement contraignant et parfois coûteux. Par ailleurs, un manque d'information est constaté sur les bonnes pratiques en matière de prévention. Des besoins d'information, en dédramatisant et déculpabilisant les familles sont repérées, tout comme le besoin d'informer sur le traitement des infestations et le rôle des bailleurs sociaux dans ce domaine.

En matière de santé-environnement, la Ville mène des actions d'information et de sensibilisation en direction du grand public. Citons notamment sa participation dans le cadre de la Semaine européenne de la réduction des déchets et à la « faites de la propreté » menées dans différents quartiers. Des brochures d'information sur les infestations de nuisibles et le tri des déchets, sont réalisées et diffusées par la Ville. Cependant les problèmes liés aux comportements demeurent importants malgré les différentes actions
de sensibilisation qui ont été opérées.

A cela s'ajoutent les actions dans le cadre du « Plan d'action propreté » mis en place en 2018. Les objectifs de ce plan d'action sont de faire remonter les informations sur la malpropreté, d'adapter l'intervention opérationnelle de la ville, d'améliorer la coordination des acteurs, d'informer et de convaincre, voire de verbaliser.
De plus, la ville a contracté avec la Métropole de Lyon une « Convention Qualité Propreté » qui permet à chacune des collectivités d'engager ses propres moyens avec un objectif commun qui est la propreté du cadre de vie des riverains.

Fiche Action N°2.7

Objectif(s) spécifique(s) : DEVELOPPER LA PREVENTION AUPRES DES HABITANTS SUR LES QUESTIONS D'HYGIENE

Porteur(s) de l'action : Ville : Service Hygiène et Salubrité ; Service Espaces publics

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants de la ville ainsi que les bailleurs et les propriétaires privés
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Poursuite de la campagne d'information et de sensibilisation sur la propreté auprès de la population sur les punaises de lit, les rats, les cafards et la gestion des déchets
- Poursuite des actions de Gestion Urbaine et Sociale de Proximité des bailleurs sociaux
- Soutien des campagnes de sensibilisation de la ville
- Poursuite des actions du « Plan d'action propreté »

Actions à mettre en place :

- Réflexion avec les bailleurs et les propriétaires privés (syndics) pour améliorer la salubrité des parties communes
- Développement de la lutte contre l'habitat indigne et les nuisibles en mettant en place une veille et un suivi (par des campagnes de sensibilisation et d'information notamment...)

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Métropole : Direction de la propreté / Ville : Service Environnement ; GPV / Les bailleurs sociaux du territoire / ABCHLM

Calendrier prévisionnel : Action en cours, poursuite sur la durée du contrat

Ressources (humaines ou financières) :

- Mobilisation des services de la ville, Proximité, Environnement, Urbanisme, et la Métropole
- Mobilisation des habitants (conseils de quartier) et des bénévoles de la Ville

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesurer annuellement si les campagnes de prévention qui ont été effectivement mises en place
- Recueil des rencontres et prises de contact avec les bailleurs et les propriétaires privés, et mise en place effective d'une réflexion et de solutions pour améliorer la salubrité des parties communes
- Quantifier le nombre de dépôts sauvages (notamment : Plateforme Toodego)
- Retour des conseils de quartier
- Mesure de la continuité des traitements des dossiers enregistrés dans les fichiers de la lutte contre l'habitat Indigne
- Réel traitement des cas et de la prise en compte des signalements

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Mobilisation des habitants
- L'aménagement urbain : accès aux poubelles et aux déchèteries
- Absence de déchèterie mobile : possibilité d'une mise en place sur la ville et amélioration de l'accès au service de la déchèterie aux Vaudais (coût)
- Partenariat avec la cellule de lutte contre l'habitat indigne (LHI) de la Métropole et de la Préfecture, mise en place d'une plateforme collaborative avec des ressources d'information
- Point de vigilance : enfants exclus des écoles en raison des punaises de lit, incurie syndrome de Diogène

Fiche Action N°2.8

SENSIBILISATION A LA QUALITE DE L'AIR INTERIEUR ET DE L'AIR EXTERIEUR

Objectif général :
AMELIORER LES ELEMENTS D'ENVIRONNEMENT ET DU CADRE DE VIE QUI PEUVENT ETRE FAVORABLES A LA SANTE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

En 2016, à Vaulx-en-Velin il y a eu 56,1% de décès pour cause de maladies respiratoires contre 37,2% en Métropole et 44,2% en Région. Cet indicateur fait référence à la qualité de l'air intérieur.

En 2018, sur les 114 signalements relatifs à l'insalubrité des immeubles et des logements, 69 concernent des problèmes d'humidité et de moisissures. Les logements sont dégradés par les moisissures, les défauts d'isolation et d'étanchéité, les fuites et dégâts des eaux.

Associés à de nombreuses pannes des systèmes de ventilation, et à certaines pratiques des occupants (confinement, obstruction des aérations), le renouvellement d'air devient insuffisant et les phénomènes d'humidité augmentent. La sur-occupation des logements ainsi que la précarité énergétique sont également des facteurs aggravants.

Les données de santé disponibles montrent, l'importance des maladies chroniques et en particulier les maladies respiratoires. En 2014, 297 Vaudais sont détenteurs d'une ALD pour maladies soit un taux de 887 pour 100 000 habitants nettement supérieur au taux régional (561 pour 100 000).

En 2016, 1037 patients Vaudais ont été hospitalisés pour maladies respiratoires, soit un taux de 2991 pour 1000 habitants nettement supérieur au taux métropolitain et régional (respectivement 1623 et 1329 pour 100 000). Les consommations régulières d'antiallergiques et d'antiasthmatiques sont nettement supérieures à Vaulx-en-Velin que dans la Métropole et la Région.

Le taux de patients sous traitement antiasthmatique s'élève à 10 414 pour 100 000, contre 7 249 dans la Métropole et 6 019 dans la Région.

En matière de santé-environnement, la Ville mène des actions d'information et de sensibilisation en direction du grand public autour de thématiques diverses. Citons notamment des brochures d'information sur la qualité de l'air intérieur qui sont réalisées et diffusées.

Fiche Action N°2.8

Objectif(s) spécifique(s) : REDUIRE L'ASTHME

Porteur(s) de l'action : Ville : Service Hygiène et Salubrité

Périmètre de l'action :
- Public visé : Les habitants de la ville
- Secteur géographique : ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Information, sensibilisation des Vaudais sur la nécessité de bien aérer/ventiler leur logement et sur les bonnes pratiques (affichages, canaux de communication, visites d'appartements témoins)
- Développement et incitation aux modes de transports doux (sécurisation des pistes cyclables, lisibilité des parcours de randonnées, des zones piétonnes...)

Actions à mettre en place :

- Application de la réglementation sur la surveillance de la qualité de l'air des établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans (écoles maternelles et élémentaires, crèches, centres de loisirs)
- Favorisation d'implantation d'espaces verts non allergisants

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Environnement ; Urbanisme ; Espaces publics ; Education ; Petite enfance ; Patrimoine bâti GPV / Métropole : Aménagement et cadre de vie

Calendrier prévisionnel : Actions en cours, poursuite sur la durée du contrat

Ressources (humaines ou financières) :

- Mobilisation des services de la Ville : Service hygiène et salubrité
- Services Villes : patrimoine bâti et Education
- Métropole : Aménagement et Cadre de Vie

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure des campagnes d'informations réalisées par la ville et par les bailleurs sociaux
- Mise en place effective de la mesure de la qualité de l'air / évaluation des moyens d'aération

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Une obligation réglementaire : la surveillance de la qualité l'air intérieur des établissements accueillants les enfants de moins de 6 ans (Loi portant engagement national pour l'environnement)
- PCET Plan Climat Energie Territorial

Fiche Action N°2.9

LUTTE CONTRE L'AMBROISIE

Objectif général :
AMELIORER LES ELEMENTS D'ENVIRONNEMENT ET DU CADRE DE VIE QUI PEUVENT ETRE FAVORABLES A LA SANTE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

En 2018, 26 signalements d'ambroisie ont été effectués. Dans 56% des cas l'ambroisie n'a pas été détruite. Les plants d'ambroisie n'ont pas été suffisamment détruits. Les consommations régulières d'antiallergiques et d'antiasthmatiques sont nettement supérieures à Vaulx-en-Velin que dans la Métropole et la Région. Le taux de patients sous traitement antiallergique s'élève à 8012 pour 100 000, contre 5 568 et 4 552 respectivement dans la Métropole et dans la Région.

En matière de santé-environnement, la Ville mène des actions d'information et de sensibilisation en direction du grand public autour de thématiques diverses.

Citons notamment des brochures d'information sur l'ambroisie qui sont réalisées par la Métropole et le Réseau Nationale de Surveillance Aérobiologie RNSA et l'ARS et diffusées par la Ville.

Objectif(s) spécifique(s) : PARTICIPER A LA REDUCTION DES ALLERGIES

Porteur(s) de l'action : VILLE : POLE SANTE / CCAS

Périmètre de l'action :
- **Public visé :** Ville : Service Hygiène et Salubrité / Métropole
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :
- Sensibilisation des habitants sur le protocole de destruction de l'ambroisie : diffusion de plaquettes et information auprès des bailleurs, des propriétaires de terrain et des entreprises
- Suivi et gestion des signalements sur la plateforme ambroisie de la Métropole

Actions à mettre en place :
- Veille renforcée territoriale

Fiche Action N°2.9

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Espaces publics ; DDSVA (jardins partagés) ; GPV

Calendrier prévisionnel : Actions en cours, poursuite sur la durée du contrat

Ressources (humaines ou financières) :

- Mobilisation des services de la Ville
- Ressources informatives de la Métropole de l'ARS du Réseau Nationale de Surveillance Aérobiologie

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure des campagnes d'informations réalisées
- Evolution du statut du signalement de la plateforme ambroisie

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Bulletin alergo-polénique du Réseau Nationale de Surveillance Aérobiologie : informer les habitants et donner des messages d'information sur les bonnes conduites pour les personnes allergiques
- Lien avec la plateforme de signalement de l'ambroisie (Métropole / ARS)

Fiche Action N°2.10

PREVENTION DE LA PROLIFERATION DU MOUSTIQUE TIGRE

Objectif général :
AMELIORER LES ELEMENTS D'ENVIRONNEMENT ET DU CADRE DE VIE QUI PEUVENT ETRE FAVORABLES A LA SANTE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Le moustique tigre, originaire d'Asie, provoque de nombreuses maladies telles que la dengue, le chikungunya ou le zika.

Dans le cadre du plan national anti-dissémination de la dengue et du chikungunya mis en place en 2006, le département du Rhône et la Métropole de Lyon sont classés au niveau 1 de ce plan depuis le 1er janvier 2013. Cela signifie que des populations de moustique tigre sont implantées et actives sur tout ou une partie de leur territoire. Ce plan définit une période de surveillance renforcée du 1er mai au 30 novembre des patients suspectés d'être infectés par les virus du chikungunya, de la dengue ou du Zika avec pour objectif de limiter la mise en place d'une chaîne de transmission locale et la survenue d'une épidémie. À la suite du signalement d'un patient par l'Agence Régionale de la Santé, l'Entente Interdépartementale Rhône-Alpes pour la Démoustication (EIRAD) à l'obligation de réaliser une enquête entomologique afin de mettre en évidence la présence ou l'absence de moustique tigre à proximité des lieux fréquentés par le patient. Depuis le 1er mai 2018, 120 signalements de cas suspects de dengue, de chikungunya ou de Zika ont été effectués dans les départements rhônalpins concernés par le dispositif de surveillance renforcée. 49 de ces signalements concernaient des patients ayant séjourné sur le territoire du département du Rhône et de la Métropole de Lyon. La ville de Vaulx-en-Velin n'a pas été concernée cette saison 2018 par ces signalements cependant 70% des gîtes larvaires permettant le développement du moustique tigre sont présents sur le domaine privé.

La lutte contre le moustique tigre fait alors partie des vecteurs environnementaux déployés sur la Ville. Les efforts des particuliers sont inégaux au sein d'un même quartier ou d'un même lotissement et certains sites comme les jardins collectifs ou les maisons abandonnées permettent la recolonisation régulière des résidences environnantes. Des modalités de diffusion des messages de sensibilisation et de bonnes conduites à tenir sont envisagées par les services de la ville.

Fiche Action N°2.10

Objectif(s) spécifique(s) : AGIR CONTRE LA PROLIFERATION DU MOUSTIQUE TIGRE

Porteur(s) de l'action : Ville : Service Hygiène et Salubrité

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants de la ville ainsi que les bailleurs et les propriétaires privés
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Sensibilisation sur les conduites à tenir pour éviter d'attirer les moustiques (plaquettes ARS à disposition)
- Campagnes d'information à destination des gestionnaires de jardins partagés et des cimetières

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : L'Entente Interdépartementale Rhône-Alpes pour la Démoustication (EIRAD) / Bailleurs / Ville : Espaces publics ; DDSVA / ARS

Calendrier prévisionnel : Actions en cours, poursuite sur la durée du contrat

Ressources (humaines ou financières) :

- Mobilisation des services de la Ville

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure des campagnes de prévention qui ont été effectivement mises en place, par an : supports, lieux, durée/fréquence d'exposition, pour les affiches, articles dans journal municipal, site internet de la Ville

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Information sur le site internet de la Ville
- Cadre juridique : Arrêté préfectoral du 30 avril 2019 relatif à la lutte contre les moustiques potentiellement vecteurs de maladies
- Liens avec l'ARS / Lien avec le Plan Régional de Santé Environnementale
- Plateforme de signalement de l'EIRAD

AXE 3 : LUTTE CONTRE LE DIABETE, LE SURPOIDS, L'OBESITE / PROMOTION ACTIVITE PHYSIQUE

FICHE 3.1. DEVELOPPEMENT DES POSSIBILITES D'ACTIVITE PHYSIQUE SUR LA VILLE

FICHE 3.2. PROMOTION ET VALORISATION DES ACTIVITES SPORTIVES DEDIEES A LA SANTE

FICHE 3.3. DEVELOPPEMENT DES ACTIONS FAVORISANT l'EQUILIBRE ALIMENTAIRE

FICHE 3.4. DEVELOPPEMENT DU LIEN ENTRE ALIMENTATION ET SANTE

FICHE 3.5. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES L'OBESITE INFANTILE

Fiche action N°3.1

DEVELOPPEMENT DES POSSIBILITES D'ACTIVITE PHYSIQUE SUR LA VILLE

Objectif général :
PROMOUVOIR L'ACTIVITE PHYSIQUE POUR TOUS

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les professionnels souhaitent que les clubs sportifs, nombreux à Vaulx-en-Velin développent des sections de sport loisir pour tous.

Il faut sensibiliser les habitants à l'importance de la pratique du sport et de les inciter à pratiquer une activité sportive physique.

La question spécifique de la pratique sportive des parents et notamment des femmes a été abordée par les professionnels. En effet, il semble que de nombreux adultes « décrochent » du sport, en particulier les mères de famille, par manque de disponibilité. Ainsi, les possibilités de garde des enfants, et d'activité sportive en famille (parents-enfants) sont perçues comme des leviers à l'activité physique.

Enfin, les habitants consultés ont souligné les difficultés économiques d'accès aux clubs de sport : en effet malgré les aides de la ville, le coût d'une licence reste élevé pour les ménages modestes, en particulier ceux qui ont plusieurs enfants.

Au-delà, des activités encadrées, l'intérêt de développer un environnement urbain favorable à l'activité physique et notamment à la marche, a été souligné par les professionnels et les habitants. Dans ce domaine, les itinéraires de marche en ville, l'accès aux espaces verts, qui permettraient une pratique « libre » (jardins publics, parcs, espaces extérieurs aménagés) sont des leviers intéressants, qui sont travaillés par le service urbanisme de la Ville notamment dans le cadre de démarches autour du développement durable (autour des trames vertes et bleues).

Objectif(s) spécifique(s) : AUGMENTER LE NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE/DEPENSE PHYSIQUE SUR LA VILLE /SPORT LOISIR

Porteur(s) de l'action : VILLE : SPORT

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants de la Ville
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Fiche action N°3.1

Actions en cours et/ou à développer :

Renforcement et développement des actions sport loisir :

- Développement de l'offre de sport loisir (organisation de défis sport)
- Maintien des activités sportives à l'école, pendant les temps périscolaires, et dans les centres de loisirs (Optimisation des déplacements à pied, en trottinette)
- Poursuite de l'action « Vaudaises en sport » : marche nordique et boxe (un dimanche sur deux) ; création d'autres activités : raquettes ; randonnées pédestre ; apprentissage du vélo
- Poursuite et développement des groupes de marche (podomètre, application téléphone)

Aménagement urbain favorable à l'activité physique :

- Multiplication de parcours de santé dans la ville : piste piétons, développement des mesures d'urbanisme favorable à la santé (cheminements sécurisés, bancs, ombre,...)
- Poursuite de la sensibilisation des parents autour de l'intérêt de la pratique du sport (accueil loisir, baby-gym, bébé-nageurs) /temps dédié à la pratique du sport avec les parents

Actions à mettre en place :

- Mise en place de la signalétique sur les distances/trajets à Vaulx. Signalétique attractive, plans et itinéraires, valorisation des trames « vertes » et « bleues »
- Valorisation de certains espaces pour encourager la marche, l'activité physique (« Nudging » : escaliers)

Communication sensibilisation sur le sport loisir :

- Affichage de messages dans la Ville sur l'intérêt de la marche à pied (services ville, salles d'attente des structures...)

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Office Municipal des Sports (OMS)/ Ville : Pôle Santé, Urbanisme / Métropole / Centres sociaux / Associations / Centres de loisirs Education, Conseils de quartiers / Education nationale / Centres de santé (santé commune et Jean Goulard) / SPVV / Conseil des seniors/ DRDJSCS/ARS

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2020

Ressources (humaines ou financières) :

- Mobilisation du pôle sport et santé créé au sein du service des sports
- ARS

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Contacts effectifs pris par les services municipaux avec les clubs sportifs de la Ville avec pour objectif de développer le sport-loisir, et d'aider les clubs à s'impliquer dans cette démarche
- Evolution du nombre de clubs sportifs proposant des activités de sport loisir
- Mesure des actions de communication auprès du grand public sur les bienfaits de la marche
- Mise en place effective d'une signalétique indiquant des parcours et itinéraires sur la commune, ainsi que des parcours de santé, mise en place effective du « nudging » dans certains espaces et mesures de la fréquentation de ces espaces
- Recueil du nombre de personnes participant aux groupes de marches

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Sensibilisation des habitants à l'intérêt de la pratique sportive, changer les mentalités
- Incitation des habitants à la pratique sportive

Fiche action N°3.2

PROMOTION ET VALORISATION DES ACTIVITES SPORTIVES DEDIEES A LA SANTE

Objectif général :
PROMOUVOIR L'ACTIVITE PHYSIQUE/SANTE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

L'activité physique est un moyen plus souple pour aborder les questions de santé avec les personnes en surpoids ou diabétiques.
En effet, elle peut être une source de plaisir immédiat, notamment lorsqu'elle est l'occasion d'activités conviviales, de rencontres avec d'autres personnes.
La pratique d'activité physique semble ainsi moins contraignante que la privation et la limitation d'aliments.

Par ailleurs, en termes de résultats, l'augmentation du niveau d'activité physique a un impact rapide sur l'état de santé global. Les professionnels soulignent donc les besoins de développer l'activité physique régulière des personnes en surpoids et diabétiques à partir des activités quotidiennes et des pratiques réelles des personnes, de valoriser l'activité physique faite à domicile et activités douces de plein air individuellement et collectivement.
De même, les bienfaits de l'activité physique sur la santé mentale (réduction du stress et de l'anxiété) sont également bien reconnus.

De plus les professionnels ont mis en relief l'importance de permettre aux personnes en situation de handicap physique d'accéder et de participer aux activités sportives de la ville au même titre que les personnes valides, à travers le sport adapté et le « sport sur ordonnance ». Afin de permettre la pratique de sport adapté le besoin de formation des animateurs sportifs a été souligné.

Plusieurs activités de sport adapté sont déjà proposées sur la ville : le rugby à XIII ; l'escrime ; basket ainsi que les journées « Sport handicap » organisées par l'Office Municipal des Sports (OMS).

Objectif(s) spécifique(s) : DEVELOPPER L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE ADAPTEE POUR LES PERSONNES HANDICAPEES / MALADIES CHRONIQUES / OBESITE SURPOIDS

Porteur(s) de l'action : Office Municipal des Sports

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants en surpoids ou diabétiques ainsi que ceux en situation de handicap
- **Secteur géographique :** ■ Ville ☐ Quartier ☐ QPV

Fiche action N°3.2

Actions en cours et/ou à développer :

Sensibilisation et formation des animateurs sportifs

- Promotion du sport adapté au handicap, aux maladies chroniques, au sein des activités des clubs sportifs et prise en compte des personnes handicapées dans ces activités avec des groupes valides
- Formation des animateurs au sport adapté (focus sur les agents de la ville en priorité), faire le lien avec le **DAPAP 69** (Dispositif d'Appui à la Pratique d'Activité Physique) qui propose la formation des animateurs sportifs, le recensement et la validation de toute l'offre d'APA, le soutien et la formation des médecins à la prescription d'activité physique, l'accueil des publics orientés par le secteur médical pour un diagnostic personnalisé et une orientation adaptée
- Organisation de rencontres entre les clubs et le service des sports pour définir des mesures concrètes et intégrer le sport adapté
- Mise en place d'une garderie pour les enfants pendant les temps de sport

Actions à mettre en place :

- Développement d'une expérimentation de « sport sur ordonnance » (DAPAP 69)

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Sport / CCAS : Service handicap / URPS / ASV / CPAM du Rhône/ Professionnels de santé

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2019

Ressources (humaines ou financières) :

- Possibilité de financements privés
- Financement Métropole

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mise en place effective de réunions multi partenariales (clubs sportif, service des sports) sur l'intégration du sport adapté, et recueil des mesures concrètes qui ont été décidées
- Mise en place effective d'une expérimentation de « sport sur ordonnance »
- Recueil du nombre de participation des animateurs à des cessions de formation sur le sport adapté, et précision sur le type d'animateur
- Recueil de la fréquentation des clubs sportifs par les personnes en situation de handicap

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Référence à la Plateforme Métropole sport adapté
- Intégration des critères d'inclusion des personnes en situation de handicap dans l'attribution de subventions

Fiche action N°3.3

DEVELOPPEMENT DES ACTIONS FAVORISANT L'EQUILIBRE ALIMENTAIRE

Objectif général :
PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION EQUILIBREE/ALIMENTATION PLAISIR

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les professionnels constatent que si les messages autour de l'équilibre alimentaire semblent être bien connus de la population y compris des enfants, les changements de comportement dans ce domaine restent compliqués (en particulier à maintenir dans la durée) car souvent synonyme d'interdit et de privation.

Le besoin de communiquer et réhabiliter l'« alimentation plaisir », favorable à une bonne santé a donc été souligné. L'alimentation peut être l'un des plaisirs accessibles en particulier pour des personnes en précarité dont les contraintes de vie sont importantes.

Les professionnels constatent aussi que les jeunes générations cuisinent peu, par manque de temps, de savoirs faire culinaires. Ainsi, il apparaît que les légumes sont peu consommés, par méconnaissance des modes de préparation.

Ils soulignent, alors, l'intérêt des temps d'échanges conviviaux (repas partagés, ateliers cuisine…) permettant d'aborder l'alimentation sous l'angle du plaisir et de valoriser les différentes cultures culinaires et gastronomiques des habitants de Vaulx-en-Velin qui sont favorables à la santé.
Les professionnels ont constaté le besoin d'intégrer la question de l'équilibre alimentaire autour des goûters des enfants, ainsi que la nécessité d'inciter à la réduction de la consommation de sucre.

Objectif(s) spécifique(s) : COMMUNIQUER ET REHABILITER L'ALIMENTATION PLAISIR-SANTE (EN FAISANT DES LIENS ENTRE ALIMENTATION/ACTIVITE PHYSIQUE ET ALIMENTATION/PREVENTION BUCCODENTAIRE)

Porteur(s) de l'action : VILLE : Atelier Santé Ville (ASV)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants de la ville avec un focus sur les parents et enfants
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Fiche action N°3.3

Actions en cours et/ou à développer :

- Maintien des ateliers cuisine « alimentation et santé » et des créations de livres de recettes, et mise en place d'un groupe d'«habitants ambassadeurs » (éducation thérapeutique sur le lien alimentation-santé)

Actions à mettre en place :

- Incitation à la consommation de goûters sains au départ sur deux écoles tests (une au Nord et une au Sud) Incitation à la consommation de goûters sains au départ sur deux écoles tests (une au Nord et une au Sud) en lien avec l'Association Sens et Savoirs dans le cadre de leur projet « Mangez bougez faites le plein de vitalité »
- Temps partagé d'élaboration de « goûters », avec les enfants et les parents sur les temps péris-scolaires
- Elaboration d'une plaquette avec messages simples pour confectionner des «goûters faciles et sains »
- Création d'un groupe de « parents ambassadeurs » qui pourront diffuser ces messages auprès d'autres parents et développement sur des quartiers différents, d'une réflexion de parents sur l'alimentation (pratiques, traditions, genre, ajustements réalisables...)
- Réflexion collective avec les professionnels, les parents, et associations qui organisent des repas-caritatifs, sur l'organisation du temps de repas (circuits courts ; Plan climat) et incitation à consommer des produits frais et de saison

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Education, Sport, Communication / Conseil consultatif des représentants des parents d'élèves / Associations organisant des repas caritatifs / Education nationale / Clubs sportifs

---

Calendrier prévisionnel : 2019-2020 : sensibilisation et réflexion collective ; poursuite des ateliers cuisine

---

Ressources (humaines ou financières) :

- Financement ASV
- Financement des professionnels de santé : diabétologue et diététicien

---

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Recueil effectif de l'évolution et du renouvellement des participants à ces ateliers ainsi que l'extension de ces ateliers sur d'autres parties du territoire
- Recueil du nombre de temps partagés de confection de goûters entre enfants et parents
- Mesure effective de la diffusion de la plaquette et des consultations sur le site internet
- Recueil du nombre de parents ambassadeurs formés et engagés sur les questions d'alimentation
- Recueil des temps d'échange mis en place et du nombre de participants

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Eviter les discours moralisateurs sur les questions d'alimentation
- Etablir des liens entre alimentation/activité physique et alimentation/prévention buccodentaire

Fiche action N°3.4

DEVELOPPEMENT DU LIEN ENTRE ALIMENTATION ET SANTE

Objectif général :
LUTTER CONTRE LE DIABETE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les données de santé montrent l'importance des maladies chroniques et en particulier du diabète sur la Ville : en 2017 à Vaulx-en-Velin on recense **8 178 détenteurs d'une ALD pour diabète pour 100 000 habitants contre**, 3 792 en Région.

Les données de consommation médicamenteuse recensent un taux de consommation de traitement antidiabétique (y compris insuline) de 8 012 pour 100 000 à Vaulx-en-Velin. Ce taux est donc près de deux fois plus élevé que dans la Métropole et la Région, soit respectivement 4 681 et 4 170 pour 100 000.
Cette consommation de traitements antidiabétiques est encore plus élevée dans les quartiers en politique de la ville. Dans le quartier Sud, le taux de patients sous traitement antidiabétique (dont insuline) s'élève à 10 408 pour 100 000. En 2015 dans le quartier Grande-Ile, le taux de patients sous traitement antidiabétique (dont insuline) s'élève à 8 853 pour 100 000.

La maladie diabétique est silencieuse et requiert un suivi important faute de quoi le protocole de soin du patient est à reprendre à son commencement et les complications surviennent. Les professionnels soulignent la difficulté qu'ont les habitants à être réguliers dans leurs parcours de soins et déplorent de constater que leur état de santé se dégrade.

D'autant plus que les habitants de Vaulx-en-Velin font face à une absence de spécialistes sur le territoire. En effet un endocrinologue est présent seulement deux jours par semaine au centre de santé Jean Goullard. Un diététicien et un diabétologue reçoivent les habitants deux fois par mois dans le cadre du Point Information Diabète Obésité Surpoids (PIDOS).

Objectif(s) spécifique(s) : AMELIORER ET PREVENIR LA PRISE EN CHARGE DES DIABETIQUES

Porteur(s) de l'action : VILLE : Atelier Santé Ville (ASV)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants de la ville
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Fiche action N°3.4

Actions en cours et/ou à développer :

Evaluation des dispositifs existants pour une meilleure adaptation :

- Evaluation spécifique de l'activité du PIDOS Point Information Diabète Obésité surpoids (préventif/curatif) et perspectives d'amélioration et de sa fréquentation
- Evaluation des ateliers cuisine (lien santé et alimentation)
- Suivi du Parcours de Soins Coordonné Diabète (PSCD) (ou Education Thérapeutique du Patient) ; CPAM 69+ Lyre+ HCL
- Mise en place d'un temps d'échange réguliers entre la ville, les professionnels intervenant au PIDOS et les médecins généralistes de la ville pour réfléchir aux besoins non couverts actuellement chez les habitants non diabétiques, mais à risque de le devenir et chez les habitants diabétiques

Actions à mettre en place :

- Encourager et orienter les patients diabétiques vers des groupes de marche dans la ville, vers des ateliers cuisine, avec l'aide des médecins généralistes et des professionnels de santé, des médecins du centre Jean Goullard
- Passerelle entre l'alimentation et le sport à créer

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Centre Jean Goullard / CPAM / LYRE / Santé commune / Médecine scolaire / Ville : Sport / Pharmacies / Centres sociaux / SPVV/**ARS**

Calendrier prévisionnel : Sur la période 2019-2021

Ressources (humaines ou financières) :

- Maintien du montant des subventions pour l'ASV par l'ARS

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mise en place effective d'une évaluation du PIDOS et de l'atelier cuisine
- Réalisation effective et analyse de l'évolution du nombre de séances d'ETP réalisées à Jean Goullard sur 5 ans, avec analyse de leur fréquentation
- Nombre de temps d'échanges et d'interlocuteurs
- Nombre et profils des patients orientés vers les groupes de marche et les ateliers-cuisine
- Croisement avec l'analyse des centres sociaux, associations, services Ville proposant des temps de marche

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Création de marche adaptée
- Implication des centres sociaux

Fiche action N°3.5

AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE INFANTILE

Objectif général :
INFORMER SUR L'OBESITE INFANTILE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Concernant le surpoids et l'obésité, il n'existe pas de données accessibles pour les enfants du territoire.

Toutefois, les données nationales concernant la santé des enfants scolarisés montrent l'importance de la problématique du surpoids et de l'obésité, en particulier dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées et dans les écoles en zone d'éducation prioritaire.
Les enfants d'ouvriers sont davantage touchés par le surpoids et l'obésité que les enfants de cadres. En effet, parmi les enfants d'ouvriers, 16 % en grande section de maternelle et 22 % en CM2 sont en surcharge pondérale, contre 7 % et 13 % parmi les enfants de cadres.
Les causes font référence à l'alimentation et la sédentarité.

Rappelons que le surpoids et l'obésité sont des facteurs à risques favorisant l'apparition de maladies chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires et le diabète, expliquant notamment l'augmentation des ces pathologies au sein de la population, au niveau national et mondial.

Le rôle du médecin traitant est essentiel : grâce à un suivi régulier de l'indice de masse corporelle (IMC) et à l'analyse de l'évolution de la courbe de corpulence, nous pouvons repérer précocement les enfants et adolescents à risque de développer un surpoids ou une obésité.
Pour autant, les professionnels de la ville font état d'une difficulté dans l'orientation des enfants en situation d'obésité et d'un manque de ressources appropriées, voire inexistantes ou pas connues, pour accompagner ou prévenir cette pathologie.

La prévention auprès des parents est importante il est donc nécessaire de les sensibiliser à considérer l'activité physique et une alimentation saine pour leurs enfants.

La formation des acteurs de la petite enfance s'avère légitime car elle peut concourir à organiser une prévention précoce sur la ville.

Objectif(s) spécifique(s) : MIEUX GERER LE SURPOIDS ET L'OBESITE INFANTILE SUR LA VILLE

Porteur(s) de l'action : VILLE : POLE SANTE

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** - Les professionnels de santé
  - Les enfants en situation ou en risque d'obésité, leurs parents et les professionnels
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Fiche action N°3.5

Actions en cours et/ou à développer :

- Echanges de pratique en professionnels : poursuite du travail débuté en 2017/2018 qui a conduità l'adhésion de 4 médecins généralistes de la ville au REPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité du Rhône) avec les professionnels de santé de la ville et ceux de l'Est lyonnais et avec l'intervention de la clinique de la Sauvegarde (Service accompagnement prévention) de l' « Equilibre de la Maisonnée » à Francheville qui propose un programme d'éducation thérapeutique d'enfants et adolescents en surpoids ou obèses

Actions à mettre en place :

- Formation et sensibilisation des professionnels de la petite enfance, de la Métropole du sport, les médecins et les infirmières scolaires pour organiser la prévention précoce de l'obésité infantile des enfants dès le plus jeune âge 0/3 ans,
- Démarche auprès des présidents des clubs de sport de la ville pour les sensibiliser à l'importance de diminuer le surpoids et l'obésité constatée chez les jeunes et les encourager à développer le sport adapté
- Construire un discours commun entre les professionnels de santé, du sport et du social, à destination de cette population
- Promouvoir des modes de déplacements adaptés à l'activité physique

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Métropole : PMI/ Professionnels de santé (SPVV+GOULARD+ Santé commune) / Education nationale/ OMS / Ville : Sport, Petite enfance, urbanisme / REPPOP / Conseil local de parents / Clinique de la Sauvegarde / CSO HFME / La Maisonnée

---

Calendrier prévisionnel : Sur la durée 2019-2021

Ressources (humaines ou financières) :

- Pôle santé
- ARS : financement des intervenants (via le REPPOP)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mise en place effective d'une rencontre entre les professionnels et évaluation des bonnes pratiques qui auront pu être échangées, état des mesures concrètes proposées
- Contacts effectifs pris par les services de la ville avec les clubs sportifs afin de les encourager et les aider à s'impliquer dans cette démarche de sensibilisation
- Production effective d'un message à diffuser aux habitants
- Mise en place effective d'une campagne de sensibilisation ayant pour cible les 0/3ans
- Nombre de participation des animateurs sportifs et de la petite enfance à des sessions de formation

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Articulation des acteurs sur une thématique transversale, nécessité d'une coordination affirmée entre tous

AXE 4 : LA SANTE MENTALE

FICHE 4.1. SENSIBILISATION DES ACTEURS A L'ECOUTE, AU REPERAGE ET A L'ORIENTATION

FICHE 4.2. REPERAGE ET ECOUTE LA SOUFFRANCE DES 4/12 ANS

FICHE 4.3. FACILITER L'ACCES A UNE STRUCTURE ASSOCIATIVE DE TYPE CAMSP

FICHE 4.4. PARTICIPATION DES HABITANTS A LA QUESTION DE LA SANTE MENTALE

FICHE 4.5. SENSIBILISATION ET PARTICIPATION DES HABITANTS SUR LES QUESTIONS DE SANTE MENTALE

Fiche Action N°4.1

SENSIBILISATION DES ACTEURS A L'ECOUTE, AU REPERAGE ET A L'ORIENTATION

Objectif général :
AMELIORER L'ACCES AUX SOINS EN SANTE MENTALE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les données d'incidence et de prévalence des affections longue durée (ALD) pour affections psychiatriques sont plus élevées à Vaulx-en-Velin que dans la Métropole et la Région.

En 2014, à Vaulx-en-Velin le taux de prévalence des ALD pour affection psychiatrique était de 2 596 pour 100 000 contre 2 297 pour 100 000 en région. Le taux d'incidence des ALD pour affections psychiatriques s'élève à 276 pour 100 000 à Vaulx-en-Velin contre 213 et 218 pour 100 000 respectivement dans la Métropole et la Région.
Le taux de recours aux services de psychiatrie en ambulatoire pour les jeunes et adultes de plus de 15 ans s'élève à 2 812 pour 100 000 à Vaulx-en-Velin contre 2 122 et 2 267 pour 100 000 respectivement dans la Métropole et la Région.

L'état de santé somatique défavorable d'une partie des personnes ayant des troubles psychiques sévères est un point d'attention pour les professionnels du territoire qui constatent qu'une partie de ces personnes n'a pas de médecin traitant.

Ils soulignent également les difficultés des professionnels de santé à prendre en charge ce type de patients, notamment par manque de formation mais également par manque de communication entre les médecins généralistes, les psychiatres, les travailleurs sociaux.
De plus, ces personnes ne bénéficient pas de la même qualité de suivi ou de prise en charge médicale que la population ne souffrant pas de troubles mentaux, à pathologies physiques équivalentes, et cela est notamment dû au manque de formation des soignants pour prendre en charge ce type de patients, et au manque de communication entre les professionnels de santé.
La dégradation de l'état de santé psychique des personnes ayant une pathologie psychique entraîne parfois des problèmes de comportement dans le logement, telles que des difficultés avec le voisinage : bruit, problématique d'hygiène, nuisances diverses, ou encore des comportements agressifs voire violents.

Ces situations auxquelles sont confrontés les agents de résidence et les travailleurs sociaux sont difficiles à gérer pour des professionnels qui s'estiment peu formés sur le thème des troubles psychiques et parfois isolés pour trouver des solutions si la personne n'adhère pas aux soins.

Fiche Action N°4.1

Objectif(s) spécifique(s) : DEVELOPPER LES POSSIBILITES D'ECOUTE POUR LES ADULTES

Porteur(s) de l'action : Ville - CH Le Vinatier : Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les personnes ayant des troubles psychiques et les professionnels
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions en cours et/ou à développer :

- Poursuite de la formation des agents de résidence aux troubles et aux difficultés psychiques des résidents et aux possibilités de prises en charge
- Sensibilisation des parents et habitants à la question de l'autisme et des troubles psychiques, faire le lien avec le centre de ressources de l'autisme (CRA) installé au Ch Le Vinatier ou sous forme de permanences délocalisées sur la ville
- Réflexion et mise en œuvre sur l'articulation entre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux autour des questions de prise en charge de la souffrance psychique des habitants de la commune pour un accompagnement avant, pendant et après hospitalisation

Actions à mettre en place :

- Développer un travail en commun entre les professionnels de santé et les CMP afin d'éviter la saturation des files actives et d'orienter au mieux les patients (prescriptions partagées d'orientation vers les CMP et travail de connaissance interprofessionnelle)
- Réflexion des professionnels de santé pour l'optimisation des ressources d'écoute psychologiques des habitants, sur la ville, avec l'appui du Ch Le Vinatier

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : CH Le Vinatier : CMP ; CMPE ; CMP PA / PAEJ / Professionnels de santé / Service Education / DAJA / Petits rubans bleus/Pôle santé/PRE

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2019

Ressources (humaines ou financières) :

- Structure et travaux engagés par le CLSM

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure des actions de formation, de communication et d'information réalisées auprès des médecins généralistes pour les encourager à se former à la prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes ayant des troubles psychiques
- Mise en place effective de formations pour les enseignants sur le repérage et l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques et autisme
- Mesure du désengorgement des CMP
- Mise en place effective de formations pour les agents de résidence
- Bilan de l'articulation du travail entre professionnels de santé et travailleurs sociaux

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Point de vigilance sur la transmission de données confidentielles sur les patients, dans le cadre de leur suivi avant, pendant et après hospitalisation ; entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de terrain
- Lien avec le PTSM

Fiche Action N°4.2

REPERAGE ET ECOUTE DE LA SOUFFRANCE DES 4/12 ANS

Objectif général :
AMELIORER L'ACCES AUX SOINS EN SANTE MENTALE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Pour les enfants de 4 à 12 ans, l'accès aux prises en charge en santé mentale est problématique.
En raison des prises en charge très coûteuses en libéral ainsi qu'en l'absence de pédopsychiatres libéraux et du manque de psychologues cliniciens pour enfants sur la commune, le CMP Enfants est la ressource unique du territoire.
Il fait face à une demande de soin très importante à laquelle il répond mais avec des délais très longs : 12 à 14 mois d'attente, en moyenne, pour un premier rendez-vous. Ces délais ne permettent donc pas une prise en charge précoce des troubles et les professionnels soulignent le risque d'enkystement et d'aggravation de ces troubles ce qui décourage les parents à poursuivre les demandes de soins.

Le Lieu Ecoute, identifie les besoins en santé mentale sur toutes les tranches de la population. Des difficultés ont été identifiées pour la prise en charge des enfants de moins de 11 ans sachant que le Lieu Ecoute doit principalement accueillir des jeunes âgés de 12 à 25 ans (cf. référentiel des PAEJ).

Les difficultés d'accès aux prises en charge des enfants repérés comme ayant des difficultés sur le plan de la santé mentale (troubles du comportement, du développement, souffrance) sont un point d'alerte pour les professionnels rencontrés.

Face à ces constats un besoin de formation des professionnels de santé et autres professionnels à l'écoute et au repérage précoce des troubles psychiques a donc été établi.

Objectif(s) spécifique(s) : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE DES ENFANTS DE 4-12 ANS (ET ACCOMPAGNEMENT PARENTAL)

Porteur(s) de l'action : Ville - CH Le Vinatier : Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants et principalement les plus éloignés du système de soins notamment les jeunes et les seniors
- **Secteur géographique :** ■ Ville ☐ Quartier ☐ QPV

Fiche Action N°4.2

Actions à mettre en place :

- Formation des médecins généralistes et pédiatres au repérage et à l'écoute de l'enfant en souffrance psychique et comment l'aborder par le Ch Le Vinatier
- Formation des professionnels de terrain au repérage pour la prévention précoce (petite enfance ; PMI ; médecins scolaires ; infirmières scolaires) par le Ch Le Vinatier

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : CH Le Vinatier : CMPE / Santé commune / CDS / Centre Jean Goullard / Education Nationale / Métropole : PMI / Ville : Service Education / Education nationale / Médecins généralistes libéraux/PRE

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2020 et sur la durée du contrat

Ressources (humaines ou financières) :

- CLSM : La commission spécifique enfants ados

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Recensement des formations données, recueil du type de professionnels présents et du nombre de participants (questionnaires d'évaluation)
- Mesure de l'efficacité des formations : ont-t-elles permises d'orienter plus facilement les enfants vers un lieu de soins
- Mesure de la prise en charge quantitative et qualitative

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Adhésion des professionnels de santé
- Lien avec le PTSM

Fiche Action N°4.3

FACILITER L'ACCES A UNE STRUCTURE ASSOCIATIVE DE TYPE CAMSP

Objectif général :
AMELIORER L'ACCES AUX SOINS EN SANTE MENTALE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Concernant les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de souffrance psychique ou de handicap, les acteurs du territoire soulignent le manque de places dans les structures sanitaires et l'absence de Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) sur le territoire de la commune.

D'autre part, les acteurs soulignent la difficulté pour les habitants de Vaulx-en-Velin qui seraient admis en CAMSP d'accéder géographiquement à cette structure du fait de son absence sur la Ville.

Cette situation contraint les patients à consulter des spécialistes libéraux. L'accès géographique à certains spécialistes, hors de Vaulx-en-Velin, est complexe pour les personnes en situation de handicap qui doivent parfois emprunter plusieurs transports en commun.

L'accès financier à ces spécialistes est tout autant compliqué.

Objectif(s) spécifique(s) : FACILITER L'ACCES A UNE STRUCTURE ASSOCIATIVE DE TYPE CAMSP

Porteur(s) de l'action : Ville – CH Le Vinatier : Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants et principalement les plus éloignés du système de soins notamment les jeunes et les seniors
- **Secteur géographique :** ■ Ville ■ Quartier ■ QPV

Actions à mettre en place :

- Faciliter l'accès à des structures existantes en mettant en place une communication adaptée et ciblée, faire connaître les structures aux familles (fonctionnement et type d'accueil)
- Mise en place d'un groupe de travail dédié à la réflexion sur la création d'une structure de type CAMSP et veiller à son articulation avec le CMPE
- Mobiliser une association existante ou soutenir la création d'une association ad hoc capable de porter la création d'un tel projet
- Visites sur le terrain de structures existantes sur les communes avoisinantes (Décines, Meyzieu)
- Echange de pratique et d'informations concernant la faisabilité d'un tel projet en lien avec l'ARS sur les demandes d'autorisation et de financement et les Appels à Projets à venir

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : ARS / CPAM / METROPOLE /
CH Le Vinatier : CMP et CMPPA / CAMSP existants sur d'autres communes (Décines ; St Priest ...) / UNAFAM /Associations spécialisées/PRE

Calendrier prévisionnel : Démarrage en janvier 2020

Ressources (humaines ou financières) :

- Lien avec l'ARS
- Budget CLSM / Valorisation poste coordonnateur CLSM
- Ressources partenariales
- Expérience d'un CAMSP

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Création effective du groupe de travail
- Visite et liens d'un CAMSP
- Recueil des propositions d'actions
- Communication sur l'accès aux ressources existantes : liées aux familles et aux professionnels (flyers ; réunions d'information)

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Portage financier et fonctionnel de l'action
- S'inscrire dans les contraintes budgétaires de l'ARS et la procédure des Appels à Projets
- Lien avec le PTSM

Fiche Action N°4.4

SENSIBILISATION ET PARTICIPATION DES HABITANTS SUR LES QUESTIONS DE SANTE MENTALE

Objectif général :
FAVORISER LA DESTIGMATISATION DE LA MALADIE MENTALE, HANDICAP PSYCHIQUE/ AMELIORER L'ACCES A LA PREVENTION

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Malgré des avancées en la matière, les représentations négatives autour des troubles psychiques sont encore bien ancrées chez une partie des habitants de Vaulx-en-Velin, comme sur de nombreux territoires. Ces représentations négatives sont un frein à l'accès aux soins des habitants et l'insertion sociale des personnes ayant des troubles psychiques.

A titre d'exemple, pour les enfants, les professionnels soulignent le sentiment de stigmatisation d'une partie des parents lorsqu'un enfant est repéré comme ayant des troubles par l'école et qu'une orientation vers le CMP enfant est préconisée.

Au-delà de l'acceptation des difficultés de l'enfant par le parent, le manque d'information des familles sur les troubles, les modalités et l'intérêt d'une prise en charge pour le développement de l'enfant, engendre de l'incompréhension.
Un ressenti de stigmatisation et dans certains cas le déni du problème peuvent expliquer l'évitement des familles vis-à-vis d'une prise en charge spécialisée.

Ainsi, les actions d'information et de destigmatisation de la maladie mentale et de la psychiatrie telles que la Semaine d'Information sur la Santé Mentale développées sur la ville par le CLSM sont indispensables.

Objectif(s) spécifique(s) : DEDRAMATISER LA MALADIE PSYCHIQUE

Porteur(s) de l'action : Ville – Ch Le Vinatier : Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants et les professionnels
- **Secteur géographique :** ■ Ville ☐ Quartier ☐ QPV

Fiche Action N°4.4

Actions en cours et/ou à développer :

- Amélioration de la communication auprès des habitants sur le CLSM (adaptation)
- Favorisation de la participation des habitants et des professionnels aux initiatives liées à la santé mentale: Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) ; Journée internationale du handicap ; Journée mondiale de la santé mentale ; Forum des associations ; rencontre du carré de Soie ; Qualité de Vie au Travail ; Duo Day ; Implication du Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) ; Etats généraux des personnes vivant ou ayant vécu des troubles psychiques
- Renforcement et maintien de l'implication des acteurs concernés et intéressés par le CLSM

Actions à mettre en place :

- Développement d'une dynamique plus inclusive sur l'organisation des instances du CLSM (assemblée plénière ; comité de pilotage ; commission) : implication des habitants à participer au COPIL du CLSM, inclusion du GEM au sein du COPIL, méthode, mode d'organisation, écriture des comptes rendus...

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : GEM Envol et Cie/ Acteurs de la ville / Associations Vaudaises

---

Calendrier prévisionnel : Actions en cours à renforcer dès 2019

Ressources (humaines ou financières) :

- CLSM
- Service handicap
- Dispositif Facile A Lire et à Comprendre (FALC) en lien avec l'UDAPEI
- UNAFAM

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Recueil des ressources de communication ayant été mises à disposition au sein de la ville et analyse de l'augmentation de ces ressources
- Passage effectif en mode FALC
- Nombre de participants intégrés aux évènements publics ou internes en lien avec CLSM et diversité de participation citoyenne (habitants : présentant des troubles psychiques, aidants...)
- Augmentation du nombre de visites sur le site internet concernant les questions de santé mentale

---

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Eviter les interventions trop techniques (sigles ; jargon médicale)
- Respect du dispositif FALC
- Lien avec le PTSM

Fiche Action N°4.5

AMELIORATION DE L'INCLUSION DES PATIENTS SUR LE TERRITOIRE

Objectif général :
AMELIORER L'INSERTION SOCIALE DES PERSONNES AYANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIQUE

Principaux éléments de diagnostic et contexte :

Les difficultés d'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques renvoient aux enjeux du lien social, de l'accès, du maintien dans le logement et de l'accès à l'emploi. Ces difficultés, qui ne sont pas spécifiques à Vaulx-en-Velin, sont bien repérées par les professionnels du territoire.

Les professionnels soulignent en particulier la présence de personnes ayant des troubles psychiques, isolées à domicile et ayant des besoins non couverts, d'aide et d'accompagnement individuels, pour se maintenir dans un logement autonome et avoir accès à une insertion sociale.

Les difficultés d'accès à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques sont également pointées, dans un contexte de crise économique, de chômage et d'augmentation du niveau d'exigence des employeurs, tant en terme de niveau de qualification que de productivité.

En effet, en milieu ordinaire, les possibilités d'emplois à temps partiels, aménagés, sont peu nombreuses tandis que les possibilités d'emploi en milieu protégé sont également restreintes.

Afin d'accompagner les personnes dans leur insertion professionnelle, les professionnels soulignent l'intérêt des dispositifs permettant d'évaluer les compétences et l'employabilité des personnes.

Objectif(s) spécifique(s) : FAVORISER UNE MEILLEURE INSERTION DES PERSONNES PAR UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE DANS LE LOGEMENT, L'EMPLOI ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Porteur(s) de l'action : Ville - Ch Le Vinatier : Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Périmètre de l'action :

- **Public visé :** Les habitants ayant des troubles psychiques
- **Secteur géographique :** ■ Ville ☐ Quartier ☐ QPV

Fiche Action N°4.5

Actions en cours et/ou à développer :

Avant et après hospitalisation :

- Les procédures SDRE et SDT auxquelles la Municipalité a parfois recours dans le cas de situations très complexes visant des personnes qui vivent sur le territoire, ont besoin d'être améliorées dans leur fonctionnement et leur mise en œuvre ; mise en place d'un groupe de travail autour de la procédure SDRE déjà en cours. (comment améliorer l'intervention des agents de la ville et des élus dans des situations d'urgence.
- Accompagnement des agents en charge des situations ; formation des agents ; accompagnement de l'entourage des personnes concernées par les troubles psychiques avant et après l'hospitalisation d'un proche, amélioration de la procédure pour mieux gérer les situations d'urgence

Vers le logement :

- Favoriser le maintien et/ou l'accès au logement des personnes ayant des troubles psychiques : le CLSM, la coordination santé mentale et logement et l'ILHA

Vers l'Emploi :

- Amélioration du repérage de l'employabilité des Vaudais en situation de handicap psychique (Pôle emploi, Mission locale, CMP)
- Renforcement de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vers l'emploi adapté (aide, stimulation cognitive,...). Notamment avec l'association LIFT

Actions à mettre en place :

Avant et après hospitalisation:

- Amélioration de l'annonce du diagnostic aux personnes concernées et aux parents et proposition de solutions : actions en direction des professionnels médicaux
- Accompagnement au retour de soins par un suivi sur le secteur (Visites A Domicile) et action en direction des professionnels médicaux et sociaux

---

Partenaires et acteurs associés ou mobilisables : Ville : Pôle santé ; CLSPD ; logement ; guichet unique de l'emploi/ CCAS handicap / ORSPERE - Samdara /Ch Le Vinatier : CMP ; CMPE ; CMPA ; CATTP / BAILLEURS / PM / PN / Messidor /ESAT/ CAP EMPLOI

Calendrier prévisionnel : Démarrage en 2020

Ressources (humaines ou financières) :

- CLSM (coordination santé mentale et logement)
- Service handicap

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mesure qualitative des professionnels de santé sur l'amélioration des conditions de l'annonce du diagnostic au patient et à ses proches
- Mesure de l'évolution de l'accompagnement des personnes au retour d'hospitalisation (rechutes...)
- SPDRE / SPDT : mesure de la lisibilité de la procédure auprès des acteurs
- Mesure de l'évolution de l'accès à un emploi des Vaudais concernés par un handicap psychique reconnu par la MDPH (données Mission Locale, Pôle emploi, CMP, autres...)
- Identification des outils développés pour améliorer le repérage de l'employabilité des personnes (développement des entretiens, tests,...)
- Nombre de situations analysées dans la coordination santé mentale et logement du CLSM

Point de vigilance et leviers identifiés :

- Lien avec le PTSM

Les partenaires qui ont contribué à l'élaboration du Contrat Local de santé :

1. LES ENTRETIENS

➢ VILLE DE VAULX-EN-VELIN
- Pôle santé : Directrice Générale Adjointe,
- Chef de projet santé, Chargée de mission,
- Coordonnateur CLSM, Coordonnateur ASV
- Directeur du service jeunesse et sport
- Directrice service petite enfance
- Directrice service éducation
- Directrice service environnement

➢ METROPOLE DE LYON
- Adjointe au chef de service santé,
- Infirmières puéricultrices (2)
- Auxiliaire de puériculture
- Assistante sociale, responsable service social

➢ STRUCTURES SOCIO-CULTURELLES A VAULX-EN-VELIN
- Directrice de la MJC

➢ EDUCATION NATIONALE
- 3 infirmières
- Infirmière scolaire

➢ CENTRES DE SANTE
- Infirmière Asalée
- Infirmière
- Sage-femme
- Assistante sociale
- Médecin généraliste santé commune
- Chargée de promotion santé
- Médecin généraliste J Goullard
- Chirurgien-dentiste
- Coordinatrice de soins
- Responsables des services médicaux et dentaires

➢ CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS, ASSOCIATION LYADE
- Psychologue, consultation jeunes consommateurs

2. LES GROUPES DE TRAVAIL

➢ ACCES AUX SOINS ET OFFRE DE SOINS : AXE 1
- CPAM du Rhône
- Centre de santé Jean Goullard
- Pharmacien hôtel de ville
- Médecin généraliste, de l'Association Soins Primaires à Vaulx en Velin
- Assistante sociale, Centre de santé Santé Commune
- Médecin généraliste centre de santé Santé commune
- Cadre de santé du SSIAD, CCAS de Vaulx-en-Velin
- Infirmière puéricultrice Maison de la Métropole
- Vaulx-en-Velin et Stagiaire assistante sociale,
- Bénévole, association les Petits Frères des Pauvres
- Directrice des activités soins et handicap à la Fondation
- Directrice du Dispensaire Général de Lyon
- Responsable de l'accès aux droits du CCAS Vaulx-en-Velin
- Coordinatrice du Programme de Réussite Educative du CCAS Vaulx-en-Velin
- Coordinateur santé Ville de Vaulx-en-Velin
- Directrice générale adjointe Ville Vaulx-en-Velin

➢ PREVENTION : AXE 2
- CIDFF du Rhône
- Service petite enfance Ville de Vaulx-en-Velin
- Coordinatrice du PRE du CCAS Ville de Vaulx-en-Velin
- Service jeunesse Ville de Vaulx-en-Velin
- Coordinateur Atelier Santé Ville de Vaulx-en-Velin
- Infirmière scolaire Education Nationale
- Médecin scolaire Education Nationale
- Infirmière Education Nationale
- Conseillères Mission Locale (2)
- Directrice de la MJC
- Directrice PAEJ de l'association Ecouter et Prévenir
- CPEF Métropole de Lyon
- Médiatrice parentalité service éducation Ville
- Coordinateur parcours éducatif Ville
- Chargé de mission du service jeunesse
- Référente famille centre social Peyri
- Présidente association Soins Primaires Vaulx-en-Velin
- Trésorière association Soins Primaires Vaulx-en-Velin
- Sage-femme, association Soins Primaires Vaulx-en-Velin
- Chargée de mission promotion santé Centre Santé Commune

➢ DIABETE, SURPOIDS ET OBESITE PROMTION ACTIVITE PHYSIQUE : AXE 3

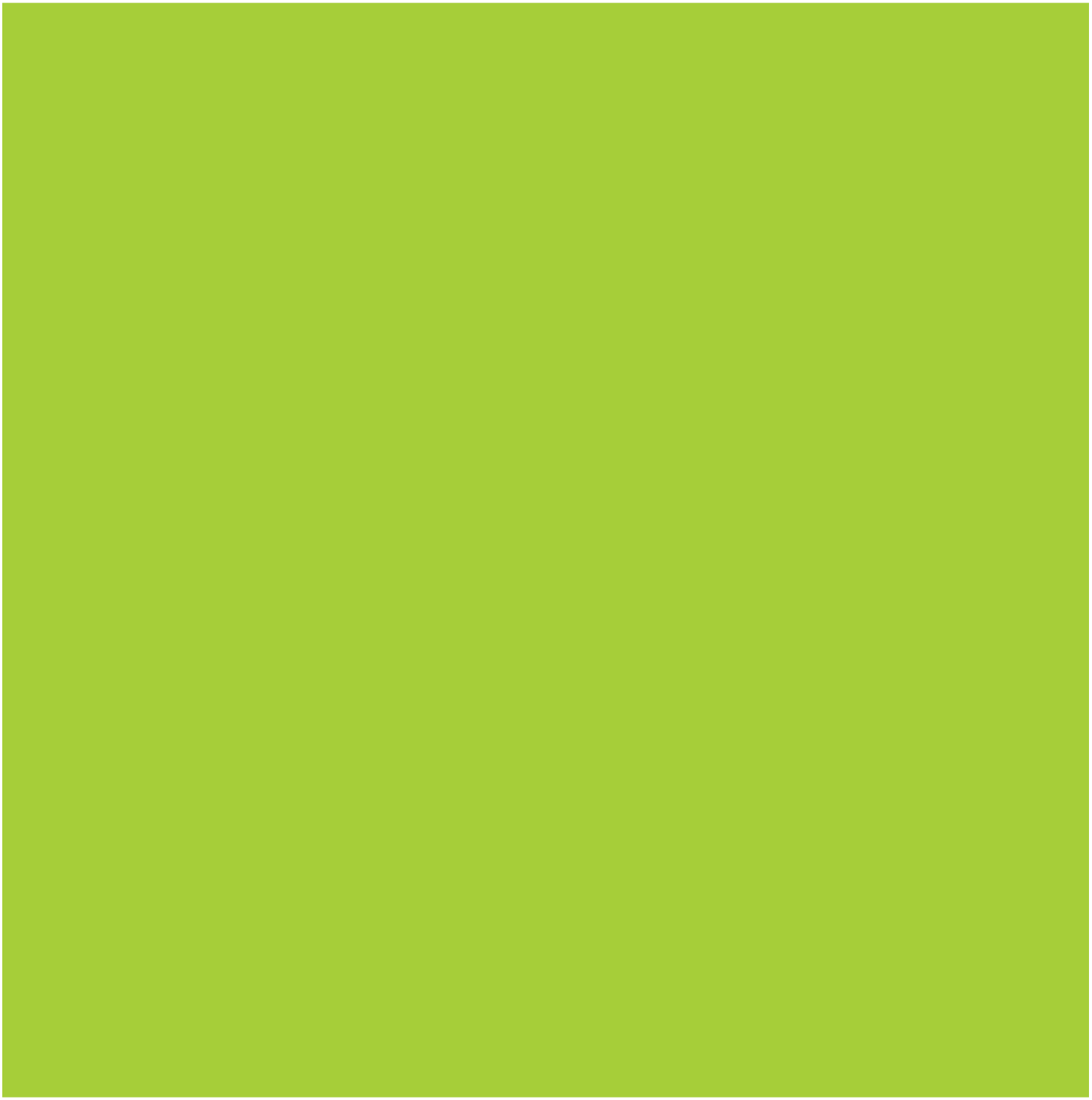
- Directrice des activités soins et handicap,
- Fondation Dispensaire Général de Lyon
- Infirmière et chargée de la promotion santé centre de Santé Commune
- Médecin endocrinologue PIDOS
- Educatrice sportive service des sports Ville
- Educateur sportif service des sports Ville
- Coordinatrice soins, centre de santé Jean Goulard
- Infirmière service petite enfance Ville
- Directeur de l'Office Municipal des Sports
- Manager péri et extra-scolaire Ville de Vaulx-en-Velin
- Responsable service actions éducatives Ville
- Présidente Association Soins de Santé Primaires
- Médecin endocrinologue réseau santé polyvalent LYRE
- Médecin directeur CPAM du Rhône

➢ SANTE MENTALE : AXE 4

- Directrice et psychologue PAEJ association Ecoute et Prévenir
- Coordonnateur Conseil Locale de Santé Mentale
- Cadre de santé SSIAD CCAS de Vaulx-en-Velin
- Coordinatrice PRE CCAS de Vaulx-en-Velin
- Lyon Est-Métropole Habitat
- Infirmière coordinatrice Handi-consult 69 Fondation
- Dispensaire Général de Lyon

➢TRANSVERSALITE :

- Directeur de la jeunesse et des Sports Ville
- Direction de l'action sociale Ville
- Responsable du service habitat Ville
- Directrice de l'éducation Ville
- Infirmière service petite enfance Ville Velin
- Direction de la vie associative Ville de Vaulx-en-Velin
- Coordinateur Atelier santé ville, Ville
- Chef de projet éducatif territorial direction de l'éducation Ville de Vaulx-en-Velin
- Directrice générale adjointe Ville de Vaulx-en-Velin
- Adjointe du maire déléguée à la petite enfance et à l'insertion des jeunes
- Adjoint délégué à l'action sociale, aux solidarités et à la santé
- Adjointe déléguée à l'éducation et à l'emploi
- Conseillère municipale vie associative
- Président du centre social Le Grand Vire



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
ministère éducation nationale

SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie

Centre hospitalier
Le Vinatier

FONDATION
DISPENSAIRE
GÉNÉRAL DE LYON
RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE
Centre Jean Goullard

Soins Primaires
Vaulx-en-Velin
(SPVV)

Santé Commune