

## Compte rendu de la séance du 6 Octobre 2011

### 1. Election du membre du bureau en remplacement de Mme Beulaigne :

- Proposition de son remplacement par Madame Nassiet - Centre Belle Alliance de Groslay - FAGERH, arrivée en 5<sup>ème</sup> position avec 13 voix lors des élections des membres du bureau du 17 mars 2011

ou

- Proposition de procéder à une nouvelle élection. Il est rappelé que seuls les membres titulaires issus de collèges différents du collège 8 des représentants des usagers peuvent se présenter.

La première solution est adoptée à l'unanimité : ***Mme Nassiet est élue membre du bureau de la Conférence de Territoire en remplacement de Mme Beulaigne***

### 2. Adoption du règlement intérieur (annexe 1)

Monsieur Boissel donne lecture du règlement intérieur.

Les modifications suivantes ont été demandées :

#### Article 11

- Dernière phrase du dernier paragraphe : « *En dehors de l'adoption d'un avis ou de la formulation d'une proposition, le président peut consulter les membres de la CT par tout moyen permettant leur identification, et leur participation effective (blog, site internet)* ».

Il est proposé de remplacer cette phrase par :

***« En dehors du cas prévu aux articles 3 et 4 (Election du Président, du Vice-président et constitution du bureau) et de l'adoption d'un avis ou de la formulation d'une proposition, le président peut consulter les membres de la CT par tout moyen permettant leur identification, et leur participation effective (blog, site internet).***

## **Article 20**

- 2<sup>ème</sup> paragraphe : *« Lorsqu'un membre cesse d'exercer ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est remplacé par une personne désignée dans les deux mois dans les mêmes conditions pour la durée qui reste à courir. »*

Il est proposé de remplacer ce paragraphe par :

*« Lorsqu'un membre cesse d'exercer ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est remplacé par une personne désignée dans les deux mois dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2 pour la durée qui reste à courir. »*

- 3<sup>ème</sup> paragraphe : *« Lorsqu'un membre titulaire de la Conférence n'a pas assisté personnellement à trois réunions consécutives, le Président procède au remplacement dudit membre conformément aux dispositions de l'article D.1434-5 du code de la santé publique. »*

Il est proposé de le remplacer par :

*« Lorsqu'un bloc « titulaire- suppléant » membres de la Conférence n'a pas assisté personnellement ou n'a pas été suppléé à trois réunions consécutives, le Président procède au remplacement dudit membre conformément aux dispositions de l'article D.1434-5 du code de la santé publique. »*

Il est procédé au vote à mains levées : une abstention. ***Le règlement intérieur est adopté à l'unanimité.***

### **3. Compte rendu de la CRSA par Monsieur Burnier**

La réunion de juillet était une réunion importante car elle présentait le PSRS.

Le PSRS est un ensemble d'objectifs stratégiques que l'ARS se donne. Ils doivent être déclinés en autant de sous-ensembles et être fidèles aux orientations définies pour les cinq années à venir.

La 1<sup>ère</sup> version du PSRS a été soumise à la concertation des conférences de territoire et de la CRSA.

Le CRSA a réuni un certain nombre de groupes de travail et proposé une centaine d'amendements au projet initial. Une 2<sup>ème</sup> version a été rédigée par l'ARS. C'est sur cette version que la CRSA a pris position lors d'un séminaire. La CRSA, par 51 voix pour, 8 contre et 6 abstentions a, en séance approuvé le texte et joint une contribution.

Contribution :

- ☒ Point de satisfaction dans la conduite de la procédure. Effort de l'agence pour rédiger une 2<sup>ème</sup> fois le document et prendre en compte un certain nombre d'amendements.  
Dialogue de qualité avec les professionnels et les usagers.
- ☒ Mise en avant d'un certain nombre de points de divergence sur des domaines que la CRSA considère comme prioritaires :
  1. Prise en compte des dimensions d'aménagement du territoire et des déterminants de la politique de la santé.
  2. La dimension sociale des parcours de santé avec mise en œuvre d'un accompagnement adapté pour tous les patients franciliens.

3. L'approche plurifactorielle de la personne handicapée. Elle doit être abordée dans toutes les composantes de l'enfance à l'âge adulte. Loi du 11/2/2005 : maison départementale des personnes handicapées, accessibilité de la cité aux personnes handicapées, amélioration de la réponse aux besoins des personnes âgées (éviter le recours aux urgences et renforcer les soins à domicile).
4. La coordination entre les acteurs de santé et les pouvoirs publics : toute la question des réseaux mais aussi celle du contrat local de santé (CLS).
5. L'importance de la coordination avec l'éducation nationale pour le secteur de l'enfance et du handicap.
6. La question de la qualification et de la formation des professionnels de santé médicaux, paramédicaux, sociaux et, notamment dans les métiers de premiers recours : il y a un réel sujet de démographie dans notre région.

☒ Un certain nombre de points ont été déterminés comme insuffisants :

1. Utilisation des atouts de la région Ile-de-France : elle a des ambitions en matière de recherches avec un nombre important d'universités, de grandes écoles. On est une région de références médicales pour d'autres pays.
2. Dans le PRS, la santé mentale et la psychiatrie sont un peu les parents pauvres de la réflexion.

☒ La question des moyens financiers doit être à la hauteur des enjeux  
Malgré le contexte économique actuel, le PRS est conditionné par des priorisations (problème des réseaux). La question des moyens doit être abordée avec réalisme, des exigences en termes de suivi et d'évaluation. Priorité opérationnelle : stratégie opérationnelle et concrète à mettre en œuvre.

La DGARS doit affirmer son intention de défendre les intérêts et les atouts du système.

#### **4. Présentation du calendrier de concertation des schémas par Mme Lavail (annexe 2)**

- ☒ 1<sup>ère</sup> phase de concertation non officielle du 15/11/11 au 01/12/11
- ☒ 2<sup>ème</sup> phase de concertation officielle : 2<sup>ème</sup> semestre 2012 qui débouchera sur des avis officiels et s'achèvera par des arrêtés du Directeur Général de l'ARS au 15/12/2012.
  - Lors de la conférence de territoire le 9/11/2011 seront présentés :
    - la permanence des soins des établissements de santé,
    - le volet ambulatoire du SROS
    - le schéma médico-social
    - les contrats locaux de santé finalisés
  - A la Conférence de territoire du 15/12/2011 :
    - le volet biologie médicale,
    - les contrats locaux de santé
  - Une conférence de territoire sera programmée en janvier 2012 :
    - le volet bucco-dentaire,
    - le volet santé aux détenus
    - le schéma de prévention.
- ☒ L'avis est réglementaire et suivra la concertation officielle.
- ☒ Les observations sont le fruit du travail sur un document. Il ne s'agit pas de refaire le document mais de dire ce que l'on pense du schéma qui est proposé.
- ☒ Les observations remonteront à la CRSA
- ☒ Il y aura une partie concertation pour avis officiels entre fin septembre et novembre 2012.

Madame Rousseau déplore qu'il n'y ait pas de proposition sur le thème de la psychiatrie où il y a beaucoup de difficultés ; sujet difficile et complexe.

## **5. Présentation du contrat local de santé par Mme Olivier (annexe 3)**

- ☒ 7 CLS sont très avancés : Eragny, Cergy, Argenteuil, Bezons, Villiers-le-Bel, Gonesse et Sarcelles.
- ☒ 3 CLS sont à confirmer : Garges-les-Gonesse, Goussainville et Val-et-Forêt (Regroupement Ermont-Eaubonne).
- ☒ A venir : Magny-en-Vexin et Persan.
- ☒ 5 axes se retrouvent dans chaque CLS :
  - La santé des jeunes,
  - La santé mentale,
  - La démographie médicale,
  - L'Habitat insalubre,
  - Le cancer.
- ☒ Le CLS est perçu comme une démarche positive pour :
  - Sanctuariser des moyens existants qui ne sont pas systématiquement pérennes,
  - Décloisonner l'ensemble « ville-hôpital »,
  - Faire dialoguer et converger les acteurs pour viser l'intégration des dispositifs.
- ☒ Les problématiques locales sont soulevées :
  - La baisse de l'offre pédiatrique en ambulatoire sur Gonesse qui augmente la fréquentation des urgences : il y a 10 ans, 6.000 enfants par an étaient reçus aux urgences de Gonesse contre 24.000 en 2011,
  - Les renoncements aux soins liés aux coûts avec un focus sur l'optique, le dentaire et l'audio-prothèse,
  - Le souhait d'un membre représentant le Conseil Général et du Président de l'Ordre de l'exonération du ticket modérateur pour les maisons médicales de garde.
- ☒ Les membres de la Conférence de Territoire ont émis les demandes suivantes :
  - Apporter une visibilité sur les critères qui ont guidé l'ARS dans ses choix dans l'élaboration des CLS,
  - Aider les conférences de territoire à fixer leurs critères pour apprécier les CLS,
  - Identifier les synergies, l'apport des partenaires dans les CLS et les moyens d'échanges d'informations mis en place entre les différents acteurs (notamment concernant les données de l'état des lieux), ce qui apportera aussi une aide à la communication pour les élus locaux.

## **6. Présentation des CUCS - Contrats urbains de cohésion sociale par Mr Tricoire**

*Directeur-adjoint du Pôle de ressources Ville et développement social*

*(Site internet du Pôle de ressources : [www.poleressources95.org](http://www.poleressources95.org))*

Le Pôle de ressources Ville et développement social est un centre de ressources associatif, qui porte une mission de qualification et de mise en réseau des acteurs qui interviennent dans le champ de la Politique de la ville et du développement social urbain dans le Val d'Oise.

Les CUCS - Contrats Urbains de Cohésion Sociale - font référence à une politique publique, la **Politique de la ville**. Mise en œuvre depuis une trentaine d'années, cette politique à caractère exceptionnel et complémentaire de l'action publique pré-existante, vise -à partir de modes d'intervention nouveaux à l'époque : contrat, transversalité, participation, territorialité, gestion de projet- à réduire les inégalités sociales, éducatives, culturelles, éducatives, de santé, de conditions d'habitat... subis par des territoires urbains précarisés et leurs habitants, mais aussi, en tous cas à ses débuts, à en faire des laboratoires de changement social.

Pour cela, elle promeut une approche globale, transversale et partenariale (entre collectivités, institutions, associations habitants...), dans des quartiers identifiés comme les plus en difficultés, en lien avec la Ville, voire l'intercommunalité.

**Le CUCS** est la contractualisation en vigueur de la Politique de la ville. Signé principalement entre l'État et des collectivités territoriales, pour concrétiser des orientations et engagements, sur la base de diagnostics territoriaux, il est en œuvre depuis 2006 et court jusqu'en 2014.

5 thématiques prioritaires d'intervention ont été définies :

- habitat et cadre de vie,
- accès à l'emploi et développement économique,
- réussite éducative,
- citoyenneté et prévention de la délinquance,
- santé.

Dans le Val d'Oise, 5 CUCS intercommunaux et 6 communaux ont été signés. Ils concernent 27 villes :

- 5 CUCS intercommunaux :
  - CA Argenteuil-Bezons
  - CA de Cergy-Pontoise (Cergy, Eragny/Oise, Jouy-le-Moutier, Osny, Pontoise, St-Ouen-l'Aumône, Vauréal)
  - CA Vallée de Montmorency (Deuil-la-Barre, Montmagny, St-Gratien, Soisy-sous-Montmorency)
  - CA Val-et-Forêt (Eaubonne, Ermont, + Franconville, Sannois) • CA Val-de-France (Arnoville, Garges-lès-Gonesse, Sarcelles, Villiers-le-Bel)
- 6 CUCS communaux :
  - Fosses
  - Gonesse
  - Goussainville
  - Montigny-lès-Cormeilles
  - Persan
  - Taverny

**Le pilotage et l'animation des CUCS :**

- Un portage politique et un partenariat central entre Collectivité et État -mairie ou président EPCI / Préfète déléguée à l'égalité des chances- pouvant associer d'autres acteurs (Conseil général, bailleurs, CAF...).
- Une animation intersectorielle, inter-institutionnelle et une coordination par un chef de projet CUCS et son équipe pour les collectivités ; des délégués du Préfet (dans plusieurs quartiers) pour l'État.
- Une contribution en termes de propositions de projets et d'actions mises en œuvre, par des acteurs multiples : associations, services municipaux, services de l'état, ou autres institutions et acteurs intervenant dans les territoires concernés...

**La santé est un des 5 axes prioritaires des CUCS... mais reste encore son parent pauvre.**

Pendant longtemps, un manque de vision au niveau local d'enjeux politiques autour des questions de santé, un manque de légitimité de la Collectivité et une prédominance de l'approche sanitaire n'ont pas favorisé cette implication. Néanmoins, une évolution des besoins (attention à la santé, compréhension des effets de la précarisation au niveau local, impact des épidémies), de la demande et de l'offre de services de santé (démographie médicale, demande de services de proximité, gestion des coûts) a replacé la santé dans le débat politique local. L'approche publique locale comporte de plus des plus-values fortes en termes de démarches de promotion de la santé, inscrites dans la proximité.

**Le volet santé des CUCS recouvre plusieurs objets de travail :**

- la connaissance de l'état de santé de la population des communes ayant au moins un site prioritaire,
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé en associant notamment les déterminants de santé qui conditionnent collectivement une amélioration de l'état de santé,
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé,
- la qualité et l'organisation de l'offre de soins, et l'analyse des principaux dysfonctionnements dans leur accès et la prévention,
- les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion,
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

**En termes d'animation :**

- l'Atelier santé ville est une démarche / outil de coordination et d'animation par excellence (*Cf. intervention de Laura Resongles, coordinatrice de l'ASV de Gonesse*).

Dans le Val d'Oise, 5 ASV existent :

- Cergy,
- Gonesse,
- Argenteuil,
- Éragny-sur-Oise,
- Villiers-le-Bel.

Parmi leurs axes de travail : accès aux droits, aux soins - nutrition - hygiène bucco-dentaire - VIH - souffrances psychosociales - addictions, prévention de conduites à risque.

Leurs objectifs sont essentiellement tournés vers la coordination des actions et la mise en place d'une politique de santé publique au niveau local (avec, parfois le portage en direct d'actions).

- Des CUCS n'ont pas d'ASV : les interventions peuvent être plus limitées (appui financier à des acteurs en place, contributions à des diagnostics), mais des dynamiques locales et globales peuvent aussi être portées.

Aujourd'hui, des expérimentations s'engagent sur 33 sites en France (4 dans le Val d'Oise) et vont préfigurer de ce que devraient être les CUCS après 2014. Elles portent leur effort sur le renforcement du droit commun dans ces territoires et une meilleure articulation avec la Politique de la ville.

## **7. Présentation des Ateliers Santé Ville par Mme Resongles**

### **L'atelier santé ville : Volet santé de la Politique de la Ville :**

- La circulaire DIV du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville précise en introduction l'importance d'un dispositif d'accès à la santé pour les publics fragilisés.
- La circulaire DGS du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire précise les objectifs assignés aux ateliers santé ville.
- La circulaire du 4 septembre 2006 relative à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV précise la convergence des politiques de santé et de cohésion sociale.
- La circulaire du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et à la préparation des CLS réaffirme l'importance des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS.

### **La démarche atelier santé ville**

- L'atelier santé ville croise les approches de santé publique, de la politique de la ville, de la lutte contre les exclusions.
- L'ASV constitue le volet santé du contrat de ville, du programme de réussite éducative.
- L'ASV est référent de l'approche intégrée de la santé dans l'ensemble des politiques publiques locales : urbanisme, environnement, emploi, culture...
- L'ASV permet de décliner les orientations nationales et régionales mais également d'agir à partir des spécificités locales dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- La démarche atelier santé ville n'a pas vocation à se substituer au droit commun mais à améliorer la santé des habitants par la coordination d'acteurs et d'actions à l'échelle locale.

### **L'animation locale**

- Mobiliser conjointement les champs sanitaires, sociaux, éducatifs et les habitants.
- Réaliser un diagnostic local participatif afin d'avoir une connaissance de l'état de santé des habitants, d'identifier les besoins et les ressources.
- Organiser un pilotage permettant la coopération des professionnels et des habitants et assurant la cohérence thématique et territoriale (comité de pilotage, groupes thématiques..)
- Élaborer un plan d'actions prioritaires.

### **Une programmation locale de santé publique**

- Définir des programmes d'actions inscrits dans la durée.
- Une programmation articulée autour de cinq axes : la connaissance de l'état de santé, la prévention et la promotion de la santé, l'offre de soins, l'accès aux soins et aux droits et les pratiques professionnelles.
- La programmation doit permettre d'améliorer l'état de santé des habitants, d'agir sur les déterminants de santé et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Madame Rousseau remercie les intervenants et les membres de la Conférence de Territoire qui se sont déplacés et rappelle les dates des prochaines réunions de la Conférence de Territoire :

- Mercredi 9 novembre 2011 à 8 heures 45
- Jeudi 15 décembre 2011 à 8 heures 45.