

Conférence
de Territoire

Val-d'Oise

Présentation du Projet Régional de Santé Territoire du VAL-D'OISE

Conférence de Territoire du Val-d'Oise
du 15 Novembre 2012



Eléments de diagnostic



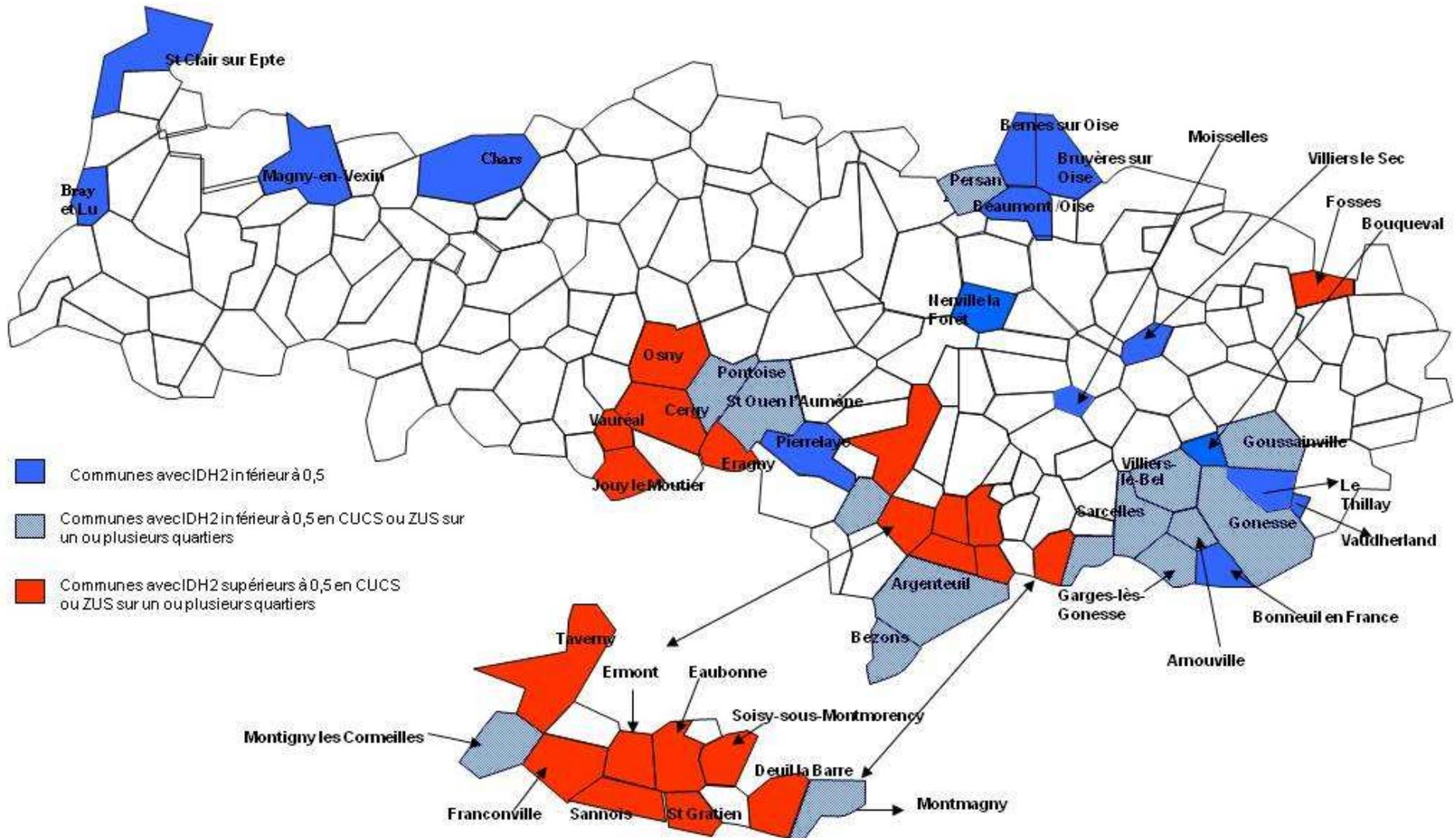
Les caractéristiques socio-démographiques

- **Une population jeune :**
 - les moins de 20 ans représentent 29 % de la population et pour certaines communes 30 à 35 % (ville nouvelle et est)
 - un taux de natalité (16,2 naissances pour 1000 habitants contre 15,4 en IDF et 12,6 en Fr) et un indice conjoncturel de fécondité (2,2) élevés.
- **la part des personnes âgées + 75 ans** est faible (5,1% contre 6,1 en IDF et 8,6 en France) mais va augmenter de 19 % d'ici 2020 et de 53% pour les + 85 ans.
- **Un département contrasté sur le plan géographique et socioéconomique :**
 - des zones urbaines densément peuplées au sud, à l'est et sur la ville nouvelle et des zones rurales isolées au nord et à l'ouest,
 - quelques bassins de vie aisés (L'Isle Adam, Montmorency, Enghien) et d'importants secteurs précarisés urbains ou ruraux.

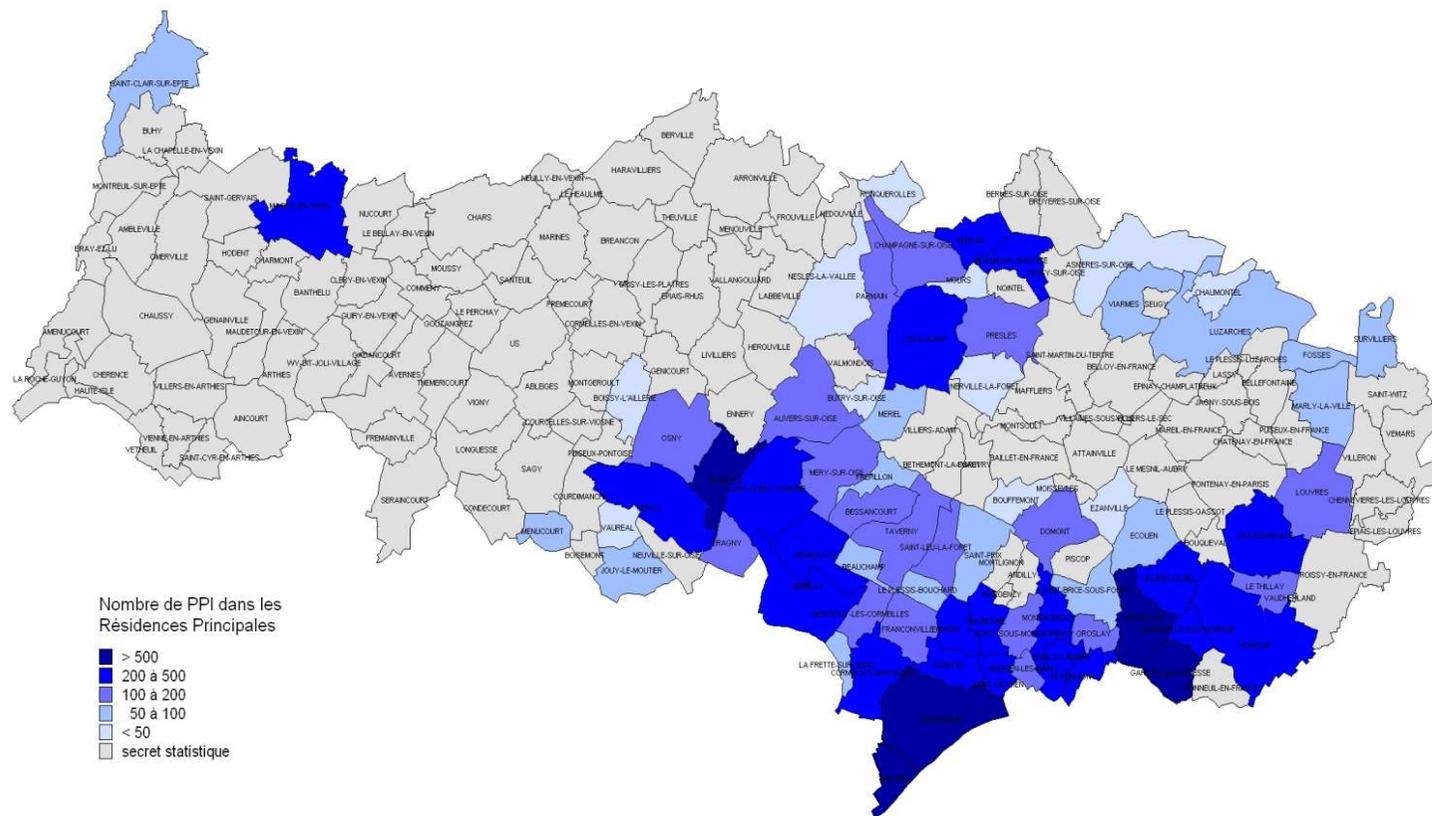
— Des indicateurs socio-économiques globalement moins favorables qu'en IDF

- Revenu médian: 19000€ (21.000€ en IDF).
- Evolution de l'écart par rapport au revenu régional :
 - – 12% de 1984 à 2006
- 16,1% de la population habite en ZUS (11% en IDF)
- Un nombre important de logements privés potentiellement indignes

Le Val d'Oise et la précarité



L'habitat : 20000 logements privés potentiellement indignes



Sources : ©IGN-BDCarto 2006 - MEEDDAT - Filocom 2005 d'après la DGI

Cartographie : DDEA 95-SHU/BPH/IV
Mars 2009



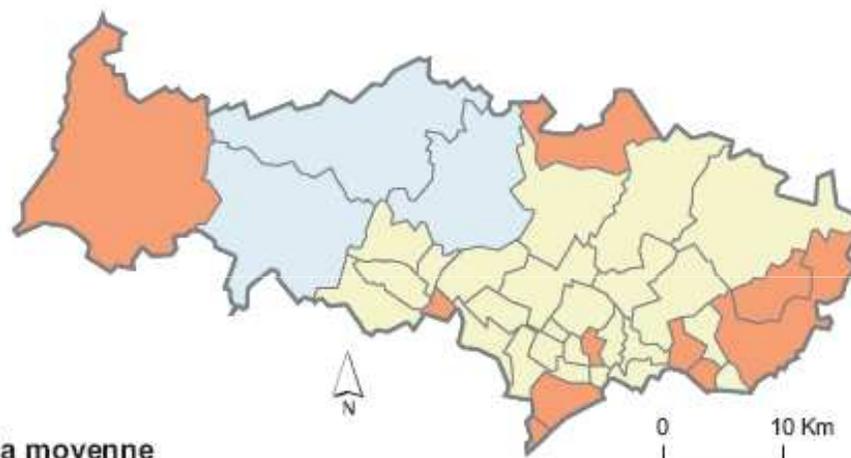
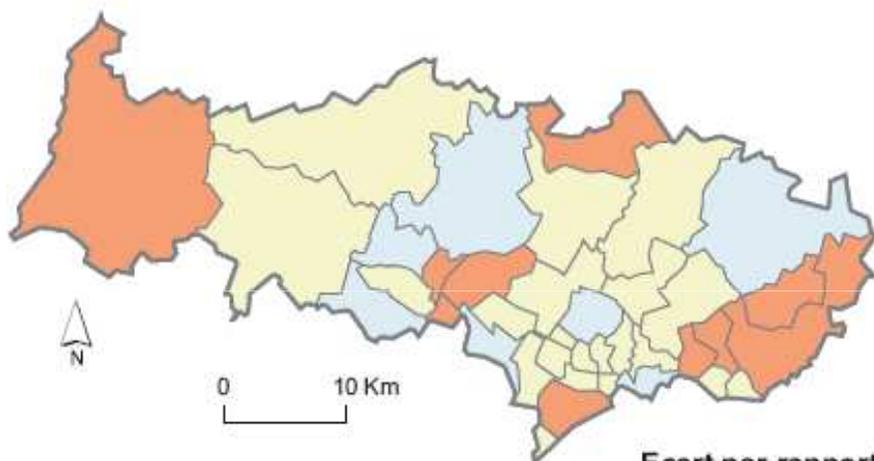
Des indicateurs de santé défavorables

- Le taux de mortalité prématuré :
 - par cancer chez les femmes (60) et les hommes (96)
 - par alcoolisme et cirrhose pour les hommes (17,2) est le plus élevé de la région.
- Une surmortalité pour les maladies cardio-vasculaires chez les hommes (148,7 contre 145,1 en IDF) et chez les femmes (95,4 contre 84,8 en IDF).
- Avec 60.000 personnes atteintes de diabète, le Val d'Oise est le 2ème département d'IDF après le 93 en nombre et en taux d'évolution de la maladie.
- Le taux de mortalité infantile (3,9) est supérieur au taux national (3,6) et porte notamment sur la mortalité néonatale. Taux le plus élevé après celui du 93.

La mortalité prématurée par canton

Niveau de mortalité prématurée (< 65 ans) chez les hommes par canton* - période 2004-2007

Niveau de mortalité prématurée (< 65 ans) chez les femmes par canton* - période 2004-2007



Ecart par rapport à la moyenne régionale (Test du Chi2)

-  Sous-mortalité significative au seuil de 5%
-  Ecart non significatif au seuil de 5%
-  Sur-mortalité significative au seuil de 5%

Département : F 123,7 Département : H 238,4

IDF : F 118,6 IDF : H 236,6

France : F 122,7 France : H 273,8

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Ile-de-France

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Ile-de-France

L'offre de santé

- **L'offre sanitaire** est globalement satisfaisante **sauf en psychiatrie**, bien répartie sur l'ensemble du département y compris sur les secteurs plus isolés (Vexin ,nord) . Des organisations et complémentarités entre établissements à améliorer.
- Une **démographie médicale**
 - en établissements et en ambulatoire préoccupante au vu de la faible densité notamment en médecins et du vieillissement des professionnels (ex: 64 % des chefs de service (soit 16) ont + 55 ans au CHIPO),
 - en ville: 30% des omnipraticiens ont + 55ans.La densité médicale et paramédicale est inférieure à la moyenne francilienne et nationale :
 - 82 omnipraticiens pour 100 000 hab. contre 102 en IDF et 139 en Fr
 - 80 spécialistes contre 121 en IDF et 137 en Fr
 - 51 IDE contre 60 en IDF
- **La permanence des soins ambulatoires** n'est pas satisfaisante sur le département particulièrement sur le Vexin, Louvres et Survilliers.
- Une couverture partielle des réseaux au nord et surtout sur l'ouest.

L'offre de prévention et de dépistage

- Sur le plan du dépistage (VIH, cancer, tuberculose, maladies sexuellement transmissibles), une offre organisée mais des faiblesses (difficulté de recrutement de certains professionnels de santé, insuffisance de financement dans les Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits hospitaliers) .
- Sur le plan de l'éducation et la promotion de la santé, des actions menées par des promoteurs locaux (associations et collectivités territoriales) encore insuffisantes notamment dans le nord et l'est .

— L'offre médico-sociale à développer

- **Sur le handicap, notamment psychique et l'autisme :**
 - Alors que 11,10% des 0-19ans franciliens résident dans le 95, celui-ci ne bénéficie que de 10,3% de l'offre médico-sociale régionale pour enfants.
 - Pour les adultes, le 95 est assez bien équipé par rapport aux autres départements franciliens même si son taux d'équipement (10,3%) reste inférieur à la moyenne nationale.
 - Encore trop peu de places pour autistes:164 places dont 71 d'hébergement et de soins.
 - Beaucoup d'associations gèrent 1 ou 2 structures seulement

- **Pour les personnes âgées :** si le taux en EHPAD est supérieur à la moyenne régionale, les services de soins infirmiers à domicile sont insuffisants.

Fragilité financière des 2 réseaux gérontologiques (1 à l'est et 1 au centre) et pas de réseau sur l'ouest.

2 MAIA : 1 au centre et 1 à l'est portée par le Conseil Général.

— L'offre médico-sociale pour les publics en difficulté spécifique

- les structures de lutte contre les addictions sont fragiles en terme d'effectifs et insuffisantes dans le Vexin et le nord (1 seul Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie à Persan).
- Sur la réduction des risques , 1 seul Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogue (CAARUD) sous dimensionné à Argenteuil.
- Pas de lit halte-soins-santé.

Les coordinations entre tous les acteurs de terrain doivent être renforcées.

Une coordination des politiques publiques qui se met en place entre ARS, CG, CPAM, Education Nationale, DDCS ...



Les principales orientations à 5 ans

- A) - La prévention à renforcer et à structurer.
- B) - Des parcours de santé à améliorer par des actions transversales et multi-partenariales sur :
 - les personnes âgées,
 - la santé mentale,
 - la périnatalité ,
 - les publics précaires et en situation d'exclusion.
- C) – Une offre de santé à renforcer et restructurer :
 - sur l'ambulatoire
 - pour les personnes handicapées,
 - pour les personnes souffrant de conduites addictives,
 - l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques,
 - sur le sanitaire

— A) - La prévention à renforcer et à structurer

Prioritairement sur les secteurs géographiques les plus vulnérables (notamment communes avec IDH2<0,5 et quartiers CUCS...)

- Des actions ciblées sur :
 - la santé des jeunes (santé globale, conduites à risques, comportements favorables à la santé, prévention des traumatismes sonores aigus),
 - la lutte contre l'habitat indigne: actions d'accompagnement à la prévention des risques pour la santé dans l'habitat,
 - sur les adultes : l'accès aux soins des populations précaires, la lutte contre l'obésité, les conduites à risques,
 - l'amélioration de la participation au dépistage organisé des cancers.

- Des promoteurs de proximité à mobiliser (CODES, ANPAA...)

- Faire vivre le comité départemental de coordination des politiques publiques regroupant l'ARS, le CG, la CPAM, l'Education nationale, la DDCS,...

— B) 1-Améliorer le parcours de santé de la personne âgée

- **Accompagner le vieillissement et prévenir les maladies et handicaps liés au vieillissement :**
 - développer les actions de prévention relatives aux chutes, maladies chroniques, nutrition, addictions, etc....,
 - rompre l'isolement (réunions intergénérationnelles, cafés des âges, etc....).

- **Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes :**
 - développer les SSIAD (essentiellement Vallée de Montmorency) et places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire avec un véritable projet de soins,
 - former les aides à domicile à l'éducation à la santé,
 - soutenir les aidants (ateliers collectifs, groupes de parole, ...).

— **B) - Améliorer le parcours de santé de la personne âgée (suite)**



Veiller à la qualité de l'accueil au sein des EHPAD

- renforcer la médicalisation,
- vigilance sur les mises aux normes architecturales,
- redéployer les places fermées vers les EHPAD de faible capacité,
- améliorer la prévention bucco-dentaire (action pilotée par REGIES 95 et la CPAM), prévenir les troubles nutritionnels et maîtriser la consommation de psychotropes.



Limiter les hospitalisations évitables

- expérimentation des postes d'infirmières de nuit dans 3 EHPAD du centre en lien avec le SAMU et le SSIAD de nuit (EPINAD)
- développer les interventions extrahospitalières des équipes mobiles de psycho-gériatrie et de soins palliatifs
- améliorer les liens entre établissements de santé et les professionnels de santé du 1er recours (actions d'informations, de formation,) et favoriser leur participation aux réseaux et filières.



— **B) - Améliorer le parcours de santé de la personne âgée (suite)**

➤ **Poursuivre l'amélioration de la prise en charge sanitaire**

- développer la géro-psycho-geriatrie (lits identifiés, équipes mobiles). Une seule équipe mobile au GHEM actuellement.
- évaluer et renforcer en conséquence les filières gériatriques.

➤ **Améliorer les liaisons entre acteurs de santé et les coordinations institutionnelles**

- accompagner le développement des dispositifs existants (MAIA réseaux). Réflexion à mener sur les territoires des 2 réseaux gérontologiques avec les acteurs locaux et institutionnels pour identifier les freins à la fluidité des parcours et les axes d'amélioration,
- mettre en place une coordination dans l'ouest,
- mieux faire connaître les réseaux, MAIA, CLIC, Points Conseils aux professionnels libéraux ambulatoires
- articuler la prise en charge ville/hôpital.

— B) 2- Améliorer la prise en charge de la santé mentale

➤ **Prévenir et repérer précocement et les souffrance psychiques**

- soutien aux programmes de développement des compétences psychosociales chez les jeunes (travail sur l'estime de soi, prévention de la violence...),
- développement du repérage précoce de la souffrance psychique : soutien à la fonction parentale, repérage dans les lieux d'accueil et d'écoute, formation des professionnels et des personnes relais,
- favoriser l'émergence de Conseils locaux de santé mentale,
- mise en place de dispositifs spécifiques envers les populations précaires, migrantes, détenues (en lien avec le PRAPS).

— **B) - Améliorer la prise en charge de la santé mentale (suite)**

- **Poursuivre le déploiement de l'offre de soins psychiatriques pour tous les âges de la vie**
 - en hospitalisation complète, structures alternatives et équipes mobiles... Renforcement de l'existant et implantations nouvelles.
 - engager des diagnostics territoriaux favorisant ensuite une ingénierie de coopération et coordination des acteurs (sanitaires, médicosociaux et sociaux) autour des parcours complexes,
 - clarifier les missions des acteurs par une gradation des soins et la mise en place de cahiers des charges précisant « qui fait quoi » .

- **Améliorer la cohérence de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale**
 - en appréciant les besoins de façon territorialisée et coordonnée,
 - en favorisant le décroisement des acteurs médico-sociaux et sanitaires par la mise en place d'une commission départementale.

— **B) 2- Améliorer la prise en charge de la santé mentale (suite)**

➤ **Poursuivre le déploiement de l'offre de soins sur le handicap psychique**

- approfondir les résultats de l'enquête CREAL sur les enfants handicapés sans solution adéquate dont certains sont atteints de troubles envahissants du développement (TED) pour identifier les places d'IME et de SESSAD nécessaires par zone, type de handicap et tranches d'âge,
- faciliter l'intégration en milieu ordinaire des personnes handicapées psychiques stabilisées : projet de création d'un SAMSAH sur l'ouest du département et de groupes d'entraide mutuelle (GEM).

— B) 2- Améliorer la prise en charge de la santé mentale (suite)

- **Favoriser les liaisons entre le secteur sanitaire et le secteur ambulatoire** notamment pour les patients rencontrant un épisode aigu : formation au repérage, constitution de « staff » (modalités à déterminer)
et les structures sociales (structures d'hébergement, résidences sociales, CHRS, maraudes):commissions de coordination, échanges entre professionnels...
- **Améliorer la prise en charge psychiatrique des patients souffrant d'addiction** en articulant le travail du secteur hospitalier avec les Centres de Soins d'Accompagnement et de la Prévention en Addictologie (CSAPA) lorsque c'est nécessaire.

— B) 3 - Améliorer le parcours de santé de la femme enceinte et du nouveau né

- **La coordination des institutions** : un partenariat bien engagé avec le Conseil Général, la CPAM, le Réseau Périnatalité (RPVO) et la DTARS pour déterminer les priorités et coordonner les actions.
- **La coordination de tous les acteurs de périnatalité par le réseau RPVO pour :**
 - favoriser les liaisons Ville-hôpital (actions de sensibilisation, de formation, de conseil et d'appui),
 - renforcer le suivi des nouveau-nés et familles vulnérables, développer l'entretien prénatal précoce
- Mieux organiser les filières de prise en charge.
- **Respecter la gradation des maternités** pour désengorger les niveaux III et limiter les transferts encore importants (Pontoise notamment).

— B) 4- Améliorer le parcours de santé des publics précaires et en situation d'exclusion

➤ En prévention

La lutte contre l'habitat indigne :

- repérage des logements potentiellement indignes,
- le traitement des situations d'indignité de l'habitat,
- l'accompagnement des familles concernées par ces situations.

La lutte contre la tuberculose : dépistage ciblé de populations sensibles (foyers travailleurs migrants, CHRS, CADA, primo arrivants, ROM.....).

Favoriser des actions de formation, sensibilisation des acteurs de terrain :

- médiateurs sociaux santé, associations culturelles et pairs pour le dépistage des cancers, le repérage de la souffrance psychique....

Développer les actions d'éducation à la santé

Assurer une bonne réduction des risques : pérenniser le financement des dispositifs de prévention.

— B) 4- Améliorer le parcours de santé des publics précaires et en situation d'exclusion (suite)

➤ Dans la prise en charge médico-sociale

- travailler à la création de lits Halte Soins Santé et formaliser les procédures de prise en charge en amont et en aval,
- augmenter la capacité d hébergement en appartements de coordination thérapeutique,
- améliorer le fonctionnement du CAARUD d'Argenteuil.

➤ Dans la prise en charge sanitaire

- optimiser le fonctionnement des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
- mobiliser les services de psychiatrie et les équipes mobiles psychiatrie-précarité.

— B) 4- Améliorer le parcours de santé des publics précaires et en situation d'exclusion (suite)

➤ Mobiliser les partenaires institutionnels :

- CPAM (accès aux droits, solvabilité, domiciliation),
- DDCS, CG, Office Français de l'Immigration et de l'Insertion (OFFII) et Education nationale (pour les primo arrivants), collectivités locales, Administration Pénitentiaire, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

➤ Mener une réflexion sur le suivi social et sanitaire des publics en grande difficulté envoyés dans les hôtels du département par les SAMU sociaux notamment du 93 et 75.

— Les CLS , outil de coordination

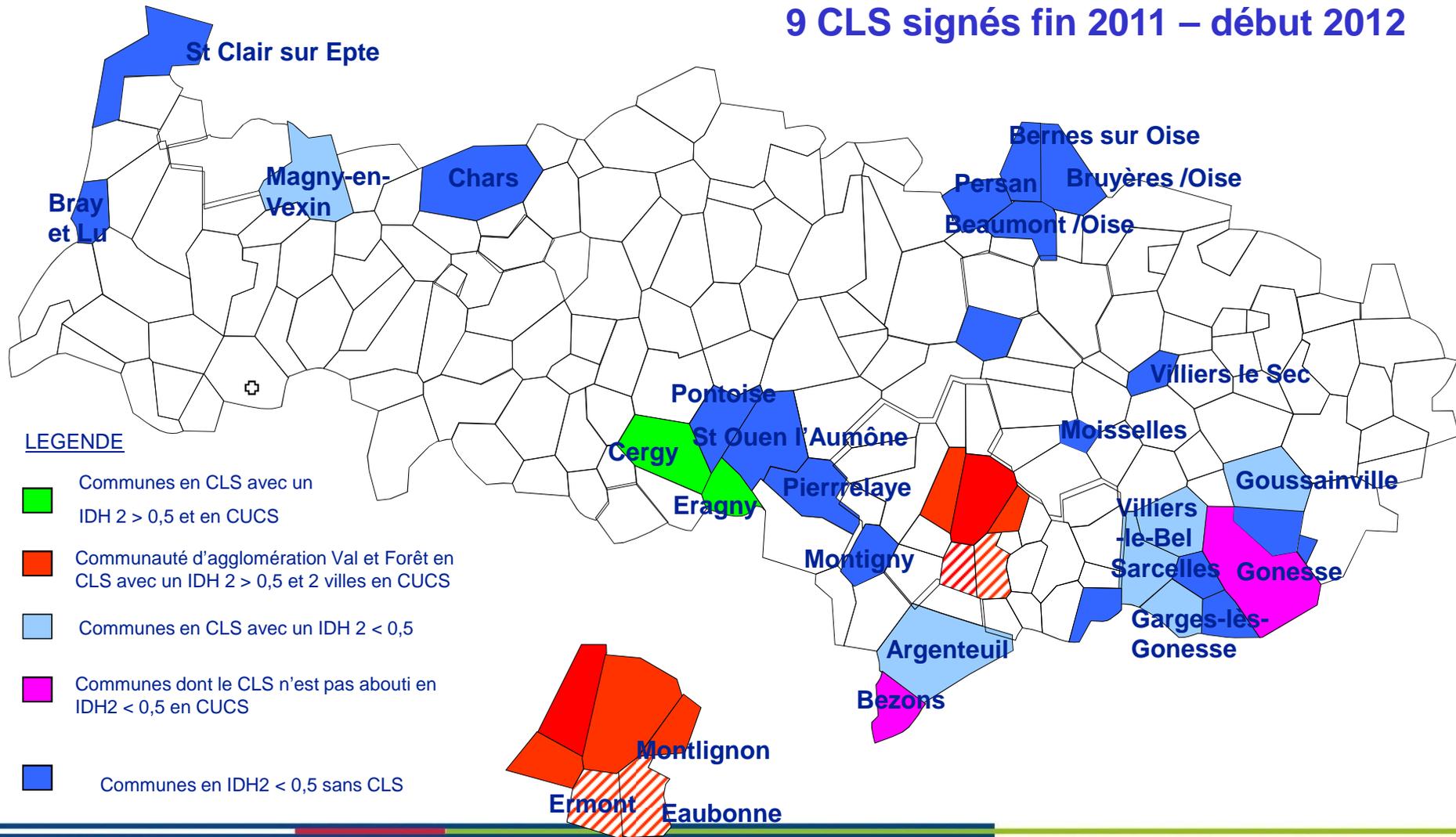
- Une dynamique de santé locale.
- Une mobilisation et une coordination des acteurs.
- La mise en cohérence des plans d'actions.
- Le suivi et l'évaluation des actions.

➤ En vue de l'optimisation du parcours de santé.



Contrats Locaux de Santé (au 14 juin 2012)

9 CLS signés fin 2011 – début 2012



LEGENDE

- Communes en CLS avec un IDH 2 > 0,5 et en CUCS
- Communauté d'agglomération Val et Forêt en CLS avec un IDH 2 > 0,5 et 2 villes en CUCS
- Communes en CLS avec un IDH 2 < 0,5
- Communes dont le CLS n'est pas abouti en IDH2 < 0,5 en CUCS
- Communes en IDH2 < 0,5 sans CLS

- **C) Actions spécifiques concernant l'offre de santé à renforcer**
 - **Stabiliser et améliorer l'offre ambulatoire**
 - **Développer et adapter les établissements et services pour personnes handicapées.**
 - **Développer l'offre en direction des personnes souffrant de conduites addictives.**
 - **Développer l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques.**
 - **Améliorer et restructurer l'offre sanitaire.**

— Stabiliser et améliorer l'offre ambulatoire

- Maintenir et attirer les professionnels : permanences locales, journée annuelle d'information (des communes impliquées).
- Accompagner les projets de création de MSP et/ou de structures d'exercice collectif (Deuil, Ermont, Méry, Garges).
- Améliorer la couverture du département en réseaux pluri thématiques ou structures de coordination :
 - accompagner les réseaux existants et les faire évoluer,
 - favoriser le rapprochement des réseaux PA et cancer,
 - mettre en place une coordination sur l'ouest.

— Développer et adapter les établissements et services pour personnes handicapées



Restructurer l'offre existante

- identifier les places d'Instituts Médico-Educatifs (IME) et de Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) nécessaires par zones, types de handicap et tranches d'âge,
- conduire une étude sur l'ensemble des IME pour procéder aux restructurations nécessaires,
- poursuivre la politique d'incitation au regroupement des très petites associations,
- inciter certains IME à s'adapter pour accueillir les enfants souffrants de TED.
- inciter les établissements à travailler en complémentarité avec les autres acteurs (du soin, du domicile, de l'éducation nationale, de la formation professionnelle...)



— Développer et adapter les établissements et services pour PH (suite)

➤ Développer l'offre

sont programmées :

— Sur le secteur adultes :

- la création d'un foyer d'accueil médicalisé de 46 places pour personnes cérébro-lésées sur St Martin du Tertre ,
- la médicalisation de 70 places de foyers de vie existants,
- la création de 30 places réparties sur 2 SSIAD

— Sur le secteur enfants :

- la création de 40 places d'IME pour les enfants atteints de troubles envahissants du développement (TED),
- la création d'un SESSAD TED (22 places) dans l'est, d'un SESSAD polyvalent (30 places) en aval du CAMPS de Pontoise et d'un SESSAD de 16 places géré par la Mayotte
- l'extension du SESSAD La Clé à Vauréal (12 places)
- l'extension du CAMSP de Pontoise (50 prises en charge)

— Développer l'offre en direction des personnes souffrant de conduites addictives

- Renforcer les équipes de certaines structures notamment les CSAPA généralistes(Beaumont, Rivages à Sarcelles).
- Assurer une prise en charge de proximité sur le Vexin en créant une offre généraliste sur la commune de Magny par apport de professionnels supplémentaires des CSAPA existants .
- Garantir un partenariat de proximité par la structuration des filières hospitalières d'addictologie et par le développement du travail en réseau.

— Développer l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques

- **Mise en place d'une plateforme ressources** destinée à l'ensemble des acteurs concernés par l'éducation thérapeutique du patient (ETP): mobilisation , sensibilisation et accompagnement des professionnels de la médecine ambulatoire dans la concrétisation de leurs projets et le développement de l'ETP de proximité.
- **Organiser l'offre de prise en charge** entre tous les acteurs (professionnels de santé, établissements, associations).

— Améliorer et restructurer l'offre sanitaire

- Peu de modifications dans les implantations , mais des extensions capacitaires à privilégier notamment en psychiatrie et SSR.
- **Et surtout accompagner la mutation stratégique des établissements de santé :**
 - Des coopérations à développer entre établissements de santé:
 - dans l'ouest : projet de CHT
Maintenir une offre de proximité(Vexin,Beaumontois)
 - au centre : entre le CH d'Argenteuil et le GHEM
 - à l'est entre le CH de Gonesse et l'HPNP et les établissements limitrophes du 93.
- **Développer les liaisons entre l'hôpital et les autres acteurs de santé autour des parcours de santé.**

— Conclusion

La mise en œuvre du PRS se fera dans la poursuite des travaux de l'ARS engagés en partenariat :

- **avec la conférence de territoire**
- **avec les administrations et institutions départementales et régionales**
- **avec les communes via les Contrats Locaux de Santé**
- **les promoteurs et porteurs de projet**