



Beaumont-sur-Oise, Bernes-sur-Oise, Bruyères-sur-Oise,
Champagne-sur Oise, Mours, Nointel, Persan, Ronquerolles.



Phases 1 et 2 :

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE

COMMUNAUTE DE COMMUNES DU HAUT VAL D'OISE – CCHVO

Réalisation d'un diagnostic local de santé
dans le cadre d'un Contrat Local de Santé

Juillet 2014

Contenu

1. Introduction.....	5
1.1. Contexte de la mission	5
1.2. Objectifs de la mission.....	6
1.3. Bonne pratiques respectées par le prestataire	6
1.4. Démarche de l'étude	7
1.4.1. Instances de suivi de l'étude.....	7
1.4.2. Phasage de l'étude et éléments de calendrier.....	8
1.4.3. Outils méthodologiques.....	9
1.4.4. Périmètre de l'étude	10
1.4.5. Sources.....	11
2. Principaux éléments du diagnostic.....	12
2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques de la CCHVO	13
2.1.1. Le territoire de la CCHVO	13
2.1.2. Les principaux déterminants de santé.....	15
2.1.3. Synthèse sur le territoire et les déterminants de santé.....	21
2.2. Besoins de santé de la population	22
2.2.1. Les indicateurs de santé de la population	22
2.2.2. Les facteurs de risques.....	26
2.2.3. Les difficultés d'accès aux soins.....	27
2.2.4. La synthèse de l'état de santé de la population de la CCHVO	28
2.3. Offre de santé actuelle sur le territoire.....	30
2.3.1. L'offre de premier recours.....	30
2.3.2. L'offre de soins en spécialités et en établissements.....	33
2.3.3. L'offre médico-sociale et sociale.....	34
2.3.4. Les actions de prévention	36
2.3.5. Synthèse de l'offre sur le territoire.....	42
2.4. Les attentes et propositions des acteurs et des usagers	44
2.4.1. Les attentes et propositions des représentants d'usagers	44
2.4.2. Les attentes et propositions des acteurs de santé du territoire.....	45
3. Vers un plan d'actions partagé (Phase 3).....	49
3.1. L'émergence de quatre thématiques sanitaires prioritaires.....	49
3.2. Une méthodologie participative	53
3.3. La mise en place d'un Contrat Local de Santé sur la CCHVO.....	55

4. Annexe 59

1. Introduction

1.1. Contexte de la mission

Rassemblant 33 685 habitants¹, la Communauté de Communes du Haut Val d'Oise (CCHVO) est composée de 8 communes aux caractéristiques contrastées : Beaumont-sur-Oise, Bernes-sur-Oise, Bruyères-sur-Oise, Champagne-sur-Oise, Mours, Nointel, Persan, Ronquerolles. Située dans la grande couronne parisienne, aux frontières de l'Oise, la CCHVO regroupe des communes rurales et d'autres davantage urbanisées.

Dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) prévu par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire² », la CCHVO, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France et le préfet du Val d'Oise vont signer prochainement un Contrat Local de Santé (CLS), outil privilégié de coordination sur un territoire pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. L'objectif de ce contrat sera de mettre en cohérence les orientations du PRS et les actions déjà en place sur le territoire (volets santé des contrats urbains de cohésion sociale, Atelier Santé-Ville, dynamiques professionnelles existantes, etc.), mais aussi de définir collectivement de nouvelles actions susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population.

La CCHVO a souhaité réaliser un diagnostic local de santé, étape préliminaire à la définition d'axes d'intervention pour le futur CLS. Pour ce faire, les élus ont fait appel au cabinet d'études Acsantis, spécialiste des politiques territoriales de santé, après appel d'offre, afin de mener une étude en trois phases (cf. *infra*), dont les deux premières consistent en un diagnostic de santé, afin d'évaluer les besoins de santé de la population du territoire, l'offre de soins actuelle et d'identifier les dynamiques déjà existantes ou potentielles à mettre en place. Le présent document présente les principaux éléments de ce diagnostic.

¹ INSEE, 2010

² 21 juillet 2009

1.2. Objectifs de la mission

La mission du cabinet Acsantis vise plusieurs objectifs :

- Améliorer la connaissance de la situation sanitaire par les acteurs du territoire (élus, institutionnels, professionnels de santé au sens large et population) et formuler des hypothèses sur les raisons de cette situation en fonction des connaissances établies (repérer les difficultés d'accès aux soins, déterminer les obstacles d'accès aux droits, etc.) ;
- Recenser précisément les ressources locales (professionnels, associations, équipements, actions conduites, etc.) afin d'identifier celles qui sont susceptibles d'être mobilisées pour l'action, mais également de repérer les manques ;
- Générer à partir de ces constats, un consensus sur les problèmes à résoudre en priorité, les enjeux d'action publique et les solutions envisageables ;
- Permettre à chaque acteur, dont la CCHVO, de mieux se situer dans son environnement et de mieux identifier les leviers d'action à sa disposition ;
- Repérer les facteurs qui peuvent être favorables à l'action ou qui risquent de constituer des freins ;
- Contribuer à la mobilisation locale pour la programmation d'actions ;
- Inscrire le diagnostic dans une logique de mise en place d'un Atelier Santé-Ville ;
- Adapter le Contrat Local de Santé (CLS) aux problématiques identifiées et actions proposées ;
- Faire participer les habitants, professionnels et acteurs de terrain dans le diagnostic.

Répondant à l'acceptation large de la santé telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le diagnostic présidant à la définition des axes d'intervention du futur CLS a ainsi étudié les éléments suivants :

- Caractéristiques et situation sociale de la population ;
- Environnement et conditions de vie et de travail ;
- Avis et attentes de la population et des professionnels ;
- Comportements individuels et collectifs des habitants et modes de vie.

1.3. Bonne pratiques respectées par le prestataire

Le cabinet Acsantis a veillé au respect des bonnes pratiques suivantes au cours de son travail, préconisées par la CCHVO :

- Respect des données à caractère personnel des personnes ayant participé à l'étude ;
- Respect de certaines vulnérabilités de la population (psychologiques, socio-économiques) ;
- Information des personnes interrogées sur la démarche et les objectifs de l'étude ;
- Association de ces personnes à la phase de discussion et conclusion de l'étude.

1.4. Démarche de l'étude

1.4.1. Instances de suivi de l'étude

Il a été convenu en début de mission que l'ensemble des travaux serait validé en Comité technique (COTECH) puis en Comité de pilotage (COFIL). Les axes d'interventions du futur Contrat Local de Santé seront par ailleurs définis dans le cadre de groupes de travail spécifiques (Phase 3 de la mission).

Ainsi, les rôles et les compositions des instances de l'étude ont-ils été arrêtés comme suit :

Instance	Rôle	Composition
Comité de pilotage (COFIL)	Orientation stratégique de l'étude Suivi de l'avancement de l'étude Validation des travaux en fin de Phases	• <i>Technicien et institutionnels suivant l'étude</i>
Comité technique (COTECH)	Suivi de la mise en œuvre de l'étude Participation aux réflexions Préparation des travaux Première validation avant validation finale du COFIL	• <i>Elus et partenaires du Contrat Local de Santé</i>

A noter que les compositions des COFIL et COTECH ont été redéfinies en fin de Phase 1, pour mieux dissocier la mise en œuvre technique de la validation politique.

De plus, des interlocuteurs privilégiés ont été identifiés au sein de la CCHVO et du cabinet Acsantis pour assurer un suivi continu au cours de l'étude et traiter les questions ponctuelles éventuelles :

- M. KERROUX, directeur général des services de la CCHVO ;
- Mme MOYAL, consultante Acsantis.

1.4.2. Phasage de l'étude et éléments de calendrier

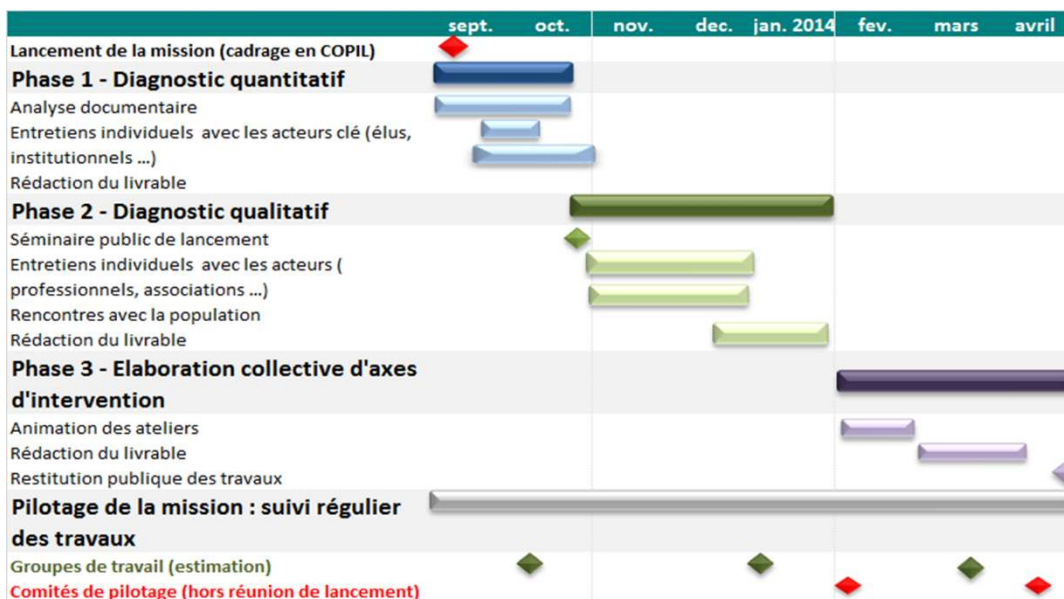
- **Le phasage de l'étude :**

L'étude a été découpée en trois phases principales, en plus du cadrage en début de mission :

- **Cadrage** : Etape préalable importante pour établir un premier contact, programmer les échéances et valider la démarche globale de l'étude.
- **Phase 1 – Diagnostic quantitatif** : Analyse statique permettant de faire ressortir les besoins en matière de santé, notamment à travers la présentation du territoire et du profil de la population. Il conviendra de recenser également les ressources et actions existantes sur le territoire.
- **Phase 2 – Diagnostic qualitatif** : Recueil de données qualitatives permettant notamment de faire émerger le ressenti des professionnels en matière de besoins de santé et d'offre, mais aussi des partenaires et des habitants. Cette phase a permis une meilleure compréhension des données quantitatives et facilitera les travaux de la phase suivante en faisant remonter des premières attentes et propositions d'actions.
- **Phase 3 – Elaboration collective d'axes d'intervention** : Cette dernière phase sera celle d'analyse des données avec les acteurs sollicités et d'élaboration de piste d'action préfigurant le Contrat Local de Santé. Des préconisations hiérarchisées devront être remises à la CCHVO.

- **Le calendrier de l'étude :**

La réalisation de l'étude a été prévue sur 8 mois maximum. Toutefois, compte-tenu du calendrier électoral, un glissement de calendrier a été identifié :



- **Les principaux livrables de l'étude :**

Acsantis s'est engagé à fournir les livrables suivants à la CCHVO :

- **Phase préalable de cadrage :** Note de cadrage validée par la CCHVO présentant la démarche générale de l'étude et les éléments de calendrier ;
- **Phase 1 – Diagnostic quantitatif :** Pré-diagnostic du territoire et de sa population ;
- **Phase 2 – Diagnostic qualitatif :** Diagnostic local de santé (quantitatif et qualitatif) venant enrichir le « pré-diagnostic » de la Phase 1 (présent document).
- **Phase 3 – Elaboration collective d'axes d'intervention :** Documents présentant des préconisations hiérarchisées permettant la préfiguration du CLS. Ce livrable est attendu dans un délai de 2 à 4 mois après la restitution du diagnostic local de santé.

1.4.3. Outils méthodologiques

Plusieurs outils méthodologiques ont été déployés afin de mener à bien cette étude :

- **Analyse documentaire :** Une analyse des différents éléments territoriaux a été effectuée par intégration des documents transmis par la CCHVO et ceux en accès publics (ARS, ORS, etc.)
- **Réunions collectives et publiques :** Deux réunions collectives ont été prévues au cours de l'étude : une en fin de Phase 1 pour partager les premiers éléments de diagnostic et faciliter la participation des professionnels du territoire aux entretiens de la Phase 2 (cf. *infra*) et une à organiser en fin de mission pour partager les résultats de l'étude et les orientations collectivement choisies.
- **Entretiens individuels/de groupe avec les acteurs du territoire :** Des entretiens exploratoires ont été menés en Phase 1 avec des acteurs identifiés du territoire (élus, partenaires et institutionnels, CHI des Portes de l'Oise, notamment). Des entretiens qualitatifs individuels/de groupe ont ensuite été menés en Phase 2 avec un maximum d'acteurs du territoire, afin d'identifier leurs besoins et attentes et de faire émerger des premières propositions. Certains élus et institutionnels ont par ailleurs été rencontrés dans le cadre de réunions du COTECH ou du COPIL. **Au total, 53 personnes ont été rencontrées** (5 élus, 7 partenaires, 9 acteurs institutionnels, 9 acteurs médico-sociaux ou sociaux et 23 professionnels sanitaires. Une liste exhaustive se trouve en annexe).

Zoom sur les entretiens individuels ou de groupe de la Phase 2 :

- Organisés au cours de 3 journées de permanence dans les locaux de la CCHVO (les 18 décembre 2013 et 22 et 30 janvier 2014) ou par téléphone ;

- En face à face ou par téléphone quand la personne ne pouvait se déplacer pendant les journées de permanence des consultants Acsantis;
 - De 30 à 45 minutes.
- **Groupe d'usagers** : La population a été impliquée dans l'étude par l'organisation d'un groupe d'usagers, avec l'aide du service politique de la Ville de Persan. L'objectif était de faire remonter leur perception de la situation sanitaire du territoire et leurs préoccupations et attentes. **Au total, 9 personnes ont été rencontrées.**
- **Groupe de travail autour des thématiques sanitaires prioritaires du territoire** : Les réflexions de la Phase 3 seront organisées dans le cadre de groupes de travail autour des principales thématiques sanitaires du territoire (la démarche sera présentée dans le livrable final de la Phase 3).

1.4.4. Périmètre de l'étude

La définition de la santé choisie dans cette étude correspond à celle qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir un « *état complet de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité³* ». Le schéma ci-dessous peut illustrer cette définition.

Il est ainsi primordial de comprendre que les enjeux de santé dépassent les simples soins et que d'autres acteurs que les professionnels médicaux et paramédicaux sont à inclure dans la démarche :



DANILGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

³ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946

1.4.5. Sources

Une première compréhension du territoire a été élaborée par une analyse de la documentation disponible et principalement les sources suivantes :

- **Les données statistiques et cartographiques :**

- INSEE : données locales et infra-communales
- Cartos@nté : cartographie des professionnels de santé de l'ARS Île-de-France.

- **Les documents en accès public :**

- Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France et Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, *Le suivi des indicateurs du plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France*, décembre 2009
- Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, *Eléments de diagnostic régional et local, Conférence de territoire*, Val d'Oise, 18 janvier 2011
- Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, *Projet régional de santé, Schéma d'organisation des soins, Volet ambulatoire*, 2012
- Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, *Zonages des soins de premiers recours*
- « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », A. Guichard et L. Potvin, in L. Potvin, M-J. Moquet, C. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010. Cité in « Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'actions », Inspection générale des affaires sociales, mai 2011
- L. Potvin, M-J. Moquet, C. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010

- **Sites Internet :**

- Site de l'Assurance Maladie : <http://ameli-direct.ameli.fr/>
- Site officiel de la CCHVO : <http://www.cc-hautvaldoise.fr/>

2. Principaux éléments du diagnostic

Cette deuxième partie présente les principaux éléments du diagnostic quantitatif et qualitatif (Phases 1 et 2) en croisant des éléments statistiques tirés de la documentation et des éléments qualitatifs issus d'entretiens individuels et de rencontres d'utilisateurs.

Les thématiques suivantes seront abordées :

- Caractéristiques géographiques du territoire et caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population ;
- Déterminants de santé ;
- Besoin de santé de la population ;
- Offre actuelle et accessibilité aux soins.

Nota Bene : Ce diagnostic n'a pas pour ambition l'exhaustivité mais la présentation des principaux éléments ayant un impact sur le projet d'élaboration collective d'axes d'intervention pour le Contrat Local de Santé qui sera signé entre la CCHVO, l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France et la Préfecture du Val d'Oise. Toutefois, certains avis isolés peuvent être relayés bien que ne représentant pas une majorité significative mais parce qu'ils sont intéressants et d'autres opinions pourront manquer si des acteurs ne se sont pas exprimés.

2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques de la CCHVO

La CCHVO est un établissement public de coopération intercommunal (EPCI) situé aux frontières de l'Ile-de-France, dans le Nord du Val d'Oise, sur l'axe fluvial et routier assurant la liaison entre le bassin d'activité de Creil et la vallée de la Seine. C'est ainsi un territoire carrefour, aux portes de l'Oise.

L'analyse des caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques met en lumière un territoire contrasté, à la croisée du monde rural et du monde urbain, aux profils de population différents. Ces éléments ont été pris en compte dans l'analyse globale de l'état sanitaire global du territoire.

2.1.1. Le territoire de la CCHVO

- **Un territoire contrasté :**

La CCHVO regroupe 33 685 habitants sur près de 45 km² et 8 communes :

- **Beaumont-sur-Oise** : 9 1919 habitants ;
- **Bernes-sur-Oise** : 2 399 habitants ;
- **Bruyères-sur-Oise** : 3 762 habitants ;
- **Champagne-sur-Oise** : 4 722 habitants ;
- **Mours** : 1 366 habitants ;
- **Nointel** : 847 habitants ;
- **Persan** : 10 592 habitants ;
- **Ronquerolles** : 878 habitants.

Persan et Beaumont-sur-Oise constituent ce que l'on pourrait appeler le « pôle urbain » du territoire et connaissent un phénomène de paupérisation, en partie expliqué par l'arrivée de populations précaires en provenance des plus grandes villes. D'autre part, Beaumont accuse une certaine dégradation de son habitat ancien et compte plusieurs espaces de résidence caractéristiques des constructions des années 1960 à 1980. A travers la politique ANRU⁴, les élus de Persan ont de leur côté, lancé un programme de requalification des quartiers les plus dégradés et des équipements publics.



Moins urbanisées, les six autres communes de la CCHVO connaissent cependant une augmentation du nombre de lotissements. Bernes, Bruyères et Champagne sont de plus petites superficies, et Mours, Nointel et Ronquerolles sont des villages à l'identité plus rurale.

- **Un territoire concerné par la politique de la ville :**

Les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) sont des outils de partenariat entre l'Etat et les collectivités pour la mise en œuvre locale de la politique de la ville. Leur enjeu est la réduction des écarts de développement entre les différents territoires en priorisant l'action et les crédits publics en fonction des difficultés objectives rencontrées par ces quartiers.

La commune de Persan compte deux quartiers prioritaires, le Village (de niveau 1) et Les Fresnoy (de niveau 3). Ce sont au total plus de 4 500 personnes qui résident en quartier prioritaire à Persan, sur une population totale de plus de 10 000 habitants.

- **Une unité territoriale à renforcer :**

Au moment de sa création, en octobre 2004, la CCHVO comptait 6 communes, rejointes en 2008 par Ronquerolles et en 2012 par Champagne. En tant qu'EPCI regroupant des communes aux caractéristiques et aux profils différents, l'un des enjeux est d'assurer l'unité du territoire. Ainsi, en 2006, les élus ont modifié leurs statuts et ajouté des missions supplémentaires à la structure intercommunale :

- Aménagement de l'espace : prise en charge et gestion du stationnement autour des gares des villes de la CCHVO ;
- Développement économique : Futures zones d'activités dont le périmètre s'étend sur au moins deux communes de la CCHVO ;
- Equipements culturels : futurs équipement de plus de 5 000 m² couverts ;

⁴ Agence nationale pour la rénovation urbaine qui, depuis 2004, met en œuvre des programmes de transformation de certains quartiers et intervient notamment sur les logements, la voirie, les espaces publics, les établissements sociaux, les commerces, etc. Elle agit conjointement avec divers partenaires, notamment le CG-CIV, la DHUP, l'UESL-Action Logement, l'USH, la Caisse des Dépôts, etc.)

- Aide et soutien aux associations d'intérêt communautaire : soutien aux Restos du Cœur et à la Croix Rouge.

La santé n'est aujourd'hui pas une compétence obligatoire pour les EPCI et la CCHVO n'a pas jugé utile de la prendre avant la réalisation d'un état des lieux. La réalisation de ce diagnostic et la signature du CLS démontrent cependant la volonté des élus d'agir conjointement à l'amélioration de l'état de santé de la population intercommunale. La prise de cette compétence au niveau de la CCHVO pourrait être une opportunité d'action plus concertée, à terme. Les différences de profils de la population, plus fragile dans les communes du « pôle urbain », supposent d'autant plus un travail de convergence des préoccupations des usagers comme des élus, qui pourrait être favorisé par des échanges et des décisions au niveau de la intercommunal.

2.1.2. Les principaux déterminants de santé

Les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population ainsi que l'environnement ont une influence sur son état de santé, tout comme l'environnement de vie.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales souligne la corrélation entre l'état de santé d'un individu et sa situation sociale. Elle parle ainsi d'inégalités sociales de santé, définies comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale*⁵ ». L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) distingue ainsi divers déterminants sociaux, soit des « *conditions socialement produites qui influencent la santé des populations* » : conditions de travail, revenu, éducation, infrastructures de transports, logement, environnement, etc. (cette liste n'est pas exhaustive)⁶.

L'identification de ces déterminants implique une certaine réponse politique : en effet, agir sur le système de soins et sur la prévention et l'éducation à la santé ne suffisent pas à réduire les inégalités de santé. Elles dépendent également de facteurs sociaux, définis en amont.

Le diagnostic quantitatif et qualitatif a permis de distinguer quatre grands types de déterminants de santé sur le territoire, dont les impacts ne sont pas nécessairement les mêmes sur l'ensemble des territoires :

- La structure démographique ;

⁵ « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », A. Guichard et L. Potvin, in L. Potvin, M-J. Moquet, C. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010. Cité in « Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action », Inspection générale des affaires sociales, mai 2011

⁶ L. Potvin, M-J. Moquet, C. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010

- Le contexte socio-économique ;
- Les conditions d'habitation ;
- Les transports.

2.1.2.1. La structure démographique

- **Une communauté d'agglomération inégalement peuplée⁷** :

La CCHVO compte 33 685 habitants sur près de 45 km², soit une densité globale de près de 750 habitant / km². A titre de comparaison, le Val d'Oise présente une densité de population, en 2009, de 938,2 et l'Ile-de-France de 976,4. Cependant, certaines communes sont très fortement peuplées, comme Persan et Beaumont, avec respectivement 2 028,0 et 1 603,0 habitants / km².

La population est, par ailleurs, en constante augmentation, notamment avec un afflux de nouveaux arrivants provenant de grandes villes voisines.

- **Une population jeune mais non épargnée par le vieillissement⁸** :

La part des moins de 20 ans est de 27,9% sur l'ensemble du territoire de la CCHVO. Excepté à Mours et Nointel, cette part de la population âgée de moins de 20 ans est supérieure à la moyenne régionale (25,9%) dans toutes les autres communes de la CCHVO, avec des niveaux respectifs de 32,1% et 30,1% à Bruyères et Persan, villes les plus jeunes.

Parallèlement alors que la part de la population âgée de 80 ans ou plus est de 2,9% dans le Val d'Oise et de 3,5% en Ile-de-France, elle n'est que de 2,5% sur la CCHVO. Cependant, certaines communes présentent des taux plus élevés que d'autres : c'est le cas notamment de Beaumont avec 5,3% de personnes âgées de 80 ans ou plus, de Ronquerolle avec 3,8% et de Mours et Nointel avec toutes deux 2,2%.

De plus, le territoire connaît un certain vieillissement de sa population. Alors que l'indice de vieillissement (rapport entre les individus âgés de 60 ans ou plus et ceux âgés de moins de 20 ans) est de 52,1 pour le Val d'Oise et 65,1 pour l'Ile-de-France, il est globalement de 55,2 pour la CCHVO. Certaines communes présentent des indices particulièrement élevés : Nointel avec 77,6, Ronquerolles avec 69,8 et Beaumont avec 66,3 (ce dernier chiffre pour Beaumont peut être biaisé par la présence d'un EHPAD sur la commune).

Perception des acteurs rencontrés :

Bien que l'afflux de population jeune ait été souligné par de nombreux acteurs rencontrés, la question du vieillissement (et de ses conséquences sur l'état de santé) semble préoccuper de plus en plus les acteurs de soins. Ont notamment été citées les difficultés croissantes à répondre aux besoins de prise en charge à domicile des personnes âgées. Les acteurs ayant souligné cette tendance appréhendent le plus souvent la thématique par le biais des questions d'isolement et de précarité croissante des personnes âgées.

→ **Conclusion** : Le vieillissement est une problématique importante dans les communes les plus rurales du territoire, mais également croissante au sein du pôle urbain, notamment à Persan où la question de l'isolement social se pose.

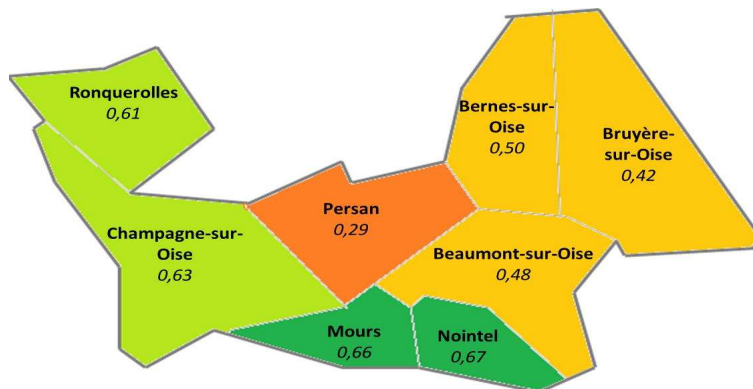
⁷ INSEE, Données 2009 et 2010.

⁸ INSEE, Données 2007 (reprises dans les monographies de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France)

2.1.2.2. Le contexte socio-économique

- **Des niveaux d'IDH2⁹ contrastés selon les communes :**

Quatre communes sur les huit qui constituent la CCHVO (Beaumont, Bernes, Bruyères et Persan) présentent un indicateur de développement humain inférieur à la valeur moyenne de la France métropolitaine de 0,51. Avec un indicateur de 0,29, la situation est particulièrement préoccupante à Persan. Les quatre autres communes ont un indice compris entre 0,61 et 0,67, bien supérieur à celui du Val d'Oise de 0,53 et présentent des indicateurs globalement plus favorables en termes de revenus, chômage et niveau d'éducation.



- **Des indicateurs socio-économiques globalement préoccupants¹⁰ :**

Avec un taux de chômage parmi les hommes de 11,7% en moyenne, le territoire de la CCHVO présente un niveau supérieur à celui de l'Île-de-France, de 10,3%, mais qui reste cependant inférieur à celui du Val d'Oise de 12,9%. Pour les femmes, il est de 11,0% pour la CCHVO, ce qui est inférieur aux moyennes de l'Île-de-France et du Val d'Oise, respectivement de 11,2% et 12,9%.

Cependant, certaines communes sont beaucoup plus touchées que d'autres. Ainsi, Persan présente un taux de chômage de 18,1% pour les hommes et 18,6% pour les femmes, Beaumont respectivement 14,3% et 13,9 et Bruyères 13,5% et 14,8%.

Avec 35,2% des foyers fiscaux non imposables, la CCHVO présente une moyenne inférieure aux taux départemental et régional, de respectivement 39,1% et 36,5%. Toutefois, certaines communes présentent des taux bien supérieurs, telles Bruyères avec 40,9%, Beaumont avec 43,4% et Persan avec 54,5%.

Les allocataires du Revenu de Solidarité Active représentent 1,2% de la population de la CCHVO, contre 2,3% au niveau du Val d'Oise et 0,9% au niveau de l'Île-de-France. Avec

⁹ L'Indicateur de Développement Humain a été élaboré en 1990 par le Programme des Nations Unies pour le Développement afin de mesurer le bien-être dans les différentes nations. Cet indicateur synthétique prend en compte trois composantes : éducation, revenu, santé. Il vise à mettre en évidence la capacité d'une nation à faire des résultats de l'activité économique de véritables opportunités en matière d'éducation et de santé, et ainsi d'améliorer le niveau de développement humain. L'introduction de l'IDH2 répond à une volonté de territorialiser cet indicateur, au niveau d'une région voire d'une commune (p. ex. l'IDH2 prend en compte le revenu des ménage à la place du PIB).

¹⁰ INSEE, Données 2007 (reprises dans les monographies de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France)

respectivement 3,6% et 3,0%, Persan et Beaumont sont encore une fois les communes les plus touchées.

Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire¹¹, CMUC, sont proportionnellement moins nombreux sur la CCHVO que sur le département ou l'Île de France, avec des moyennes respectives de 2,9% contre 5,8% et 6,0%. Les communes de Persan, Beaumont et Bruyères sont cependant davantage touchées, avec 8,5%, 6,3% et 4,0%.

Cet indicateur est cependant moins représentatif des difficultés économiques que peut rencontrer la population, car certaines personnes pouvant prétendre à cette aide ne font pas toujours prévaloir leur droit par manque de connaissance ou défaut d'orientation.

Avec en moyenne 19,0% de la population de 15 ans et plus non scolarisés ou sans diplôme, la CCHVO présente un taux supérieur à la moyenne francilienne de 18,1%, mais inférieur toutefois à celui du Val d'Oise, de 20,5%. Certaines communes sont plus marquées : c'est le cas notamment de Persan, Bruyères, Bernes et Beaumont, avec respectivement 36,5%, 25,0%, 21,7% et 20,3% de la population de 15 ans ou plus non scolarisée ou sans diplôme.

13,6% de la population active de 15 à 64 ans de la CCHVO appartiennent à la catégorie des cadres et des professions intellectuelles, contre 16% dans le Val d'Oise et 26% au niveau de la région. Les communes où ce taux est le plus faible sont Persan, Bernes, Bruyères et Beaumont, avec respectivement 4, 8, 9 et 11 % de la population de ces communes concernés.

Perception des acteurs rencontrés :

La quasi-totalité des acteurs rencontrés, qu'ils soient professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux ou institutionnels, ont souligné la précarisation croissante de la population, et ce à tous les âges : les jeunes familles arrivant sur le territoire sont souvent dans des situations fragiles, et les personnes âgées sont de plus en plus isolées et en situation de précarité économique. La situation des femmes seules avec des enfants à charge a aussi été soulignée, avec les problématiques engendrées : situation financière du foyer complexe, défaut de surveillance et d'encadrement des enfants, etc.

Le témoignage d'assistants sociaux du Conseil général attachés aux antennes de Beaumont et de l'Isle-Adam ironisent même : ils arrivent parfois à considérer les personnes bénéficiant du RSA comme « chanceux » par rapport au reste de la population qu'ils prennent en charge.

➔ **Conclusion** : La précarité est importante sur le territoire, notamment dans le pôle urbain de la CCHVO et les communes de Persan, Beaumont, Bruyères et Bernes. Le quartier du « Village » de Persan est particulièrement touché. Cette précarité explique des difficultés d'accès aux soins ou une redéfinition des priorités au quotidien).

¹¹ La Couverture Maladie Universelle Complémentaire est une protection complémentaire santé gratuite accordée aux personnes remplissant certaines conditions de résidence (résidence en France de manière stable et régulière) et de ressources (plafonds qui varient selon le lieu de résidence et la composition du foyer)

2.1.2.3. Les conditions d'habitation

Les conditions d'habitation ont un impact sur la santé de la population. En effet, l'humidité, les problèmes d'isolation, la sur-occupation sont autant de facteurs pouvant influencer défavorablement l'état de santé.

L'analyse des conditions d'habitation de la population de la CCHVO montre des situations préoccupante dans certaines communes, notamment Persan. En effet, 9,6% du parc privé est potentiellement indigne dans cette commune, ce qui est supérieur aux moyennes du Val d'Oise et de l'Île-de-France, respectivement de 4,6% et 4,9%. Beaumont et Champagne présentent également des chiffres préoccupant, avec 6,3% et 6,6%.

La CCHVO a pris acte de ce constat, puisqu'une Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (OPAH) est en cours. Il s'agit d'une action concertée avec l'Etat, l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) pour améliorer le confort de certains logements. La maîtrise d'ouvrage de cette OPAH a été confiée à la Communauté de Communes des Mille Etangs, instigatrice du projet.

2.1.2.4. Les transports

- **Un territoire relié à Paris et au bassin d'emploi :**

Situé sur l'axe Paris Nord – Creil et le long d'axes fluvial et routier, le territoire est bien relié en transports à Paris et à de potentiels bassins d'emploi. Toutefois, les temps de trajet restent importants et peuvent causer du stress et avoir des impacts sur la vie de famille : retour tardif au foyer, manque d'encadrement de la vie familiale, gestion des repas, etc.

- **Des liaisons intra-CCHVO difficiles :**

Par ailleurs, si la CCHVO est reliée, au niveau de Persan/Beaumont à d'autres territoires, les communications intra-CCHVO sont moins faciles, alors même que les habitants sont nombreux à ne pas disposer de moyen de transport personnel.

Perception des acteurs rencontrés :

De nombreux acteurs ont souligné les difficultés à se déplacer d'une commune à une autre au sein de la CCHVO et ont relayés des situations d'isolement pour certains usagers, notamment les jeunes parents arrivés récemment sur le territoire et les personnes âgées. L'accès aux établissements de santé est complexe pour certains, notamment la Clinique Conti, située à l'Isle-Adam. Des aides existent dans certaines communes, comme le bus social pour les personnes âgées de Persan. Des transports pour les personnes âgées à Beaumont ainsi et à Bernes.

2.1.3. Synthèse sur le territoire et les déterminants de santé

Des atouts	Des difficultés
<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="331 488 810 555">✚ Un territoire relié à Paris et aux bassins d'emploi par les transports publics<li data-bbox="331 613 786 719">✚ Une population relativement jeune... mais vieillissante (s'inscrivant dans la tendance nationale)	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="930 488 1321 629">✚ Un territoire contrasté (type de territoire, profil de population, etc.) et une unité territoriale encore éclatée<li data-bbox="930 689 1321 757">✚ Des déplacements au sein de la CCHVO difficiles<li data-bbox="930 817 1321 958">✚ Une précarité croissante, avec des indicateurs particulièrement préoccupants dans certaines communes

2.2. Besoins de santé de la population

2.2.1. Les indicateurs de santé de la population

L'état de santé global de la population de la CCHVO est moins bon qu'aux niveaux départemental et régional.

- **L'espérance de vie à la naissance est inférieure aux moyennes¹² :**

Alors que l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 78,4 ans dans le Val d'Oise et 79,0 ans en Ile-de-France et pour les femmes de 84,0 dans le Val d'Oise et de 84,9 en Ile-de-France, elle est inférieure globalement pour la population de la CCHVO.

En ce qui concerne les hommes, les communes de Beaumont, Bernes, Bruyères et Champagne et Persan sont caractérisées respectivement par les espérances de vie suivantes : 72,4 ; 77,4 ; 71,2 ; 77,7 et 75,7 ans, ce qui est inférieur aux moyennes départementale et régionale (les données ne sont pas disponibles pour les trois autres communes).

En ce qui concerne les femmes, les communes de Beaumont, Bernes, Bruyères et Persan présentent les espérances de vie suivantes : 83,4 ; 82,6 ; 80,0 ; 81,5 ans, ce qui est également inférieur aux moyennes départementale et régionale. Seule la commune de Champagne présente une espérance de vie supérieure, avec 87,8 ans. (Les données ne sont pas disponibles pour les trois autres communes).

- **La mortalité prématurée est préoccupante dans certaines communes :**

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation de l'âge moyen au décès. En effet, plus d'un tiers des personnes qui décèdent en France métropolitaine est aujourd'hui âgé de 85 ans ou plus. Cependant, encore 20% des décès touchent aujourd'hui des personnes âgées de moins de 65 ans en France, et les hommes en premiers (27% contre 13% pour les femmes). Dans le Val d'Oise, la mortalité prématurité est plus importante, avec 26,0% des décès intervenant avant 65 ans (33,1% pour les hommes et 18,7% pour les femmes¹³).

Le département du Val d'Oise présente un taux comparatif de mortalité prématurée¹⁴ toutes causes de 225,8 pour les hommes (moyenne régionale à 223,4) et 117,5 pour les femmes (moyenne régionale à 112,1¹⁵).

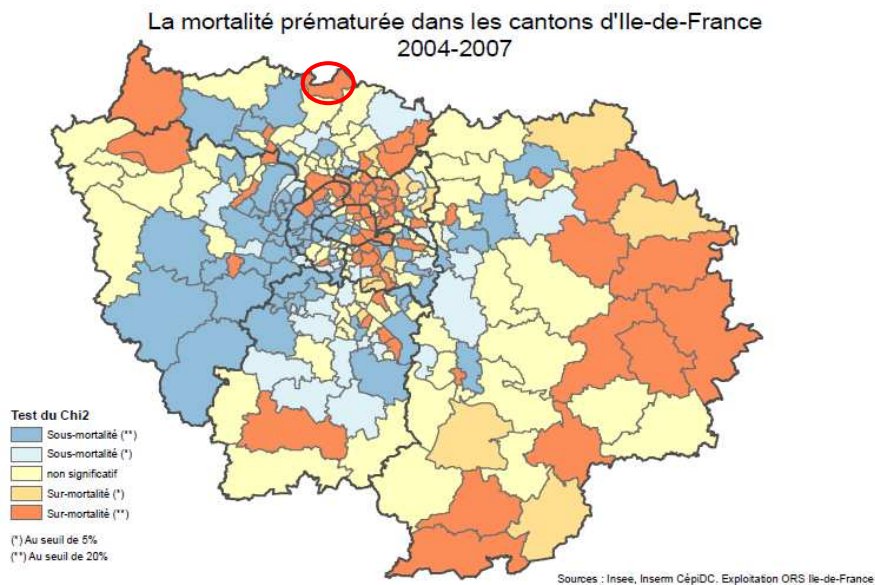
¹² INSEE, Données 2007 (reprises dans les monographies de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France)

¹³ Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, « Profil de santé des territoires de santé », Territoire du Val d'Oise, juillet 2013

¹⁴ Nombre de décès intervenant avant 65 ans rapporté au nombre moyen de décès intervenant avant 65 ans en France métropolitaine (base 100 pour la France métropolitaine).

¹⁵ Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, « Profil de santé des territoires de santé », Territoire du Val d'Oise, juillet 2013

Le territoire de la CCHVO semble particulièrement touché, comme l'illustre la carte ci-dessous :



Les données reprises par l'ARS¹⁶ montrent que la mortalité prématurée est particulièrement préoccupante dans les communes de Beaumont, Bruyères et de Persan (mais de manière moins marquée pour cette dernière). L'indice comparatif de mortalité¹⁷ prématurée pour les hommes montre des différences notoires, notamment pour Beaumont et Bruyères, qui présentent respectivement des indices 205 et 206 (base 100 pour la France métropolitaine). Les chiffres donnés par l'ARS pour les femmes sont non significatifs (considérés comme tels par l'ARS)¹⁸.

- **Les principales causes de mortalité :**

Au niveau de l'Ile-de-France, 5 causes principales de mortalité se distinguent :

- Les tumeurs malignes : Sur 69 527 décès en Ile-de-France (moyenne annuelle entre 2005 et 2007), les tumeurs en représentent 22 369 ;
- Les maladies de l'appareil circulatoire : 17 076 décès ;
- Les morts violentes et accidentelles (dont accidents de la circulation et suicides) : 4 163 décès ;
- Les maladies de l'appareil respiratoire : 4 191 décès ;

¹⁶ Monographies des huit communes de la CCHVO

¹⁷ L'indice comparatif de mortalité, ICM, est le rapport entre le nombre de décès observés sur un territoire donné et le nombre de décès attendus, chiffre calculé en appliquant à la population du département les taux de mortalité nationaux par âge et sexe. Lorsque l'indice est supérieur à 100 (ou base 1, selon la source choisie), la mortalité du territoire concerné est supérieure à la moyenne française.

¹⁸ Monographies des huit communes de la CCHVO

- Les maladies de l'appareil digestif (incluant les cirrhoses) : 2 936 décès.

Le poids des causes de décès varient selon le sexe et l'âge. De façon simplifiée :

- Les morts violentes et accidentelles représentent la première cause de décès chez les moins de 35 ans, notamment chez les hommes ;
- Les cancers sont relativement rares avant 40 ans et progressent ensuite très fortement et constituent la première cause de décès chez les 35-84 ans des deux sexes ;
- Chez les personnes âgées de 85 ans et plus, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès, notamment chez les femmes¹⁹.

Sur le territoire de la CCHVO, les tumeurs et les causes externes sont particulièrement présentes²⁰.

- **La prévalence des affections de longue durée est importante :**

En 2006, on estimait à 200 000 le nombre de Franciliens en affections de longue durée, ALD (exonération, sous certaines conditions, du ticket modérateur habituellement à la charge du patient ou de son organisme complémentaire), tous régimes confondus²¹. Parmi les 30 motifs d'admissions en ALD reconnus, trois affections ou groupes d'affections se distinguent par leur importance dans la région, responsables de plus de 70% des inscriptions : les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et le diabète (de types 1 et 2).

La prédominance de ces affections est variable selon les âges des individus :

- Principales ALD chez les moins de 20 ans : troubles mentaux et problèmes respiratoires ;
- Principales ALD chez les 20-59 ans : maladies de l'appareil circulatoire, diabète et cancers ;
- Principales ALD chez les 60 et plus : maladies de l'appareil respiratoire et cancers.

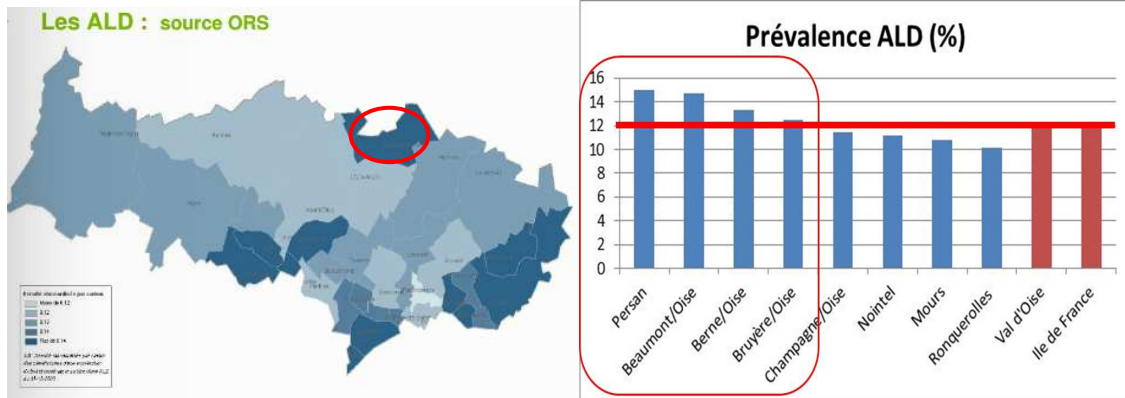
Alors que la prévalence moyenne des ALD dans le Val d'Oise est de 11,9% (proche ainsi de la moyenne régionale de 12,0%), certaines communes de la CCHVO présentent des prévalences importantes : c'est le cas notamment de Persan avec 15,0%, Beaumont avec 14,7%, Bernes avec 13,3% et Bruyère avec 12,5%.

Les deux schémas de la page suivante illustrent ces tendances :

¹⁹ Observatoire Régional de Santé, *Suivi des indicateurs du Plan Régional de Santé Publique 2006-2010 en Ile-de-France*

²⁰ Tendances pointées par les monographies de l'ARS, même s'il est difficile d'obtenir des données locales en la matière

²¹ Observatoire Régional de Santé



Les principales raisons qui peuvent être avancées sont le vieillissement global de la population (qui peut également expliquer les cas de poly pathologies), la mauvaise hygiène de vie et une certaine renonciation aux soins (qui fait entrer tardivement les personnes dans les parcours de soins, souvent au stade des complications) et à la prévention (cf. *infra*).

- **Des préoccupations en matière de santé mentale :**

De manière générale, l'Observatoire Régional de Santé estime que pour presque tous les types de population, la demande en santé mentale croît. Mais les outils de mesure de cette demande étant encore aujourd'hui imparfaits, une quantification précise en la matière est difficile. La quasi-totalité des acteurs de santé interrogés au cours du diagnostic ont en tout cas souligné les problèmes de santé mentale (troubles du comportement, anxiété, etc.) ainsi que les pratiques addictives, au premier rang desquelles l'alcoolisme, présente à tous les âges depuis l'adolescence.

Perception des acteurs rencontrés :

Les professionnels rencontrés, sanitaires mais également médico-sociaux et sociaux, ont souligné certaines pathologies qui leur semblent récurrente sur le territoire :

- Les troubles de la santé mentale ;
- Les souffrances psycho-sociales ;
- Les souffrances au travail ;
- Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant ;
- Le surpoids et l'obésité ;
- Les pathologies liées au vieillissement.

Ils ont par ailleurs globalement souligné l'importance des ALD parmi leur patientèle.

2.2.2. Les facteurs de risques

Lors des entretiens menés avec les acteurs de santé de la CCHVO, plusieurs facteurs de risques ont été cités de façon récurrente comme pouvant expliquer, du moins en partie, l'état de santé actuel de la population :

- Pratiques addictives : alcool (première addiction citée), tabac, drogues illicites, addictions sans produits (jeux vidéo, télévision, Internet) ;
- Mauvaise hygiène de vie : hygiène corporelle, hygiène bucco-dentaire, habitudes alimentaires, sédentarité, etc. ;
- Situations de précarité socio-économique ;
- Isolement.

Ces facteurs de risques peuvent être induits par un déficit d'éducation à la santé et la marginalité de certaines personnes, qui sont peu en contact avec des professionnels de santé (aussi bien du secteur sanitaire que du secteur médico-social/social) ou en dehors de tout réseau familial, amical et/ou professionnel. Les actions à mener pour améliorer la santé de la population dépassent ainsi les soins et doivent toucher également à la prévention, l'éducation à la santé et le suivi des patients, notamment chroniques.

Les entretiens menés avec les professionnels du territoire et les rencontres avec les usagers ont permis de faire émerger les principales conduites à risques suivantes :

	Enfants	Adolescents	Adultes (18 – 65 ans)	Personnes de 65 ans ou plus
Conduites addictives	- Risques indirects portés par les enfants en cas d'addiction des parents : manque d'encadrement et de surveillance, reproduction des pratiques, alcoolisme fœtal, etc.	- Consommation précoce d'alcool - Consommation de cannabis <i>D'autres types d'addictions (écrans, jeux, etc.) peu cités peuvent exister</i>	- Consommation abusive d'alcool - Consommation de tabac <i>D'autres types d'addictions (écrans, jeux, etc.) peu cités peuvent exister</i>	- Consommation abusive d'alcool
Mauvaise hygiène de vie	- Alimentation non équilibrée - Mauvaise hygiène bucco-dentaire	- Alimentation non équilibrée - Mauvaise hygiène corporelle et bucco-dentaire	- Alimentation non équilibrée (+ déficit d'éducation alimentaire auprès des enfants) - Mauvaise hygiène corporelle	- Alimentation non équilibrée - Sédentarité
Mal être et isolement	Non abordé	- Mal-être et manque d'estime de soi - Déséquilibre de l'environnement familial (familles monoparentales)	- Stress - Isolement - Précarité	- Isolement - Précarité
Autres	- Difficultés d'apprentissage	- Retard scolaire	- Chômage	

			- Souffrance au travail	
--	--	--	-------------------------	--

2.2.3. Les difficultés d'accès aux soins

De nombreux acteurs interrogés ont souligné les difficultés d'accès à l'offre existante (détaillée dans le prochain paragraphe). Cet accès n'est pas que géographique. Il dépend également de considérations financières et socio-culturelles, ainsi que de la disposition d'informations et de l'intégration dans un réseau (qu'il soit familial, amical, professionnel, etc.)

- **Une accessibilité géographique difficile à cause du manque de transports :**

Comme nous l'avons évoqué avec la question des transports, les déplacements intra-CCHVO peuvent s'avérer compliqués, surtout pour les personnes ne disposant pas de moyen de locomotion personnel. Certains moyens de transport spécifiques ont toutefois été développés, notamment pour les personnes âgées. C'est le cas notamment à Beaumont, Bernes et Persan.

Par ailleurs, l'éloignement de certaines spécialités ou établissements ainsi que le fait que certaines structures et associations ne soient présentes que dans certaines communes de la CCHVO (cf. paragraphe suivant), rendent plus difficile encore cet accès.

- **Un obstacle financier pour une part importante de la population :**

Les indicateurs socio-économiques ont déjà été étudiés ci-dessus.

Des « effets de seuil » ont été soulignés à plusieurs reprises : des personnes situées juste au-dessus des minima sociaux ne peuvent prétendre à certaines aides et peuvent connaître des situations encore plus complexes que les individus en bénéficiant. Cela explique que certains choisissent de ne pas souscrire à une complémentaire santé.

- **Les obstacles socio-culturels :**

Certains acteurs ont souligné les difficultés d'une part des usagers à se projeter dans l'avenir et à prendre rendez-vous chez des professionnels ou dans des structures spécifiques plusieurs semaines ou mois à l'avance, difficultés accrues s'ils sont situés en dehors de la CCHVO.

D'autres ont, par ailleurs, mis en lumière l'isolement d'une partie importante de la population, notamment dans les communes les plus rurales, et le manque d'intégration dans des réseaux familiaux, amicaux ou professionnels.

- **Un déficit de connaissance du système de santé et des droits :**

L'accès à l'information (professionnels de santé et structures de soins existantes, associations, droits, fonctionnement du système de soins, etc.) et son appropriation par la population facilite l'accès à l'offre de santé et l'orientation au sein du système de soins. Or nombreux sont les acteurs interrogés ayant souligné un déficit d'information en la matière.

Certains ont souligné la nécessité, pour les populations les plus précaires, d'un accompagnement personnalisé dans toutes les démarches administratives (justification d'une situation financière donnant droit à la CMUC, remboursements, etc.). Certains usagers évoluant en dehors de tout réseau (associatif, familial, etc.) resteraient ainsi en dehors du système de soins par méconnaissance de son fonctionnement.

2.2.4. La synthèse de l'état de santé de la population de la CCHVO

Des indicateurs de santé globaux moins favorables qu'au niveau régional :

- ✚ Une espérance de vie à la naissance inférieure aux moyennes départementale et régionale ;
- ✚ Une mortalité prématurée préoccupante ;
- ✚ Une prévalence importante des affections de longue ;
- ✚ Des problèmes de santé mentale importants.

De multiples facteurs de risque, parfois cumulés chez les mêmes personnes :

- ✚ Des pratiques addictives développées, notamment la consommation abusive d'alcool, et ce à tous les âges ;
- ✚ Une mauvaise hygiène de vie (hygiène corporelle, hygiène bucco-dentaire, habitudes alimentaires) ;
- ✚ Des situations de précarité socio-économique ;
- ✚ Un certain isolement d'une part de la population.

Des populations prioritaires :

- ✚ Les personnes en situation de précarité.
- ✚ Les personnes âgées.

Une accessibilité aux soins parfois difficile :

- ✚ Difficulté en termes d'accessibilité géographique (manque de transport intra-CCHVO) ;
- ✚ Des obstacles financiers importants pour une part de la population croissante ;
- ✚ Des obstacles socio-culturels ;
- ✚ Un déficit de connaissance du système de santé et des droits.

Des professionnels de santé préoccupés par :

- ✚ Le vieillissement de la population et les pathologies associées, rendant les prises en charges complexes ;
- ✚ La santé mentale (dans laquelle sont comprises les pratiques addictives) ;
- ✚ La précarité croissante de la population : la question des inégalités sociales de santé a émergé dans la majorité des entretiens menés.

Aussi, les actions à mener devront répondre à deux objectifs principaux, afin d'améliorer l'état de santé de la population :

1. Organiser une prise en charge globale de la population, dépassant les simples soins, et allant de la prévention et l'éducation à la santé, au suivi des patients et de leur entourage et à l'éducation thérapeutique.
2. Penser une stratégie pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé afin de prendre en compte plus spécifiquement la fragilité (croissante) d'une partie de la population.

2.3. Offre de santé actuelle sur le territoire

Ce chapitre a pour objectif de recenser l'offre de santé actuelle sur le territoire de la CCHVO, en matière de soins de premiers recours et de second recours, d'établissements médico-sociaux et sociaux et d'actions de prévention développées sur le territoire²².

Nota Bene : *Ce chapitre mêle des données quantitatives et qualitatives car l'offre de santé n'est pas seulement à penser en termes statistiques. En effet, la perception et le ressenti des acteurs de santé est primordiale pour anticiper les problèmes futurs que les chiffres ne reflètent pas toujours.*

2.3.1. L'offre de premier recours

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » et la Stratégie Nationale de Santé définissent le service rendu à la population dans le premier recours et ses principaux acteurs. Les soins de premier recours recouvrent les soins ambulatoires directement accessibles à la population avec une dimension généraliste et un accent porté sur l'éducation pour la santé et la prévention. Ils ont, en réalité, trois fonctions : être la porte d'entrée dans le système de santé, suivre le patient et coordonner les parcours (y compris dans le médico-social/social) et faire le relais des politiques de santé publique, dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé. Le médecin traitant est le pivot de cette offre en lien avec les paramédicaux et les pharmaciens. En effet, d'autres acteurs interviennent dans le champ du premier recours, notamment certains paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, psychologues, etc.), des pharmaciens, des sages-femmes, des travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs, etc.), les équipes de coordination des réseaux de santé, etc.

- **Une zone non déficitaire au regard des critères de l'ARS :**

Afin de favoriser la répartition géographique des professionnels de santé sur le territoire, l'ARS a réalisé un zonage identifiant des zones déficitaires, découpage fondé sur la combinaison de quatre indicateurs mesurant la gracilité d'un territoire :

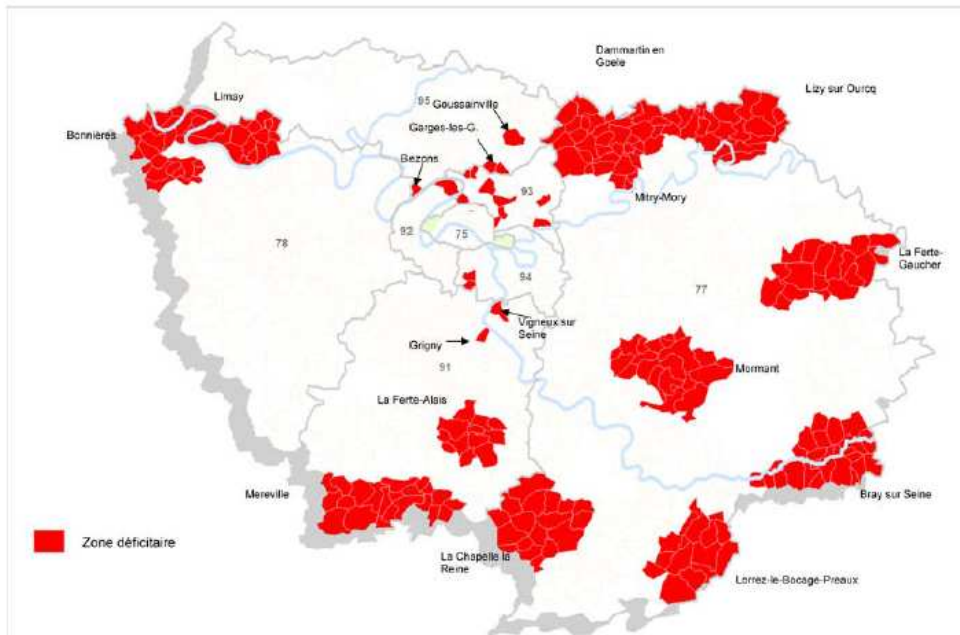
- Sous l'angle de l'accessibilité au médecin omnipraticien ;
- Sous l'angle de la complémentarité de l'offre (comprenant un ensemble de professionnels médicaux et paramédicaux) ;
- Sous l'angle de l'évolution prévisible de l'offre en médecine générale (territoire avec une forte proportion de professionnels âgés de 55 ans ou plus) ;
- Sous l'angle des besoins de la population.

²² Le document pourra être complété ou actualisé grâce aux contributions des acteurs locaux

La carte ci-dessous, datant de 2011, montre que le territoire de la CCHVO n'est pas considéré, à ce jour, comme une zone déficitaire. Toutefois, il convient de nuancer ce propos, ces chiffres datant de 2011 et ne rendant pas compte des situations rapidement évolutives vécues par les usagers et les professionnels, ainsi que de leur perception de l'offre.

Définition des zones déficitaires en Ile-de-France

Carte établie à partir de l'arrêté du 21 décembre relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

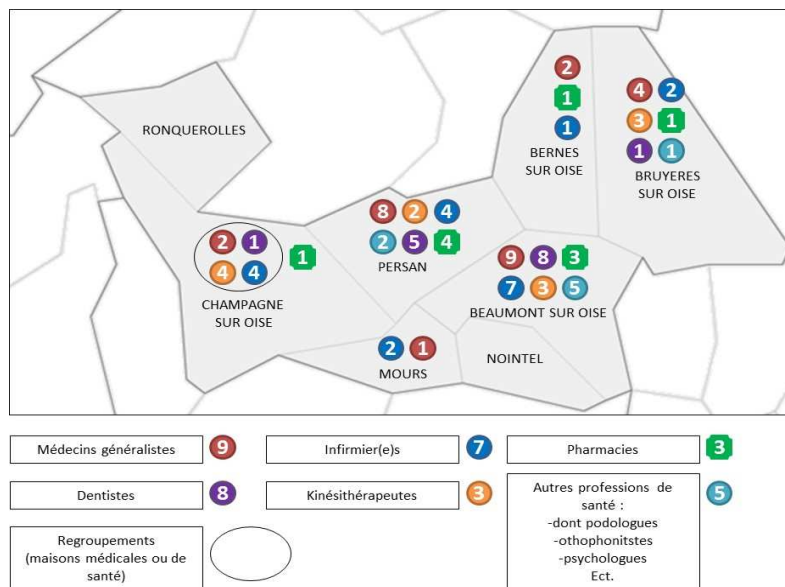


Sources : FNPS, SNIR PS, Assurance-Maladie, données 2010
ORS Ile-de-France (Idh2)

Cartographie : ARS Ile-de-France, 2011

La cartographie des professionnels sur le territoire montre qu'ils sont aujourd'hui répartis sur la CCHVO et que les densités de professionnels sont supérieures ou proches des moyennes régionales :

- Densité de médecins généralistes sur le territoire de la CCHVO : 9,1 professionnels / 10 000 habitant, contre 8,6 pour l'Ile-de-France ;
- Densité d'infirmiers diplômés d'Etat : 6,9 contre 5 pour l'Ile-de-France ;
- Densité de masseurs-kinésithérapeutes : **6,0 contre 7,8 pour l'Ile-de-France** ;
- Densité de chirurgiens-dentistes : **5,3 contre 6,0 pour l'Ile-de-France**.



Seuls 3 médecins généralistes installés à Beaumont exercent en secteur 2, dont 2 proposant un contrat d'accès aux soins.

• **Mais l'âge des généralistes conduit à nuancer le constat :**

Bien que considérée comme non déficitaire au regard de critères quantitatifs, l'offre de soins ne doit pas être analysée comme une donnée figée, à un instant donné. En effet, il est nécessaire d'anticiper les prochains départs à la retraite des professionnels. Le tableau ci-dessous fait état de la proportion de professionnels des principales professions du premier recours âgés de 55 ans ou plus. Les médecins généralistes sont ainsi nombreux à s'approcher de l'âge de la retraite :

	Médecins généralistes	Infirmiers	Kiné.	Dentistes
Par des + de 55 ans	52 %	18 %	16 %	35 %

Les entretiens avec les professionnels ont révélé, par ailleurs, une saturation de l'activité, notamment chez les médecins généralistes, dont certains refusent des patients. Les assistants sociaux ont alerté sur le fait que les premiers patients refusés étaient bien souvent ceux bénéficiant de la CMUC.

Certaines professions sont identifiées en déficit : c'est le cas notamment des orthophonistes et des kinésithérapeutes, ainsi que des dentistes.

Mais les difficultés ne tiennent pas seulement au niveau de l'offre de soins. Des problématiques organisationnelles émergent également.

Ainsi, un manque de lien entre les secteurs ambulatoire et hospitalier a été souligné à de nombreuses reprises par les professionnels interrogés, et reconnu par les professionnels hospitaliers eux-mêmes. Des améliorations sont en cours mais l'information ne circule pas encore de manière optimale, notamment lors des entrées et sorties d'hospitalisation.

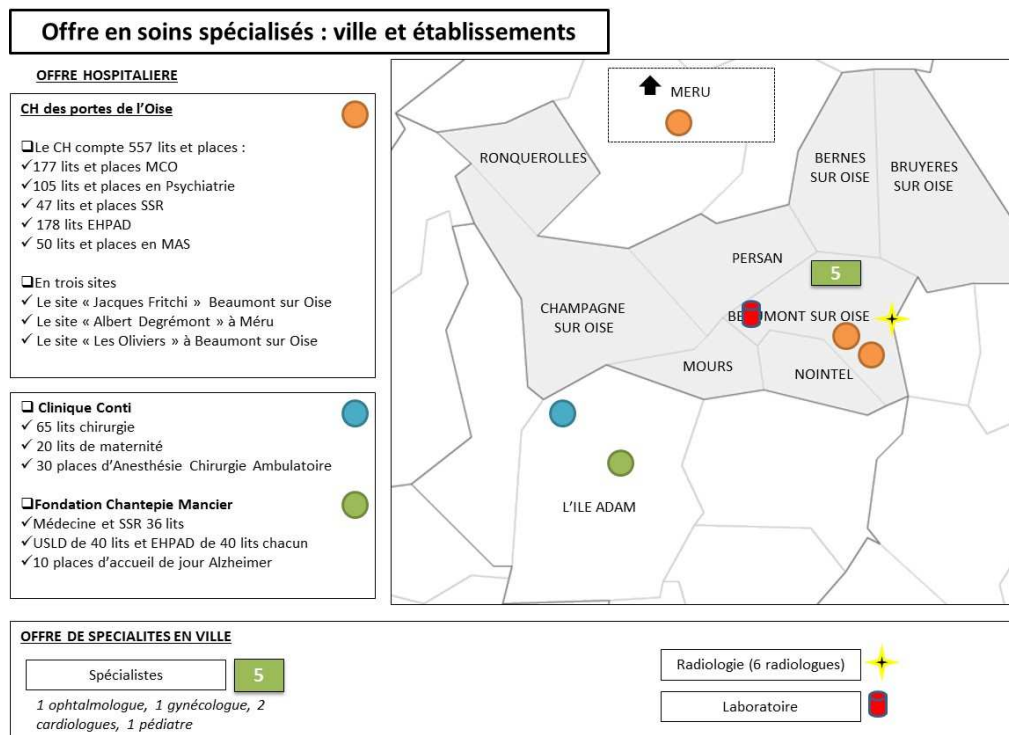
Des difficultés en matière de permanence des soins (offre de soins de médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de ville) ont également été soulignées. Les professionnels s'inquiètent des difficultés à trouver un médecin les soirs et les weekends. Bien que SOS médecins soit présent sur le territoire, ses professionnels n'interviennent pas sur l'ensemble de la CCHVO, certains quartiers étant évités, d'après les témoignages des usagers interrogés. Les usagers se reportent ainsi sur les urgences du Centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise (CHIPO).

Les acteurs ont été nombreux à souligner l'absence de visites à domicile, surtout des médecins généralistes très peu nombreux à encore en assurer, alors même que certaines populations sont en marge et difficilement mobiles (notamment les personnes âgées).

Enfin, le manque d'identification réciproque entre acteurs de la santé, surtout entre les professionnels des différents secteurs, sanitaires et médico-sociaux/sociaux, a été souligné, bien que le territoire de la CCHVO soit relativement restreint.

2.3.2. L'offre de soins en spécialités et en établissements

La carte ci-dessous illustre l'offre de soins en spécialités et en établissements sur le territoire :



Le Centre hospitalier des Portes de l'Oise (CHIPO), est un acteur majeur du territoire. Fruit de la fusion des centres hospitaliers de Beaumont et de Méru (département de l'Oise) en 2000, le CHIPO est réparti sur trois sites, dont deux à Beaumont (Jacques Fritchi et Les Oliviers). Il comporte également une offre en psychiatrie répartie sur différents sites extrahospitaliers. Il compte 557 lits et places dans différentes spécialités : médecin chirurgie obstétrique, psychiatrie,

soins de suite et de réadaptation, EHPAD, maison d'accueil spécialisé. L'établissement dispose d'un centre d'imagerie médicale (équipé d'une IRM, d'un scanner et de la radiologie conventionnelle), d'un laboratoire d'analyse, d'un service d'urgences, d'une équipe SMUR, d'un service de réanimation, d'une maternité de niveau 2 et d'un service de néonatalogie et pédiatrie, d'unités médico-chirurgicales ambulatoire et de semaine, de consultations spécialisés (notamment pneumologie, ophtalmologie, ORL et d'un CSAPA²³).

Le CHIPO propose également un point écoute adolescents, une école du diabète et de l'éducation thérapeutique. Les professionnels hospitaliers (praticiens ou cadre) rencontrés soulignent cependant que l'offre pourrait s'enrichir dans certaines spécialités, notamment en cancérologie, pneumologie, ophtalmologie et HAD. Le CHIPO souffre aujourd'hui d'un déficit d'image auprès de la population et des professionnels du secteur ambulatoire, qui seraient nombreux à diriger leurs patients vers la Clinique Conti, située cependant plus loin, à l'Isle-Adam, et plus difficile d'accès en transports publics.

L'offre ambulatoire libérale de spécialités est, parallèlement, peu fournie sur la CCHVO. Seuls 5 spécialistes (1 ophtalmologue, 1 gynécologue, 2 cardiologues et 1 pédiatre) exercent dans la commune de Beaumont. Les spécialistes qui exerçaient avant à Persan sont tous partis, dont certains pour la Clinique Conti. Par ailleurs, 80% des spécialistes exercent en secteur 2, alors que les difficultés financières sont importantes au sein de la population. Ce taux est bien supérieur à la moyenne départementale de 47,7% et régionale de 60,2%²⁴.

2.3.3. L'offre médico-sociale et sociale

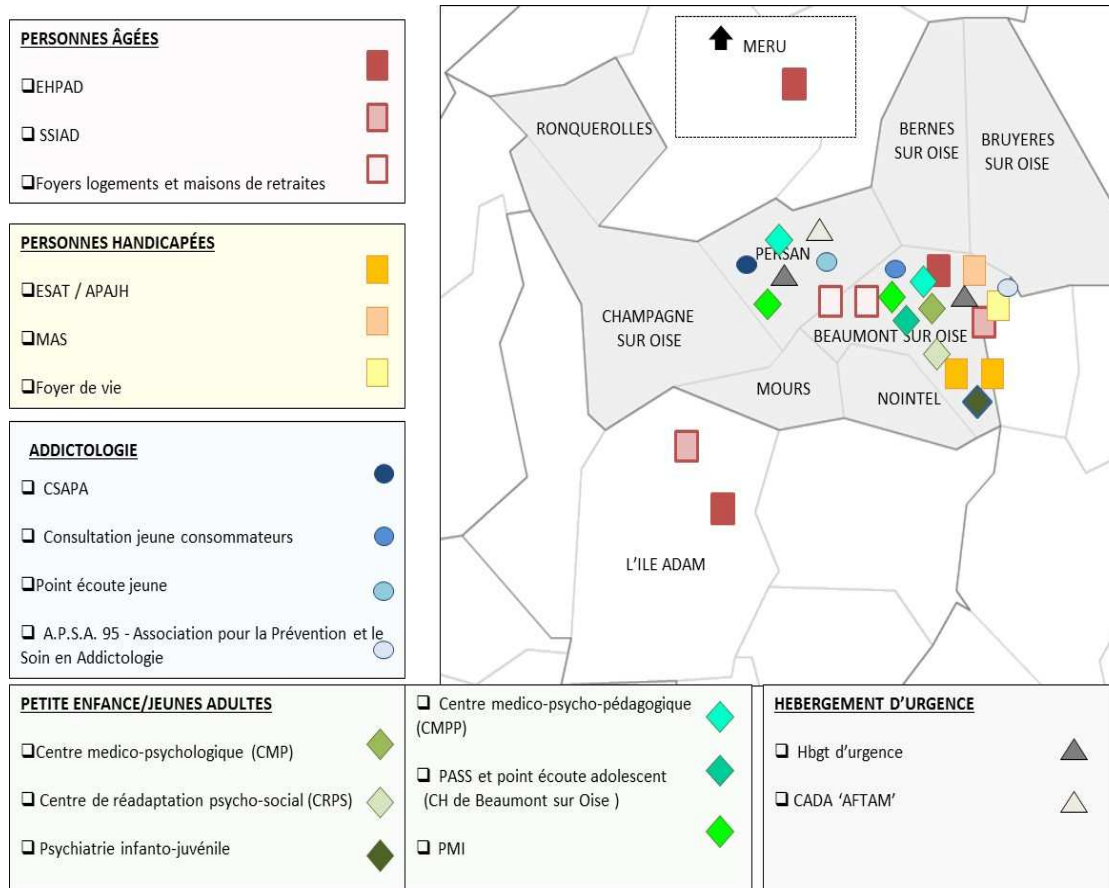
L'offre médico-sociale et sociale recouvre aujourd'hui l'ensemble des secteurs, comme l'illustre la cartographie ci-dessous.

Elle est concentrée sur les communes de Beaumont et de Persan, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit des communes les plus peuplées du territoire. Cependant, alors que les transports intra-CCHVO sont peu développés, l'accès à cette offre peut-être plus difficile pour les résidents des autres communes, dont certains sont déjà marginalisés (personnes âgées notamment, et jeunes parents, comment l'ont souligné les acteurs interrogés).

²³ Centre de soins, d'accueil et de prévention en addictologie.

²⁴ Agence Régionale de Santé d'Ile de France, Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, *Eléments de diagnostic régional et local, Conférence de territoire, Val d'Oise, 18 janvier 2011*

CCHVO - Réalisation d'un diagnostic local de santé dans le cadre d'un Contrat Local de Santé
Phases 1 et 2 : Diagnostic local de santé



Des faiblesses de l'offre médico-sociale et sociale ont été identifiées par les acteurs de santé du territoire, qui relaient notamment :

- Des délais d'attente très importants en centre médico-psychologique (CMP) et centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) : ces structures sont aujourd'hui saturées ;
- Une absence de centre local d'information et de coordination (CLIC) ou d'autres structures permettant d'apporter information et aide à la constitution des dossiers d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), par exemple ;
- Une offre de service pour les personnes âgées ne répondant pas au volume de la demande (services à domicile, notamment) ;
- Peu de lieux d'accueil collectifs parents/enfants ;
- Une offre insuffisante en hébergement d'urgence.

Par ailleurs, les acteurs de santé ont souligné le fait que l'offre était peu connue et lisible pour les usagers, qui ne savent pas toujours à qui s'adresser et qui ne sont pas toujours bien orientés par les professionnels sanitaires qui n'identifient pas, pour certains, tous les acteurs du secteur médico-social et social.

2.3.4. Les actions de prévention

- **Qu'est-ce que la prévention ?**

La santé ne se résume pas aux soins mais passe aussi par des efforts de prévention et d'éducation, afin d'agir plus en amont et d'éviter l'apparition de pathologies ou les prises en charge tardives.

La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. Il convient de distinguer²⁵ :

- La prévention dite de « **protection** », qui est avant tout une prévention « de.. » ou « contre... », laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés.
- La prévention dite « **positive** » voire universelle, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de « promotion de la santé ».

L'on peut distinguer trois types de prévention²⁶ :

- **La prévention primaire** : toutes les actions destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Cette prévention repose sur des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations, etc.) et des mesures de prévention collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail, etc.)

Les acteurs concernés par cette prévention sont nombreux : les professionnels de santé, les institutions (Assurance Maladie, Etat, collectivités territoriales, etc.) mais également les associations ou les centres culturels et sociaux, etc.

- **La prévention secondaire** : toutes les actions destinées à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle repose essentiellement sur des actes de dépistage précoce et de traitement des premiers effets de la maladie, voire d'éducation thérapeutique.

Les acteurs concernés par la mise en œuvre de cette prévention sont essentiellement les professionnels intervenant dans le champ médical et médico-social et les institutionnels (par le biais des campagnes nationales de dépistage). Toutefois, d'autres acteurs peuvent être importants, par exemple pour relayer au mieux l'information auprès de la population, notamment la plus vulnérable. Ainsi, là encore, les acteurs du champ social, mais également politique et médiatique, peuvent être importants sur un territoire.

²⁵ François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Chapitre 15 : « Prévention et promotion de la santé », 2007, Edition Médecine-Sciences Flammarion

²⁶ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1948

- **La prévention tertiaire** : toutes les actions destinées à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

La mise en œuvre de la prévention repose essentiellement sur les professionnels de santé (notamment du champ paramédical et médico-social) mais également d'autres acteurs dont le rôle est de favoriser la réinsertion des patients (professionnelle et sociale). Elle repose sur l'accompagnement des patients au cours de leur maladie et met l'accent sur la nécessité d'organiser les parcours de santé, et de développer l'éducation thérapeutique.

- **La prévention et les parcours de santé : vers une approche intégrée**

Aujourd'hui les Agences Régionales de Santé entendent promouvoir une **approche intégrée** couplant de façon systématique la démarche curative et la démarche préventive. L'objectif de la mise en œuvre de **ces parcours de santé** est d'aborder de façon transversale la santé d'une population :

- Décloisonner les soins et avoir une vision globale de l'utilisateur et de ses besoins : articulation des prises en charge et partenariats ;
- Favoriser la coopération entre les différents acteurs de la santé pour améliorer l'efficacité et la qualité des prises en charge ;
- Intégrer prévention, soins et prise en charge médico-sociale ;
- Mobiliser tous les acteurs du territoire pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

- **Les acteurs de la prévention :**

Différents acteurs interviennent dans le champ de la prévention. Deux catégories peuvent être identifiées, en fonction de la nature des actions menées :

- **Les actions relevant de missions identifiées, assurées par les acteurs classiques de la prévention** : ces actions sont alors bien ciblées sur des populations et des thématiques. Elles bénéficient en général de financements fléchés et font parfois partie d'un programme d'actions plus large. Ces missions correspondent pour l'essentiel à des missions de diagnostic, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique. Elles sont également accompagnées par des missions d'information et d'orientation des individus.
- **Les actions généralistes permettant le repérage et l'orientation des comportements à risques** (pratiques alimentaires, conduites addictives, mal-être, etc.) : ces actions doivent idéalement pouvoir s'appuyer sur tous les acteurs en contact avec le public, qu'ils soient soignants ou accompagnants. Elles reposent sur des acteurs pas forcément conscients de leur rôle dans la prévention, ou n'étant pas formés ni organisés pour le faire, ou encore ne bénéficiant pas de financements fléchés.

- **Les actions de prévention sur le territoire de la CCHVO²⁷ :**

- ***Des besoins soulignés par les acteurs rencontrés :***

De nombreux acteurs du territoire rencontrés ont souligné la nécessité de développer les actions de prévention et d'éducation à la santé, alors que la population est décrite comme peu sensibilisée aux problématiques de santé.

Par ailleurs, les acteurs soulignent le besoin, pour les populations les plus fragiles, d'être mieux accompagnées dans le système de santé qu'ils ne comprennent pas toujours et dont ils ne connaissent pas les acteurs, ainsi que pour faire valoir leurs droits dont ils n'ont pas connaissance. Cet aspect pourrait concourir à une meilleure prévention (contact avec le système de santé avant les complications).

- ***Les actions de prévention développées sur le territoire²⁸ :***

Plusieurs acteurs agissent à l'échelle du territoire de la CCHVO et développent, entre autres activités, des actions de prévention. Beaucoup d'actions existent. L'on peut notamment citer :

- La Maison des Jeunes et de la Culture (MJC) : agit pour l'épanouissement individuel et le renforcement des liens sociaux. La MJC propose toute une gamme d'activité et d'ateliers dont certains relatifs à la santé (<http://www.ville-persan.fr/menu-principal/culture-sports-et-vie-associative/mjc>) ;
- La Milnovoise : Mission Intercommunale Locale du Nord-Ouest de la Vallée de l'Oise, œuvre pour l'insertion socio-professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans. Elle a notamment développé des actions en santé mentale avec un point écoute et la présence d'une psychologue, mais aussi des ateliers sur la nutrition, le sommeil, etc. (<http://www.mission-locale-milnovoise.fr/>) ;
- La protection maternelle et infantile (PMI) : développe des ateliers d'information et de sensibilisation dans les collèges (mais ne se déplace plus dans tous les établissements) ;
- Le Crips d'Ile-de-France : intervient également dans différents établissements du territoire pour relayer les actions de prévention et de lutte contre le VIH et la toxicomanie (<http://www.lecrips-idf.net/>) ;
- Le Réseau d'Appui et d'Accompagnement des parents (REAAP) 95 (http://www.reaap95.org/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=33&Itemid=47) ;
- L'Education nationale : relaie les différents programmes de sensibilisation dans les différents établissements par les infirmiers et médecins scolaires (alimentation, éducation à la vie affective, hygiène corporelle, secourisme, etc.) ;

²⁷ Le nombre important des acteurs concernés ne nous a pas permis de tous les rencontrer. Cependant, les entretiens menés permettent d'identifier les grandes thématiques abordées sur le territoire et la nature des actions menées.

²⁸ Certaines actions pourront être développées ou relayées par le futur Atelier Santé-Ville, dont le recrutement de l'animateur coordonnateur est en cours.

La prévention est par ailleurs aussi assurée par le tissu associatif d'un territoire. A ce titre, plusieurs associations, notamment sur les communes de Beaumont-sur-Oise et de Persan, sont à citer (cette liste n'est pas exhaustive) ;

- Mouvement Vie Libre Val d'Oise : Mouvement de buveurs guéris, d'abstinents volontaires et de sympathisants qui agissent pour la guérison et la promotion des malades de l'alcool et pour la prévention de cette maladie ;
- La Bulle : Association luttant contre la marginalisation et l'inadaptation sociale des jeunes en grande difficulté, à la fois individuelle et collective ;
- Le Persan : Prévention contre la délinquance, médiation, encadrement, réinsertion à la vie active en partenariat avec d'autres structures de Persan ;
- Association pour la prévention et le soin en addictologie (APSA) : Promotion de la prévention et le soin des problématiques alcooliques et addictives pour la population du territoire de santé du Centre Hospitalier des Portes de l'Oise ;
- Antenne Ecoute Famille : Promotion de la relation d'aide au sein des familles et le bien-être des individus (notamment par des « cafés-psycho », qui abordent différents thèmes de la vie quotidienne) ;
- Bureau d'information Jeunesse Territorial : Accueil, information et orientation dans les domaines de l'emploi, la formation, la santé, le logement, les loisirs, et la mobilité ;

Remarque : Pour une liste complète et plus de renseignements :
<http://www.ville-persan.fr/profil/association/> / <http://www.ville-beaumont-sur-oise.fr/asso.html>.

➤ **Les actions menées par la CPAM :**

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Val d'Oise mène des actions de prévention ciblées sur le dépistage des cancers du sein et du colon, des actions en faveur de l'hygiène bucco-dentaire, des bilans de santé pour les enfants et les adultes, ainsi qu'un accompagnement personnalisé pour les personnes atteintes de diabète :

- Dépistage du cancer du sein²⁹ : Les femmes de 50 à 74 ans sont invitées, tous les deux ans, à réaliser une mammographie gratuite de dépistage, avec une double lecture des résultats. Ces examens sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.
 - En 2012, près de 50% des Valdoisiennes âgées de 50 à 74 y ont participé. Le taux de participation était de 52,7% en 2011 en France.
- Dépistage du cancer colorectal : L'association Prévention en Santé en Val d'Oise invite les personnes âgées entre 50 et 74 ans à venir se faire dépister tous les deux, chez leur médecins traitants. Ces examens sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.
 - 72 000 Valdoisiens ont pratiqué le test en 2011 et 2012.

²⁹ Dans le Val d'Oise, le dépistage des cancers est porté par structure départementale PSVO (prévention et santé en Val d'Oise). Ce dispositif est accompagné par la Caisse d'Assurance Maladie du Val d'Oise, l'Agence Régionale de santé, le Conseil général du Val d'Oise, le Comité du Val d'Oise de la Ligue contre le Cancer et les autres régimes d'Assurance Maladie.

- M'T Dents, l'examen bucco-dentaire : l'Assurance Maladie invite les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans à des rendez-vous de prévention chez le dentiste de leur choix. L'Assurance Maladie règle directement l'examen au professionnel. La CPAM du Val d'Oise a par ailleurs mis en place une séance de sensibilisation à la santé bucco-dentaire en classe de CP pour la commune de Persan, avec information des parents, remise d'un kit de brossage et apprentissage de la méthode de brossage.
 - Au niveau national, le taux de participation au programme M'T Dents a très significativement augmenté depuis son lancement, passant de 14,9% en 2007 à 31,2% en 2010 et la progression est marquée pour les enfants de 6 ans.
- Bilan de santé pour les enfants : l'Assurance Maladie propose gratuitement deux examens, entre 12 et 18 mois, et entre 3,5 ans et 4,5 ans.
- Examen périodique de santé pour les adultes : le centre d'examens de santé IPC propose, tous les 5 ans, un bilan de santé gratuit, avec un possible renouvellement au bout d'un an pour certains publics (personnes âgées entre 16 et 25 en voie d'insertion, salariée de contrat de travail précaire tel CDD ou intérim, demandeuse d'emploi ou en pré-retraite, bénéficiaire de la CMU, CMUC et RSA, SD ou en foyer d'urgence).
- Sophia, accompagnement des personnes diabétiques : depuis février 2013, l'Assurance Maladie du Val d'Oise propose un accompagnement personnalisé aux personnes atteintes de diabète.

➤ ***Les actions généralistes permettant le repérage et l'orientation des comportements à risques:***

Beaucoup d'autres acteurs n'ayant pas pour priorité de mener des démarches préventives y participent toutefois. De par leurs missions et leurs contacts avec la population, ils deviennent des **relais importants** pour repérer les problèmes rencontrés par les individus, les informer et les orienter vers les professionnels qui seront à même de leur apporter des réponses adaptées. Ces acteurs sont de plusieurs natures :

- Professionnels médicaux et paramédicaux ;
- Associations diverses ;
- Dispositifs des acteurs institutionnels (Maison Départementale des Solidarités, Mission Locale, CCAS, etc.) ;
- Centres sociaux.

Ces acteurs sont très importants dans les démarches de prévention. En effet, au contact direct de la population, ils peuvent repérer certaines conduites à risques et fragilités. Ainsi, ils sont un relais indispensable pour mener à bien ces démarches préventives et d'autant plus dans des situations d'inégalités sociales de santé. Ils sont aussi idéalement placés pour améliorer l'accès aux droits, facilitant l'accès aux soins.

Toutefois les entretiens menés avec ces acteurs ont permis d'identifier des freins à l'accomplissement de cette mission :

- **Le manque de définition du périmètre d'action** : les travailleurs sociaux de secteur (Conseil général) se sont dits souvent amenés à réaliser des actions qui ne relèvent pas de leurs compétences, et ce à cause d'un certain désengagement ou d'une incapacité des autres acteurs sociaux. Ils prennent ainsi une part du travail réalisé par ailleurs par des travailleurs sociaux de l'Assurance Maladie et de la Caisse d'allocations familiales (CAF), prennent en charge les personnes âgées et leur entourage, sont sollicités pour des situations d'hébergement d'urgence, etc.
- **Le manque de connaissance de l'offre de soins (médicale, paramédicale ou médico-sociale) ou de l'offre de prévention** existant sur le territoire : les travailleurs sociaux ne savent pas systématiquement vers qui orienter l'utilisateur. Cette orientation repose souvent sur l'expérience et le réseau personnel du travailleur social et il n'existe pas d'annuaire des professionnels et de l'offre de soins exerçant sur le territoire qui permettrait de mettre en place un parcours de soins davantage organisé ;
- **Le manque de connaissance des professionnels sanitaires (médicaux et paramédicaux) sur l'offre médico-sociale et sociale**, réciproquement ;
- **La faiblesse des actions pouvant impliquer des professionnels sanitaires dans des actions de repérage et d'intervention** (relais de campagne nationale par exemple) ;
- **Le manque de coordination entre les acteurs des divers champs pour améliorer la prise en charge des individus.**

2.3.5. Synthèse de l'offre sur le territoire

L'enquête menée et les recherches documentaires ont ainsi permis de recenser l'offre sur le territoire, aussi bien en matière de soins (de premier recours, de spécialités et en établissements) qu'au niveau du secteur médico-social et social et des actions de prévention.

Les forces de l'offre	Les faiblesses de l'offre
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="153 674 715 869">✚ Une offre en soins de premiers recours encore satisfaisante mais des professionnels surchargés et des pressions démographiques à prévoir, notamment en médecine générale <li data-bbox="153 936 663 1010">✚ Un relativement bon maillage des structures médico-sociales et sociales <li data-bbox="153 1077 619 1106">✚ La présence d'un réseau associatif <li data-bbox="153 1173 467 1202">✚ La présence du CHIPO <li data-bbox="153 1270 632 1344">✚ Nombreuses actions de prévention développées sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="839 674 1410 824">✚ Des difficultés à moyen terme en médecine générale, avec des professionnels surchargés et des départs à la retraite prévus <li data-bbox="839 891 1393 965">✚ Des difficultés en matière de permanence des soins <li data-bbox="839 1032 1406 1106">✚ Des déficits dans certaines professions du premier recours et de certaines spécialités <li data-bbox="839 1173 1393 1285">✚ Des difficultés d'accessibilité pour les populations marginalisées et ou éloignées des communes bien dotées <li data-bbox="839 1352 1225 1382">✚ Le déficit d'image du CHIPO <li data-bbox="839 1449 1422 1561">✚ Des déficits dans l'offre médico-sociale et/ou sociale et un manque d'identification de cette offre par les usagers <li data-bbox="839 1628 1370 1702">✚ Un besoin d'actions de prévention et de promotion de la santé <li data-bbox="839 1769 1433 1881">✚ Un manque de (re)connaissance mutuelle et de coopération entre les acteurs des secteurs sanitaires et médico-social/social.

Bien que non prioritaire au regard des critères statistiques des observateurs de la santé, le territoire de la CCHVO présente une offre qui apparaît aujourd'hui fragile et en déclin. C'est davantage à des problèmes d'organisation des parcours de santé et d'accessibilité aux soins auxquels la communauté de communes se trouve confrontée. Il convient de devancer les difficultés pour ne pas laisser la situation se dégrader.

2.4. Les attentes et propositions des acteurs et des usagers

2.4.1. Les attentes et propositions des représentants d'usagers

- **Les préoccupations de la population :**

Les usagers interrogés dans le cadre du groupe de parole organisé à Persan, dans le quartier du « Village », a permis de mettre en lumière certaines préoccupations et attentes. Ont notamment été citées les problématiques sanitaires suivantes :

- Comportement addictifs : la consommation abusive d'alcool est la première conduite addictive soulignée, et ce pour toutes les populations (adolescents, adultes et personnes âgées). Bien que moins préoccupante, la consommation de drogues illicites semble aussi en augmentation ;
- Mauvaises pratiques alimentaires : les usagers ont évoqué la « malbouffe » chez les jeunes avec une augmentation notable du surpoids et de l'obésité, ainsi que des situations de malnutrition chez les personnes âgées ;
- Santé mentale : les problèmes psycho-sociaux préoccupent la population (stress, anxiété, dépression, etc.) ;
- Manque d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : l'offre de services à domicile ne parviendrait pas à répondre à toute la demande, surtout dans un contexte de vieillissement de la population.

Les problématiques d'accès aux soins ont été évoquées. Elles semblent s'expliquer par les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels, les difficultés à s'assurer contre les risques (coût trop important des compléments santé) ainsi que le manque d'information et les lourdeurs administratives pour faire valoir ses droits (CMU et CMUC notamment). Ces difficultés induisent dans certains cas un renoncement aux soins, notamment pour les soins dentaires et optiques.

- **Les propositions formulées :**

Plusieurs propositions ont été formulées par les représentants d'usagers rencontrés :

- Organisation d'ateliers d'éducation à la santé, notamment en matière d'alimentation et d'hygiène de vie ;
- Organisation d'ateliers sur le bien-être (prise de conscience de son corps, diminution du stress et de l'agitation, etc.). Des ateliers ont déjà été mis en place par une naturopathe, à Beaumont, et semble avoir convaincu la population ;

- Affiliation à une couverture complémentaire qui pourrait être facilitée par les collectivités³⁰.

2.4.2. Les attentes et propositions des acteurs de santé du territoire

Les entretiens qualitatifs menés en Phase 2 ont permis de faire émerger les attentes des acteurs de santé du territoire ainsi que des propositions d'actions, dont l'intégration au plan d'action global sera à réfléchir en Phase 3.

- **Les préoccupations des acteurs de santé :**

Plusieurs pathologies sont apparues comme particulièrement préoccupantes :

- Troubles de la santé mentale ;
 - o Souffrances psycho-sociale des jeunes ;
 - o Souffrances au travail ;
- Troubles de l'apprentissage chez l'enfant ;
- Surpoids et obésité ;
- Pathologies liées au vieillissement ;
- Prévalence importante des ALD.
-

Des facteurs de risque ont également été soulignés :

- Mauvaises habitudes alimentaires ;
- Pratiques addictives (surtout consommation abusive d'alcool) ;
- Manque d'hygiène (corporelle et bucco-dentaire) ;
- Renoncement aux soins.

Les difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient d'ordre financier ou socio-culturel, préoccupent également la quasi-totalité des acteurs interrogés.

- **Les principales attentes des acteurs de santé :**

Des attentes globalement partagée ont émergé de ces entretiens, ainsi que des attentes plus spécifiques, en fonction des acteurs interrogés (ces items pourraient ainsi ne pas être partagés par tous) :

Des attentes transversales :

- Donner une suite à cette étude en veillant à ce que le diagnostic débouche sur des actions concrètes ;
- Faciliter l'identification entre les acteurs de la santé du territoire (notamment les professionnels sanitaires envers les acteurs médico-sociaux et sociaux) ;

³⁰ A ce titre, l'exemple de la communauté urbaine de Nancy peut être intéressant. Dans le cadre de son Contrat Local de Santé, la communauté urbaine a développé la « Mutuelle Réseau », en lien avec les CCAS de plusieurs communes et d'associations, ayant pour objet de faciliter l'accès à une complémentaire pour des personnes ne pouvant bénéficier de la CMU.

- Développer la coordination entre les différents acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux ;
- Chercher la cohérence au niveau territorial de la CCHVO et permettre un partage des objectifs entre tous les acteurs, sanitaires et médico-sociaux/sociaux : ne pas cloisonner les domaines d'actions et les compétences et réunir autour de la table tous les acteurs intervenant autour d'une question ;
- Concrétiser la dynamique de l'Atelier Santé Ville.

Des attentes spécifiques :

- Développer les visites à domicile en dehors des heures ouvrables des cabinets pour éviter les hospitalisations non adaptées et proposer des solutions pour les personnes les plus isolées (personnes âgées, personnes ne pouvant financièrement accéder aux services de SOS médecins) ;
- Proposer des « équipes volantes » de professionnels sanitaires (pour les mêmes raisons) ;
- Renforcer l'équipe médicale de l'hôpital, notamment dans le service de santé mentale ;
- Aide pour la constitution des dossiers d'APA (grâce à un CLIC, par exemple) ;
- Développement d'un réseau pour les maladies dégénératives et handicap (comme sur Ermont) ;
- Traiter la situation du Foyers de Travailleurs Migrants, dans un grand état de vétusté (un diagnostic de l'ARS en 2006 avait déjà conclu à l'urgence de la situation) ;
- Sensibiliser les agents communaux pour plus de compréhension en matière de stationnement des professionnels de santé (Champagne) ;
- Développer les transports pour les personnes âgées, pour faciliter leurs déplacements pour les consultations (bien qu'une offre existe déjà) ;
- Aider les professionnels dans leurs démarches administratives pour la mise aux normes de leurs cabinets.

- **De premières propositions :**

Certains acteurs ont déjà formulé des propositions qu'il conviendra d'affiner et d'intégrer aux réflexions de la Phase 3 :

- Plusieurs professionnels ont proposé la mise en place d'un annuaire de tous les acteurs du territoire (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) à la fois à destination des acteurs eux-mêmes, pour qu'ils s'identifient, mais également pour les usagers.
- Plusieurs professionnels ont proposé la mise en place de réunions pluri-professionnelles thématiques pour faciliter les échanges d'expérience.
- Un pharmacien et deux médecins généralistes, ont un projet de rassemblement en maison de santé pluri-professionnelle à Persan, qui rassemblerait trois médecins généralistes, deux kinésithérapeutes, trois infirmiers, un laboratoire et une pharmacie. L'un des médecins est par ailleurs moteur pour mettre en œuvre un projet de santé pour la future structure (professionnels intéressés par des outils de pluri-professionnalité tels que des réunions, un système d'information et un secrétariat partagés, ainsi que des actions de santé publique à destination de la population).
- Un médecin généraliste exerçant à Beaumont-sur-Oise a attiré notre attention sur le fait qu'une surface importante pourrait se libérer prochainement en face du cabinet médical

qu'il partage avec deux autres médecins. Trois chirurgiens-dentistes y sont actuellement installés mais pourraient quitter le bâtiment.

- Un infirmier exerçant à Champagne dans un groupe paramédical aimerait élargir ce regroupement et notamment attirer de jeunes médecins. A noter qu'un bâtiment se libèrera prochainement à proximité de leur cabinet.
- Le chef du service des urgences du CHIPO, insiste sur le besoin de maintenir des consultations à domicile en médecine générale en dehors des heures ouvrables des cabinets.
- Le directeur de la MJC de Persan, souhaite développer une approche transversale entre tous les acteurs de la santé, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux/sociaux, sous forme d'un « programme éducatif de territoire », intégrant divers sujets : santé, logement, éducation, sécurité, etc. Ce projet devrait insister sur la promotion de la santé. Ces attentes sont partagées par d'autres acteurs qui conduisent des actions de prévention (responsable de la politique de la Ville de Persan et responsables de la Milnovoise, par exemple).
- Les assistants sociaux de secteurs ont tous cité l'opportunité d'implanter un centre de santé sur le territoire pour enrichir l'offre globale mais aussi faciliter l'accès aux soins pour les populations les plus fragiles. Des antennes mobiles de soins pourraient également aller à la rencontre des populations isolées (cf. *supra*).
- Le CCAS de Bruyères cherche actuellement à mettre en place un réseau de partenaires sociaux, notamment avec les CCAS de Bernes et Persan.

3. Vers un plan d'actions partagé (Phase 3)

A partir de ces résultats, l'objectif est l'élaboration d'un plan d'actions partagé (les « axes d'intervention » prévus en Phase 3) permettant l'amélioration de l'état de santé de la population de la CCHVO.

Le diagnostic local de santé mené en Phase 2 et 3 a permis de faire émerger quatre thématiques sanitaires prioritaires, validées en Comité de Pilotage le 12 mars 2014 et détaillées ci-dessous. L'étape suivante sera l'appropriation de ces priorités par les acteurs de santé du territoire et la co-construction des pistes d'actions, lors d'une demi-journée de réflexion organisée en groupes de travail (cette démarche est détaillée plus loin dans le document).

3.1. L'émergence de quatre thématiques sanitaires prioritaires

Un premier travail d'analyse des résultats du diagnostic a permis d'identifier quatre thématiques sanitaires prioritaires, dans la mesure où elles permettront d'agir sur les principales problématiques mises en exergue par les données statistiques mais aussi de prendre en compte les principales préoccupations des acteurs de santé et des usagers rencontrés.

- **Santé mentale et conduites addictives** : Les troubles de la santé mentale ont été soulignés par une large majorité des acteurs rencontrés au cours des Phases 1 et 2 et sont mis en lumière par l'Observatoire Régional de Santé. Les pratiques addictives, au premier rang desquelles l'alcoolisme, ont également été beaucoup citées et ce d'autant plus qu'elles touchent une cible populationnelle très large (jeunes enfants, adolescents, adultes et personnes âgées).

Zoom :

Les pays européens (et notamment la conférence ministérielle européenne de l'OMS) distinguent la santé mentale « positive », notion proche de celle du bien-être, de la santé mentale « négative », qui regroupe d'une part la détresse psychologique témoignant d'une souffrance psychique et, d'autre part, les troubles mentaux. Les troubles mentaux les plus fréquents sont les suivants : les troubles affectifs, les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles d'anxiété, les troubles de stress post-traumatiques, la schizophrénie, les troubles de l'alimentation, les **pratiques addictives**, et le suicide.

Si ces troubles ne sont pas du même ordre, ils peuvent toutefois être concomitants et les interlocuteurs peuvent être les mêmes : il convient alors de promouvoir une **approche globale**, agissant sur les divers facteurs et à des moments différents du parcours du patient.

- **Pathologies chroniques** : L'importance de la prévalence des affections de longue durée est statistiquement marquée sur le territoire et les acteurs considèrent également les pathologies chroniques préoccupantes (au premier rang desquelles le diabète). Plusieurs facteurs favorisant ces pathologies ont été mis en évidence, notamment les mauvaises habitudes alimentaires et plus généralement l'hygiène de vie.

A noter que l'éducation à la santé et la prévention ont été soulignées comme peu développées sur le territoire par les acteurs rencontrés. Cette problématique sous-tend une part importante des problématiques sanitaires, comme pouvant être à l'origine de l'apparition de certains états pathologiques ou de la dégradation de ces états.

Zoom :

Le ministère de la Santé définit les maladies chroniques comme des « *maladies de longue durée, évolutives, souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves* ». Elles comprennent notamment : « *les maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, les maladies lourdement handicapantes (ex. sclérose en plaques), les maladies rares (mucoviscidose, drépanocytose, myopathies), les maladies transmissibles persistantes (Sida, hépatite C) ou les troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, etc.)*³¹ ».

- **Pathologies liées au vieillissement** : Le vieillissement de la population est général sur le territoire, bien que de façon différenciée d'une commune à l'autre (certaines communes plus rurales étant caractérisées par une population plus âgée). Le vieillissement peut expliquer l'importance de certaines pathologies ou d'états poly pathologiques, soulignés par les acteurs du territoire et par les usagers interrogés. Il s'agit ainsi d'anticiper cette problématique.

Zoom : La France connaît globalement un vieillissement de sa population. On estime à 8 millions le nombre de personnes âgées de 75 ou plus en 2030, et 12 millions en 2050. Cet allongement de la durée de vie induit des problématiques évidentes de dépendance. Les hypothèses à l'horizon 2040 évoquent une augmentation d'environ 50% de la population dépendante évaluée en France en 2010³². Cette évolution démographique est associée par ailleurs à un fort développement de la maladie d'Alzheimer, avec 225 000 nouveaux cas décelés chaque année en France.

Dans ce contexte, il est important de prendre en compte la situation des aidants (familles, proches mais également professionnels) de plus en plus sollicités et faisant parfois face à des difficultés, aussi bien d'ordre matériel que psychique.

³¹ Site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/texte-fondateur.html>

³² XERFI 700, *Etude de Marché, accueil de personnes âgées*, janvier 2008

- **Accessibilité aux soins et aux services de santé** : Les difficultés d'accès aux soins sont de plusieurs natures sur le territoire : elles sont financières, géographiques, socio-culturelles et administratives (problème de connaissance du système et/ou d'accès aux droits). L'accessibilité différenciée aux services de santé participe des inégalités sociales et territoriales de santé

Zoom :

L'Inspection générale des affaires sociales définit les inégalités sociales de santé comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale*³³ », établissant ainsi une corrélation entre l'état de santé d'un individu et sa situation sociale.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) distingue ainsi divers déterminants sociaux, qui dont les « conditions socialement produites qui influencent la santé des populations : conditions de travail, revenu, éducation, infrastructures de transports, logement, environnement, etc. (cette liste n'est pas exhaustive)³⁴.

L'identification de ces déterminants implique une certaine réponse politique : en effet, agir sur le système de soins et sur la prévention et l'éducation à la santé ne suffisent pas à réduire les inégalités de santé, qui dépendent également de facteurs sociaux, définis en amont.

³³ « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », A. Guichard et L. Potvin, in L. Potvin, M-J. Moquet, C. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010. Cité in « Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action », Inspection générale des affaires sociales, mai 2011

³⁴ L. Potvin, M-J. Moquet, C. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010

Présentation synthétique des 4 thématiques sanitaires prioritaires identifiées :

	THEMATIQUES	CARACTERISTIQUES PRINCIPALES	FACTEURS AGGRAVANTS	POPULATIONS CIBLES
THEMATIQUES SANITAIRES	1. SANTE MENTALE (et pratiques addictives)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de la santé mentale ▪ Souffrances psycho-sociales ▪ Souffrances au travail ▪ Pratiques addictives 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Précarité ▪ Isolement ▪ Déni de la famille ▪ Environnement violent 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jeunes / adolescents ➤ Adultes ➤ Personnes âgées
	2. MALADIES CHRONIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévalence des ALD ▪ Importance du diabète (et de plus en plus chez les plus jeunes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaises habitudes alimentaires ▪ Mauvaise hygiène de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jeunes / adolescents ➤ Adultes ➤ Personnes âgées
	3. PATHOLOGIES LIEES AU VIEILLISSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoin croissant de services à domicile (soins, toilettes, portage de repas, etc.) ▪ Poly pathologies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement ▪ Mauvaise hygiène de vie ▪ Malnutrition ▪ Addictions (alcool) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personnes âgées
THEMATIQUE ORGANISATIONNELLE	4. ACCESIBILITE AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à accéder à certains soins onéreux (notamment soins optiques et dentaires) ▪ Difficulté à s'assurer contre les risques ▪ Manque de connaissance du système de santé et des droits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'information ▪ Précarité ▪ Isolement 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jeunes / adolescents ➤ Adultes ➤ Personnes âgées

3.2. Une méthodologie participative

La méthodologie proposée pour la Phase 3 s'attache à promouvoir la participation mutuelle des acteurs de santé du territoire. L'objectif est double : partager les résultats du diagnostic largement sur le territoire et co-construire le futur plan d'actions du Contrat Local de Santé (CLS).

- **La continuité politique :**

Dans un premier temps et afin d'assurer une certaine continuité, il est important de présenter le diagnostic aux prochaines équipes municipales pour les sensibiliser à la démarche de CLS et faciliter leur compréhension des résultats du diagnostic.

Le Comité de pilotage propose ainsi une présentation de ce diagnostic aux nouveaux élus qui constitueront le bureau communautaire.

- **L'organisation d'une demi-journée de réflexion collective :**

Les membres du Comité de pilotage ont validé l'idée d'organiser des ateliers de travail rassemblant certains acteurs de santé du territoire (au sens large), autour des quatre thématiques prioritaires identifiées par le diagnostic. Nous préconisons une séquence d'une demi-journée afin de mobiliser des représentants actifs des différents secteurs de la santé, et non de mobiliser tous les acteurs.

Cette demi-journée de travail serait divisée en 3 temps :

- **Temps introductif en plénière :** Présentation des principaux résultats pour les confronter à la perception des acteurs et afin de bien cadrer les discussions des ateliers de travail (cf. *supra*)
- **4 ateliers de travail :** Organisation d'ateliers de travail autour des 4 thématiques sanitaires prioritaires identifiées ci-dessus. Dans l'idéal, ces ateliers rassembleront chacun entre 10 et 15 acteurs (acteurs de santé – sanitaires, médico-sociaux et sociaux, représentant du CHIPO, représentant de la CCHVO, partenaires du CLS) et dureront environ 1h30.

Objectif des ateliers :

- ✓ Compléter les éléments du diagnostic ;
- ✓ Identifier les dysfonctionnements relatifs à chaque thématique prioritaires (acteurs présents/absents, manque de coordination, etc.) ;
- ✓ Proposer quelques actions (à renforcer ou à initier) dans le cadre du futur CLS ;
- ✓ Prioriser deux ou trois actions par thématiques prioritaires, dans un souci d'efficacité, en termes de ressources disponibles et d'acteurs déjà investis sur le terrain.

- **Temps conclusif de partage** : Un partage des principaux éléments de discussions sera fait en fin de séance, avec l'ensemble des acteurs réunis.

- **La restitution publique des travaux :**

Une fois les résultats de l'étude validés, une réunion finale publique de restitution des travaux sera organisée afin de valoriser la participation importante des professionnels de santé au cours de l'étude et de les impliquer jusqu'au bout à la démarche.

3.3. La mise en place d'un Contrat Local de Santé sur la CCHVO

Le travail de réflexion réalisé en Phase 3 sera approfondi à l'issue de la demi-journée de travail par le cabinet Acsantis et en lien avec le Comité technique afin de proposer, *in fine*, un plan d'actions opérationnel pour le futur Contrat Local de Santé (CLS), avec les services de la CCHVO et en accord avec l'ARS. Ce plan d'actions devra permettre de mettre en évidence les priorités, prévoir la réalisation d'actions dans un calendrier raisonnable, cibler les responsables des actions, lister les moyens nécessaires à leur mise en place et choisir des indicateurs de suivi et d'évaluation de ces actions.

L'objectif de la mise en place d'un CLS sur le territoire de la CCHVO est de permettre une action coordonnée des acteurs de la santé, bien que nombreux et bien que les communes du territoire ne soient pas toutes confrontées exactement aux mêmes problématiques et de la même manière.

Toutefois, le diagnostic souligne des thématiques transversales, sur lesquelles un CLS est susceptible de coordonner l'action :

- Accessibilité aux soins et aux services de santé, surtout pour les populations vulnérables et/ou isolées ;
- Vieillesse de la population et situations spécifiques induites (isolement, pathologies, etc.) ;
- Difficultés de transports intra-CCHVO ;
- Etc.

Voici une synthèse sur la dynamique naissante de CLS, identifiant les éventuels blocages pour sa mise en place et les leviers à utiliser :

<p style="text-align: right;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none">- Engagement de la CCHVO- Sensibilisation des partenaires (ARS et Préfecture)- Intérêt des professionnels pour la démarche	<p style="text-align: right;">Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none">- Pas de compétence santé au niveau intercommunal- Profils de population divers- Manque d'identification et de coordination entre professionnels- Offre accusant quelques déficits
<p style="text-align: right;">Opportunité</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilisation de l'outil CLS- Présence d'établissements, d'associations et de réseaux sur le territoire- Diversité d'acteurs sur le territoire agissant dans les soins et la prévention → des dynamiques déjà initiées	<p style="text-align: right;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none">- Pressions démographiques sur la médecine générale et risque de non renouvellement- Dynamique du CLS générant beaucoup d'attentes des professionnels de santé- Une implication différenciée des communes dans le CLS

Pour information, voici la forme que pourrait prendre le futur plan d'actions du Contrat Local de Santé :

Objectifs	Actions	Responsable de l'action	Partenaire(s) de l'action	Degré de priorité de l'action	Indicateurs de suivi
Améliorer la santé mentale et la prise en charge des conduites addictives
			
Améliorer la prise en charge du diabète et des autres maladies chroniques			
	...				
	...				
Améliorer la prise en charge des personnes âgées en situation (poly)pathologique	...				
	...				
Améliorer l'accès aux soins et aux services de santé	...				
	...				
...					
...					
...					

CCHVO - Réalisation d'un diagnostic local de santé dans le cadre d'un Contrat Local de Santé
Phases 1 et 2 : Diagnostic local de santé

Et voici un exemple de fiche action :

AXE n ° :			
ACTION :			
CADRE GENERAL DE L'ACTION			
Principales conclusions du Diagnostic de santé			
Objectifs généraux auxquels l'action se réfère			
Objectifs du PRS, des priorités départementales, ou des politiques de la ville auxquels l'action contribue			
DESCRIPTION DE L'ACTION			
Porteur du projet		Acteurs impliqués dans la mise en œuvre	
Public bénéficiaire		Secteur(s) géographique(s) concernés	
Leviers de l'action		Contraintes sur l'action	
Ressources mobilisables		Calendrier prévisionnel	
MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION			
Liste des tâches à mettre en œuvre	Co-pilote de cette tâche (si nécessaire)	Calendrier prévisionnel	
...	
SUIVI / EVALUATION			
Indicateurs de mise en route de l'action			
Indicateurs d'activité			
Indicateurs de résultats			

4. Annexe

- **Liste des acteurs rencontrés pendant le diagnostic :**

Nom	Structure	Fonction / Profession	Commune d'exercice
5 élus (rencontrés pour la plupart dans le cadre des COPIL ou COTECH)			
LEGRAND Martine	Mairie de Nointel	Maire-adjointe	Nointel
LERAY Daniel	Mairie de Bruyères-sur-oise	Maire-adjoint	Bruyères-sur-Oise
MILLEREAU Fabrice	Mairie de Beaumont-sur-Oise	Maire	Beaumont-sur-Oise
OLLIVIER Yves	CCHVO et Mairie de Bernes-sur-Oise	Président de la CCHVO Maire de Bernes-sur-Oise	Bernes-sur-Oise
PLAUT Alain	Mairie de Mours	Maire-adjoint	Mours
7 partenaires			
CLEMENT Virginie	Ecole maternelle Paul-Fort	Directrice	Beaumont-sur-Oise
DEVOS Joëlle	Agence Régionale de Santé	DT 95, Chargée de mission	Cergy-Pontoise
OLIVIER Ghislaine	Agence Régionale de Santé	DT 95, Responsable CLS	Cergy-Pontoise
PENNEL Anne-Lyse	Agence Régionale de Santé	DT 95, adjointe	Cergy-Pontoise
SATRIN Bruno	Ecole élémentaire Jean Jaurès	Directeur	Persan
2 agents	CPAM		Cergy-Pontoise
9 acteurs institutionnels			
DINATALE Yolande	CHI des Portes de l'Oise	Directrice	Méru
JORROT Xavier	Ville de Persan	Directeur général des services	Persan
KERROUX Bertrand	CCHVO et Mairie de Bernes-sur-Oise	Directeur général des services	Beaumont-sur-Oise
KOUKOU Linia	Mairie de Persan	Directrice politique de la ville	Persan
LERAY Daniel	CCAS	1er adjoint	Bruyère
MAUGARD Alain	Conseil de l'Ordre des médecins du Val d'Oise Conseil de surveillance du CHIPO	Médecin généraliste	
PERRAUD-COOMANS Nathalie	CCAS	Responsable	Beaumont-sur-Oise
RASTER Nathalie	CCAS	Responsable	Champagne-sur-Oise
TRY Guillaume	Mairie de Persan	Chargé GUP	Persan
9 acteurs médico-sociaux et sociaux			
BERTAUX Valérie	Maison Départementale des Solidarités	Directrice	
DOUKHAN Mugnette	Conseil général	Assistante sociale (intervient sur le "Village de Persan")	Persan
DOVEZE Delphine	Conseil général	Assistante sociale (antenne Beaumont à laquelle sont rattachées Bruyères, Bernes et Nointel)	Beaumont-sur-Oise
FAHEM Meziane	MJC	Responsable MJC de Persan	Persan
HELFFERICH Eric	Conseil général	Assistant social (antenne de l'Isle-Adam, à laquelle est rattachée Champagne-sur-Oise)	L'Isle-Adam
KLINGER Pascal	Milnoise: Mission locale	Directeur	Beaumont-sur-Oise

CCHVO - Réalisation d'un diagnostic local de santé dans le cadre d'un Contrat Local de Santé
Phases 1 et 2 : Diagnostic local de santé

LECLERC Laurence	Conseil général	Assistante sociale (antenne Beaumont à laquelle sont rattachées Beaumont et Mours)	Beaumont-sur-Oise
LERUSTE Stéphanie	Conseil général	Conseillère économique, sociale et familiale	Persan
SAMI Véronique	Conseil général	Assistante sociale pour le CADA et le Foyer de Travailleurs Migrants	Persan
23 professionnels médicaux et paramédicaux			
BEUMANOIR Anne	-	Orthophoniste	Beaumont-sur-Oise
BENBRAHIM Jessica	Education nationale	Infirmière scolaire dans un établissement d'enseignement adapté - EREA	Beaumont-sur-Oise
BOIN Françoise	CHI des Portes de l'Oise	Médecin responsable CSAPA et Unité mobile Addicto	Beaumont-sur-Oise
BRAHIMI Ouafa	CHI des Portes de l'Oise	Chef du service de pneumologie	Beaumont-sur-Oise
COILLET ..	-	Pharmacienne	Bernes-sur-Oise
DARCOURT Sophie	Education nationale Collège de Beaumont et écoles de Mours, Beaumont et Nointel	Infirmière scolaire	
DUFONT Claire	PMI	Médecin	Beaumont-sur-Oise
ESPIE Eric	-	Médecin généraliste	Persan
FARGEAS Xavier	CHI des Portes de l'Oise	Chef du service de santé mentale	Beaumont-sur-Oise
FEIX Amélie		Ostéopathe	Champagne-sur-Oise
GOURGAND Carole	Education nationale	Médecin scolaire	CCHVO
JOLY ..	Education nationale Ecole et collège de Persan	Infirmière scolaire	Persan
JUILLET Fanny	Milnovoise (Mission locale)	Psychologue du Point Santé	Beaumont-sur-Oise
LEMANT Didier	-	Médecin généraliste	Beaumont-sur-Oise
MIALET ..	Education nationale Ecole et collège de Persan	Infirmière scolaire	Persan
MINNI Jérôme	-	Médecin généraliste	Beaumont-sur-Oise
MORTEO Jean-Jules	-	Infirmier	Champagne
NOUCHET Josiane	Education nationale Collège de Bernes et écoles rattachées	Infirmière scolaire	Bernes-sur-Oise
PITREY Maryse	PMI	Puéricultrice	Beaumont-sur-Oise
PIZZUTI Philip	-	Rhumatologue	Beaumont-sur-Oise
RICARD-HIBON Agnès	CHI des Portes de l'Oise	Médecin chef de service des urgences	Beaumont-sur-Oise
TAMARIN Jean-Maurice	-	Médecin généraliste	Persan
VAUDOU Guillaume	-	Pharmacien	Persan
9 représentants d'usagers			
Groupe de représentants d'usagers du "Village de Persan			Persan