

**COMPTE-RENDU DE LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE
DU 20 JANVIER 2012 – AMPHITHÉÂTRE DU CENTRE
HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRÉTEIL**

Ordre du jour

- Présentation du Schéma Régional de Prévention
- Focus sur le Val-de-Marne de M. DELANOUE, Délégué Territorial
- Présentation du Schéma Bucco-dentaire
- Questions diverses

Membres de la Conférence de Territoire présents : cf annexe I

La Conférence de territoire débute à 14h30.

Propos introductif de M.DOUET

M. DOUET rappelle l'ordre du jour et souligne qu'il est essentiel que les acteurs de terrain apportent leurs contributions au Schéma Régional de Prévention qui va être présenté. Il annonce la volonté du bureau de la conférence de consacrer pour partie la prochaine réunion à une contribution de la conférence de territoire sur l'ensemble des schémas par le biais d'un débat autour d'une motion. Il fait part également de la démarche de la CRSA d'organiser des débats publics autour des enjeux du PRS.

**PRESENTATION DU CONTEXTE
ET DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION**

M. CHAMBAUD, Directeur de la Santé Publique à l'ARS d'Ile-de-France, rappelle que le Projet Régional de Santé (PRS) a été adopté en fin d'année suite à une large concertation avec l'ensemble des acteurs de la santé : représentants des professionnels de santé, usagers, représentants des établissements de santé et médico-sociaux et élus locaux.

Le PRS comporte un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui définit les objectifs et les priorités de santé en Ile-de-France, trois schémas régionaux (organisation des soins, prévention et médico-social) qui mettent en œuvre cette stratégie et des programmes de santé qui déclinent ces schémas au niveau territorial.

Le PSRS a été adopté le 11 octobre 2011.

Conférence de Territoire

Val-de-Marne

L'élaboration du Schéma Régional de Prévention (SRP) suit le calendrier suivant : 1^{ère} version fin 2011- début 2012, recueil des contributions et des propositions des acteurs de terrain jusqu'à la fin juin 2012, consultation formelle des instances à l'automne 2012 et adoption du SRP en même temps que l'ensemble du PRS en décembre 2012.

I - PRESENTATION DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

M CHAMBAUD présente le schéma régional de prévention (cf. annexe II)

Il s'agit d'un schéma construit avec de nombreux partenaires.

En novembre dernier, a été mis en place un comité de pilotage où interviennent, notamment, les représentants des instances (Commission de coordination des politiques publiques, Commission prévention de la CRSA) et de nombreux partenaires extérieurs. La méthode retenue a été de veiller à la transversalité au sein de l'Agence, à l'articulation avec les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), d'Organisation Médico-sociale (SROMS) et à la cohérence avec le PSRS.

1/ La construction du schéma

Le SRP doit permettre d'agir sur les déterminants socio-économiques de santé et de lutter contre les inégalités territoriales et sociales de santé. En matière d'offre de prévention, l'ARS est en présence d'une multitude de promoteurs (environ 900 actions et 800 promoteurs financés par l'Agence). L'articulation entre l'offre de prévention et l'offre de premier recours doit être renforcée.

2 / Les enjeux

Il s'agit de :

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dans la mesure où les publics les plus vulnérables sont les plus éloignés des actions de prévention ;
- favoriser la continuité des parcours de santé par l'intégration des pratiques préventives et curatives ;
- agir sur les déterminants comme les facteurs sociaux.

Des axes de développement prioritaire ont été définis en sachant que chaque individu doit conserver son capital santé et qu'il convient d'agir sur des populations et des territoires ciblés.

Cinq axes prioritaires ont été définis :

- 1/ la périnatalité et la petite enfance ;
- 2/ la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes ;
- 3/ la santé mentale ;
- 4/ la lutte contre l'habitat indigne ;
- 5/ la lutte contre les résistances aux antibiotiques.

Conférence de Territoire

Val-de-Marne

Outre ces axes prioritaires, il s'avère indispensable de poursuivre les actions déjà entreprises, en déclinant les plans de santé publique, en coordonnant et en mobilisant les partenaires agissant sur les mêmes problématiques.

- 1/ la lutte contre le VIH (adapter le financement au mode actuel de contamination) ;
- 2/ la prévention des conséquences du vieillissement pour une meilleure qualité de vie (préservation du capital santé) ;
- 3 / l'adaptation de la prévention aux populations en difficulté particulière (personnes en situation de handicap, migrants, détenus et sortants de prison, personnes en grande précarité) ;
- 4/ la lutte contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux ;
- 5/ la sécurité sanitaire des produits de santé.

3/ Les leviers d'action

- Mobiliser tous les moyens de développement de promotion de la santé et de la prévention (travail pluriannuel de programmation avec quelques associations importantes, actions au sein des contrats locaux de santé, développement d'une culture de l'évaluation) ;
- Développer le rôle des professionnels de santé (développement d'une « consultation de prévention individuelle » fondée sur le dépistage des principaux risques liés à l'âge, renforcement de la participation des médecins aux programmes de prévention, développement de l'éducation thérapeutique du patient) ;
- Développer la santé communautaire ;
- Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire pour renforcer les dispositifs de gestion des menaces et des crises pour la santé publique.

4/ La mise en œuvre

Il convient de mettre en œuvre les actions pour rendre opérationnelles les orientations du schéma : près de 80 fiches actions sont en cours de rédaction

En l'absence de crédits supplémentaires, il faudra parvenir à plus d'efficacité en étant plus cohérent sur les financements et en développant la pluri-annualité.

II – FOCUS SUR LE VAL-DE-MARNE

M. DELANOUE, délégué territorial du Val-de-Marne, fait un rappel des données départementales (cf. annexe II) et décline au niveau territorial les axes de travail du schéma régional de prévention.

Conférence de Territoire

Val-de-Marne

Dans le Val-de- Marne :

- l'espérance de vie à la naissance est de 78,9 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes. ;
- l'habitat potentiellement indigne représente 19,7% des logements (15,5% en IdF), ce qui est relativement important ;
- le taux de participation au dépistage du cancer sein est de 46% (40 % en IdF et 52% France entière) ;
- il existe 31 centres de santé. Plus de 80 centres de PMI sont financés par le Conseil général ;
- on dénombre 7 CIDDIST, 6 CDAG, 4 Ateliers santé ville et 16 CUCS (Contrats Urbains de Cohésion Sociale) ;
- par ailleurs, le Val-de-Marne est le 3^{ème} département d'Ile-de- France touché par le VIH, d'où la nécessité de favoriser des actions spécifiques en faveur du public migrant et de développer les Tests Rapides d'Orientation et de Diagnostics (TRODS).

Les subventions accordées en 2011 en matière de prévention (hors actions de santé recentralisées) s'élèvent à 749 182 € (cf. fin de l'Annexe II pour la répartition par thématique). Par ailleurs, 2 338 432 € ont été alloués au titre des actions de santé recentralisées.

III - INTERVENTIONS

M. CHATELAIN_(UNAFAM) interpelle l'ARS sur le bilan à tirer de l'application du plan de santé mentale 2005/2008. Il réaffirme la place des usagers et de leurs familles en tant qu'acteurs de la politique de santé mentale et la nécessité de les prendre en compte. Il souligne l'absence de l'Education Nationale dans la concertation et s'interroge sur l'état actuel de la convention entre l'Education Nationale et la DT 94. Il ajoute, aussi, qu'il existe une insuffisance dans la mise en place des conseils locaux de santé mentale.

M. HOELTGEN (FHF) précise que les hôpitaux souhaitent participer à la discussion sur les contrats locaux de santé. Il lui semble opportun de mettre en place un contrat local de santé autour du bassin de Villeneuve-Saint-Georges. Il considère nécessaire d'améliorer les liens et l'intervention des hôpitaux dans les actions de prévention ; le financement par la T2A ne favorise pas cette orientation.

Il observe que chaque commune ayant été appelée à exprimer son point de vue sur le Projet Régional de Santé, la CRSA doit s'appropriier ces avis pour faire progresser la mise en œuvre de la démocratie sanitaire.

Conférence de Territoire

Val-de-Marne

Sur les questions de santé mentale, M CHAMBAUD répond que l'ARS souhaite pouvoir discuter des priorités de la politique de santé mentale avec l'Education Nationale (EN). De fait, les pathologies doivent être détectées le plus précocement possible pour une démarche de prévention efficace. Il rappelle que l'ARS a signé avec l'EN une « convention cadre » et que des actions menées par Académie sont nécessaires.

Par ailleurs, la mise en œuvre des dynamiques partenariales prévues par les contrats locaux de santé devrait favoriser la mise en place et le fonctionnement des conseils locaux de santé mentale.

Sur l'intervention des hôpitaux dans les Contrats locaux de santé, M. CHAMBAUD précise que s'agissant de la prévention, l'Education Thérapeutique des patients est à 80 ou 90% hospitalière même si l'on autorise de plus en plus de programmes dans le secteur ambulatoire. L'ARS souhaite que les contrats locaux de santé se mettent en place dans les zones où se concentrent le plus de publics vulnérables. Toutefois, il faut apprécier les zones fragiles et sensibles avec des critères très souples. Tout territoire qui est candidat sera pris en compte.

Mme RIPOL souligne que la lutte contre l'autisme est considérée comme une cause nationale par les pouvoirs publics mais que les crédits alloués pour mener à bien cette politique sont en décalage par rapport aux ambitions affichées.

M.CHAMBAUD répond que la loi impose à l'ARS les trois schémas suscités. Il n'y aura pas de schéma spécifique autisme mais l'ARS soutiendra tout projet relatif à la prise en charge de l'autisme.

Le Dr Grellet fait remarquer qu'on ne part pas d'une page blanche. Il considère que les membres de la CT ne sont pas assez au courant de ce qui se passe. Il fait état d'un courrier de l'URPS concernant l'organisation du colloque de l'ARS sur la santé mentale et la place trop importante, lui semble-t-il, prise par le volet hospitalier. Il indique de nouveau la non prise en compte au bon niveau des conséquences de la baisse de la démographie médicale.

M. Douet indique qu'il ne faut pas focaliser la prévention que sur les contrats locaux de santé et revient sur le besoin de prendre en compte d'autres indices que l'IDH2. Il rappelle enfin le besoin de contrôle des produits de santé.

IV - PRÉSENTATION DU SCHÉMA BUCCO-DENTAIRE

Mme BERT, chirurgien dentiste au siège de l'ARS, présente le schéma bucco-dentaire (cf. annexe III).

Mme BERT rappelle les principaux enjeux de la santé buccodentaire qui est une composante de la santé en général. Les affections bucco-dentaires retentissent, parfois gravement, sur l'état général et la qualité de vie des personnes concernées. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses, en particulier chez certaines personnes atteintes de maladies chroniques (personnes âgées, handicapées ou atteintes de troubles mentaux, etc.).

Conférence de Territoire

Val-de-Marne

Par ailleurs, l'état bucco-dentaire est un excellent indicateur de l'état socio-sanitaire car les inégalités de santé sont fortement corrélées aux inégalités sociales. De fait, les renoncements aux soins sont deux fois plus importants dans les classes sociales défavorisées.

Le schéma bucco-dentaire a vocation à servir de support à une politique structurée et transversale visant à garantir l'accessibilité des soins et à réduire les inégalités territoriales et sociales. Il s'avère indispensable de développer une politique de prévention auprès des groupes à risque : enfants, personnes handicapées, âgées, vulnérables (travailleurs migrants, personnes souffrant de troubles mentaux...). Il est également important de créer et de financer de nouvelles permanences d'accès aux soins (PASS) bucco-dentaires.

Mme Corre revient sur l'accompagnement nécessaire des personnes âgées, y compris dans la mobilité.

Le docteur COHEN remercie l'existence en tant que tel d'un schéma. Il fait observer que dans le Val-de-Marne, quatre hôpitaux seulement ont une activité odontologique. Il serait souhaitable que tous les hôpitaux puissent intégrer des services bucco-dentaires à l'instar de ce qui est mis en œuvre au centre hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. Il pense qu'il faut affirmer d'emblée la prévention comme enjeu et le rôle des dentistes dans ce cadre. Il pose également la question de la rémunération des centres de santé et souligne l'expérimentation départementale sur la prise en charge des personnes âgées. Il pointe les enjeux de la connaissance dans le cadre de la surveillance.

Des remarques venant des participants portent sur les renoncements aux soins liés au coût des soins dentaires, des prothèses et à l'insuffisance de la prise en charge des mutuelles, et donc aux risques de dépassement des honoraires et du reste à charge, ce qui nécessite que l'Etat puisse consacrer des moyens adaptés à cette politique. Le rôle de l'assurance maladie est également pointé. Il est fait part également de l'activité du CHIV dans le domaine et des besoins de renforts dans l'urgence de spécialité.

M. Douet pointe l'état des bâtiments provisoires de l'hôpital Chenevier.

Mme Bert partage l'enjeu sur la mobilité. Elle indique que c'est une première présentation et que le document en préparation insiste effectivement sur la prévention.

En raison de la durée des discussions, l'examen du volet relatif à la santé des détenus est reporté à une prochaine conférence de territoire. A une question de M. Douet, il est juste rappelé la fermeture de l'UHS de Fresnes en 2015. Les réflexions sont en cours sur une nouvelle structure portant une dynamique nouvelle.

La prochaine conférence de territoire aura lieu le 16 mars 2012 à 14h00.

La séance est levée à 18h00.

**Le Président de la
Conférence de Territoire
du Val-de-Marne**