

Délégation Territoriale des Hauts-de-Seine

Département Etablissements de santé

## Compte rendu de la 12<sup>ème</sup> conférence de territoire des Hauts-de-Seine

Vendredi 16 novembre 2012

*La liste des membres présents figure en annexe.*

### **Introduction**

Après avoir rappelé l'importance du volet hospitalier du schéma régional d'organisation des soins (SROS) et l'ordre du jour de la séance, Madame Fourcade excuse Madame Gelliot, qui, pour des raisons personnelles, ne peut prendre part à la séance.

Madame Fourcade rappelle que la conférence n'a pas d'avis obligatoire à donner sur le schéma mais souhaite néanmoins faire des propositions en fin de séance. En effet, la conférence de territoire arrive à la fin d'un premier cycle qui n'est pas sans questionnements relatifs à sa valeur ajoutée. Elle s'interroge par ailleurs sur le rôle de la conférence dans la phase de mise en œuvre du projet régional de santé et de ses différents schémas. L'objectif de la réunion du bureau programmée le 7 décembre prochain sera de réfléchir sur la feuille de route 2013 de la conférence.

Madame Fourcade lance un appel à candidature aux membres de la conférence sur leurs propositions pour l'élaboration du programme de travail 2013 (thèmes, fonctionnement de la CT...). Elle souhaite également revoir avec le siège de l'Agence le positionnement à adopter par la conférence, en lien avec les autres CT d'Ile-de-France.

Enfin, Madame Fourcade félicite et remercie l'ensemble des membres de leur implication forte tout au long de l'année et déclare ouverte la séance.

### **1. Validation du compte rendu de la 11<sup>ème</sup> conférence de territoire (CT)**

Le compte rendu de la 11<sup>ème</sup> conférence de territoire est approuvé.

Mme Fourcade réitère son souhait d'avoir un espace dédié à la conférence de territoire sur le site de l'agence. Une vigilance particulière sera portée en 2013 sur les aspects de communication et de transparence des travaux de la CT.

## **2. Présentation du schéma régional d'organisation des soins (SROS)- volet hospitalier (cf. diapositives n°3 à 60)**

Gilles Echardour (coordinateur plan régional de santé – ARS siège)

M. Echardour évoque la contrainte temporelle de la séance et propose de passer rapidement sur certaines diapositives.

L'exercice du diagnostic régional conduit à faire un point sur l'évolution des besoins et des prises en charge : accroissement des uns et ce, dans la quasi-totalité des domaines (cancer, maladies chroniques, précarité, etc.) et modifications qualitatives majeures des autres (évolution de l'offreur unique, intrication du problème médical et de la dimension sociale, séquences de soins plus nombreuses, bénéficiaires plus diversifiés).

L'évolution massive des affections de longue durée (ALD) et la spécialisation de plus en plus grande des techniques de prise en charge nécessitent un ajustement, d'où l'objet du nouveau schéma hospitalier.

En termes de structures, l'hospitalisation en Ile-de-France ne couvre pas la totalité du territoire. De nombreuses évolutions sont à noter notamment dans les Hauts-de-Seine et Paris. Le recours à l'hôpital est plus important dans les zones où l'offre est très faible (l'exemple de la boucle nord du département des Hauts-de-Seine). Cela soulève la question du renforcement de l'offre existante ou au contraire trouver une alternative à l'hospitalisation ?

Trois enjeux sont identifiés au vu du constat régional. Il s'agit de :

### **1. La démographie des professionnels de santé**

Les Hauts-de-Seine est le dernier département où a lieu la présentation du volet hospitalier du SROS, le DGARS doit ensuite prendre un engagement devant la CRSA de faire un point spécifique sur le sujet. L'étude de la démographie se fera autour de plusieurs dimensions, mobilisant les structures participant à la formation des acteurs de santé. Deux départements sont prioritaires : la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne dans lesquels une expérimentation sera menée.

### **2. Accompagner la mutation stratégique de l'hôpital**

En d'autres termes, comment favoriser une meilleure prise en charge des maladies chroniques dont la complémentarité doit se faire en ville même si l'organisation traditionnelle des hôpitaux continue d'exister. Cette nouvelle organisation justifie le « parcours de soins » et nécessite la mise en place de partenariats nouveaux, ces derniers étant de deux types : partenariats entre établissements et partenariats de proximité avec des partenaires non hospitaliers pour la prise en charge coordonnée des soins de ville.

### **3. Adapter et équilibrer la gradation des soins**

Il n'y a pas d'hypothèses de modification profonde des lieux d'implantation et même si c'est le cas (à la hausse notamment), cela ne portera que sur des spécialités très ciblées.

M Echardour conclut son intervention en rappelant les 24 volets du SROS hospitalier regroupés en trois catégories :

- Les volets populationnels (AVC, IRC, oncologie, cardiologie, psychiatrie, périnatalité, personnes âgées) où la notion de « parcours de santé et de soins » prend tout son sens et nécessite de progresser dans son organisation,
- Les volets intermédiaires (urgences, médecine adulte et pédiatrie, chirurgie, HAD, SSR, USLD, soins palliatifs) dont les problématiques évidentes tournent

- autour de la gestion de l'urgence et de l'organisation intra-hospitalière (orientation vers l'ambulatoire et le développement de l'hospitalisation de jour),
- Les volets à présence forte de plateau technique (imagerie, réanimation, chirurgie cardiaque, neuroradiologie-neurochirurgie, greffes et prélèvements, génétique, traitement des brûlés)

Il apparaît que le volet hospitalier du SROS est un schéma non d'implantations mais d'organisations améliorées :

- internes aux établissements
- entre établissements (gradation des soins)
- entre partenaires hospitaliers et non hospitaliers

Sa mise en œuvre se fera avec les outils traditionnels (les autorisations) assortis de formes d'organisations connues. Il conviendra de trouver en complément d'autres formes d'organisations nouvelles.

### Réactions de l'audience

- Madame Fourcade note que la présentation est certes courte mais n'est pas sans soulever de nombreuses interrogations. Elle pose le cadre général qui oriente la mise en œuvre de l'Agence dans les années à venir. Le document reste général et ne donne pas d'orientations concrètes pour le département. Par conséquent de quels outils dispose-t-on ? Quels sont les leviers (à la fois tarifaires, professionnels, financiers) pour satisfaire les objectifs du SROS ? Comment l'Agence accompagne-t-elle ces orientations stratégiques ? Les expérimentations sont-elles un moyen ? Comment passer de celles-ci à quelque chose de pérenne ?

Réponse : l'Agence partage le fait que ces sujets ne soient pas nouveaux et que les outils actuels sont inadaptés. Ceci étant, quelques remarques sont à formuler :

- ✓ le constat des inadéquations est partagé unanimement par l'ensemble des acteurs et cela fait bouger l'intérêt des professionnels à agir,
- ✓ la création des Agences, l'exercice du PRS, etc. font évoluer l'environnement politique des débats posés,
- ✓ les outils existants peuvent mieux être utilisés (statut, rémunération, coopération). Il existe toute une série de points sous utilisés depuis la loi HPST (exemple de l'expérimentation en cours sur la filière AVC et PA).

En termes d'outils, il y a une combinaison d'outils existants et d'innovation au niveau régional à trouver. Un plaidoyer est à faire avec l'ensemble des casquettes (la conférence de territoire dans sa mission de sonneur d'alarme, l'Agence au niveau national, les représentants des professionnels, etc.) pour atteindre les objectifs du SROS.

La conférence souhaite avoir connaissance des expérimentations en cours (AVC et PA).

- Quelle est la place des CLS dans les nouveaux outils ?

Réponse : en complément de la réponse précédente, il existe une volonté partagée par tous qui est l'intense recherche d'innovation. De nos jours, il n'y a pas tant de travaux qui sont faits et qui donnent des réponses. Nous avons à amplifier cette recherche de solutions nouvelles.

Parmi les outils nouveaux, il y a le CLS. Ils sont menés plutôt dans la dimension prévention avec comme partenaires, les collectivités territoriales. C'est un début de réponse certes, mais il conviendra d'élargir le champ couvert par les CLS ainsi que les partenaires impliqués.

Pour compléter, les CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) dont l'objet en lui-même n'est pas nouveau (540 détenteurs d'autorisation sont soumis à CPOM) mais dont l'enjeu technique et politique à venir est de savoir à quoi cela peut nous servir.

Le CPOM peut être la déclinaison opérationnelle du SROS pour chacun des établissements. Cela ne répondra pas à l'ensemble des questions mais permettra par exemple à un

établissement qui souhaite s'impliquer plus dans la prise en charge d'une maladie chronique de faire en sorte qu'il le fasse avec l'Agence et avec des objectifs bien définis qui lui soient propres.

- S'agissant des CPOMs, les établissements du privé lucratif en particulier s'inquiètent d'une possible inégalité de traitement entre les établissements.
- Le territoire de Neuilly bien qu'étant une zone favorisée, connaît un problème non négligeable de prise en charge paramédicales et aides-soignantes.

#### Réponse :

L'alternative ne peut pas être l'absence de contrat. Le privé et le public s'inquiètent du futur CPOM. Il convient d'avoir des documents écrits. L'absence de contractualisation avec les structures fait que l'Agence agit en « catimini », ce qui lui est reprochée in fine. La contractualisation nous oblige tous à écrire et à être transparents. Il faut trouver le point d'équilibre qui fasse que la confiance soit rétablie entre les différents partenaires.

Nous souhaitons que les établissements de la petite couronne se renforcent car ils constituent des points d'équilibre, notamment démographiques.

- L'existence des bornes basses (tarification à l'activité) fait que l'on freine l'arrivée et le développement de l'ambulatoire

Réponse : ce point fait partie des éléments en cours d'évolution.

Madame la présidente propose qu'une réflexion soit menée sur la méthode et annonce la présentation de la déclinaison territoriale.

### **3. Présentation de la déclinaison locale du SROS (cf. diapositives n°61 à 104)**

Blandine Bodechon (chargée de mission établissements de santé- DT92)

Docteur Marc Lossouarn (médecin inspecteur – DT92)

Elisabeth Le Rest (inspecteur – DT2)

François Crémieux (DOSMS-responsable du pôle Etablissements de santé)

Docteur Sophie Gauthier (médecin-DT92)

Après un rappel des caractéristiques du contexte départemental par Mme Bodechon, un focus est fait sur les enjeux et chantiers prioritaires du volet SROS-hospitalier spécifique au département :

#### 3.1. La permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Docteur Lossouarn rappelle le dispositif mis en place à compter du 1er février 2012. Cinq sites, principalement des sites de l'APHP, ont été retenus (Beaujon, Louis Mourier-Cash, Ambroise Paré, Antoine Béclère et Percy).

Il a été mis en place un suivi des refus du Répertoire Opérationnel des Ressources (dispositif ROR).

L'évaluation du dispositif de la PDSES est en cours.

#### Réactions de l'auditoire

- La population a-t-elle été informée de la mise en place de cette organisation ?

Réponse : le choix a été fait de ne pas informer la population car il y avait un grand risque de désorganisation du fait de la connaissance par les patients et de l'anticipation qui en découlerait. Ce choix a été fortement concerté à l'époque avec les professionnels de santé.

Le patient doit connaître : le 15 et le SAU le proche de son lieu de résidence. Ce point fait l'objet d'une communication en cours de diffusion.

- Il ne s'agit pas forcément de l'information grand public mais de celle faite auprès des médecins (médecins généralistes, médecins traitants)

Réponse : cela aurait pu être fait en effet.

Réponse : à la décharge de l'Agence, les professionnels en appelant le 15 seront immédiatement orientés.

- Le médecin a besoin et a le droit de savoir où est hospitalisé son patient (pour renseigner la famille entre autre). L'information auprès des médecins libéraux/traitant n'a pas été faite et cela est déplorable.

- Le ROR est-il utilisé ? Par qui ? Comment ? Quels sont les motifs de refus ?

Réponse : le ROR fonctionne, il est renseigné voire multi-renseigné. Il est utilisé par le Samu, par le demandeur, l'éventuel « refuseur ».

Réponse : la mise en place du dispositif permet de réguler le système. Il favorise un gain notable en termes de qualité de travail et en termes de temps pour les professionnels. Les motifs de refus sont très rarement une question d'aval. Il s'agit principalement des cas de non disponibilité du/des bloc (s).

Le ROR est également utilisé comme outil de régulation entre service d'un même établissement.

- Le délai d'attente dans les urgences est trop long.
- Il est exprimé le souhait d'une amélioration au niveau des urgences lorsqu'il s'agit d'une personne âgée.

Réponse : l'avis est partagé sur le constat mais il faut distinguer deux choses :

- ✓ La PDSSES qui ne s'applique qu'en nuit profonde, ne concerne qu'un petit nombre de patients et ne porte principalement que sur les aspects organisationnels entre les professionnels,
- ✓ Le dysfonctionnement des urgences (organisation entre les urgences et les services d'aval) est partagé avec les urgentistes. Le volet urgences du SROS hospitalier a pour objectif de se focaliser sur ce point, notamment la recherche de fluidité entre les urgences et les services de médecine.

Madame Fourcade estime qu'il y a un travail de communication et de pédagogie à faire auprès des populations. Elle s'interroge sur comment rendre tout cela accessible aux alloséquanais (démocratie sanitaire) ? Quels changements cela implique en termes de qualité et de sécurité des soins des populations ?

- La recherche de l'efficacité et de son amélioration continue conduit à l'instauration d'un système pervers. Il s'agit par exemple du retour rapide en EHPAD d'une personne âgée hospitalisée suite à une fracture du col ayant séjourné en SSR sachant que l'EHPAD n'est pas outillé pour la prise en charge dudit patient.

Réponse : On pourrait citer également l'exemple de l'obstétrique où est expérimentée la réduction de la durée moyenne des séjours. Il convient de prendre en compte l'évolution des techniques et d'utiliser le mécanisme d'ajustement de proche en proche (en médicalisant par exemple les EHPAD). Le sujet peut être traité en deux étapes : partage du constat puis prise en compte des enjeux futurs.

- L'exercice est très porté sur l'efficience de l'organisation au lieu du parcours de santé qui nécessiterait de travailler sur l'offre de proximité de premier recours

Réponse : l'Agence partage le constat mais il revient aux représentants des professionnels d'agir sur les négociations tarifaires au niveau national.

### 3.2. Les soins en psychiatrie

Madame Le Rest présente :

L'organisation des soins en psychiatrie sur le département se fait autour de :

- ✓ 21 secteurs de psychiatrie générale « adultes » dont 9 secteurs pris en charge hors département ou hors région,
- ✓ 7 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Les priorités du département :

- ✓ la relocalisation des secteurs de psychiatrie (une mission confiée par le DGARS aux docteurs Lachaux, Metton et Pascal, ouverture d'un établissement sur Clamart en juin dernier, quelques potentialités de rattachements existantes),
- ✓ conforter la prise en soins infanto-juvénile et optimiser l'offre de soins aux adolescents et post-adolescents. Les projets prioritaires sont la création d'une unité d'hospitalisation pour adolescents dans le nord et le fonctionnement de l'équipe mobile pour le nord du département

#### Réactions de l'auditoire

- L'enjeu important des Hauts-de-Seine est de faciliter le parcours des adolescents et post-adolescents dès l'émergence des troubles. Des travaux sont menés avec la MDA afin de renforcer le maillage car la grande problématique est la sortie des adolescents du système. L'expérience dans les Hauts-de-Seine est encore trop disparate.
- L'UNAFAM a suivi les travaux, en particulier les difficultés rencontrées sur Villeneuve la Garenne et Meudon. Elle est favorable à la relocalisation dans des hôpitaux spécialisés plutôt que dans les hôpitaux généraux. Elle souhaite également être associée aux prises de décisions.
- Le département manque de psychiatres. La dispersion des secteurs n'irait-elle pas à l'encontre de la solution « hôpitaux généraux » ? La mutualisation ne serait-elle pas profitable ?
- L'hypothèse de la relocalisation dans un hôpital général paraît souhaitable, notamment sur le plan financier.
- Aucune mention n'a été faite sur les MDA, les réseaux, les CMPP. Si l'on considère que la santé mentale est une priorité, l'Agence devrait les soutenir. Quelle est l'articulation avec le secteur pédopsychiatrique ?
- La présentation est très détachée du parcours patient et porte beaucoup sur les soins. Les MDA, espaces santé, CMPP ne sont pas décrits alors qu'ils participent à la prise en charge de la santé mentale.
- Quel est le positionnement de l'Agence sur la création d'un centre au tour de l'université de Nanterre ?

Réponse : sur les adolescents, différentes déclinaisons sont envisagées et cela se fera en alternance avec la MDA. S'agissant des CMPP, le groupe de travail est en relation permanente avec l'éducation nationale.

Le projet autour de l'université de Nanterre doit faire l'objet de réunions entre les différents partenaires.

Compte tenu des enjeux, Madame Fourcade souhaite que la CT puisse convier la mission Lachaux, Metton et Pascal pour une présentation de leurs propositions pour la relocalisation des secteurs du département. Une proposition sera faite dans ce sens. Elle exprime son intérêt pour le parcours de santé des adolescents qui fera également l'objet de propositions constructives de sa part (en se référant aux travaux de l'ARS Bourgogne).

### 3.3. Le renforcement de l'offre de soins dans la boucle nord de la Seine

Après avoir rappelé l'héritage historique du Cash, la situation budgétaire et financière des sites de Louis Mourier et du Cash, les difficultés de recrutement, etc. M. Crémieux présente :

- ✓ le protocole d'accord signé entre l'Agence, le Préfet de police de Paris et l'AP-HP,
- ✓ le pilotage et la méthodologie retenue pour conduire le projet de regroupement des deux sites : 4 groupes de travail ont été constitués et sont en passe de produire des conclusions,
- ✓ le volet médical du projet stratégique du Cash.

Il évoque l'offre de soins de la commune de Nanterre (préfecture de département), où la prise en charge de l'aigu sera déficitaire dès lors que le regroupement de l'activité de chirurgie de la clinique de la Défense sur la clinique des Martinets sise à Rueil sera effectif.

#### Réactions de l'auditoire

- Mme Fourcade rappelle que la conférence, dans son rôle politique peut poser des questions. Par ailleurs, elle devrait pouvoir également venir en appui à l'Agence.
- Les élus de Nanterre sont d'accord pour qu'une solution alternative soit trouvée rapidement, la gestion de l'aigu devenant déficitaire avec le projet de la Générale de Santé. Le devenir de l'hôpital devient très préoccupant.
- Il apparaît que regrouper sur un même site les populations précaires, les « fous » et les personnes âgées va à l'encontre d'une époque où la stigmatisation des populations n'est pas souhaitable
- Le projet Cash/Louis Mourier est à conduire. Il faut au préalable que les points suivants soient satisfaits : une direction unique, un budget unique et un projet commun sans lesquels le projet n'avancera pas. Le projet de rassembler sur un même site tel que le Cash, les personnes âgées, les précaires et les patients en psychiatrie est au contraire un projet honorable. Il est souhaitable que la conférence se prononce pour la poursuite du projet.

Madame Fourcade rappelle que la conférence souhaite pouvoir contribuer à faire accepter le projet Cash/Louis Mourier en s'impliquant notamment auprès des élus concernés. Le projet devra être retravaillé et la conférence souhaite y prendre part. Une proposition sera faite sur ce point.

### 3.4. La cancérologie et la périnatalité

Sans négliger l'importance de ces deux volets, ils n'ont pas été abordés à la demande de Madame Fourcade pour respecter l'horaire de la séance.

### 3.5. De la filière gériatrique sanitaire au parcours de santé des personnes âgées

Après avoir présenté rapidement les 6 filières du département, dont 3 labellisées, le Docteur Gauthier expose les perspectives pour le département :

- ✓ Etablir l'état des lieux de chaque filière sanitaire suite aux réorganisations hospitalières,
- ✓ Les expérimentations dont deux sont en phase de lancement : le module 2 du projet OMAGE et la mise à disposition d'une IDE de nuit sur 3 EHPAD de la ville de Clamart en lien avec Antoine Béclère.

#### Réactions de l'auditoire

- La conférence de territoire propose quelques amendements :
  - ✓ L'inscription de la géronto-psychiatrie dans la filière gériatrique,
  - ✓ La mise à disposition d'un médecin référent la nuit dans chaque maison de retraite (à partir de l'expérimentation).

- L'expérimentation est partagée unanimement mais très difficile à mettre en place.

Réponse : l'objectif initial est que l'infirmière se déplace la nuit dans les 3 EHPAD. Il s'agit d'une expérimentation. Les formations sont actuellement en cours (partie théorique et stage pratique). La mise en œuvre effective du dispositif est programmée au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le lancement sera fait dans 7 départements (sauf Paris) et une évaluation sera faite à 6 mois puis à 1 an.

- Le principe pourrait aller dans le sens d'une amélioration si l'infirmière pouvait avoir accès au dossier médical.
- Il a beaucoup été question de la prise en charge sanitaire. Le travail fait par les CLIC, les équipes sociales, les services locaux-sociaux ne sont pas pris en compte.

Réponse : il est vrai que l'expérience est orientée santé/EHPAD et a pour objectifs la réduction des hospitalisations de nuit

Mme Fourcade demande que le parcours de santé des personnes âgées en établissement soit précisé. Il lui semble nécessaire d'intégrer le Conseil Général dans l'expérimentation du parcours dès en amont (au titre de la prévention avant l'arrivée en EHPAD).

Réponse : il est prévu d'intégrer le Conseil Général dans la prochaine étape, la première étant axée sur le financement.

## **Conclusion**

Madame Fourcade remercie les intervenants de l'équipe de la délégation territoriale. Elle propose qu'une formalisation des propositions émises sur la présentation soit faite et transmises à l'ensemble des membres pour un retour rapide, au plus tard le 27 novembre.

Elle invite les membres à faire des propositions.

Par ailleurs, aucune réunion plénière n'est prévue d'ici la fin décembre et le calendrier de travail sera établi par le bureau lors de sa séance du 7 décembre.



## ANNEXE

### **A) Présents**

#### **Membres de la conférence :**

##### Collège n° 1 :

Mme Dominique BOULANGER, Dr Anne BRULLE, Dr Philippe CLERY-MELIN, M. Arnaud GUYADER, Dr Stéphane LEVY, Dr Jean Victor RAUST

##### Collège n° 2 :

M. Jean-Pierre BELIN, M. Bernard FOUSSAT, Mme Catherine HARPEY, Mme Carine N'GILLA, Mme Joanita TRZESICKI, M. François VELAY

##### Collège n° 3 :

M. Michel RIOTTOT, M. Jean Guilhem XERRY

##### Collège n° 4 :

Dr Stéphane LANDAIS, Dr Lydia MARIE SCEMAMA, M. Jean-Marc MOREAU

##### Collège n° 5 :

Dr Hélène COLOMBANI

##### Collège n° 6 :

Néant

##### Collège n° 7 :

M. Bernard GAISSET, Dr Véronique OLIN

##### Collège n° 8 :

M. Mokrane AIT SI ALI, M. Philippe BOUFFARTIGUE, M. Claude CHAVROT, M. Michel DEFONTAINE, Mme Marie DE VIENNE, M. Michel GIRARD, Dr Patrick MARANDAS, Mme Micheline SERFATY, M. Bruno VOYER

##### Collège n° 9 :

Mme Alexandra FOURCADE, M. David M'BANZA

##### Collège n° 10 :

Néant

##### Collège n° 11 :

Dr Laurent EL GHOZI

#### **Invités permanents :**

Dr Michel BAER, M. Etienne CHARRIEAU, Mme Isabelle PHILIBERT (représentant M. Alain BOUREZ)

#### **Invités :**

Mme Béatrice BALESTRA (représentant Mme Gisèle BAYARD), Mme LOPEZ (représentant Mme Marie-Anne RUDER)

Mme Edith BERNARD, Mme Céline CHARDON, M. François CREMIEUX, M. Gilles ECHARDOUR, Mme Valérie JOVELIN PEIGNE

**B) Excusés :**

**Membres de la conférence :**

Dr Pierre LANOT, M. Jean Michel PEAN, Mme Marie-Anne RUDER, Pr. Jean MANTZ, M. Claude HEGE, Mme Valérie VAN DE VYVERE, Mme Céline BLAZY, M. Pascal COLIN, Dr Jean Luc LEYMARIE, Mme Anouck MINTANDJIAN, Dr Gérard PERRUCHET, Dr Thierry MAZARS, Mme Gisèle BAYARD, M. François CHARLES, M. Daniel COURTES, Dr Jean Claude LECLERCQ

**Invités :**

Mme Bernadette FOLLIGUET, M. Pierre André PEYVEL, M. Eric QUENAULT, Dr Jany VEG