

## COMPTE-RENDU DU DEBAT PUBLIC

### Prévention des facteurs du risque vasculaire en Seine Saint Denis

samedi 22 novembre - 9h00/13h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

Nombre de personnes :

56 présents dont 13 intervenants

#### **PARTIE I ► OUVERTURE DE LA JOURNEE**

Monsieur Jean-Philippe HORREARD – *ARS Délégué territorial de Seine-Saint-Denis*, ouvre le débat.

Le Professeur Jean-Jacques MOURAD *Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis – Avicenne*: *Prévenir et traiter les facteurs du risque vasculaire. Pourquoi ? Comment ?* et

Le Docteur Laurence DESPLANQUES - *ARS DT93* : *Quelques données en Seine-Saint-Denis*

*Cf documentation jointe en annexes (PARTIE VI) :*

(1) *Pr MOURAD*

(2) *Dr DESPLANQUES*,

et accessible sur le site des conférences de territoire : URL : <http://ct.sante-ile-de-france.fr/>

#### **PARTIE II ► TABLE RONDE 1**

##### **EXPERIENCES MISES EN PLACE, FACTEURS DE REUSSITE**

Modérateur : Professeur Jean-Jacques MOURAD

1/ Promouvoir la reprise de l'activité physique adaptée : Le défi Forme Santé à Saint-Denis  
→ Monsieur Lamine CAMARA – Association du Sport Santé

2/ L'insuffisance rénale chronique : une pandémie silencieuse.  
Le dépistage des maladies rénales par le réseau de Santé RENIF  
→ Docteur Xavier BELENFANT – *Directeur du réseau RENIF*

3/ AVC : agir en amont pour réduire la fréquence et la gravité des AVC  
→ Madame Marie-Joëlle DEJOUET – *Filière AVC Saint-Denis*

4/ De la réflexion à l'action de terrain en santé publique : bilan et partage d'expériences du Centre d'examen de santé de la CPAM 93  
→ Docteur Hervé LE CLESIAU – *Centre des bilans de santé – CPAM 93*

*Cf documentation jointe en annexes (PARTIE VI)*

(3) *M CAMARA*

(4) *Dr BELENFANT*

(5) *Mme DEJOUET*

(6) *Dr Le CLESIAU*

### *Echanges avec la salle :*

**Dr Caroline PAVLOWSKY** (médecin généraliste CMS de Drancy – Coordonnatrice Réseau Ville-Hôpital 93 Centre) Sans remettre en cause la pertinence de la notion de parcours de santé, depuis l'incitation aux activités sportives jusqu'aux soins ciblés, elle constate dans la pratique des ruptures de parcours provoquées par la difficulté à trouver des cardiologues ou des néphrologues, empêchant ainsi les personnes de se faire suivre. Elle ajoute qu'en tant que coordinatrice de réseau, il lui est difficile d'obtenir des subventions de l'ARS car les projets ne s'inscrivent pas dans les périmètres de financement prévus, les projets cumulant souvent différentes activités, comme la prévention ou l'éducation à la santé en passant par l'accompagnement social.

Pourtant la diversité est à prendre en compte. Le réseau travaille avec des médecins de centre de santé, des médecins libéraux, des médecins hospitaliers, des assistantes sociales, des infirmiers etc. Il intervient aussi dans des associations, notamment l'association d'insertion JADE<sup>1</sup> à la Courneuve et dans des réseaux d'oncologie. C'est la diversité et la liaison entre ces différents facteurs qui permet le succès de ces expériences.

**Pr MOURAD** ajoute que dans un département qui dispose de moins de ressources que d'autres, il serait pertinent qu'une autorité soit en mesure d'identifier les chainons bloquants et de travailler pour mettre en place des moyens sur les chainons manquants.

**M HORREARD** précise que si les subventions accordées par l'ARS s'inscrivent dans une logique de programmes bien identifiés avec des financements fléchés, les différents objectifs du Programme Régional de Santé, et notamment celui de la réduction des inégalités d'accès aux soins, justifient que l'on travaille sur une plus grande efficacité de la notion de parcours.

**Dr GOMBEAUD** (URPS médecin) remercie les quatre intervenants en soulignant comment en agissant sur un facteur, on peut toucher à beaucoup d'entre eux. Il les interroge ensuite sur leurs inquiétudes quant à la poursuite de leurs activités, compte tenu des difficultés de recrutement ou d'insuffisance de coordination.

**Dr BELENFANT** répond que la densité médicale ne va pas augmenter, et que l'on peut s'interroger sur la manière dont l'offre de soins va, dans ce contexte, se réorganiser. Lorsqu'une pathologie néphrologique est révélée par exemple, les 1400 néphrologues recensés sur le territoire national ne permettent pas de satisfaire la demande. En revanche, il serait indispensable que les néphrologues transmettent leurs connaissances aux autres praticiens, afin de permettre un recours ponctuel aux spécialistes en cas de stricte nécessité, pour faciliter la prise en charge.

L'interrogation porte également sur le financement à l'activité des hôpitaux (T2A) et les effets induits par ce financement. Valoriser à sa juste valeur la prise en charge du parcours de la maladie chronique, permettrait peut-être d'éviter un recours pas toujours justifié à l'hospitalisation.

---

<sup>1</sup> JADE (Jeune Action Dialogue Entreprise)

**M FEUTRIE** (Directeur CHI Le Raincy/Montfermeil – Fédération hospitalière de France) revient sur l'objectif du contrôle de 70% des hypertendus évoqué par le Pr Mourad. Il interroge la place et le rôle de l'hôpital dans ce contrôle, au niveau de la prévention, avec les problèmes de financement que cela engendre ?

Quelle est l'articulation entre l'hôpital et la médecine de premier recours, dans cette mise en œuvre ?

**Pr MOURAD** précise ce qu'il entend par le contrôle de l'hypertension. Ces hypertendus contrôlés, ont moins de 140 mm de mercure de pression systolique et moins de 90 mm de mercure diastolique, sous traitement.

Aujourd'hui la France ne contrôle que 50% des hypertendus, alors que le Canada en est à 70%, après avoir mis en place un programme extrêmement intéressant et peu onéreux, avec des recommandations simples, dont la France s'est inspirée, et avec une diffusion vers les médecins généralistes.

En réponse aux interrogations de M Feutrie, le rôle de l'hôpital devrait être anecdotique, comme pour le diabète. Il ne devrait intéresser que les hypertendus résistants, notamment ceux qui, après 6 mois, ne sont pas contrôlés malgré 3 antihypertenseurs différents.

Il ajoute que suite aux discussions avec la Direction Générale de la Santé (DGS) après le retrait de « l'HTA<sup>2</sup> sévère » de la liste des affections de longue durée (ALD), la cause a été plaidée à la DGS pour la remplacer par l'ALD « HTA résistante ». Cela concerne des individus qui malgré trois médicaments, ne sont pas contrôlés. Ce sont les personnes à plus haut risque, qui meurent plus et qui nécessitent plus d'exams coûteux, plus de médicaments et donc plus d'hospitalisations.

Idéalement cette ALD - qui n'existe pas - devrait être réservée aux hypertendus qui posent un problème aux généralistes ou aux cardiologues de ville, qui sont les premiers recours classiques, c'est-à-dire ceux qui ont plus de trois médicaments et qui ne sont pas contrôlés. Ils représentent moins de 20% des 12 millions d'hypertendus.

**Dr THEVENIN LEMOINE** (conseiller médical à l'ARS – médecin néphrologue) s'interroge sur la manière de travailler avec les médecins généralistes, pour les aider à repérer les patients qui doivent être adressés au néphrologue, et leur donner des conduites à tenir pour ceux qui n'ont pas besoin dans un certain laps de temps, de voir un néphrologue ? L'envoi de documents aux médecins généralistes est-il suffisant ? Quelles sont les pistes de travail pour initier plus de complémentarité entre les différents professionnels de santé ?

**Pr MOURAD** rappelle qu'il y a eu, à une époque dans le milieu de la néphrologie, des consultations par excès avec la parution de certains biomarqueurs notamment la microalbuminurie, ainsi que des recommandations particulièrement complexes à appliquer pour un médecin généraliste. C'était à une époque où l'insuffisance rénale était plutôt négligée.

Sa recommandation personnelle serait de proposer une expérience pilote avec les laboratoires d'exams biologiques du département, en rajoutant au dosage de la créatinine et de la clairance un avis consensuel, visant à solliciter l'avis du néphrologue au-delà d'un certain seuil. On donne ainsi l'information aux laboratoires et on voit le rôle des « troisièmes regards », un pharmacien par exemple qui va aider sur l'observance plutôt que stigmatiser une ordonnance trop longue. Cela permettrait d'avancer de manière plus dynamique.

---

<sup>2</sup> HTA (Hypertension Artérielle)

**Dr GOMBEAUD** ajoute qu'il soutient cette proposition mais que cela ne suffira pas. L'URPS, représentant l'ensemble des professionnels sur ce débat, est inquiète quant à l'avenir de la formation continue des professionnels de santé.

**Dr Caroline PAVLOWSKY** revient sur la diffusion de la connaissance. Le réseau essaie de faire partager des expériences. Face aux problèmes rencontrés, il est important de pouvoir appeler d'autres professionnels pour connaître la réponse à un problème médical. En appelant un professionnel spécialiste, un médecin généraliste peut « traiter » au mieux le problème. Sans recours ni réponse, le non spécialiste enverra le patient chez un spécialiste, parfois à mauvais escient et sans utilité quelconque.

**Dr BELENFANT** rappelle que la priorité c'est d'abord le partage du savoir. Il est important de définir ensemble des « cibles thérapeutiques ». Le réseau milite ainsi, pour que dans chaque territoire de santé, les différents professionnels de la santé puissent se rencontrer, communiquer entre eux, échanger et diffuser leurs connaissances.

Cette thématique permet de démontrer que Paris n'est pas le seul territoire de référence en matière de connaissances médicales pointues. Dans la banlieue, il y a aussi des professionnels de santé qui en se rencontrant peuvent s'entraider. Néanmoins le réseau ne peut pas répondre à tous. Il faut donc s'entendre sur les critères qui permettent de référer le bon patient, celui qui justement présentera le plus de difficultés.

**Pr MOURAD** ajoute qu'il travaille depuis 10 ans en Seine Saint Denis. Selon lui, le contact direct, un peu « artisanal » qui existe dans ce département, entre les professionnels de santé, risque de disparaître lors du départ à la retraite de toute une génération de médecins. Des maîtres de stage, comme Michaël NEMORIN, permettent de favoriser l'installation de certains étudiants de la faculté de Seine Saint Denis, sur leur terrain de stage. Mais le système reste trop fragile car il repose sur la bonne volonté de quelques praticiens. Il serait nécessaire que les bons côtés de ces relations artisanales puissent être complétés par une organisation plus effective, pilotées par les collectivités.

**Dr COLLET** (chef de projet régional « diabète » ARS) revient sur les maladies chroniques et leur prévention. On a vu l'expérience du Défi Forme Santé sur la Seine-Saint-Denis. Comment l'association du Sport-Santé va-t-elle étendre son action sur d'autres communes et à d'autres partenaires ?

**M CAMARA** précise que l'association est basée sur les territoires de Saint Denis et la Courneuve et, qu'elle bénéficie des installations sportives d'un syndicat interdépartemental. Pour aller ailleurs, l'association pourrait éventuellement se déplacer dans les hôpitaux, bien que ce ne soit pas son objectif, qui est plutôt de faire sortir les patients de l'hôpital et de les renvoyer vers les associations sportives. Il suffirait alors qu'une ville, un atelier santé/ville ou une association, aient la volonté de développer un programme sport/santé. Dans ce cas, l'association pourrait mettre à disposition, dans un premier temps, un éducateur sur des activités extérieures qui seraient néanmoins limitées, par exemple à de la marche nordique. Le système peut être mis en place en un mois, il suffit d'avoir les fonds nécessaires pour rémunérer l'éducateur.

---

<sup>3</sup> Hypokaliémie (Taux anormalement faible de potassium dans le sang)



Il est plus difficile de nouer des partenariats sur une autre partie du département, avec des associations sportives, et des centres de santé. Il faudrait, dans ce cas, avoir un éducateur médico-sportif disponible pour 2 ou 3 associations sportives.

La particularité de l'association est d'agir sur le comportement du patient, c'est-à-dire en augmentant de son activité physique hebdomadaire, ce qui est facile à mettre en œuvre. L'idée pourrait être de créer un pôle sport/santé avec des antennes, c'est-à-dire un éducateur qui se déplace ponctuellement.

**Dr COURAGE** (médecin généraliste à St Denis, Président de l'association du Sport Santé) reprend l'idée de développement des activités de l'association du Sport Santé. Les trois points importants qui valident le processus du Défi Forme Santé, c'est le fait que ce soit ancré sur un territoire, avec un réseau local, que ce soit coordonné sur ce territoire, et que ce soit supervisé.

Si l'association devait se développer, l'idée serait de proposer à un autre groupe de communes, de travailler avec un éducateur sportif référent, sachant que les éducateurs sportifs APA<sup>3</sup> ont un master 2. Ils sont capables d'être cadre et d'organiser un programme sur un territoire. Cet éducateur sportif référent devrait travailler avec un groupe de médecins intéressés par ce type de prescription, dans un lieu d'accueil sportif, comme un gymnase, et avec le réseau associatif local pour que l'activité puisse débiter, se pérenniser et être évaluée. En dehors de cela, des initiatives plus limitées peuvent être créées, mais il n'y aura pas d'échanges entre les professionnels du sport et les soignants, et le processus risque de ne pas être pérenne.

**M BOUIS** (représentant des usagers) revient sur les facteurs à risques, notamment celui du surpoids et de l'obésité. Les différents plans proposés par le passé ont conduit davantage à complexifier les obèses qu'à lutter contre le phénomène de l'obésité. Comme il a été souligné, l'obésité n'est pas complètement liée à des comportements d'individus, mais à des situations de vie. Y a-t-il dans les structures spécialisées qui prennent en charge ces personnes en situation de risque, une démarche spécifique plus psychologique que médicale ?

**M CAMARA** précise qu'au départ l'association parlait énormément de diététique aux personnes en situation de surpoids. Actuellement l'orientation se fait vers l'activité physique. C'est une démarche dans laquelle on retrouve des personnes qui n'ont jamais fait d'activité physique ou très peu, qui vont s'engager sur 3 ou 4 activités physiques hebdomadaires adaptées. Puis vers la troisième semaine de prise en charge, ces personnes vont commencer à s'interroger sur la manière de manger. Elles sont alors orientées vers une diététicienne. La difficulté est d'éviter la stigmatisation. Vers la 7<sup>ème</sup> semaine, cela continue par exemple sur le terrain pour les diabétiques, pour lesquels commencent des échanges informels lors de la marche. On parle d'éducation thérapeutique. Les résultats sont satisfaisants.

En fait, quelle est l'idée générale qui donne des résultats ? Plutôt que de rassembler toutes les personnes en surpoids ou diabétiques pour faire du sport, c'est de proposer une activité à laquelle ils participent régulièrement, et ensuite entamer le discours sur la diététique et sur l'observance thérapeutique.

Face aux résultats positifs, les médecins adressent à l'association de plus en plus de patients réfractaires à l'idée de consulter un psychologue.

**Pr MOURAD** ajoute que la manière dont les soignants voient l'obèse et l'obésité, reflète et explique probablement l'échec de la prise en charge de ce facteur de risque. Le taux de

---

<sup>4</sup>APA (Activité Physique Adaptée)

réussite de la meilleure clinique de nutrition sur Paris, en matière de réduction pondérale à 10 ans, est de 7%. Cela veut dire qu'il y a 93% d'échecs.

La manière dont a été enseigné le sujet dans nos facultés n'est absolument pas une approche psychologique. Il y a par ailleurs des problèmes culturels dans le département. Faire maigrir certaines ethnies, c'est perdre un certain nombre d'atouts esthétiques.

Le pourcentage d'obèses en particulier chez les femmes dans certaines peuplades, reflète aussi certaines composantes esthétiques. Il faut réfléchir à cet aspect-là et à la manière de changer les comportements vis-à-vis de ces patients.

**M CAMARA** précise que l'association parle plutôt d'amélioration de la condition physique. Cela permet aux personnes concernées de se dire qu'elles adhèrent au projet non pas pour perdre du poids mais pour améliorer leur condition physique, même si le résultat final est identique.

**Mme DEBOTTE** (comité départemental des Offices Municipaux du Sport) souligne l'intérêt que représente le Défi forme santé de l'association du Sport Santé sur le plan de l'éducation à la santé par l'activité physique. Elle ajoute que les facteurs de réussite sont la proximité des équipements, des éducateurs formés, la volonté des patients, et la prescription d'activités physiques du médecin traitant. Ces éléments fondamentaux ne sont pas toujours faciles à conjuguer. Mais lorsque le cycle Défi Forme Santé est terminé, quels sont les clubs locaux ou les associations sportives proches qui vont pouvoir accueillir ces nouveaux sportifs ?

**M CAMARA** précise que toutes les associations le peuvent, si elles intègrent dans leur cadre des éducateurs médico-sportifs. L'association Défi Forme Santé à la fin du cycle, accueille chaque patient, pour faire un projet d'orientation individuelle. Quelques associations ont accepté d'avoir un éducateur médico-sportif, par exemple un club d'athlétisme où il y a une section athl/santé pour cette catégorie de personnes. L'idée de Défi Forme Santé est de faire dans chaque section, du foot, du basket, une section santé avec un éducateur médicosportif.

**Mme CHEURFA** (association Sport Alim) rebondit sur les propos de M CAMARA. Elle est également acteur de terrain, titulaire d'un master 2 sciences techniques des activités physiques et sportives, obtenu à la faculté de Bobigny, et a intégré l'association Sport Alim. Cette association située essentiellement sur la Seine-Saint-Denis, touche à peu près 400 personnes par mois dans différents établissements. L'association rencontre des difficultés d'ordre structurel, notamment en cas d'intempéries, où il faut se rabattre sur de toutes petites structures pour accueillir les participants, voire annuler les séances d'activités physiques. Quelles sont les solutions, ou quelles sont les structures relais auxquelles Défi Forme Santé a fait appel, pour parer à ces problèmes de terrain ?

**M CAMARA** précise qu'il n'est pas possible d'encadrer toutes les personnes qui en ont besoin. La question est de savoir ce qu'il faut mettre en place pour que ces personnes puissent faire seules une activité physique. Il y a des limites, il faut définir ce qu'est le sport santé, ce qui peut être pris en charge, et ce qui relève de la suite.

### **PARTIE III** ► **TABLE RONDE 2**

#### **COMMENT MOBILISER LES ACTEURS DU DEPARTEMENT**

Modérateur : Monsieur Lucien BOUIS – *Représentant des usagers* – UDAF 93 M BOUIS représentant des usagers au sein de la conférence de territoire, remplace en tant que modérateur, Mme Catherine OLLIVET, présidente France Alzheimer 93, absente.

Il souligne que la démarche est la prise en considération de la vie quotidienne des usagers qui sont à la fois patients et citoyens.

Il s'agit de savoir comment trouver des acteurs qui prennent en compte les difficultés du département, et qui trouvent malgré un certain nombre d'obstacles, des solutions qui permettent d'évoluer.

1/ Docteur Pierre BRODARD – *Directeur de la santé – Ville de la Courneuve*

2/ Madame Marie CITRINI – *Collectif National des Associations d'Obèses*

3/ Madame Sylvie BOULONNOIS – *Présidente de Génération Diabète 93*

*Cf présentation jointe en annexes (PARTIE VI)*

*(7)Dr BRODARD*

*(8)Mme CITRINI*

*(9)Mme BOULONNOIS*

#### **PARTIE IV ► ECHANGES AVEC LA SALLE :**

**M BOUIS** ajoute qu'au travers des différents témoignages issus de situations vécues, il faut retenir cette volonté de sortir des lieux habituels, tels que le supermarché ou le marché pour aller au contact des gens, et l'implication de l'ensemble des services d'une municipalité dans une démarche d'informations continues.

**M NEMORIN** (Président du réseau Dianéphra 93) précise que le programme prévention du réseau Dianéphra, s'adresse aux personnes à hauts risques vasculaires, qui peuvent être obèses ou qui présentent d'autres facteurs de risque. Le réseau dispose de 80 places. Actuellement sur 400 patients, une quarantaine bénéficie de séances de kiné, d'activités physiques et de diététique. Dianéphra propose aussi des activités physiques, des séances de diététique uniquement réservées aux patients qui présentent un IMC<sup>4</sup> supérieur à 28. Des places sont encore disponibles pour les usagers intéressés.

**M GAUTIER** (URPS – Masseur kinésithérapeute) revient sur l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) qui se pratique essentiellement en structure, à l'hôpital ou en centre, et très peu en ambulatoire. Or, il existe aussi des programmes en ville, qui permettent au patient de prendre conscience de sa pathologie, de bien la comprendre et de se faire aider ensuite pour mieux vivre les problèmes chroniques qu'il subit.

Actuellement c'est 80 ou 90% des activités d'ETP qui sont en établissements de santé, donc un faible pourcentage pour la ville. Pour soulager les structures, l'ARS est-elle prête à encourager le développement de l'ETP en ville, car l'hôpital ne peut pas tout faire?

**Dr COLLET** précise effectivement que la majorité des programmes d'éducation thérapeutique du patient quelle que soit la pathologie, se pratique en établissements de santé. Néanmoins l'ARS s'est engagée dans une démarche d'expérimentations sur 35 programmes d'éducation thérapeutique en ambulatoire, avec des centres de santé, des maisons du diabète et de la nutrition. Après 3 ans cette démarche sera évaluée et éventuellement étendue. L'expérimentation est gérée par la plateforme régionale ressources en ETP avec le Professeur Yves TRAYNARD.

**Dr BRODARD** spécifie que les centres de santé sont réellement des structures en ambulatoire par rapport aux structures hospitalières.

**Mme CITRINI** sur l'aspect associatif, elle suggère aux médecins libéraux de redoubler d'efforts pour favoriser l'émergence de réseaux d'éducation thérapeutique des patients.

---

<sup>5</sup> IMC (Indice de Masse Corporelle)

**Dr GOMBEAUD** revient sur l'ETP, il regrette que les 35 sites privilégiés par l'ARS soient presque tous « hospitalo centrés ». C'est une difficulté majeure qui va provoquer des obstacles dans les résultats.

**Dr COLLET** rectifie et précise qu'il s'agit bien de 35 expérimentations de programmes d'éducation thérapeutique en ambulatoire, hors établissements de santé !

**Dr GOMBEAUD** revient sur l'implication des médecins libéraux, les médecins séquanodionisiens qui réalisent 90% des actes au tarif de la sécurité sociale et qui font probablement 50% en tiers payant, ne peuvent pas faire plus qu'il n'en faut. Or s'il est difficile de travailler avec des professionnels libéraux déjà submergés, c'est néanmoins la seule voie possible. Le problème fondamental est celui de l'accès aux soins, qui nécessite qu'il y ait des médecins. Or les zones les plus défavorisées sont tenues par des libéraux, et par nature les centres de santé sont situés dans les centres villes. Il est nécessaire de travailler ces questions.

**Mme CITRINI** ajoute qu'elle a été volontairement provocatrice dans ses propos précédents. Elle se souvient d'une réunion dans le cadre du plan obésité, où la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009 et 2011 avait associé des médecins généralistes, pour l'écriture des recommandations de bonnes pratiques de la prise en charge, de l'enfant et de l'adolescent en surpoids et en obésité, puis pour la prise en charge de l'adulte en obésité. Ces professionnels, malgré la difficulté pour eux de bloquer une journée par mois, étaient venus. Le problème soulevé par les médecins présents était la disponibilité pour prendre le poids et la taille d'un patient, pour calculer son IMC, alors que celui-ci venait consulter pour une simple angine. Cet exemple illustre les limites d'actions de chacun sans forcément que soit stigmatisée l'inaction des uns ou des autres.

Néanmoins, il y a une réelle nécessité de mobiliser tous les acteurs du territoire qui sont déjà largement impliqués, mais surtout de rappeler aux médecins libéraux absents aujourd'hui, qu'il existe des moyens mis en place pour leur faciliter la tâche.

**M BOUIS** précise que la parole de l'usager et pas simplement celle du malade, fait partie d'une nouvelle démarche. Il faut que les associations d'usagers, les structures de professionnels ainsi que les autorités locales ou départementales le prennent en considération. C'est également le rôle de la conférence régionale de santé d'aborder ces problèmes de traitement et de comportement.

**Dr DJOUAB** (médecin directeur des centres de santé de la ville de St Ouen) ajoute qu'il faut sortir des cloisonnements entre la médecine salariée et libérale sur la prise en charge des pathologies chroniques. L'enjeu est de décloisonner les pratiques des uns et des autres. Dans les appels à projets financés par l'ARS, le travail de transversalité de partenariat, devrait être valorisé et rémunéré. Coordonner tous les acteurs sur un territoire, c'est du temps, c'est de l'expertise, et donner la parole aux usagers et aux professionnels c'est aussi du temps. Cette question du temps est dans le fondement même de la prise en charge des pathologies chroniques.

La Ville de St Ouen a répondu à un appel à projets, (le programme Azalée), sur la rémunération et la prise en charge des pathologies chroniques par des non-médecins.

Il faut également réfléchir sur le type de professionnels, qui ont aussi un rôle à jouer dans la prise en charge des patients.

**Dr BRODARD** ajoute qu'il faut effectivement décroïsonner. L'avantage de l'échelon territorial est de favoriser des diagnostics. A l'occasion de la réalisation du diagnostic pour le contrat local de santé entre l'ARS et la Ville de la Courneuve, deux objectifs principaux ont été fixés : le premier au niveau des professionnels de santé médico-sociaux est de mieux connaître ce que font les uns et les autres et partager ce qui se fait. Cela pourrait se traduire éventuellement, par la construction d'un annuaire sur internet réservé aux professionnels médico-sociaux, qui permettrait vraiment de correspondre les uns avec les autres.

Le 2<sup>ème</sup> objectif est de faciliter un accès à l'information aux patients ou usagers qui ne savent pas à qui s'adresser. Il serait peut-être utile d'établir de façon concertée avec les habitants une sorte d'annuaire, qui leur permettrait de savoir à qui s'adresser.

Le maire lors de son mandat, avait fixé comme feuille de route la mise en place d'un conseil territorial de santé où seraient représentés les élus, des associations d'habitants et les professionnels de santé sur le territoire. Cela va dans le sens de la poursuite du contrat local de santé, notamment sur les questions de prévention des risques de pathologies cardiovasculaires. La difficulté, c'est aussi de pouvoir faire participer les libéraux avec les problèmes de démographie médicale actuels.

**Dr BELENFANT** revient sur la consultation en diététique à 30€, qui est une barrière pour certains foyers qui n'en ont pas les moyens. Plusieurs études démontrent que pour les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle ou le diabète, quand un patient devient acteur au travers des consultations diététiques ou des ateliers, en réalité on constate que le poids a tendance à se stabiliser, la tension à s'améliorer. Il y a donc un retour sur l'investissement.

Concernant les réseaux de santé, il a été développé de façon dérogatoire, la mobilisation des diététiciennes libérales, avec une formation certifiée tous les 2 ans pour pouvoir prendre en charge ces patients.

Enfin, il s'interroge sur la manière dont une commune, une agglomération de communes, peuvent décider d'investir du temps et de l'argent sur des problèmes, qui ne relèvent pas de sa compétence ?

Pourquoi un diagnostic santé partagé avec à la fois des usagers, des citoyens, et des offreurs de soins ?

L'exemple de la Courneuve n'est pas celui de toutes les communes du département. Comment la ville est-elle arrivée à mobiliser les politiques ?

**M BOUIS** ajoute que 21 contrats locaux de santé ont été signés sur ce département, ce qui fait que la Seine-Saint-Denis est le département de l'Ile-de-France à avoir réalisé le plus grand nombre de contrats locaux de santé, ce qui est une belle réussite pour un territoire trop souvent stigmatisé.

**Dr BRODARD** précise, que la ville de la Courneuve finance un centre de santé depuis plus de 40 ans et que les élus sont obligatoirement sensibilisés sur les questions de santé, a fortiori avec un indice de développement humain le plus bas du département révélant des problématiques d'accès aux soins constantes.

La signature d'un contrat de ville a permis également de promouvoir les thématiques de santé au sens large.

Un exemple de coordination entre professionnels de santé à la Courneuve mérite d'être cité : il s'agit, avec le concours de l'observatoire métropolitain, d'actions de prévention des conduites à risque, avec des formations auprès d'acteurs de la ville, pour travailler sur les différents comportements addictifs, notamment chez les jeunes.

La Courneuve rencontre également de gros problèmes pour le suivi des insuffisants rénaux avancés, notamment en matière d'orientations ou de conseils, faute d'informations et de connaissances suffisantes sur les acteurs de la prise en charge. C'est sur ces difficultés que la délégation territoriale de Seine-Saint-Denis pourrait renforcer son rôle d'animation.

**Dr POLOWSKY** rappelle l'historique de l'implication des politiques face aux problèmes de santé. Cela remonte aux années 50 et à la création des centres de santé pour pallier au refus des médecins libéraux de venir s'installer dans les banlieues pauvres. Ces centres ont permis aux gens de la ville de pouvoir se soigner.

**Dr BRODARD** ajoute que c'était surtout pour faire venir les spécialistes qui n'exerçaient qu'à Paris à l'époque.

**Dr POLOWSKY** précise que c'est une sorte de retour de l'histoire, où la Seine-Saint-Denis, à nouveau, n'attire plus suffisamment de médecins libéraux.

**M CAMARA** souligne les rigidités dans l'attribution des financements par l'ARS aux associations comme l'association du Sport Santé et suggère que des recrutements de professionnels puissent être directement réalisés par le financeur afin de les orienter ensuite vers les associations qui n'ont pas toujours la masse critique suffisante.

**Mme CITRINI** relate les problèmes à son arrivée à Saint Denis, sur l'incorporation dans le programme des obèses bien portants. N'ayant pas de diabète, ils étaient considérés non malades. Or le programme était prévu pour les personnes diabétiques, en surpoids ou en obésité. Alors que faire des non diabétiques !

C'est toute l'ambiguïté du système. La solution est peut-être de mutualiser les énergies salariales. Au lieu d'embaucher sur chaque programme un éducateur sportif adapté, on le mutualise sur différents projets, même chose pour les médecins, et les diététiciennes.

Si les 30 € de la diététicienne étaient remboursés, cela engendrerait probablement sur les 3 ou 4 années qui suivent, une réelle économie sur les autres dépenses de santé.

**Mme DAUPHIN** (Prévention CPAM) revient sur l'implication des villes en matière de santé. Elle précise que de nombreuses communes sont impliquées dans les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle cite par ailleurs l'association « élus santé publique et territoire ». L'idée de cette association, est de faire connaître l'implication, et la nécessité de l'implication de la médecine ville/hôpital de façon transversale, sur un territoire de santé et la complémentarité des acteurs entre eux.

**M BOUIS** interroge les trois intervenants, sur le point le plus important à mettre en évidence aujourd'hui, pour eux et leurs structures.

**Mme BOULONNOIS** précise qu'il y a l'aspect médical mais aussi l'aspect psychologique. Le plus important serait de diriger les patients sur les associations, afin qu'ils relativisent et qu'ils prennent en charge leur pathologie.

**Dr BRODARD** spécifie que le seul moyen d'avancer, c'est de développer le lien avec l'ensemble des professionnels et les associations d'usagers.

Il s'inquiète des réductions budgétaires sur les dotations globales de fonctionnement des villes. Il est à craindre que les structures de santé voire les actions de prévention ne puissent pas suivre. Même avec l'aide de l'ARS, il sera difficile à l'avenir d'embaucher une diététicienne.



**Mme CITRINI** ajoute qu'il faut mutualiser toutes les énergies, celles des réseaux, des centres hospitaliers, des maisons et centres de santé, des cabinets libéraux. Les établissements de santé devraient se positionner sur un rôle d'expert, notamment dans la prise en charge des pathologies les plus lourdes qui ne peuvent être traitées en cabinet. Les médecins libéraux sont la première porte d'entrée des patients. Il est impératif d'être à l'écoute de ces derniers.

## **ATTENTES ET PROPOSITIONS A DESTINATION DES INSTITUTIONS**

Docteur Thierry GOMBEAUD – *Vice-président de la Conférence de territoire*

Les entrées des pathologies vasculaires sont nombreuses. Cela commence dès la naissance, en fonction du milieu social et des indicateurs sociaux économiques des enfants. Cela continue à l'école, au travail, au cours des événements de la vie (accouchements, grossesses), dans les affections intercurrentes, et se termine à la maison de retraite en termes d'observance des traitements, chez les sujets très âgés. Dans toutes ces étapes, il est possible d'intervenir. La tâche n'est pas facile.

Elle est d'autant plus difficile, par les différents partenaires qui sont impliqués, notamment des partenaires médicaux, des médecins, des paramédicaux, des associations etc.

Il est difficile d'établir des recommandations, car si d'évidence la prévention est efficace, 80% des incidences pathologiques sont réduites quand la prévention est effective. C'est l'ensemble des facteurs de risque qu'il faut toucher, et en partant d'un facteur de risque, beaucoup d'autres peuvent être abordés.

Il existe par ailleurs d'autres intervenants telles que les tutelles, notamment les caisses, l'ARS, les mutuelles qui interviennent de plus en plus par leurs communications envers leurs adhérents, les communes particulièrement en Seine-Saint-Denis avec les contrats locaux de santé, et le département.

Puis au cœur de ces intervenants, il y a le patient, l'individu, celui qui est malade ou pas encore malade, celui qui est guéri et qui doit bénéficier du travail de prévention primaire ou secondaire. Les recommandations tiendront compte de la réalité de la Seine-Saint-Denis, et seront orientées sur toutes les institutions qui disposent d'une autorité, et surtout des moyens dans ce domaine.

5 points au total :

1 - Améliorer la coordination.

2 - Faciliter la circulation de l'information.

3 - Faciliter l'accès aux soins de la population, en augmentant notamment la qualité des consultations médicales.

4 - Utiliser la totalité des compétences des paramédicaux.

5 - Soutenir les usagers par le biais de leurs associations.

1 - Améliorer la coordination :

Aucune loi ne définit la prévention, d'autant plus qu'il y a un polymorphisme important de l'affection et de la diversité des partenaires.

Pour exemple : la loi anti-tabac, qui malheureusement ne s'est pas traduit par une baisse de la mortalité du cancer bronchique.

Par conséquent, il va falloir que la coordination se limite à la fixation d'un cadre ayant pour objet de soutenir les initiatives locales ou associatives, les initiatives municipales voire même les initiatives individuelles.

Il va falloir aussi dégager des crédits pour diffuser l'information sur l'existence des structures existantes. Les médecins, les professionnels de santé, les spécialistes d'activités sportives ne sont pas suffisamment informés de tout ce qui se fait dans leur secteur. C'est le domaine dans lequel interviennent les municipalités, les journaux locaux, départementaux voire régionaux. Enfin, il est difficile d'envisager un équilibre entre la nécessité de rétablir les finances des caisses, et l'obligation de faire des investissements. Il faut faire des choix et des arbitrages qui se feront forcément au détriment d'autres opérations.

## 2 - Faciliter la circulation de l'information :

Il faut diffuser les expériences existantes. La conférence de territoire se félicite d'avoir pu ce jour, mettre en avant certaines de ces expériences.

Il faut poursuivre et diffuser les expériences décrites, distribuer les adresses des structures associatives en place impliquées par le biais des contrats locaux de santé.

Néanmoins, améliorer l'information ne suffit pas. On le voit aujourd'hui par l'exemple de la poursuite de la diffusion d'une maladie sexuellement transmissible. Les gens sont informés, cependant la maladie continue de s'étendre. Cela implique des changements de pratique dans l'existence.

## 3 - Faciliter l'accès aux soins de la population, en augmentant notamment la qualité des consultations médicales :

En matière de pathologies vasculaires, faciliter l'accès aux soins, c'est faciliter l'accès aux professionnels de santé quels qu'ils soient. Cela sous-entend de se battre contre la désertification. Le département perd 5% de spécialistes et autant de généralistes toutes activités confondues. Les centres de santé rencontrent aussi des problèmes de recrutement, en matière de spécialistes et de généralistes. L'exemple de la CPAM qui est intervenue auprès des médecins de Clichy-sous-Bois pour le rattrapage de leurs primes obligatoires du fait de leur présence dans un milieu extrêmement difficile, est édifiant. La coopération entre les organisations de professionnels et la CPAM, a été fondamentale et a permis de sauver ces cabinets.

Améliorer la qualité des consultations professionnelles, passe par la formation. Cela nécessite du temps et de l'argent pour aborder ces questions lors des consultations de prévention, qui actuellement ne sont toujours pas solutionnées, au détriment des cabinets en diminution avec une réduction des consultations.

Améliorer la consultation, passe aussi par la responsabilisation des professionnels. Quelques expériences ont été mises en place, notamment celle du formulaire à 5 questions dans les salles d'attente. Cela permet d'impliquer les patients et la population. C'est en train d'être élaboré par l'URPS.

## 4 - Utiliser la totalité des compétences des paramédicaux.

La profession paramédicale a un rôle important à jouer sur ces questions. Les kinés, les infirmières etc, peuvent engager avec leurs patients, des débats sur ces problématiques, dans lesquelles les aspects financiers sont aussi au 1<sup>er</sup> rang.

## 5 - Soutenir les usagers par le biais de leurs associations.

L'irruption des associations d'usagers à l'époque de la prise en charge du VIH a été un bouleversement pour toute la profession. Cela a été un élément fondamental dans le changement des pratiques, notamment le déclencheur de la création des réseaux dans lequel un très grand nombre de professionnels d'Ile-de-France se sont impliqués, quel que soit leurs modes d'activités. Il est essentiel que ce processus continue dans un cadre de coopération.

Le rôle de ces associations est essentiel, il faut améliorer et sécuriser celles qui regroupent plusieurs pathologies et leur donner une garantie de pérennité, optimiser et fiabiliser leurs financements.

C'est localement que les initiatives doivent être stimulées et soutenues.

En conclusion, il rappelle que la prévention dans une pathologie aussi grave que les pathologies vasculaires, touche en premier lieu les populations défavorisées puisqu'elles sont les premières frappées par l'affection.

## **PARTIE V ► CONCLUSION**

### **CONCLUSION DE LA JOURNÉE**

Monsieur Pierre LAPORTE – *Président de la Conférence de territoire*

La conférence de territoire a été mise en place dans le cadre de la démocratie sanitaire par M EVIN. Les séances sont mensuelles. Cette assemblée est composée de collègues, notamment des usagers, des professionnels mais aussi des élus, tous bénévoles. Son intérêt est d'avoir une vision transversale plutôt qu'une vision segmentée sur les questions de santé, et ce débat l'a démontré avec ce parcours transversal des associations, des différents secteurs de maladies, des professionnels etc.

Il y a peu de votes. Pour tous les contrats locaux de santé, des élus et des professionnels de la santé à la ville, y participent. Des professionnels non membres de la conférence assistent aussi à certains débats ciblés, ce qui permet de donner une plus grande capacité de réflexion.

Depuis sa création, la conférence a eu à examiner le PRS et tous les schémas en plus des CLS, ce qui est une des caractéristiques de la Seine-Saint-Denis. Aucun autre département de l'Ile-de-France n'a eu autant de CLS. La conférence a émis des avis et des remarques sur les schémas et les CLS. En décembre, un bilan sur l'activité de la CT depuis sa création va être établi. Les avis, les recommandations, les réflexions transversales sont consultables sur le site de l'ARS.

Ce débat public, est le premier organisé par la Seine-Saint-Denis, probablement que d'autres suivront.

La première chose qui ressort de cette rencontre, ce sont les déterminants sociaux par rapport à la santé, où l'on distingue clairement la densité sur le département et sur certaines villes.

C'est une question qui ne touche pas que le sanitaire, il y a une composante sociale très forte pour laquelle la réponse n'est pas médicale, mais sociétale. Elle est de politique nationale. Cela nécessite l'implication de tout le monde.

Parallèlement, il y a des centres de santé où les médecins directeurs changent parfois, comme pour les villes au niveau des équipes. L'information est primordiale pour les nouveaux arrivants qui ne connaissent pas forcément le sujet. L'élus à la ville en charge des questions de santé peut également être concerné, tout comme celui qui s'occupe de la vie sociale des maisons de quartiers, et des centres sociaux qui sont des lieux où le rapport avec la population se fait dans un cadre différent. Le contact est plus facile.

Les foyers sont aussi des lieux importants, on y retrouve des caractéristiques liées à la culture, à des origines, ou parfois à une hérédité qui impose un certain nombre de problématiques.

Tout ceci, montre que les maires, les élus à la ville etc, doivent être sensibilisés. Il faut intervenir au niveau des prises de conscience pour faire évoluer les choses. La ville est également un espace de proximité déterminant. Elle est l'espace central, l'espace de coordination le plus efficace.

Il y a eu les CLS. Les CLS de 2<sup>ème</sup> génération vont être présentés, dont le 1<sup>er</sup> est celui de la ville de St Ouen. C'est à la commission de regarder comment cette question y est prise en compte. Il va falloir être attentif.

Concernant les inquiétudes, le risque pour les villes les plus pauvres du département, c'est de ne plus pouvoir suivre le financement des centres de santé, d'autant que sur la Seine-Saint-Denis, la démographie médicale est difficile et catastrophique sur certaines spécialités. L'autre difficulté c'est que ces cures d'austérité sur les budgets départementaux, ont des conséquences sur les subventions que donne l'état ou les différentes collectivités, aux associations. Or ces associations fonctionnent avec le bénévolat. Les situations vont devenir de plus en plus compliquées pour assurer a minima la vie de ces associations.

Des professionnels, des bénévoles sont très mobilisés par rapport à la population et sont capables de programmes innovants. Il y a une corrélation sociale. La ville est la plus grande proximité où se trouvent les moyens, les outils et les lieux pour travailler. C'est la coordination des acteurs qui est la plus importante, pas l'opposition entre le libéral et les centres de santé, ou entre l'hôpital et le médecin de ville, ou encore entre les associations et les professionnels. Chacun a des défauts et, des limites dues aux conditions d'exercice aujourd'hui sur ces territoires en pénurie.

La préconisation est de mettre davantage en réseau, permettre une meilleure connaissance, et une plus grande efficacité des dispositifs. A chacun de prendre ses responsabilités.

## **PARTIE VI ► ANNEXES**

- (1) Prévenir et traiter les facteurs du risque vasculaire. Pourquoi ? Comment ?
- (2) Quelques données en Seine-Saint-Denis
- (3) Promouvoir la reprise de l'activité physique adaptée : le Défi Forme Santé à St Denis
- (4) L'insuffisance rénale chronique : une pandémie silencieuse. Le dépistage des maladies rénales par le réseau de Santé RENIF
- (5) AVC : agir en amont pour réduire la fréquence et la gravité des AVC
- (6) De la réflexion à l'action de terrain en santé publique : bilan et partage d'expériences du Centre d'examens de santé de la CPAM 93
- (7) Présentation du Dr Pierre BRODARD
- (8) Présentation de Mme Marie CITRINI
- (9) Présentation de Mme Sylvie BOULONNOIS

(1) **Professeur MOURAD**

Prévenir et traiter les facteurs du risque vasculaire.

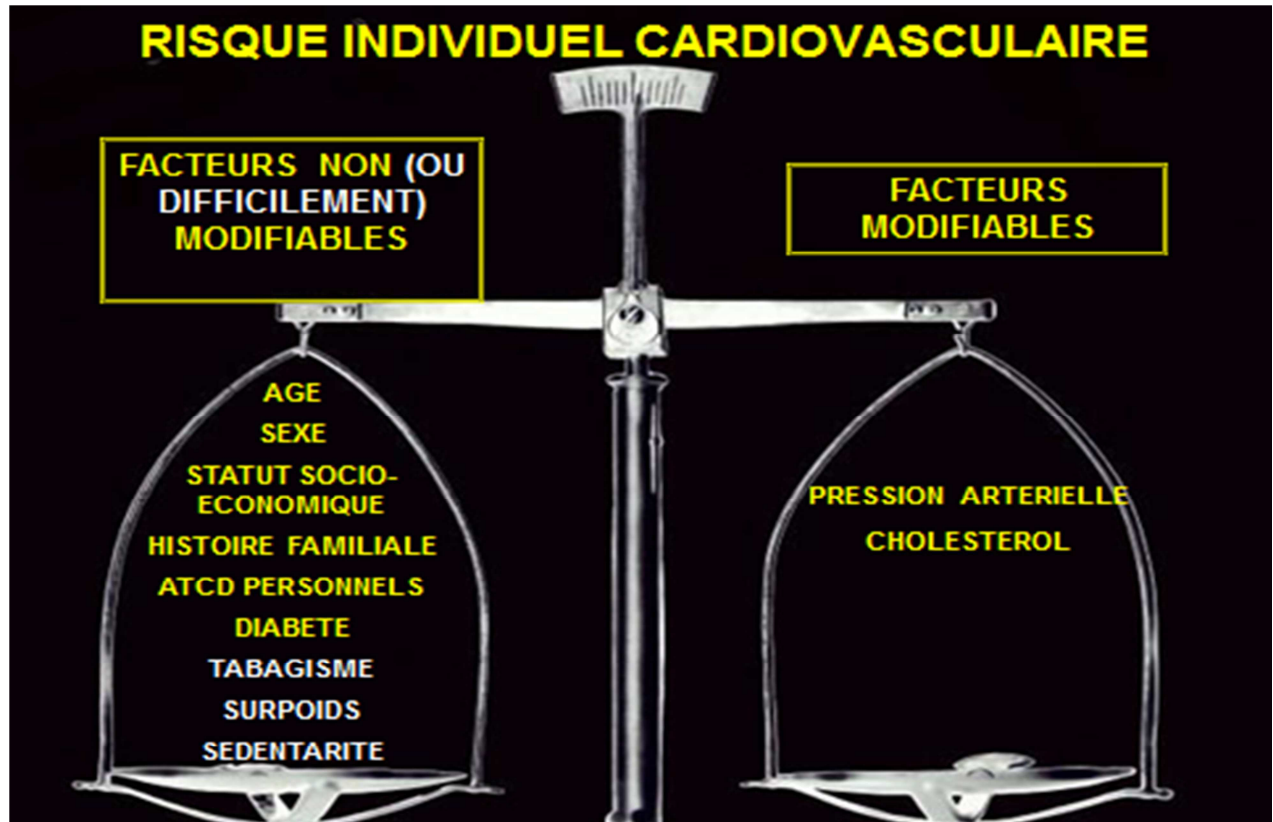
Pourquoi ? Comment ?



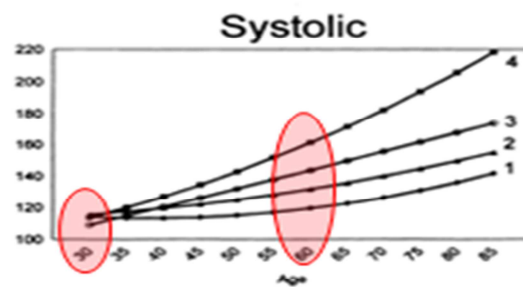
**Prévenir et traiter les facteurs du  
risque vasculaire.  
Pourquoi ? Comment ?**

**Jean-Jacques Mourad**

**Centre d'excellence Européen en HTA  
CHU Avicenne, Bobigny, France**



L'augmentation progressive de la pression systolique (PAS) avec l'âge traduit le vieillissement des artères.



Vasan RS, et al. JAMA. 2002; 287:1003-1010.

S'occuper de l'HTA, c'est s'occuper **d'hypertendus**

**10 500 000** hypertendus traités en France (FLAHS)

**1 000 000 000** d'hypertendus dans le Monde

**1er** facteur de risque de Mortalité modifiable

# Pourquoi

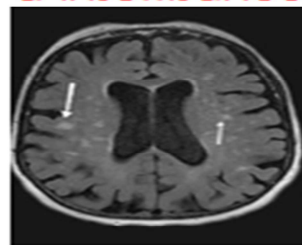
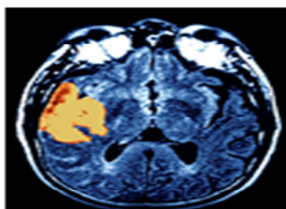
devrait-on se traiter ?



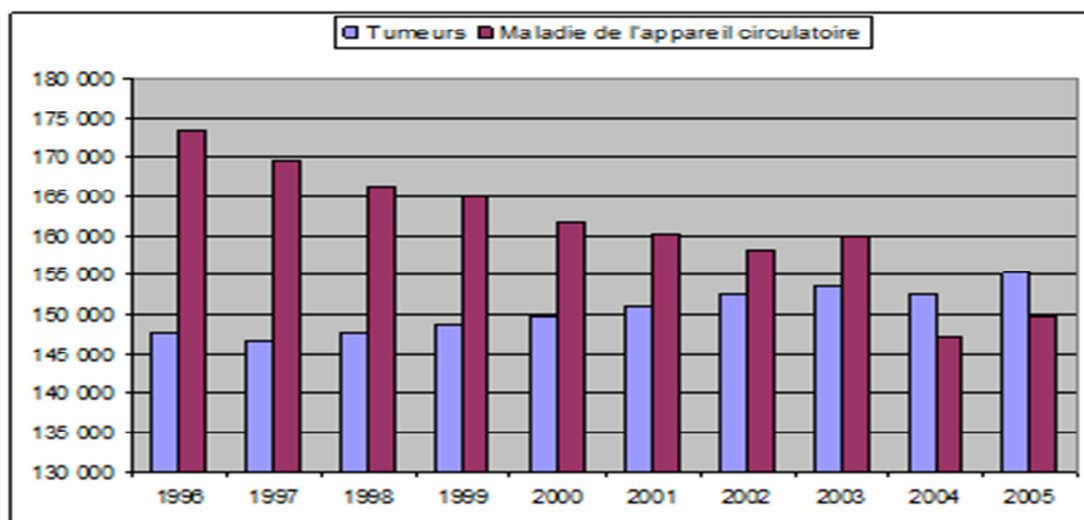
## Pourquoi se soigner?



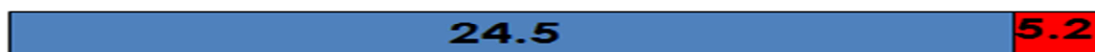
HTA: 1<sup>er</sup> facteur de risque modifiable d'AVC  
 HTA: 1<sup>er</sup> facteur de risque modifiable de **démence**  
 HTA: 1<sup>er</sup> facteur de risque modifiable d'**insuffisance cardiaque**



## Causes de Mortalité en France

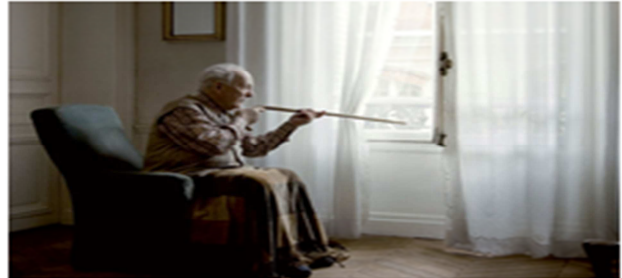


Pierre 50 ans, hypertendu nouvellement diagnostiqué



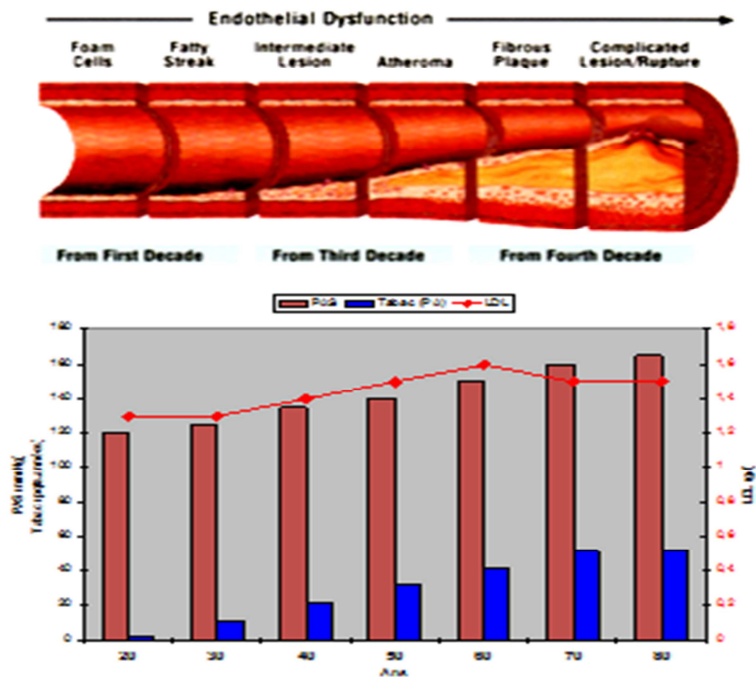
France OH, Pectori A, Bonny L, de Lath C. Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular disease in men and women: life course analysis. Hypertension. 2005;46(2):290-6

# Pierre 80 ans, hypertendu de longue date



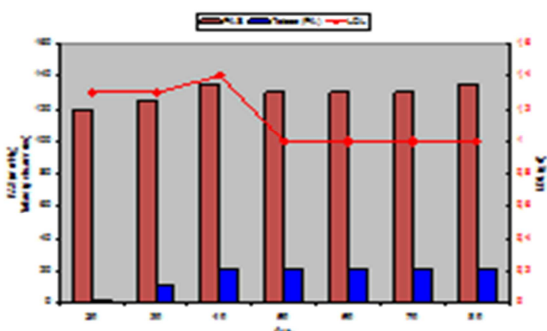
Choix individuel  
Choix de Société

L'artère **agrège** les dérives des facteurs du risque vasculaire **tout au long de la vie**



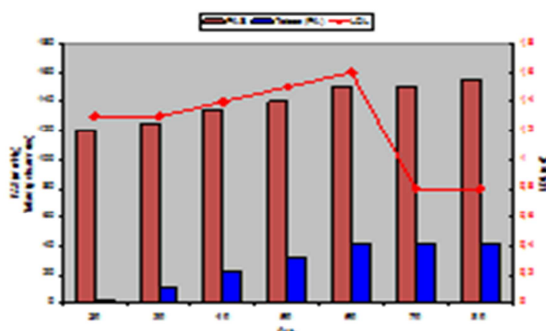
## 2 scénarios d'intervention

précoce



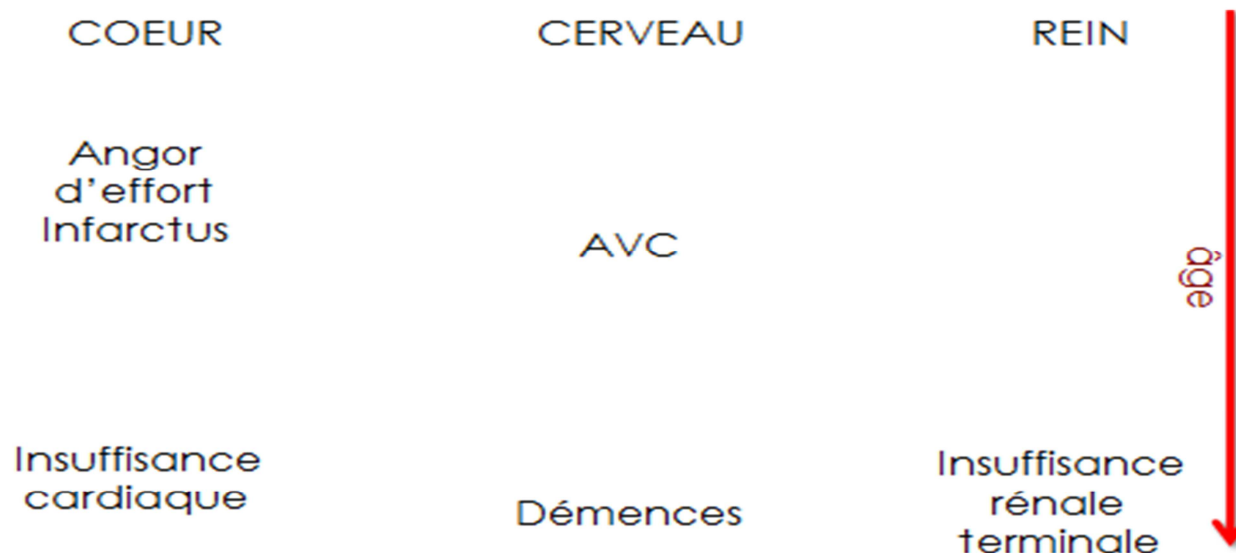
Arrêt du tabac à 40 ans  
PAS cible 130 mmHg  
LDL cible 1g/l

tardif

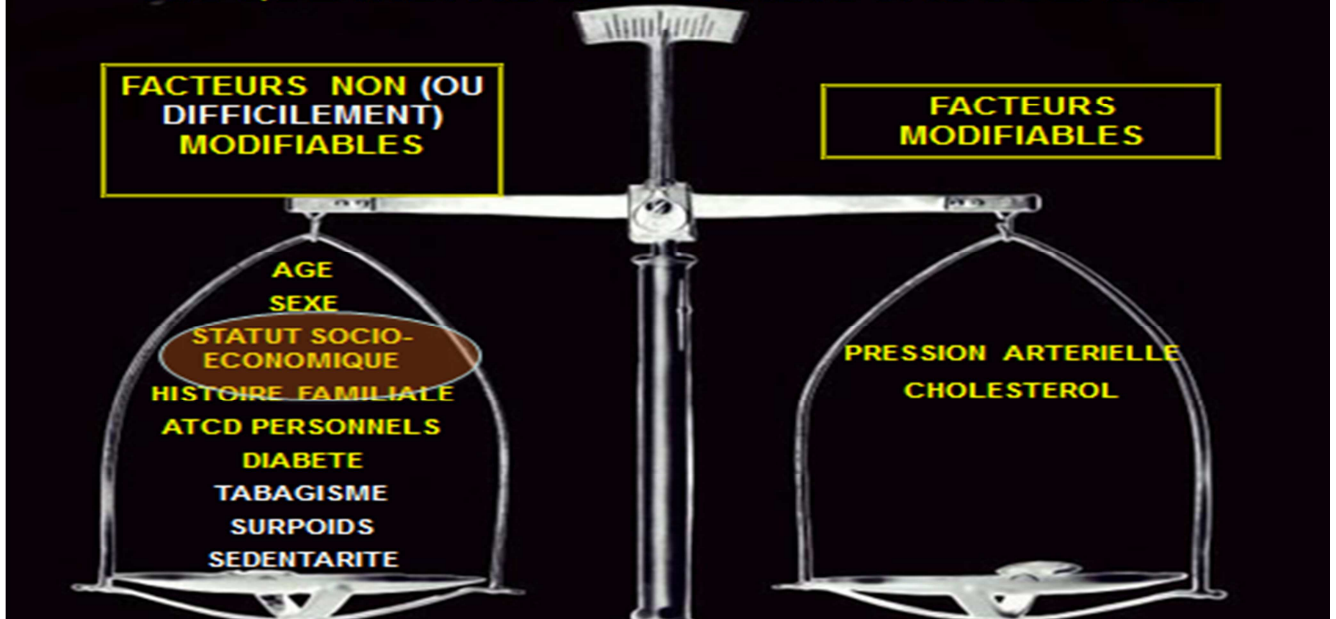


Arrêt du tabac à 60 ans (post IDM)  
PAS cible 140-150 mmHg  
LDL cible <1g/l en prévention 2aire

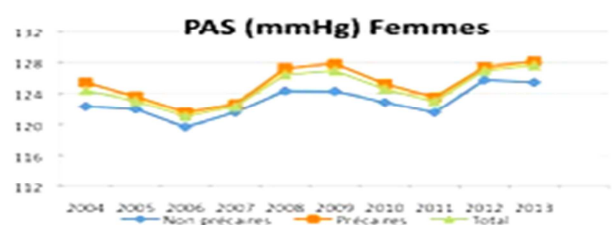
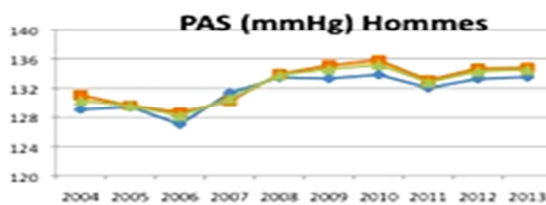
### HTA et complications cliniques « Concept de réserve d'organes »



# RISQUE INDIVIDUEL CARDIOVASCULAIRE



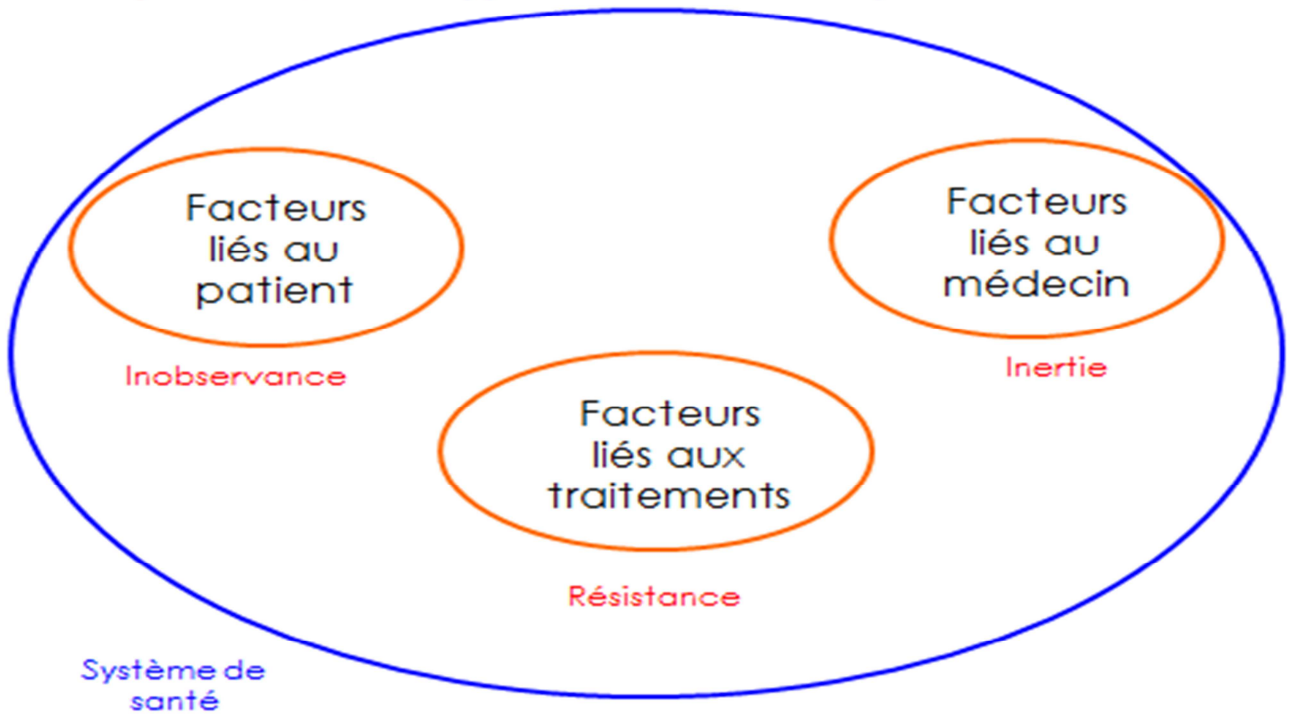
	Age (ans)	Score EPICES	IMC (kg/m2)	% obèses	% diabétiques
2004	42.5	39.6	25.5	16.7	6.74
2005	42.1	39.6	25.7	16.4	4.77
2006	41.4	43.4	26.1	18.5	5.74
2007	40.6	43.2	26.0	18.8	4.96
2008	42.0	43.1	26.1	20.1	5.49
2009	42.3	44.3	26.6	23.1	7.48
2010	42.7	44.0	26.7	24.1	8.88
2011	43.1	45.3	26.8	23.6	9.04
2012	42.1	46.8	26.8	24.0	8.66
2013	43.0	50.1	26.8	24.1	9.29



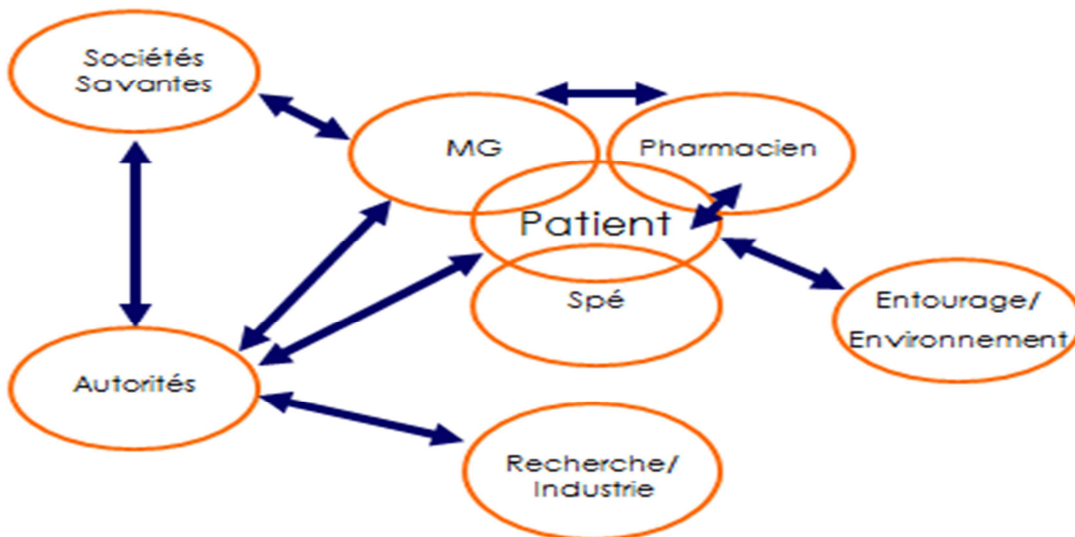
Données cumulées de 90000 sujets CES Bobigny – 2004-2013

Quels acteurs et quels rôles pour un meilleur contrôle ?

## Pourquoi 100% des hypertendus ne sont pas normalisés?



## Quels acteurs et quels rôles pour un meilleur contrôle ?





**Dépister  
l'inobservance**

**Favoriser  
l'observance**

**Préserver/organiser  
l'accès aux soins**

**Prévention primaire  
de l'HTA**

**Lutter contre  
l'inertie**

**Traitements  
plus efficaces**

**Mieux évaluer le  
niveau tensionnel**

**Recommandations  
simples et applicables**

Médecins

Entourage

Autorités

Pharmaciens

Patients

Sociétés Savantes

Industriels

## Cohérence des décisions

Plan AVC

Retrait de l'ALD

Plan Alzheimer

Non remboursement  
d'associations fixes

Plan Dépendance

Injonctions à  
moins prescrire



## Impérieuse nécessité d'un objectif commun et partagé

Chaque **acteur** a un **pouvoir** et des **responsabilités**.



## **OBJECTIF 2015** 70% des hypertendus contrôlés



(2) Docteur Laurence DESPLANQUES  
Quelques données en Seine-Saint-Denis



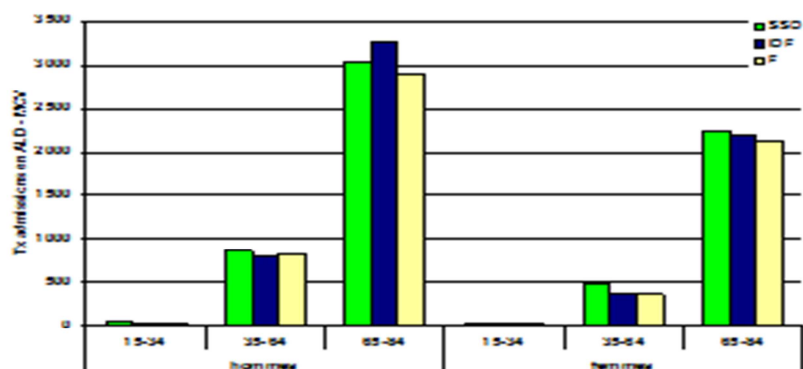
— **Les pathologies vasculaires  
en Seine-Saint-Denis**

**Débat public**  
**Prévention des facteurs du risque vasculaire**  
22 novembre 2014

Dr L. Desplanques  
Responsable du Département Prévention-Promotion de la Santé  
ARS-DT93

— **Les maladies cardio-vasculaires**

- ✓ parmi les premières causes d'admission en ALD,
- ✓ à tous les âges, chez les hommes comme chez les femmes



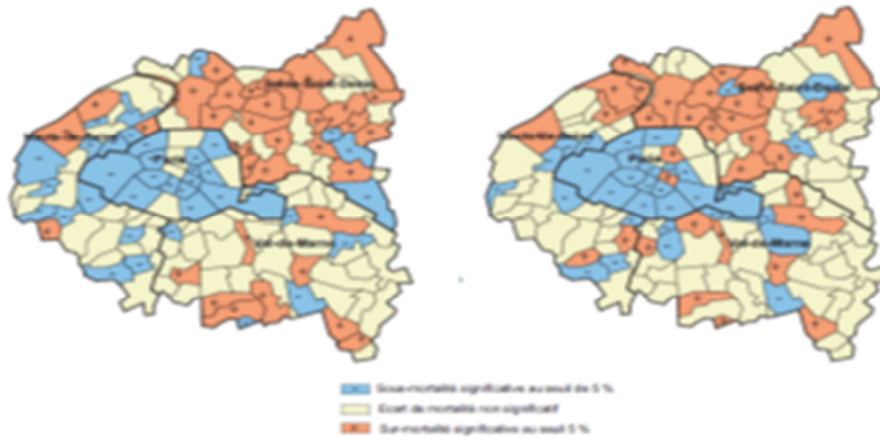
Maladies cardio-vasculaires : ALD1(AVC), ALD3(artériopathie obstruante M), ALD6(IC), ALD12(HTA), ALD13(mal coronarienne)

## Mortalité par cardiopathies ischémiques

Niveau de mortalité\* par cardiopathies ischémiques dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne période 2004-2007

Hommes

Femmes



\*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'indice comparatif de mortalité (ICM) ICM est le rapport du nombre de décès observés dans une unité géographique (commune ou arrondissement) au nombre de décès qui aurait été observés si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Ile-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test de KMO est effectué pour déterminer si la différence avec le pourcentage régionale est statistiquement significative.

Source : Insee (DgD), Insee, exploitation ORS Ile-de-France

## Les accidents vasculaires cérébraux

### En Ile de France

#### Prévalence :

- 100.000 personnes victimes d'AVC
- 60.000 personnes vivant avec des séquelles
- 25.000 personnes au domicile avec des difficultés sur au moins une activité de la vie quotidienne

#### Incidence (données hospitalières PMSI) :

- 21.000 hospitalisation en MCO /an
- 18.000 patients /an

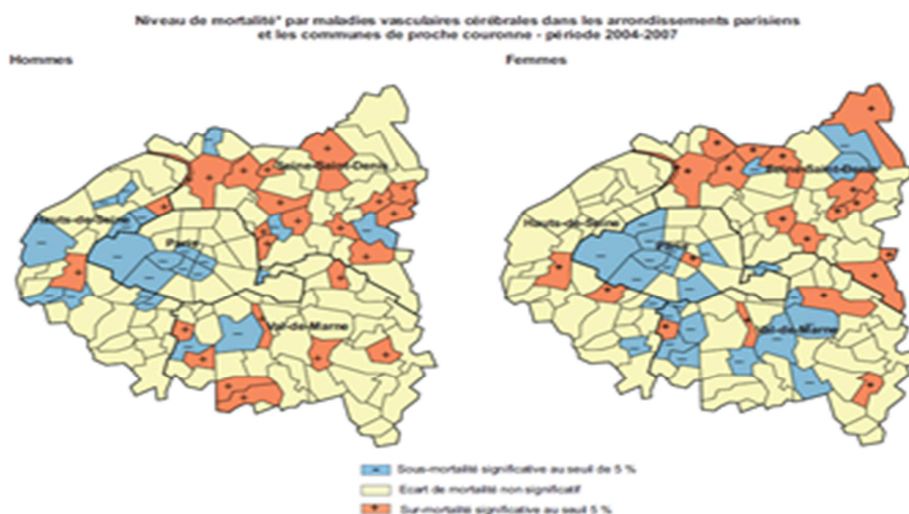
## AVC / taux standardisés patients hospitalisés (2011)

Département	AVC-AIT nb (2011)	Taux brut /100 000	Taux standardisé / 100 000	Variation taux standardisé / taux IDF
75	3 092	175,7	149,9	- 0,2 %
77	2 013	153,9	159,2	5,9 %
78	2 227	158,3	148,5	- 1,2 %
91	1 800	149,1	145,2	- 3,4 %
92	2 390	153,5	136,4	- 9,2 %
93	2 308	152,7	168,5	12,1 %
94	2 069	157,3	146,4	- 2,6 %
95	1 684	144,3	152,6	1,5 %
Ile de France	18 392	157,3	150,3	
France entière	134 313	209,5	160,8	

SI - INVS

5

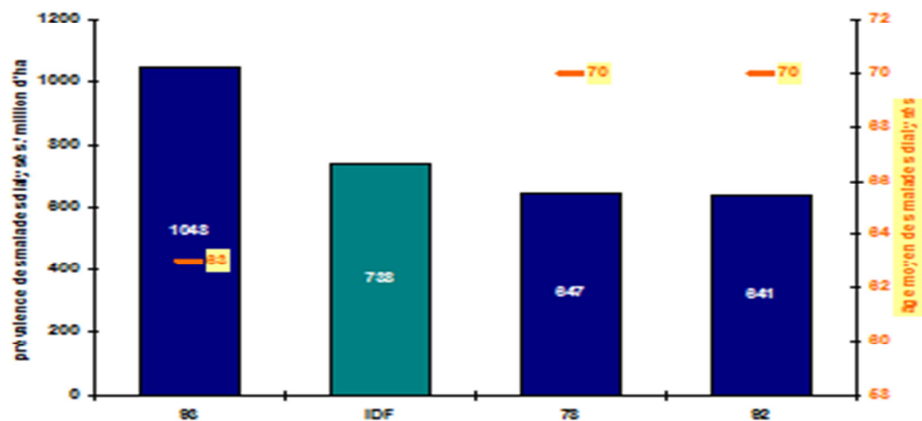
## Mortalité par maladies vasculaires cérébrales



\*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'indice comparatif de mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique (commune ou arrondissement) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Ile-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est statistiquement significative.

Source : Insee Csp/Dc, Insee, exploitation ORS Ile-de-France

## Prévalence de l'insuffisance rénale dialysée



malades dialysés – hors patients greffés - hors IRC ne relevant pas encore d'une suppléance

Données REN - année 2013

7

## Prévalence du diabète (ALD8 – 2009/2011)

### En France

- Prévalence 4.6% → 3.000.000 personnes
- Progression de 5.4% par an
- 92% diabète de type 2

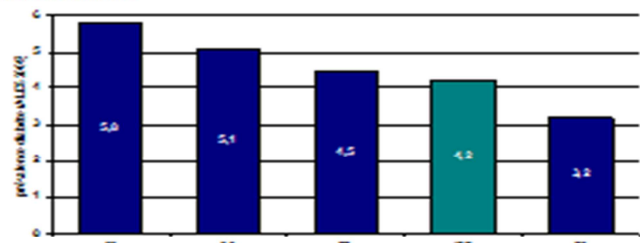
+0.6% diabètes non traités  
+1% diabètes non diagnostiqués

### En Ile de France

- Prévalence 4.2% → 390.000 personnes

### En Seine-Saint-Denis

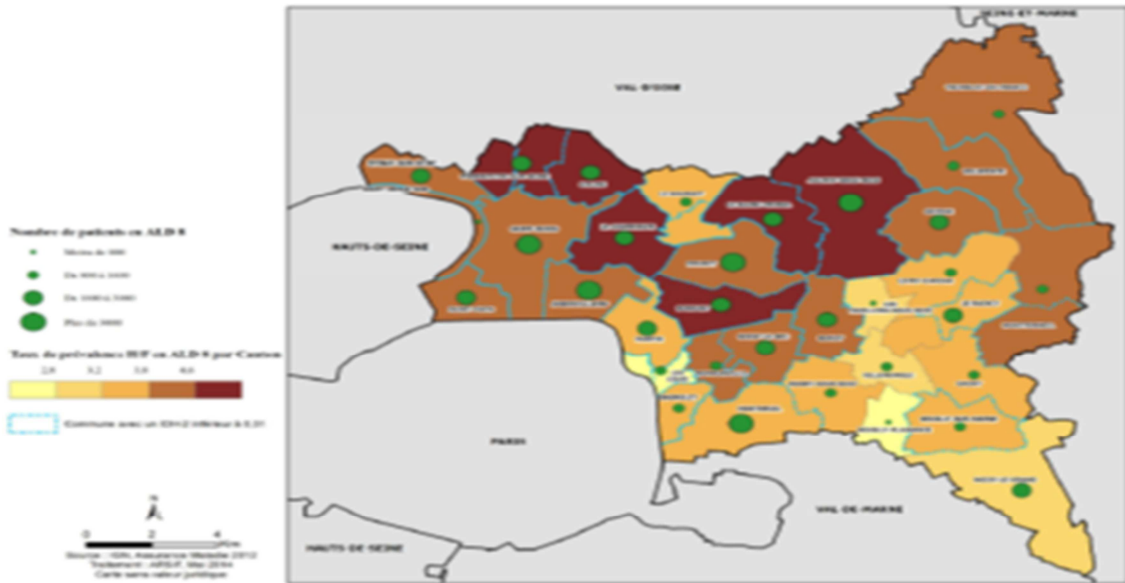
- Prévalence 5.8% → 68.000 personnes



8

## Prévalence du diabète (ALD8)

Représentation du taux de prévalence d'ALD 8 en 2012 et IDH-2 en Seine Saint-Denis

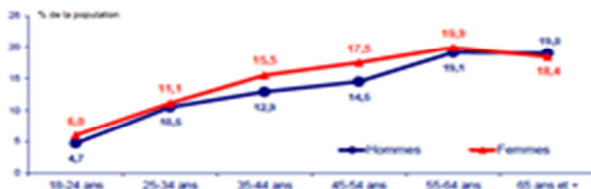
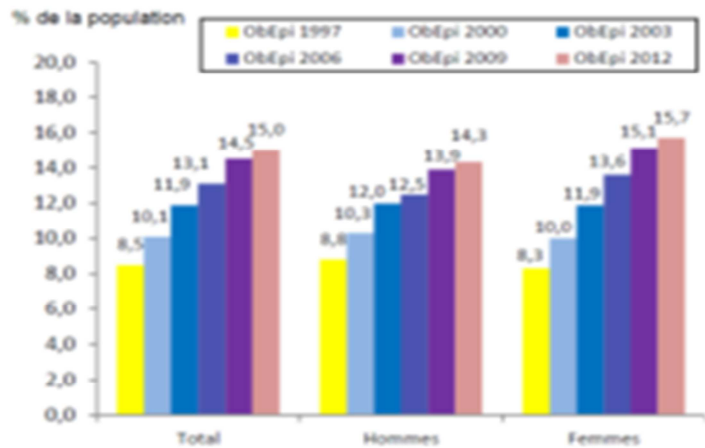


9

## Prévalence de l'obésité chez l'adulte

France métropolitaine  
Obésité 15%  
Surpoids 32%

Ile de France  
Obésité 14.4%



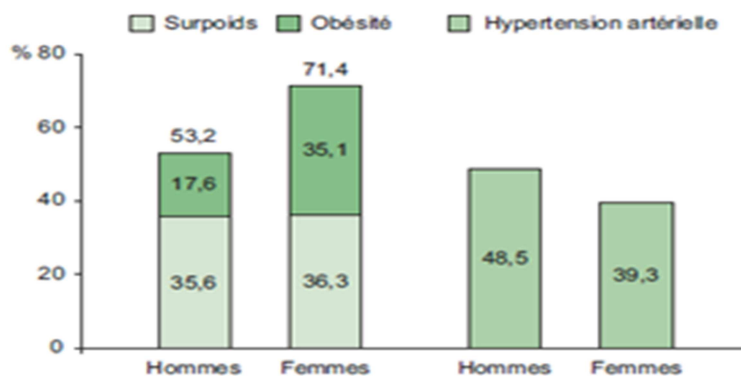
Sources : étude Obépi 2012

10



## Prévalence du surpoids : bénéficiaires de l'aide alimentaire

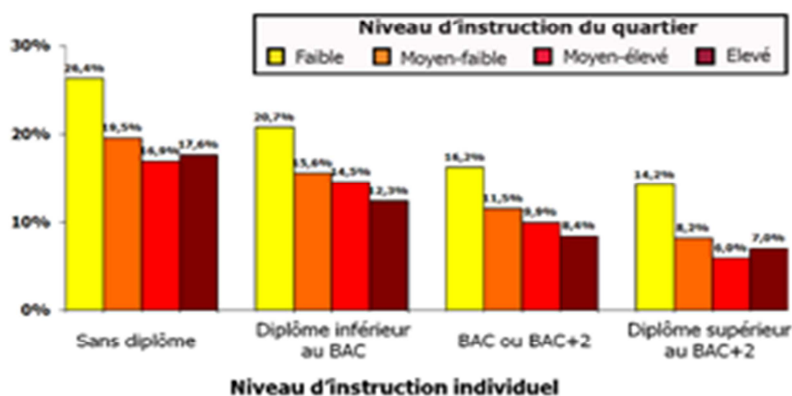
Fig. 1 : Surpoids, obésité et hypertension artérielle selon le sexe en 2011-2012 (données mesurées) (%)



Source : Etude Abena 2011-2012 (ensemble des six territoires)

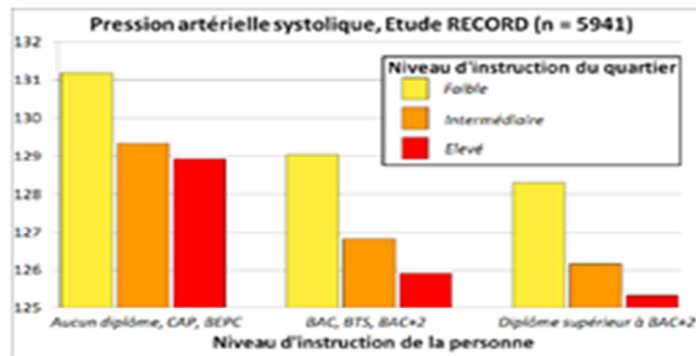
## Prévalence de l'obésité (RECORD)

Disparités d'obésité observées entre les 122 communes et 10 arrondissements de l'étude



« Residential Environment and CORonary heartDisease » - Environnement résidentiel et maladies coronaires - Une cohorte épidémiologique de 7200 participants de 1912 quartiers d'Ile-de-France pour décrire les disparités sociales et spatiales de santé et comprendre les effets des environnements géographiques de vie sur la santé. (2007-2009)

## Association pression artérielle, obésité, niveau socio-économique (RECORD)



Forte association instruction individuelle/quartier – hypertension – obésité

Pour les chercheurs : **"l'épidémie actuelle d'obésité et sa distribution sociale pourraient donner lieu à une augmentation des disparités sociales de risque cardiovasculaire dans les décennies à venir"**.

« Residential Environment and COroNary heartDisease » - Environnement résidentiel et maladies coronaires -  
Une cohorte épidémiologique de 7500 participants de 1912 quartiers d'Ile-de-France pour décrire les disparités sociales et spatiales de santé et comprendre les effets des environnements géographiques de vie sur la santé. (2007-2008)

« Etude RECORD » - [http://www.record-study.org/images/record/upload/publications/3/manuscript\\_selection.pdf](http://www.record-study.org/images/record/upload/publications/3/manuscript_selection.pdf)

(3) **M Lamine CAMARA**

Promouvoir la reprise de l'activité physique adaptée :  
Le Défi Forme Santé à St Denis

## Action Défi-Forme Santé

**Encourager nos patients à pratiquer  
une activité physique régulière...pour  
leur santé.**

Lamine Camara  
Intervention - Conférence de territoire d'IDF  
Prévention des facteurs du risque vasculaire en Seine-Saint-Denis  
CPAM 93 - 22 novembre 2014

## Déroulement de la rencontre

- Présentation de l'action Défi-Forme Santé
- Echange sur la motivation
- Expériences, difficultés et solutions

# Le Défi-Forme Santé

Projet porté par l'Association du Sport-Santé mis en place par :

- Un médecin du Sport
- Un médecin généraliste
- Deux patientes de l'accompagnement « Athlé-Santé »
- Un éducateur médico-sportif
- Une Université (Section STAPS APAS de Bobigny PARIS 13)
- Un syndicat Interdépartemental (SIPS 75-93)

# Spécificités du DFS

- Cycle de 12 semaines
- 5 activités par semaine
- Certificat de contre-indications partielles
- Séances terrestres et aquatiques
- Conseiller médico-sportif et renvoi vers les clubs

CONTRE INDICATIONS PARTIELLES	Précisez sans indiquer de diagnostic
Inaptitude partielle du __/__/__ jusqu'au __/__/__	
INAPTITUDES PARTIELLES	Précision de la contre indication
<b>Inaptitude partielle concerne un type d'effort</b>	
Intensité Explosivité(saut – charge) Endurance de moyenne intensité (marche en côte – longue descente) Travail de la force avec blocage de la respiration (musculature)	
<b>Inaptitude concernant un type de mouvement</b>	
<b>Membres inférieurs et hanches</b>	
<i>Flexion des jambes en charge – accroupissement (syndrome rotulien en poussée – pathologie méniscale en cours)</i>	
<i>Position en tailleur – rotation interne de hanche en flexion antérieure du tronc (pour les PTH<sup>2</sup>)</i>	
<b>Membres supérieurs</b>	
<i>Abduction des bras au dessus des épaules (tendinite de la coiffe en cours ou rupture tendineuse ancienne)</i>	
<i>exercices de pronosupination en charge des avant-bras (épicondylite médiane ou latérale en cours)</i>	
<b>Rachis cervico dorso lombaire</b>	
<i>rotations du tronc – élévation des jambes ou abdo dynamiques (sciaticque ou cruralgie récente)</i>	
<i>rotation cervicale avec abduction d'épaules (NCB)</i>	
<b>Inaptitude liée à un déficit fonctionnel</b>	
<b>Cardio vasculaire</b> (capacité cardiaque réduite – angor d'effort) : pas d'effort contre le vent ou par temps froid	
<b>Pulmonaire</b> (capacité respiratoire réduite)	
<b>Inaptitude liée à un environnement</b>	
Pas de piscine (lésions cutanées chroniques)	
Pas de salle avec tapis (asthme déséquilibré sévère)	



# Un essai de définition

Le Sport-Santé est **une organisation**. Un réseau qui a pour objectif d'encourager ses utilisateurs à engager une **activité physique régulière**. La particularité d'un réseau Sport-Santé réside dans la volonté des acteurs à adapter leurs pratiques **en vue d'améliorer la santé** des utilisateurs. Les « pratiques » réunissent différents champs. Le Sport-Santé laisse s'intriquer les principes de **motivation, d'accompagnement individualisé, d'encadrement et d'animation de séances adaptées**, mais également les réflexions autour du suivi sanitaire et médical, de l'observance thérapeutique, de l'aménagement des territoires, de l'économie du sport et de la santé. Les champs présentés, dont l'énumération n'est pas exhaustive, intègrent différents acteurs complémentaires. De l'éducateur médico-sportif aux médecins, du formateur au responsable d'installation sportive, des responsables d'associations sportives aux politiques d'aménagement du territoire...

# Retours sur expériences

Essayons de réfléchir sur

- la structure du projet
- les acteurs
- les éléments « d'évaluation »

Pour viser

- l'amélioration de la condition physique
- la compréhension du lien AP-alimentation
- l'autonomie



# La Motivation

Pourquoi pas intégrer l'AP(A) dans le suivi diététique ?

L'activité physique n'étant donc pas présentée comme une option mais comme faisant partie de l'accompagnement diététique.

*...Je mange donc je fais ou Je fais donc je dois manger..*



# Les contacts

Association du Sport-Santé : 06.12.77.58.21

Rendez-vous avec le conseiller médico-sportif au centre  
médico-sportif de Saint-Denis : 06.28.76.52.66

Lamine Camara

06.10.77.00.19

[lamine.camara@lacoms.fr](mailto:lamine.camara@lacoms.fr)

#### (4) Docteur Xavier BELENFANT

### L'insuffisance rénale chronique : une pandémie silencieuse

### Le dépistage des maladies rénales par le réseau de Santé RENIF



#### RENIF - RESEAU DE NEPHROLOGIE D'ILE-DE-FRANCE

Le réseau de Néphrologie d'Ile-de-France (Rénif) a pour objectifs :

- de favoriser le **dépistage** des **maladies rénales chroniques** (MRC).
  - o une maladie fréquente : 3 millions de sujets en France (4,7%), soit plus de 80 000 sujets en Seine-Saint-Denis ;
- d'optimiser la **prise en charge ambulatoire** des patients atteints de maladie rénale chronique afin d'**améliorer la qualité de vie**, de **diminuer les complications** notamment **cardio-vasculaires** et de **retarder** ou d'éviter le stade ultime de la MRC qui nécessite transplantation ou dialyse.

**Constat** : la **Seine-Saint-Denis** est le département d'Ile-de-France (Idf) où :

- le **taux de nouveaux cas** nécessitant une prise en charge en dialyse est le **plus élevé** d'Ile-de-France (*incidence standardisée 231 par million d'habitants -pmh- vs 173 en Idf*) et à un **âge le plus jeune** (*62 ans vs 65ans en Idf et 70 ans en France entière*) : soit **269** nouveaux patients en 2013. Parmi les patients les plus jeunes (*20-60 ans*) : les 2/3 sont des hommes, 64% sont nés à l'étranger, 42 % sont sans activité professionnelle (*vs 30% en Ile-de-France*), 45% ont un diabète entre 50-60 ans (*vs 37%*), 10% réside en foyer. Cette surexposition aux MRC des populations en situation de précarité est retrouvée dans nombre d'études observationnelles dans les pays du nord de l'Europe, aux UK et en Amérique du Nord.
- le taux de patients traités par dialyse est aussi le plus élevé d'Ile-de-France : **prévalence** standardisée 1048 pmh vs 738 en Idf : soit **1 207** patients.

Au vu de ce constat, Rénif a développé, en plus des actions destinées au grand public, des actions ciblées de dépistage des MRC et des facteurs de risques cardio-vasculaires dans les foyers de populations migrantes.

Parallèlement à ces actions, Rénif propose, en propre ou en coopération avec les associations, amicales... professionnelles, des sessions de formations destinées aux professionnels de santé.

Parmi les 115 **actions de dépistage** réalisées, 55 ont été conduites en Seine-Saint-Denis (5 103 sujets).

**Méthode** : les dépistages ont lieu en accord avec les gérants et les représentants des habitants. Une communication préalable est organisée. Le jour du dépistage sont présents : 1 infirmière, 1 salarié du réseau et 1 médecin.

Un auto-questionnaire (*aide possible*) permet d'identifier les situations médicales à risque (*HTA, diabète, antécédents urologiques et cardio-vasculaires...*) : mesure de la pression artérielle, taille, poids (*calcul de IMC*), bandelette urinaire, entretien médical systématique.

En cas de risque identifié ou de situation pathologique manifeste, le sujet est orienté vers son médecin traitant. Depuis 2 ans, la remise d'une lettre post-réponse T permet d'apprécier les suites de la prise en charge.

#### **Résultats :**

3-5 rue de Metz 75010 Paris  
Tél : 01 48 01 93 00 - Fax : 01 48 01 65 77  
contact@renif.fr - www.renif.fr  
Siège social : 3-5 rue de Metz 75010 Paris - SIRET : 521 730 572 00018



Les marqueurs de maladie rénale (*protéinurie*) sont plus fréquents parmi les sujets vivant en foyer alors que les facteurs de risque « classique » paraissent moins fréquent (HTA . . .).

Ces dépistages ont été bien accueillis et acceptés. La poursuite de la prise en charge diagnostique de ces sujets par les médecins traitants en coopération (*à leur demande*) avec les spécialistes des maladies rénales peut contribuer à modifier leur « trajectoire médicale » : ralentir la progression de la MRC et en limiter les complications.

**Du 06 octobre 2008 au 06 octobre 2014**

	Population générale	Population des foyers	Effectif Population
Hommes	2 092	4 705	<b>6 797</b>
Femmes	3 646	398	<b>4 044</b>
Age moyen	49,8 ans +/- 14,5	44,8 ans +/- 14,6	10 744
PAS/PAD $\geq$ 140/90	<b>11,4 %</b> (634/5 577)	<b>10,7 %</b> (538/5 011)	
IMC > 30kg/m <sup>2</sup>	<b>17,7 %</b> (992/5 618)	<b>10,4 %</b> (530/5 096)	
Diabète connu	<b>13,6 %</b> (772/5 656)	<b>7,4 %</b> (374/5 079)	10 735
HTA connue	<b>26,0 %</b> (499/1 916)	<b>14,0 %</b> (650/4 632)	6 548
Maladie cardiovasculaire	<b>17,1 %</b> (958/5 609)	<b>3,1 %</b> (156/5 078)	10 687
Maladie rénale connue	<b>7,7 %</b> (434/5 614)	<b>2,2 %</b> (113/5 078)	10 692
<b>Protéinurie positive</b> <b>BU <math>\geq</math> 0,3 g/L</b>	<b>14,1 %</b> (791/5 614)	<b>20,4 %</b> (1 038/5 097)	<b>10 711</b>
Médecin traitant : oui	<b>96,1 %</b> (1 036/1 078)	<b>79,5 %</b> (3 248/4 087)	5 165

**Conclusion :**

Rénif en conjuguant ses actions avec les acteurs du territoire souhaite contribuer à promouvoir la prévention des maladies cardio-vasculaires et rénales dont nombre de déterminants génétiques, sanitaires et sociaux sont communs. En favorisant une identification et une prise en charge précoce par les acteurs de terrain, notamment parmi les populations ayant un recours souvent tardif au système de soins, Rénif espère contribuer à une amélioration de la morbi-mortalité cardio-vasculaire et rénale des habitants de Seine-Saint-Denis.

## **(5) Madame Marie-Joëlle DEJOUET**

### **AVC : agir en amont pour réduire la fréquence et la gravité des AVC**

#### **Agir en amont pour réduire la fréquence et la gravité de l'AVC**

Les actions que je vais présenter se situent dans le cadre du plan AVC 2010-2014 et des recommandations HAS de 2009 relative aux bonnes pratiques de prise en charge de l'AVC

Leurs objectifs sont notamment de faire connaître au public et aux professionnels les signes de l'AVC et la conduite à tenir et de développer la prévention des risques cardio-neuro-vasculaire

Les actions consistent en des journées d'information réalisées dans des lieux publics (hall de l'hôpital, fêtes de Saint Denis) et en des interventions dans des lieux de vie ou d'animation (foyer, maison des seniors, maisons de quartier)

Pour la mener à bien il a fallu d'abord s'interroger sur les messages à faire passer mais également sur les supports et sur la façon de le faire, l'objectif étant de donner de l'information mais aussi d'engager un dialogue avec les personnes participantes.

A cette fin, une série de posters a été créée montrant de façon imagée, concrète et compréhensible par des personnes non parfaitement francophones les éléments significatifs de l'AVC, les facteurs de risque et des conseils pour de meilleures habitudes alimentaires.

Ont été également élaborés un livret « questions réponses sur l'AVC » reprenant et explicitant les données des posters et des marques pages relatifs aux signes d'alerte de l'AVC et l'appel au 15. Il a également été décidé de montrer quand cela est possible le film « Vite AVC » et de proposer de mesurer la tension à tous les participants (facteur de risque majeur de l'AVC)

Selon le lieu dans lequel l'information est réalisée plusieurs formes d'animation sont possibles : déambulation devant les posters et explicitation par l'animateur ou simple présentation dans les lieux de réunion,

Il est à noter que les connaissances et expériences du public sont toujours sollicitées.

Dans le cas de la déambulation, on remarque que le public évalue spontanément ses facteurs de risque ou y est engagé par l'animateur. A cette occasion on demande à la personne quelles sont ses pratiques actuelles (traitement, habitudes alimentaires, activités.), l'idée étant de faire prendre conscience à la population des risques encourus et de les engager à se prendre et à se faire prendre en charge.

La dernière partie du parcours consiste à mesurer la tension.

Pour les patients pour lesquels la TA est supérieure à 14/9, une seconde mesure est réalisée après repos. Un interrogatoire permet de savoir si cette tension élevée est habituelle, si le patient est traité et si il y a une bonne observance au traitement. On observe qu'à chaque manifestation ( 8 depuis 2012) on trouve de nombreuses TA élevées et des personnes signalant avoir arrêté ou oublié leur traitement assez régulièrement. Ces constatations inquiètent sur ce point de la prévention

Le patient est réorienté chez son médecin traitant et ou vers les services sociaux et des conseils sont donnés pour limiter le risque d'oubli.

Toutes les personnes repartent avec un livret questions réponses sur l'AVC et des marques pages relatifs aux signes de l'AVC que l'on leur demande de distribuer à leur entourage.

Lors de ce type d'intervention environ 700 personnes (public et professionnels) ont été informées et ont bénéficié d'une mesure de la TA.

Ces différentes actions ont été accompagnées de campagnes d'affichage et d'une conférence grand public réalisée par un médecin et complétée par le témoignage d'un patient victime d'AVC

En conclusion même si ces actions ont été ressenties très positivement par les participants et les intervenants, il est à noter qu'elles nécessitent du temps, des personnes disponibles (hormis pour l'animatrice de filière, cette activité n'est pas incluse dans leur temps de travail) et que leur impact n'est pas facilement évaluable sauf pour quelques cas bien identifiés.

Cependant, on sait notamment que dans le 93 l'AVC frappe des patients plus jeunes, puisque l'âge moyen est de 68 ans alors qu'il est de 72ans en Ile de France. On sait également que les populations noires sont plus soumises à l'HTA maligne que les populations blanches.

Pour toucher notamment ces populations, les campagnes habituelles sont utiles mais ne peuvent dispenser d'aller au-devant des habitants dans les lycées, les foyers d'immigrés, les maisons de quartier...

Pour ce faire, il semble important de réfléchir à comment fédérer les acteurs des différents types de prévention comme celle contre le diabète, l'infarctus du myocarde, la mauvaise nutrition ,, mais également de réfléchir avec d'autres professionnels tels des sociologues, des médiateurs de santé ainsi que des usagers aux stratégies à adopter pour être plus pertinent dans une prévention multiculturelle.et multi générationnelle.

## (6) Docteur Hervé LE CLESIAU

### De la réflexion à l'action de terrain en santé publique : bilan et partage d'expériences du Centre d'examens de santé de la CPAM 93



Centre d'Examens de Santé

Bobigny, le 22 Novembre 2014

# LE CES : OUTIL DE SANTE PUBLIQUE

## *Dépistage du risque cardio-métabolique décentralisé au sein des populations en situation de fragilisation sociale*

### ↳ Qui sommes-nous ?



Dès l'ouverture du Centre d'Examens de Santé (CES) en 1996, son orientation médico-sociale reposait sur l'Arrêté du 20 juillet 1992 de la CNAMTS demandant que l'activité des CES devait se consacrer aux populations en situation de fragilisation sociale (Score Epices/Article 2). Plusieurs idées directrices ont concouru à son développement :

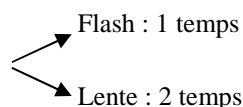
### Tout d'abord : une volonté partagée avec la CPAM

- Optimisation du réseau partenarial avec pérennisation d'un volet accès aux droits en amont de l'examen périodique de santé (EPS) offert aux personnes les plus défavorisées,
- Externalisation de l'EPS au sein des quartiers les plus fragilisés en consacrant davantage de ressources aux stratégies locales autres que le soin,
- lieu de partage mettant en synergie les compétences spécifiques des uns et des autres.

### Mais aussi :

- plus de 200.000 EPS s'appuyant sur un référentiel national validé,
- proposition d'une offre de service aux Médecins Traitants (ETP Diabète 2)
- évaluation et étude des populations examinées par la production de statistiques en utilisant un des paramètres les plus connus maintenant : le SCORE EPICES.

### ↳ Comment : 2 types d'intervention



+ de 1500 assurés bénéficient par an de ce dépistage ciblé.

#### a) **Flash** : Exemple avec le CMS de la Courneuve

- En amont :
- rencontre des partenaires (Centre Municipal de Santé, Atelier Santé Ville)
  - souci de mutualisation avec les différentes structures (IDE/Médecin et les Services en Santé de la CPAM 93 (Santé Active))
  - repérage du site d'intervention – Visite (galerie marchande, forum santé, maison de quartier)
  - communication avec la population (affiche, articles...)

*Constat* : Les acteurs locaux sont les mieux placés pour répondre aux particularités des besoins de santé exprimés par les habitants d'un quartier.

*Flexibilité et adaptabilité d'une équipe pluridisciplinaire aux réalités du terrain.*



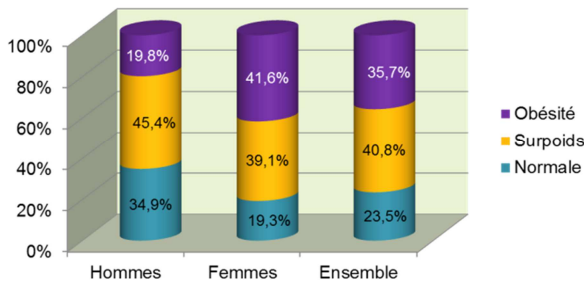
- Jour J :
- installation du matériel médical :
    - Biométrie/Tension Artérielle
    - Lecteur de Glycémie, DCA 2000 (HbA1c)
    - Lecteur du bilan lipidique
    - Questionnaire d'orientation sur les différents facteurs de risque
- Maîtrisé par l'IDE } Prélèvement capillaire
- Maîtrisé par le médecin
- Remise commentée sur une feuille de résultats spécifique transmise au médecin traitant
  - suivi des personnes dépistées par le biais des partenaires
  - (HTA, diabète...) avec le médecin de suite du Centre
  - Débriefing – statistiques

**b) Lente** : Exemples avec les **Restos du Cœur, Foyers de Travailleurs Migrants**

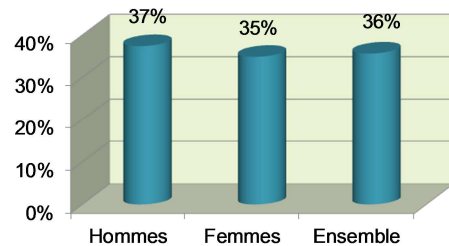
Même schéma que ci-dessus avec bilan biologique plus complet (sérologies) et possibilité de rencontres d'une assistante sociale, d'une diététicienne, d'une gynécologue (frottis)...

Après plusieurs années d'expérience, ces différents protocoles nous ont permis de délocaliser en 2013 l'examen périodique de santé au sein de la communauté de commune de Clichy-sous-Bois/Montfermeil en ouvrant l'antenne **Cap Prévention Santé** avec le soutien des deux Maires, de l'ARS et du Préfet de l'égalité des chances ainsi que des médiatrices socio-culturelles de l'association ARIFA.

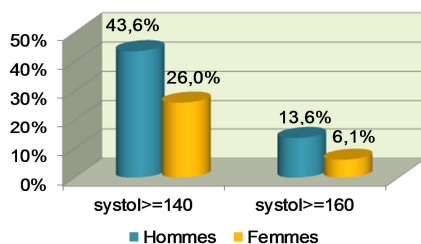
📊 **Données statistiques** succinctes issues de 492 bénéficiaires (âge moyen 47 ans) dépistés en 2013 :  
 88,8 % de cette population présente un score Epices supérieure à 30 (moyenne 55,1)  
 Prévalence de l'obésité



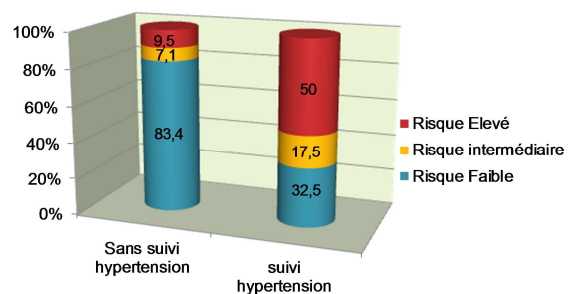
Prévalence du Syndrome métabolique (9% d'hyperglycémie)



Pression artérielle systolique



RCV (Score de Framingham) : non traité vs traité



Ces différentes expériences confirment le besoin d'une réflexion collective sur les difficultés partagées rencontrées sur le terrain. La fonction passerelle du Centre, acteur permanent au sein des quartiers s'y trouve renforcée conjuguant le « Care » avec le « Cure ».

**Dr LE CLESIAU Hervé**

2, avenue de la Convention  
 93014 BOBIGNY CEDEX  
[herve.le-clesiau@cpam-bobigny.cnams.fr](mailto:herve.le-clesiau@cpam-bobigny.cnams.fr)  
 ☎ : 01.72.59.55.05

## **(7) Présentation du Dr Pierre BRODARD**

### **Action de dépistage de risque cardio-vasculaire à La Courneuve par l'équipe du Centre municipal de santé (CMS) en lien avec le Centre d'examen de santé (CES) de Bobigny avec le soutien de l'ARS et la participation de l'Atelier Santé Ville.**

Les équipes du CMS et du centre d'examen de santé (CES) de Bobigny ont proposé en 2003 un dépistage hors les murs pour sensibiliser les habitants aux risques cardio-vasculaires et promouvoir une prise en charge plus précoce. Sont analysés bien entendu l'âge, le sexe, l'existence de maladies cardiovasculaires dans la famille mais aussi les risques sur lesquels on peut agir : tabagisme, diabète, HTA, excès de cholestérol, surpoids, consommation d'alcool, la sédentarité. Un score de précarité complète ce dispositif après quelques années pour chaque usager et permet d'apprécier sa vulnérabilité sociale. Ce dépistage sur des lieux non médicaux

#### **Freins :**

- Le lieu d'action avec un public mobilisable dans un lieu facile d'accès, repérable. L'organisation dans un des foyers de la ville (Adoma, Koalia) par exemple n'a toujours pas été possible. La fermeture de la maison de quartier pour réhabilitation du marché a dû nous faire modifier notre lieu d'implantation

- La disponibilité de personnel mobilisable selon un planning implacable pour un duo CMS, CES, établi

par semestre avec les aléas de la vie quotidienne de ces structures ; une priorité est accordée pour cette action au CMS. Il faut pallier aux absences de dernier moment...

- L'organisation optimum de la séance doit permettre un temps de passage d'environ 45 minutes entre le questionnaire et l'entretien final par le médecin. Il ne faut donc pas introduire trop de personnes en même temps. Les personnes vont partir sinon encours de route...

- La diversité culturelle et linguistique.

#### **Leviers :**

- Intérêt soutenu de la population pour cette démarche pendant 10 ans

- Soutien de la municipalité

- Inscription dans le cadre de l'ASV puis du CLS pour des financements à pérenniser

- Intérêt porté par les différentes catégories de personnel du centre de santé (secrétaires en particulier, mais aussi un infirmier formé à l'éducation du diabétique) à cette action et par ALMS.

- La compréhension et la très bonne coopération avec l'équipe du CES et de son responsable au cours de ces années. L'intérêt majeur de l'étude statistique réalisée par le CES sur cette action.

- La participation de personnels en formation étudiants en médecine, infirmiers, aide-soignantes issus du CES ou du CMS) afin de les sensibiliser à des actions de promotion de la santé.

- Orientation du patient : document adressé au patient pour son MT ; en cas d'absence de médecin traitant ou de personne en difficulté, il existe un intérêt de diriger le patient vers un médecin du CMS. En effet, on peut constater une vraie souffrance psycho-sociale lors de l'annonce de pathologies ou de facteurs de risque ; un accompagnement est nécessaire pour réexpliquer les anomalies du bilan, le retentissement éventuel pour l'état de santé, la nécessité de choisir un médecin traitant pour un suivi correct.

#### **Pour conclure :**

Cette action n'est pas une fin en soi, mais elle est aussi le moteur d'une réelle dynamique au sein de l'équipe du centre de santé à propos du risque cardio-vasculaire ; elle doit aussi être replacée dans un contexte plus large de promotion de la santé sur le territoire en lien avec les acteurs de santé et la participation de la population à travers les associations.

## **(8) Présentation de Mme Marie CITRINI**

"Dans le cadre des choix d'interventions du Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO), j'ai eu le plaisir de participer, à la demande de la Ville de Saint-Denis, à un groupe de travail sur l'obésité des adultes et des enfants et de la prise en charge proposée en ville. Ce groupe de travail a permis au Collectif de s'investir dans l'animation de groupes d'auto-support pour les adultes au sein de la Maison de la Santé, puis d'animer des ateliers cuisine à la maison de la Plaine une fois par mois et enfin, de participer dans le collège Henri Barbusse à des interventions sur les discriminations de l'image du corps dans les classes de 6èmes et de 3èmes. ce fut très enrichissant pour le Collectif et pour les personnes qui ont bénéficiées de ces rencontres.

Lors du débat qui nous a réuni le 22 novembre dernier, force est de constater que de nombreuses énergies se donnent à fond pour aider les populations du 93 à mieux appréhender les maladies dont ils peuvent souffrir, mais qu'il est aussi donner un axe fort à la prévention. Toutefois, comme je l'ai fait remarqué, l'absence de médecins libéraux et des responsables municipaux montrent la limite de nos actions ainsi que le manque de coordination qui permettrait la duplication des actions dans d'autres communes, comme par exemple Défi Forme Santé. "

CNAO : Anne-Sophie JOLY, présidente : [asjoly.cnao@orange.fr](mailto:asjoly.cnao@orange.fr) - 06 81 36 65 21

Secrétariat : [cnao@wanadoo.fr](mailto:cnao@wanadoo.fr) - 01 42 71 17 57 - 06 75 64 98 30

## **(9) Présentation de Mme Sylvie BOULONNOIS**

Madame Sylvie BOULONNOIS : Présidente de l'association et infirmière d'éducation dans un centre de santé.

L'association Génération Diabète 93 existe depuis 2005.

C'est une association issue de la Loi de 1901, donc à but non lucratif.

Cette année, l'association totalise 135 adhérents.

Les buts de l'association :

- L'environnement, la famille.
  
- Emmener des patients diabétiques dans des sites spécifiques.
  
- Informer les patients sur le matériel qui leur est proposé.
  
- Accompagner les patients dans leurs prises en charge, notamment la recherche d'un spécialiste.

L'association propose des interventions collectives tous les semestres, avec des rappels basiques, sur des thématiques qui sont importantes pour les patients diabétiques.

Ils peuvent bénéficier :

- de séances d'activité physique hebdomadaires,
- de séances de sophrologie mensuelles,
- d'ateliers cuisine avec une diététicienne,
- de séances avec un pédicure.

Une adhésion de 5€ leur permet d'intégrer l'association et de bénéficier des activités proposées.

L'association fait beaucoup de dépistage, elle intervient dans les foyers (ADEF, ADOMA...)

Elle intervient en partenariat avec le réseau RENIF.

Elle intervient en lien avec l'assurance maladie dans le cadre du programme SOFIA.

Elle a le soutien de l'Agence Française de Développement.

Elle est en partenariat avec la ville d'Aubervilliers, qui lui apporte notamment une aide logistique.

Grâce à cela, l'association bénéficie de prêts de salle sur la commune d'Aubervilliers.

La présence de professionnels de santé dans l'association permet, lors des réunions entre patients, de rediriger ceux-ci plus facilement dans les groupes de paroles sur les ETP. Cela concède de récupérer des personnes qui avaient tout laissé tomber. Le fait de rencontrer d'autres patients, leur donne moins d'appréhension.