



SEANCE PLENIERE DU 19 JANVIER 2012 COMPTE-RENDU

Ordre du jour

- 1) Présentation du volet «Biologie médicale»
- 2) Présentation du volet «Bucco-dentaire»
- 3) Présentation du volet «Soins aux détenus»
- 4) Divers

Le jeudi 19 janvier 2012, en présence de trente de ses membres, la conférence de territoire de l'Essonne débute sa première séance de l'année.

Le président présente ses vœux aux membres pour la nouvelle année puis fait un point rapide sur les futures modifications de la liste des membres suite aux élections des présidents de CME. Dans l'attente du nouvel arrêté de nomination modificatif, il annonce d'ores et déjà l'élection de Monsieur POUGES au CHSF, succédant ainsi à Monsieur Marc BRAY, la réélection de M. PAQUET à Longjumeau, l'élection de Monsieur Jean-Charles LORENZO pour l'hôpital Sud Essonne. Il ne dispose pas des résultats pour les élections de l'AP-HP.

I – Présentation du volet «biologie médicale»

Mme Isabelle JAYET (Pharmacien général au département Contrôle et sécurité sanitaire des produits de santé à l'ARS Ile-de-France) présente le volet régional de la biologie médicale en collaboration avec Mme Myriam BLUM (Inspectrice à la Délégation territoriale de l'Essonne) qui intervient pour la déclinaison dans le département de l'Essonne.

En introduction, Mme JAYET présente une définition de la biologie médicale :

- **est une activité clé de la prise en charge des patients** : contributive pour 60 à 70% des diagnostics.
- **est une activité clinique et technique** :
 - ↪ Le biologiste médical est responsable de la production des examens, du prélèvement au rendu des résultats,
 - ↪ Il délivre également du conseil aux praticiens et aux patients
- **représente une part non négligeable des dépenses de santé** :
 - ↪ 510 millions d'euros pour la biologie de ville et 490 millions d'euros en établissements de santé (tous statuts),
 - ↪ Soit 3,6% des dépenses d'ONDAM et 3,5% des charges des établissements de santé.
- **est une activité réglementée** :
 - ↪ d'un régime d'autorisation à un régime de déclaration et d'accréditation,
 - ↪ réglementation sur le capital, la sous-traitance, la responsabilité médicale...
- **est un secteur en pleine évolution** :
 - ↪ une restructuration induite par les exigences COFRAC, la pression financière et la nécessité d'accéder à toujours plus de technique,
 - ↪ des « impacts métier » forts tant du côté des cliniciens que des biologistes et techniciens,
 - ↪ un coup d'accélérateur sur les regroupements depuis début 2011...

Le SROS biologie : objectifs et organisation

- Le SROS biologie médicale est un volet du SROS Ambulatoire :
 - ↪ des enjeux pour la ville : accessibilité, organisation du pré analytique, PDSA...
 - ↪ Mais pas seulement : la biologie des établissements de santé est impactée...

Objectifs génériques du SROS :

- ↪ offrir une déclinaison opérationnelle du PSRS : accessibilité, qualité et sécurité, efficience de la dépense,
- ↪ accompagner la réforme nationale : accréditation, nouvelles règles d'implantation...,
- ↪ éclairer les décideurs sur les enjeux de la biologie,
- ↪ accompagner les acteurs dans les évolutions de la biologie.

Organisation :

- ↪ un comité régional du SROS : une trentaine de représentants de la profession,
- ↪ 6 réunions plénières et 7 ateliers de travail menés entre avril et septembre 2011.

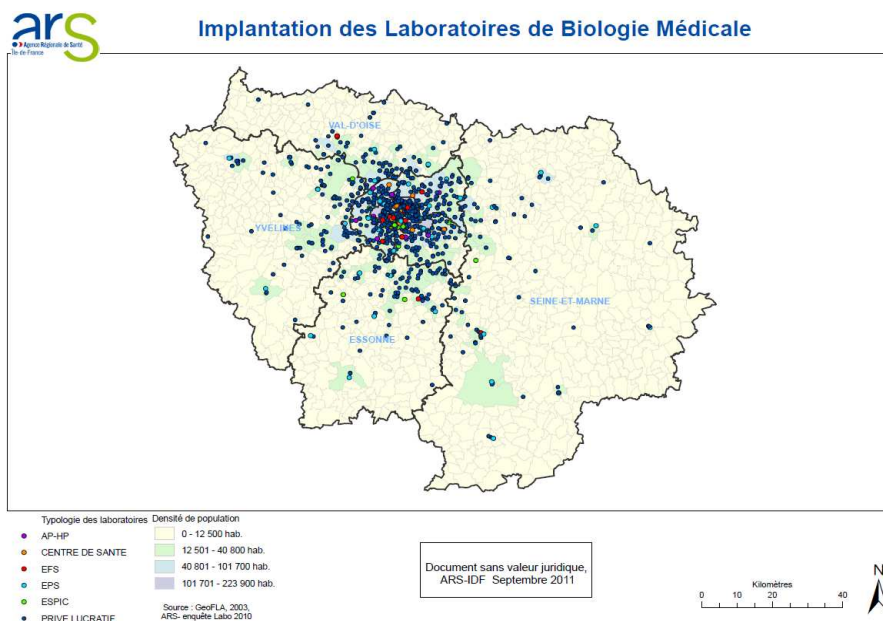
Avancement :

- ↪ Processus de concertation entamé,
- ↪ « mise en projet » en cours : explicitation des actions, des objectifs et organisation du suivi

La biologie médicale en Ile-de-France

■ 850 sites en Ile-de-France au 1er octobre 2011 :

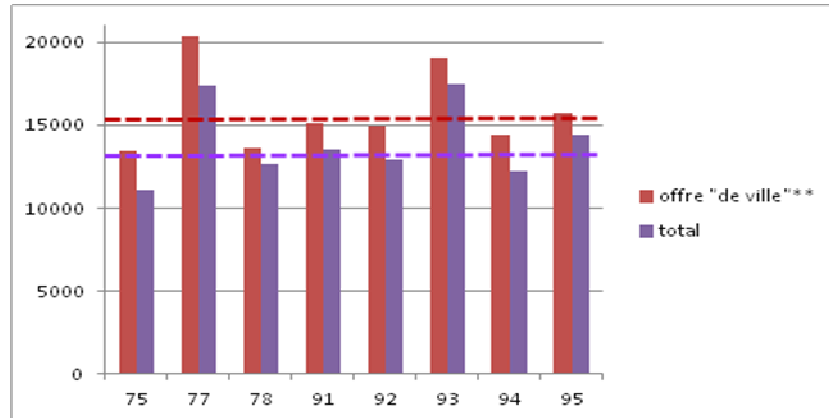
- près d'un quart dans le 75,
- 86% sont privés lucratifs,
- 8 sites fermés au public,
- près d'un tiers regroupé au sein de 60 LBM multisite,
- regroupements en augmentation.



■ Un site pour 13 000 habitants en Ile-de-France mais :

- moindre équipement :
 - en Seine-et-Marne,
 - en Seine-Saint-Denis,
 - dans le nord ouest du Val-d'Oise,
 - dans l'ouest des Yvelines,
 - dans le sud Essonne.

- ce constat impose de s'interroger :
 - sur le rôle des IDEL,
 - sur les conséquences de l'autorisation des regroupements de laboratoires.



L'offre dans l'Essonne :

- Les LBM existants à la publication de l'ordonnance du 13 janvier 2010 :
 - 80 LBM privés,
 - 1 laboratoire de l'EFS – Site d'Evry,
 - 2 laboratoires du CEA,
 - 2 LBM d'ESPIC,
 - Centre Médical de Bligny,
 - CH de Manhès,
 - 5 LBM d'Etablissements de Santé publics :
 - CH Arpajon,
 - CH Longjumeau,
 - CH Orsay,
 - CH Sud Essonne,
 - CH Sud Francilien.

■ La production (en B)* :

- les deux tiers dans Paris (densité de l'offre, de la population et réalité des flux de personnes),
- à 48% par le secteur privé lucratif et à 31% par les laboratoires de l'AP-HP.

**B est la lettre clé de la nomenclature des actes de biologie médicale. Elle permet également de mesurer l'activité d'un laboratoire.*

■ La sous-traitance (en B) :

- elle est capée à 15% (en nombre d'examens...),
- le taux moyen constaté en IDF est un peu supérieur à 15%,
- plus de la moitié des laboratoires tous statuts excède ce seuil.

Monsieur PULIK demande le coût moyen AP/HP inclus. Bien que les résultats de l'AP/HP représentent les $\frac{3}{4}$ de la production, ces résultats ne sont pas disponibles. Par contre le chiffre de 3 milliards de B est communiqué pour la région toutes origines confondues.

■ L'efficacité en établissements de santé (EPS et ESPIC) :

- le RTC permet d'estimer, par simple rattrapage de la moyenne des coûts de production, un gisement d'efficacité de 12,7 millions d'euros répartis dans 34 établissements (sous évalué ?),
- la corrélation volume/prix unitaire existe mais est ténue,
- l'organisation territoriale de la biologie médicale dans les établissements de santé doit permettre de mobiliser ce gisement et doit inciter à se fixer un objectif plus ambitieux que le rattrapage de la moyenne régionale ;

Dans l'Essonne comme ailleurs, sont constatés des écarts d'efficacité entre établissements de santé

	CH ARPAJON	CH DOURDAN	CH ETAMPES	CH LONGJUMEAU	CH ORSAY	CH SUD FRANCILIEN	CH MANHES	CM BLIGNY
Volumes	11,38 MB	12,83 MB	11,55 MB	18,51 MB	10,44 MB	45,84 MB	2.45 MB	7,58 MB
Coûts unitaires	0,17 €	0,18 €	0,23 €	0,22 €	0,26 €	0,18 €	0,24 €	0,2 €
Part de la biologie dans les charges du CRP	4,23%	7,24%	5,76%	4,07 %	3,82 %	3,46 %	4,41 %	4,30%

(Données 2010)

■ La consommation (données nationales, pour les privés...) :

- le volume d'actes facturés à l'Assurance Maladie augmente de 7,2% en volume,
- le montant des remboursements augmente de 2,5% pour s'établir à près de 2,5 milliards d'euros,
- Le taux de remboursement s'établit à 75,5% en 2010,
- Une part croissante des « dispositions générales » dans la dépense (2^{ème} poste en valeur, plus gros volume, plus forte dynamique de croissance en volume et valeur).

Libellé de l'acte	Volumes d'actes	Rang en valeurs
DISPOSITIONS GENERALES	175 517 114	2
BIOCHIMIE COURANTE	58 161 012	4
HEMATOLOGIE COURANTE	53 386 394	1
EXPLORATION HEPATIQUE	42 530 835	6
EXPLORATION GLUCIDIQUE	34 123 306	9
COAGULATION COURANTE	26 787 437	7
IONOGRAMMES	24 296 530	13
EXPLORATION LIPIDIQUE	19 869 829	8
PROTEINES SERIQUES	18 907 398	10
EXPLORATION THYROIDIENNE	13 289 754	5

■ L'entrée dans l'accréditation (au 1^{er} septembre 2011) :

- 36 laboratoires sont accrédités (accréditation partielle ou totale),
- 130 laboratoires déclarent avoir la qualification Bio Qualité «36 mois»,
- 0 laboratoire hospitalier n'a cette qualification, (20 en phase 1).

■ La permanence des soins (*données ERSM pour les privés*)

- 316 513 prélèvements en 2010, dont :
 - 60% la nuit
 - les trois quarts pour des établissements de santé privés,
- soit 2,2% des prélèvements totaux et 22% de ceux des établissements,
- impliquant 373 laboratoires,
- soit 2,3 prélèvements par jour et par laboratoire impliqué.

■ Concernant les professionnels de santé :

- un rôle important des IDEL dans la réalisation de la phase pré analytique, notamment dans certaines zones, avec des interrogations sur l'avenir...,
- des biologistes médicaux présentant la plus forte densité nationale :
 - plus « médicalisés » et plus « hospitaliers » que dans d'autres régions,
 - - 40% de pharmaciens biologistes attendus à horizon 2030 (-9% pour les médecins),
 - de nombreux laboratoires mono biologistes faisant peser un risque sur la pérennité de l'offre,
- la situation des techniciens est moins bien connue.

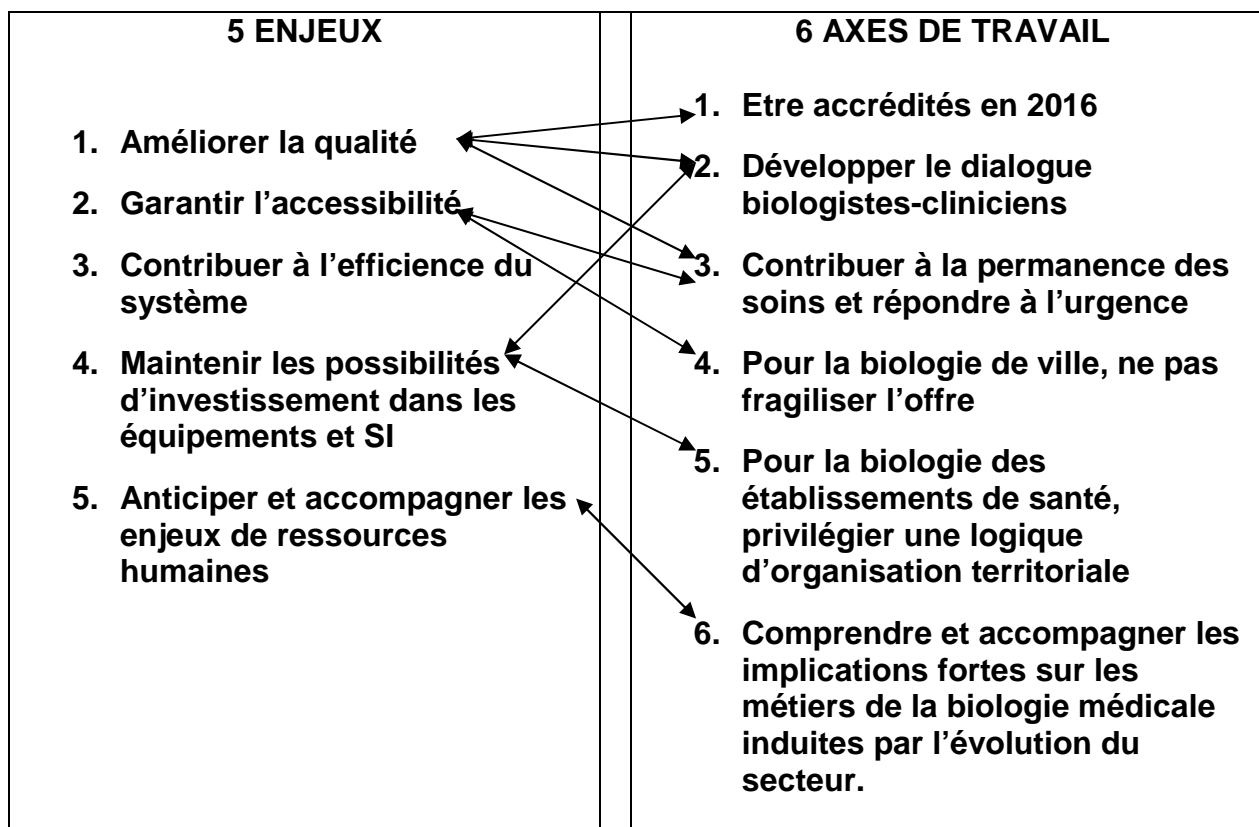
■ L'évolution de la réglementation, de l'organisation des laboratoires et l'apparition de métiers nouveaux induisent une incertitude quant aux besoins en biologistes médicaux et techniciens à moyen terme.

Les professionnels de la biologie dans l'Essonne :

Biologistes médicaux	Pharmaciens	Médecins
France	7526 (71%)	3074 (29%)
Ile-de-France	1711 (68%)	811 (32%)
Essonne	119 (76%)	37 (24%)

	France	Ile-de-France	Essonne
En laboratoire privé	60 % (6 306)	49.9 % (1 256)	80 % (125)
<i>Dont médecins biologistes</i>	14 % (1 414)	28 % (350)	21 % (26)
<i>Dont pharmaciens biologistes</i>	46 % (4 892)	72 % (906)	79 % (99)
En laboratoire hospitalier (public et ESPIC) et autres structures	40 % (4 294)	50,1 % (1 266)	20 % (31)
<i>Dont médecins biologistes</i>	15 % (1 660)	36 % (461)	35 % (11)
<i>Dont pharmaciens biologistes</i>	25 % (2 634)	64 % (805)	65 % (20)

■ Le SROS Biologie médicale a l'ambition de répondre aux enjeux suivants



Les 6 axes de travail

■ Être accrédités en 2016

1) Actions projetées :

1. sensibiliser les directions d'établissements,
2. suivre les laboratoires exploités en nom propre,
3. échanger des informations de manière formalisée avec le COFRAC,
4. organiser une journée régionale annuelle d'avancement et de partage d'expérience.

2) Calendrier :

- Lancement T1 2012

■ Développer le dialogue biologistes-cliniciens

1) Actions projetées :

1. réaliser une étude descriptive de cette activité « une semaine donnée » avec un échantillon de biologistes et de cliniciens volontaires (ville et hôpital),
2. mettre en œuvre un projet d'amélioration régional (au choix) :
 - sur le thème de la sécurité sanitaire : conseil en antibiothérapie
 - sur le thème de la sécurité des soins : conseil en anti-coagulation
 - sur le thème de la pertinence : juste prescription d'actes ciblés...
3. faciliter la diffusion des recommandations et bonnes pratiques,
4. promouvoir la collaboration :
 - retour d'expérience sur les EPP,
 - retour d'expérience sur les solutions offertes par les NTIC.

2) Calendrier

- Lancement T3 2012, après cadrage et choix par le comité régional et les instances de concertation

■ Contribuer à la permanence des soins et répondre à l'urgence

1) Actions projetées :

1. Promouvoir une prescription en urgence pertinente,
2. Organiser une couverture territoriale satisfaisante :
 - contractualisation effecteurs – laboratoires dans le cadre de la PDSA,
 - intégrer l'accessibilité et la distance des plateaux techniques dans l'instruction des demandes de regroupement,
 - privilégier les plateaux techniques ouverts la nuit,

- référencer l'offre de biologie de recours accessible en période de PDS.

2) Calendrier :

- à caler avec celui de la PDSA,
- T2 2012 pour le référencement de l'offre de recours en période de PDS,

3) Avancement :

- dimension d'ores et déjà prise en compte dans l'instruction des demandes de regroupement.

■ Pour la biologie de ville, ne pas fragiliser l'offre :

1) Actions projetées :

- sécuriser le processus d'instruction des demandes de regroupement
- comprendre et anticiper les conséquences des regroupements (rôle et responsabilités des IDEL, logistique du prélèvement)

2) Calendrier :

- Lancement T3 2012 pour le point 2

3) Avancement :

1. Processus d'instruction clarifié

■ Pour la biologie des établissements de santé, promouvoir une biologie territoriale

1) Actions projetées :

- faciliter les projets de coopération (fiabilisation des données et comparaisons, retours d'expérience, expertise sur les aspects juridiques, dans l'évaluation des organisations cibles...) en privilégiant les organisations en LBM multisite,
- inciter à une réflexion territoriale en amont de tout projet d'investissement.

2) Calendrier :

- dès à présent

3) Avancement :

- 7 projets en cours dans la région, hors AP-HP

■ Comprendre et accompagner les implications fortes sur les métiers de la biologie médicale

1) Actions projetées :

- évaluer, avec les universitaires et responsables, les besoins futurs en biologistes médicaux et techniciens de laboratoire,
- faire connaître les parcours professionnels possibles pour les techniciens de laboratoire.

2) Calendrier

- T1 2012

Déclinaison dans l'Essonne, au 1er décembre 2011

■ La recomposition de l'offre de biologie de ville

- Sur les 80 LBM préexistants dans l'Essonne (au 1er décembre 2011) :
 - ↳ 48 ont été transformés en « sites » (59 %) et rattachés à 12 LBM multisites dont :
 - 9 ont leur siège dans l'Essonne (dont 2 possèdent des sites au moins dans un autre département de l'Ile-de-France) ;
 - 3 ont leur siège social ailleurs dans la région ;

■ Veiller à maintenir une bonne couverture des besoins

- 4 LBM sont accrédités par le Cofrac (2 privés à but lucratif et 2 laboratoires du CEA)

■ Veiller à l'engagement dans la démarche

■ Des dynamiques différentes concernant les LBM des établissements de santé dans le département :

- le laboratoire commun du CH Sud Essonne,
- le laboratoire commun du CH Sud Francilien,
- les LBM des CH Orsay et Longjumeau dans le cadre du GCS et de la future CHT Nord Essonne.

Les prochains pas

- Processus de concertation :
 - ↳ Dont présentation aux conférences de territoire jusqu'en janvier 2012.
- Ajustement des propositions et prise en compte d'enjeux non identifiés :
- Reprise des travaux du comité régional T1 2012 :
 - ↳ qui a manifesté son souhait de contribuer à la mise en œuvre et de suivre,
 - ↳ retour sur la concertation et propositions d'ajustement,
 - ↳ constitution des groupes de travail thématiques.

- La planification des travaux tient compte de ce qu'il est possible de faire avec les biologistes médicaux eu égard au calendrier et à la charge de l'accréditation.

Monsieur PULIK remercie mesdames JAYET et BLUM pour la qualité de leur présentation et souligne l'effort de synthèse fait.

Il poursuit avec les questions suivantes :

- demande d'éclaircissement concernant les dates annoncées pour l'accréditation des laboratoires. Dans la présentation, deux dates ont été annoncées, 2013 pour la date limite des engagements et 2016 pour l'accord définitif alors qu'un nouveau projet de loi déposé par JP DORR proposant un autre calendrier 2014 - 2018 est en cours d'étude ? Dans les deux cas, le calendrier reste une problématique.
- Problème des statuts juridiques différents lors des mutualisations. Quel est le positionnement de l'ARS à ce sujet : préférence pour une mutualisation par statut juridique ou par implantation géographique ?
- Possibilité de mutualisation inter territoires ? problème de la porosité des frontières, des territoires ?
- Quelle est l'ambition (volume mutualisable) du projet en termes de mutualisation ? Dans les économies envisagées il est nécessaire d'ajouter les surcoûts liés à la logistique (transports, harmonisation des systèmes d'information).
- L'analyse du retraitement comptable doit se faire avec prudence car les établissements ne répondent pas de façon homogène (problème de la comptabilité analytique) ; les efforts de restructuration (départs, licenciements, préretraites peuvent s'accompagner transitoirement d'une forte augmentation des charges)

M. LEFEBVRE (*représentant des centres de santé*) : Quels sont les objectifs en termes de pertinence des prescriptions ? Une étude, de l'ARS sur le plan régional voir national prouvant le bien-fondé des prescriptions de ces examens qui augmentent serait la bienvenue. Les demandes d'examens ne cessent d'évoluer ceci est à mettre en rapport avec le temps de consultation des praticiens qui est de plus en plus réduit.

M. VARROUD-VIAL (*représentant des réseaux de santé*) : rejoint l'intervention précédente et pose le problème du service rendu à l'usager et les économies potentielles sur la santé.

Il explique qu'il existe des données sur des prescriptions qui prouvent la non pertinence des ces examens et prend comme exemple les prescriptions d'examens thyroïdiens. Sur la base de cet exemple, il serait facile de mener l'action sur les trois parties en cause : les prescripteurs, les usagers et les laboratoires. Tout le monde y gagnerait.

Il met l'accent sur la place du « Conseil », dans la démarche. Il est vital de faire l'éducation thérapeutique des patients.

L'objectif étant une amélioration de la qualité des soins, il pose le problème du rendu des examens biologiques. Lorsqu'une prescription sort des normes, quand elle n'est pas clairement justifiée par le prescripteur, l'examen ne devrait pas être réalisé.

M. LAVAUD (*représentant des associations agréées au titre des associations de retraités et personnes âgées*) : fait la remarque sur les dates présentées pour l'accréditation (2013

et 2016) alors que le département de l'Essonne compte 4 laboratoires déjà accrédités par le COFRAC ?

Les chiffres présentés montrent que les examens thyroïdiens se classe au 2^{ème} rang en volume et au 5^{ème} rang en valeur (prix). Alors que ces examens risquent d'augmenter en volume, Il serait intéressant de regarder avec attention le problème du coût.

Quelle est la position des infirmiers libéraux suite au refus des laboratoires que les prélèvements soient effectués par les IDE libérales ?

M. PULIK : concernant l'accréditation du COFRAC, 2013 et 2016 sont des dates limites pour les engagements, rien n'empêche de s'accréditer avant, d'où les 4 laboratoires déjà accrédités dans l'Essonne.

Mme BARROS (*représentant des infirmiers libéraux*) : les biologistes ne sont pas d'accord avec l'évincement des infirmiers libéraux. Ils sont contre toute proposition de loi en ce sens. Le travail des infirmiers libéraux continuent avec les laboratoires, pas d'exclusion constatée à ce jour.

Mme JAYET : pour ce qui est de l'assouplissement du calendrier, le report des dates, 2014 – 2018 n'est pas officiellement annoncé. Il est clair que les dates actuelles ne sont pas réalistes. Les nouvelles dates semblent par ailleurs convenir au gouvernement et aux professionnels.

La mutualisation par statut paraissait plus simple au départ. L'ARS compte faciliter un regroupement inter-statut par département pour limiter les coûts de logistique et permettre d'atteindre plus facilement une masse critique.

Le regroupement par territoire de santé pourrait être intéressant cependant la taille des territoires rend l'idée incompatible avec le projet.

La mutualisation par nature d'examen nécessite un travail en amont (choix d'un local, un dialogue par rapport aux contraintes d'organisation...). Il faut prendre en compte plusieurs éléments par scénario, il n'y a pas de montage type ; ce genre de mutualisation demande une étude au cas par cas.

Quant à la pertinence des examens prescrits et réalisés, un lourd travail reste à faire notamment discuter avec les cliniciens sur les bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

Au mois de février prochain on n'assistera à une nouvelle baisse de la Nomenclature pour les examens thyroïdiens. D'autres catégories d'examens sont en augmentation de volume de prescription notamment le dosage de la vitamine D chez les femmes. Le problème réside dans le fait que des prescriptions inutiles en trop grande quantité entraînent une diminution des remboursements des examens (régulation prix / volume).

Mme LUBELSKI (*représentant des professionnels libéraux*) : explique que l'utilisation de la micro CRP au cabinet pourrait éviter des demandes de NFS et CRP en urgence de même qu'il est possible de développer la pratique de certains tests rapides en cabinet pour éviter des examens d'urgence.

Le retour des examens doit se faire pour tous les types de prise en charge et pour tous les praticiens en groupe ou non.

M. PULIK : dans les projets de regroupement et de mutualisation, il a été fait allusion à un seuil. Jusqu'où poursuivre la mutualisation ? Ce seuil a varié entre 50 à 80 M de B. Qu'en est-il de cette augmentation et vers quel niveau positionner le seuil ?

Mme JAYET : le seuil de robotisation est de 1000 dossiers par jour en établissement et de 1500 à 2000 dossiers par jour pour les laboratoires privés. Contrairement au secteur privé, dans les établissements publics, les dossiers sont plus complexes.

Avant de passer à la deuxième présentation, Monsieur PULIK souligne la présence de Monsieur POUGES Claude qui est le nouveau président de CME du CHSF (présent mais en attente de l'arrêté) et lui souhaite la bienvenue.

II – Présentation du volet bucco-dentaire

Ce volet est présenté par Mme Edmée BERT (réfèrent thématique à la Direction de l'offre de soins et médico-social à l'ARS IDF).

Introduction :

- méconnaissance de l'importance de la santé bucco-dentaire,
- ignorance des liens existants entre pathologies BD et santé générale (ex : état BD maladies chroniques),
- incompréhension des liens existants entre état BD et situation psychologique et sociale,
- inadéquation de l'offre de prévention et de soins curatifs aux besoins,
- inégalité d'accès aux soins :
 - territoriale
 - sociale
- dichotomie entre prévention et soins curatifs :
 - impératif de décloisonnement entre les différents secteurs de santé pour une optimisation de la prise en charge de la santé d'un individu.

Les enjeux de la santé bucco-dentaire :

- reconnaître que la santé bucco-dentaire est une composante de la santé en général,
- admettre les répercussions sociales, psychologiques de la santé bucco-dentaire,
- comprendre que l'état BD est un excellent indicateur de l'état socio-sanitaire,
- conduire une politique structurée et transversale afin de :
 - garantir l'accessibilité des soins,
 - réduire les inégalités territoriales et sociales.

Les orientations et recommandations :

- Privilégier la prévention pour éviter les soins curatifs :
 - coût,
 - santé.
- Garantir l'accessibilité aux soins :
 - réduire les disparités territoriales,
 - assurer une offre respectant les tarifs opposables ou réglementés.
- Optimiser les pratiques :
 - dispenser l'acte le plus adapté au patient quel qu'il soit.
- Adapter les soins, qu'ils soient préventifs ou curatifs pour les populations à besoins spécifiques que sont les :
 - jeunes enfants,
 - personnes âgées dépendantes,
 - personnes en situation de handicap,
 - personnes vulnérables,
 - personnes présentant des troubles mentaux,
 - personnes sous écrou de justice.

Les recommandations au niveau des acteurs :

- praticiens libéraux,
- centres de santé,
- centres hospitaliers hors AP-HP,
- services odontologiques hospitalo-universitaires,
- permanence de soins en ambulatoire.

Les praticiens libéraux :

- Accessibilité aux soins

Etudier, en concertation avec les représentants des praticiens libéraux (URPS, CRO), dans les mesures proposées pour répondre aux mêmes difficultés constatées pour la médecine générale libérale, celles applicables à l'odontologie :

- nouveaux modes de rémunération,
- exercice en groupe,
- maisons médicales,
- maisons de santé polyvalentes...

Pour les étudiants en odontologie : contrats d'exercice, stages de santé publique, territoires de stage d'internat...

Essonne

627 praticiens au 31/12/2009
51,3/100 000 habitants
- 11% entre 2000 et 2009

Les centres de santé :

■ Accessibilité aux soins

- participer à la pérennisation des CDS existants et apporter le soutien nécessaire à la création de nouvelles structures.
- la réflexion en cours sur la création de CDS à l'intérieur ou en relation avec l'hôpital doit intégrer l'odontologie.

Essonne

10 centres de santé
25 fauteuils dentaires

Les services hospitaliers hors AP/HP

■ Optimisation les pratiques

- promouvoir dans ces établissements, les actes conservateurs et de réhabilitation prothétique,
- créer des postes d'odontologues hospitaliers et d'assistants dentaires pour renforcer les équipes et optimiser les installations existantes.

Essonne

4 hôpitaux ont une activité odontologique
1 seul * dispense la totalité des soins dentaires
*Sud-Francilien, Arpajon, Longjumeau, Magnolia **

Les services odontologiques hospitalo-universitaires

■ Prévention – accessibilité

Optimisation et prise en charge des besoins spécifiques

- Poursuivre la réflexion entre l'ARS, l'AP/HP et l'université.
Réflexion menée en synergie avec l'actuel projet de restructuration des facultés de chirurgie-dentaires parisiennes et de réorganisation de l'enseignement clinique (l'avenir de l'odontologie, l'évolution des modalités d'enseignement et les conséquences sur les pratiques...)

■ Optimiser la composition de l'effectif des services :

- mission enseignement initial : effectif suffisant
- mission soins, premier recours et prise en charge patients à besoins spécifiques : insuffisance de personnels hospitaliers soignants

Permanence Des Soins (PDS) en ambulatoire

■ Accessibilité aux soins :

- Poursuivre la réflexion avec l'ensemble des professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, portant sur la création de services d'urgences odontologiques hospitaliers. Cette réflexion s'effectue dans le cadre de la Permanence Des Soins en Ambulatoire et la Permanence Des Soins en Etablissements de Santé, avec une priorité à un service régional d'urgences odontologiques pédiatriques.
- Cette démarche implique la création de postes d'odontologistes hospitaliers.
- D'autre part, une étude doit être menée pour mettre en place un numéro d'appel unique, C15 (comme celui mis en place dans le Finistère) : communication d'un arbre décisionnel permettant au service d'appel d'orienter les demandeurs de prise en charge odontologique.

L'application des recommandations pour les populations cible :

- les jeunes enfants,
- les personnes âgées,
- les personnes en situation de handicap,
- les personnes vulnérables,
- les personnes atteintes de troubles mentaux,
- les personnes détenues.

■ Jeunes enfants : odontologie pédiatrique

Prévention

Adaptation des soins pour les jeunes enfants :

- enseigner aux jeunes enfants le brossage accompagné d'une surveillance de l'hygiène alimentaire,
- intervenir le plus tôt possible en formant et sensibilisant les professionnels de la petite enfance (personnels de la PMI, crèches...),
- stimuler et coordonner l'implication de relais dans la délivrance des messages de prévention bucco-dentaire autour de l'enfant,
- diversifier les lieux d'intervention et les outils de communication.

Soins

Adaptation des soins pour les jeunes enfants :

- Les soins de premier recours peuvent, théoriquement, être dispensés tant par les praticiens libéraux que dans les centres de santé ou dans les consultations externes des services d'odontostomatologie hospitaliers. La réalité est différente, rare sont les praticiens libéraux acceptant de soigner de très jeunes enfants.

■ Personnes âgées

Etude d'une action entre :

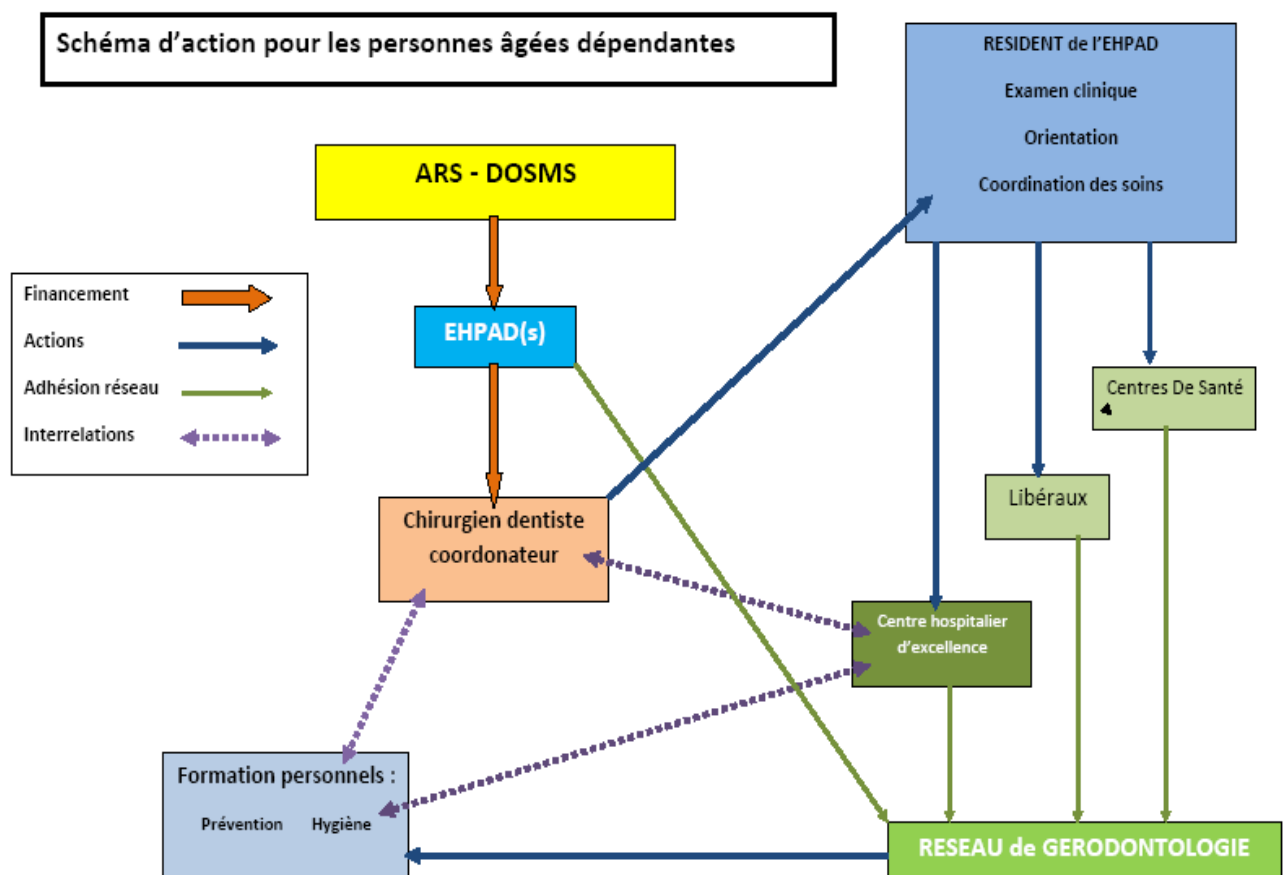
- AP-HP Georges Clémenceau,
- Hospitalo-universitaire,
- Appoline (Essonne),
- ARS.

Prévention & adaptation des soins :

- privilégier la prévention impérativement car facteurs de risques généraux tels que par exemple dénutrition, pneumopathie par inhalation de germes d'origine buccale et également grande difficulté pour la réalisation des soins bucco-dentaire à l'état vigile (cas des PA avec des troubles cognitifs avancés),
- pratiquer un bilan bucco-dentaire au moment d'une consultation mémoire par exemple, pour les personnes âgées non dépendantes mais susceptibles de le devenir à court terme.

Cas des PA dépendantes :

- à domicile : superviser l'hygiène bucco-dentaire ce qui implique une formation adaptée vers aidants ;
- dans les EHPAD : réaliser un bilan BD à l'entrée pour la mise en place d'un dispositif de prise en charge graduée et hiérarchisée, en lien avec l'URPS.



■ Personnes en situation de handicap

Adaptation et accessibilité aux soins :

- les recommandations du domaine de la prévention et de l'accès aux soins sont similaires à celles des PA dépendantes pour les personnes atteintes de déficiences intellectuelles (dispositif gradué, hiérarchisé selon le protocole du réseau RHAPSOD'IF),
- pour les personnes présentant des déficiences physiques et/ou sensorielles, la difficulté essentielle est l'accessibilité des locaux.

Essonne

17 IME
Appoline associée à RHAPSOD'IF

■ Personnes vulnérables

Accessibilité aux soins

- il n'existe qu'une seule PASS (permanence d'accès aux soins de santé) odontologique régionale actuellement,
- créer et financer de nouvelles PASS bucco-dentaires selon les besoins du territoire et complétant une PASS médicale existante prenant aussi en charge les soins pédiatriques,
- exemple : mise en place d'une PASS bucco-dentaire au sein du groupe hospitalier universitaire Paris-Nord-Val de Seine (Site Louis Mourier).

Essonne

Une PASS est en cours d'élaboration
Hôpital Sud-Francilien
Appoline

■ Personnes atteintes de troubles mentaux

Prévention

Adaptation des soins :

- Prévention primordiale,
- sensibiliser et former l'ensemble des acteurs de la chaîne de prise en charge prenant en charge cette population est une nécessité par le biais des formations médicales continues, des campagnes auprès des acteurs.

■ Soins curatifs

Adaptation des soins :

- Mettre en place un dispositif gradué et hiérarchisé :
 - avec un 1^{er} recours local,
 - un centre d'expertise départemental,
 - un service d'excellence et de recherche régional qui pourrait être situé à l'hôpital Sainte Anne.

■ Personnes détenues

Sous écrou

Adaptation des soins :

- population à risques majorés : PREVENTION,
- créer un statut de praticien hospitalier pérenne en milieu carcéral, selon la demande des praticiens concernés,
- recruter des assistants dentaires pour libérer du temps médical,
- accéder à l'ensemble des soins bucco-dentaires.

Suivi après libération

Adaptation des soins

- Assurer le suivi médical,
- Offrir un accès aux soins (avec le PASS notamment) en lien avec le volet de santé des personnes détenues.

Les actions de la santé BD en 2012

Les actions principales préconisées pour l'année à venir sont les suivantes :

- 1) Personnes âgées dépendantes : prise en charge de la santé bucco-dentaire en EHPAD,
- 2) Personnes en situation de vulnérabilité : création d'une PASS,
- 3) Amélioration de la formation initiale : introduction de praticiens hospitaliers non universitaires dans les services hospitalo-universitaires d'odontologie,
- 4) Mise en place d'un service d'accueil des urgences odontologiques pédiatriques.

Conclusion

- La prise en charge de la santé bucco-dentaire est un champ d'action très vaste. Certaines actions appartenant au domaine de la prévention seront menées parallèlement aux actions décrites dans la présente note et détaillées dans le schéma bucco-dentaire,

- les différentes propositions doivent faire l'objet d'arbitrages et il doit être procédé à une hiérarchisation pour leur mise en place dans les prochaines cinq années du schéma,
- cependant, les actions précitées pour 2012 sont celles à mettre en œuvre en priorité car elles s'articulent avec des préconisations clés du PSRS et elles correspondent à des besoins particulièrement urgents.

M. LUBEIGT (*représentant des établissements publics de santé*) : souligne que l'hôpital Barthélémy DURAND a été omis dans la liste des hôpitaux prenant en charge des personnes présentant des troubles mentaux et mettant à disposition un centre de premier recours.

M. PULIK : précise que le centre médical de Bligny a également une consultation hebdomadaire largement tournée vers les personnes démunies (sanatorium, unité VIH) .

M. CHABENAT (*représentant des professionnels de santé au titre des chirurgiens-dentistes*) : se présente, avant d'apporter quelques précisions. La région Ile-de-France n'est pas la première à mettre en place un SROS bucco-dentaire. La région Lorraine, en a réalisé un.

La permanence de nuit et 24h/24 d'un cabinet dentaire n'est pas envisageable. Pour ce qui est de la permanence de jour le dimanche et les jours fériés il n'y a pas d'objection.

Il met l'accent sur l'absence de rémunération des astreintes. Si en cas d'astreinte, le professionnel de santé ne reçoit pas de patients, il n'est pas rémunéré. Il demande à ce que la prochaine convention prévoit une rémunération de l'astreinte.

M. GALINAND (*représentant des associations de retraités et personnes âgées*) : le problème au niveau de l'odontologie est le reste à charge pour les personnes âgées. Cela représente des difficultés pour se faire soigner. Qu'est-il envisagé pour cette population ?

Mme BERT : Le reste à charge des patients ne relève pas du champ de compétence de l'ARS.

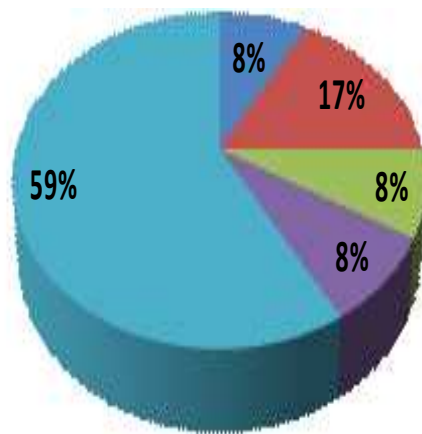
Les difficultés liées à la prise en charge pour les personnes âgées qui vivent à domicile ainsi que les relations avec les praticiens pour les résidents en Ehpad ont été entendues.

III – VOLET SOINS AUX DETENUS

Cette présentation est faite par Mme HABIB-RAPPOPORT (réfèrent thématique à la Direction de l'offre de soins et médico-social à l'ARS IDF).

Contexte régional :

- Première région pénitentiaire, l'Ile-de-France comporte 13 Etablissements pénitentiaires



- Centre de détention :
- Centre pénitentiaire :
- Etablissement pour mineurs :
- Maison centrale :
- Maison d'arrêt :

Quelques chiffres

- 13 000 personnes sont incarcérées dans la région,
- avec un taux de récidive situé entre 48 et 52%,
- le turn over concerne 32 000 personnes en Ile-de-France.

Le contexte régional :

- surpopulation constante,
- mortalité par suicide très élevée,
- population très spécifique avec des besoins particuliers,
- surface exigüe des locaux où sont implantées les UCSA,
- état dégradé de nombreuses cellules pénitentiaires.

Constats

- l'accès à des actions de prévention est rendu difficile par le contexte de la détention,
- la prise en charge somatique est bonne,
- la prise en charge psychiatrique devrait s'améliorer,
- la préparation à la sortie est insuffisante.

Points forts

- forte implication des équipes soignantes intervenant dans les UCSA et SMPR d'IDF,
- bonnes relations de travail entre l'UHSI de la Pitié et l'Epsnf,
- une véritable dynamique partenariale existe entre tous les acteurs, elle devrait permettre de mettre en œuvre toutes les préconisations et les recommandations de ce volet.

Nécessité de mettre en place un programme régional.

Développer et améliorer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé par la mise en place d'une stratégie partenariale :

- mieux connaître l'état de santé des personnes détenues,
- renforcer la prévention du suicide et plus largement, l'accompagnement en santé mentale,
- évaluer les difficultés d'application de la politique de réduction des risques et mettre en place les actions pour y remédier,
- lutter contre la tuberculose,
- mieux connaître et mesurer les besoins dans le domaine de l'alimentation,
- améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues.

Mieux connaître l'état de santé des personnes détenues :

- cette action nationale va être mise en place par l'InVS et le suivi des expérimentations sera assuré par l'ASIP afin de construire un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues,
- ce dispositif comprendra des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques de la santé mentale et des maladies infectieuses.

Renforcer la prévention du suicide :

- renforcer en évaluant les actions conjointes de la politique de prévention du suicide et en identifiant des axes de progrès et de bonnes pratiques, en partenariat avec la direction interrégionale des services pénitentiaires de Paris.
- poursuivre l'expérimentation des co-détenus de soutien, actuellement mise en place à la maison d'arrêt de Villepinte, sur d'autres établissements

Les progrès en prévention dans le domaine de la réduction des risques :

- Ces progrès devront portés sur:
 - ↔ l'utilisation de l'eau de Javel,
 - ↔ les informations données aux détenus sur le VIH, les hépatites virales, les IST, les vaccinations,
 - ↔ les protocoles d'échanges de seringue,
 - ↔ les protocoles de substitution aux opiacés,
 - ↔ la distribution de préservatifs,
 - ↔ la prophylaxie post VIH,
 - ↔ prophylaxie du coiffage ou du tatouage-piercing.

Renforcer l'offre de soins en milieu carcéral :

- rendre plus attractif le travail des soignants en milieu carcéral,
- améliorer l'efficacité par la mise en place de la télémédecine dans les Ucsa,
- réfléchir sur l'avenir de l'Epsnf,
- préparer la sortie des personnes détenues en étroite collaboration avec l'administration pénitentiaire et les services d'insertion et de probation.

Ce programme régional de santé en direction des personnes détenues s'appuie sur une réelle dynamique de partenariat.

Deux appels à projet contribueront à sa réussite :

- l'un dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé dans le cadre du PRAPS,
- l'autre en télémédecine dans les UCSA.

Les réunions de travail débuteront après l'organisation de la commission Santé-Justice et porteront sur l'offre de soins, la prévention et les sorties de prison.

M. PULIK : s'étonne que le problème du secret médical et de la confidentialité en milieu carcéral n'aient pas été évoqué ?

Mme HABIB-RAPPOPORT : lors des inspections on vérifie systématiquement que les dossiers soient tenus dans des armoires fermées à clés. A la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis le problème ne se pose pas ce qui n'est pas le cas partout ailleurs. Il faut noter qu'un important travail est réalisé au niveau de l'administration pénitentiaire pour insonoriser les chambres.

M. NASZALYI (*représentant les personnalités qualifiées – professeur associé Université Val d'Essonne*) : l'université d'Evry fait des programmes avec le SPIP dans le cadre de la sortie des jeunes délinquants. Il se propose de travailler avec l'ARS sur ce projet.

Mme HABIB-RAPPOPORT : précise que le calendrier des réunions est déjà validé. Elle propose de l'intégrer dans les sous-groupes de travail.

M. LEFEBVRE : dans les centres de soins psychologiques, l'expérience montre que les anciens détenus disent ne pas avoir reçu de soins malgré le SME. Pourquoi ne pas mettre en place le principe de la seringue à usage unique plutôt que de distribuer de l'eau de javel pour la désinfection ?

Mme HABIB-RAPPOPORT : le problème reste que la drogue n'est pas autorisée dans ce milieu. Mettre à la disposition des détenus des seringues à usage unique représente un risque élevé car une seringue est une arme en prison. Par rapport aux soins psychologiques, le temps de consultation est malheureusement très court.

Monsieur PULIK, après avoir remercié l'ensemble des participants, conclue la séance à 12h30 en donnant rendez-vous aux membres le **16 février 2012 à 10 h**, date de la prochaine conférence.

GLOSSAIRE

BD : bucco-dentaire
CDS : Chirurgien-dentiste
CEA : Centre d'Energie Atomique
COFRAC : Comité Français d'Accréditation
EFS : Etablissement Français du Sang
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPS : Etablissement Public de Santé
EPSNF : Etablissement Public de santé Nationale de Fresnes
ERSM : Echelon Régional du Service Médical (Assurance Maladie)
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
INVS : Institut de veille Sanitaire
LBM : Laboratoire de Biologie Médicale
NTIC : Nouvelle technique d'information et de communication
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PDS : Permanence des soins
RTC : Retraitement comptable
SPIP : Service Pénitentiaire Insertion et Prévention
SMPR : Service Médico Psychologique Régional
UCSA : Unité de consultation en soins ambulatoires
UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée