



Conférence de territoire

Séance plénière du 16 février 2012

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

- 1) Conséquences de l'ouverture du Centre Hospitalier Sud Francilien sur l'offre de soins
- 2) Présentation du schéma prévention
- 3) Divers

La séance débute à 10h15 en présence de trente membres dont 21 titulaires et 9 suppléants.

Le président présente l'ordre du jour avant de laisser la parole à Mme EYMERY Magali, directrice adjointe de la démocratie sanitaire au siège de l'ARS pour la présentation de son projet aux membres.

Mme EYMERY explique que depuis son arrivée à l'agence en septembre 2011 l'une de ses principales missions est d'améliorer et de coordonner le travail au sein des conférences de territoire de la région. C'est à cet effet qu'elle souhaite faire le point et apporter une visibilité sur les conférences. Pour alimenter la dynamique en place, elle propose de réaliser un blog PRS à partir d'interviews et de photographies de membres. Si accord des membres, un photographe réaliserait les photos à la fin de la prochaine conférence.

M. PULIK interroge les membres pour obtenir un accord de principe. Cet accord donné, il demande aux volontaires de se manifester.

Messieurs LEFEVRE et NASZALYI sont intéressés par ce projet et se portent volontaires. Mme TRIOLLET (suppléante) propose M. FOUQUET (titulaire absent) qui serait susceptible d'être intéressé.

I – Conséquences de l'ouverture de Centre Hospitalier Sud Francilien sur l'offre de soins.

Cette première partie présentée sous forme de questions/réponses est co-animée par M. PULIK et M. POUGES, président de CME du CHSF.

Question 1

Les capacités des sites de Corbeil et d'Evry sont de 776 lits et places. Le nouveau CHSF a une capacité de 1016 lits et places.

N'est-on pas en situation de grande surcapacité ?

Réponse 1

	Actuel		Nouvel hôpital							
			A l'ouverture		Programmés		disponibles		Non équipés	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	290	53	300	83	7	2	25	22		
Chirurgie	92	12	92	12	8		20	10		
Obstétrique	83		89		10			8		
SSR	50	10	48	13						
Psy G10/12/13 + UPLI	90		90							
UHTCD	23		28		2					
Soins critiques	74	2	80		16		8	2		
Divers							12	0	62	
Total général (Nouvel Hop)	702	77	727	108	43	2	65	42	62	0

	Service restant hors Nouvel Hôpital			
Hôpitaux de jour G11 10		12		12
Psy 91 G11 J. Lacan	21		21	
EHPAD	103		103	
TOTAL	124	12	124	12

170 lits et 44 places disponibles

Total général	826	89	851	108	43	2	65	42	62	0
---------------	-----	----	-----	-----	----	---	----	----	----	---

Précisions à la demande de Mme RAUZE :

Lit = concerne un secteur d'hospitalisation traditionnelle (hospitalisation complète)

Place = concerne un secteur d'hospitalisation ambulatoire (hôpital de jour) pouvant accueillir plusieurs malades sur une même place en une journée.

L'Ehpad et les secteurs psychiatriques ne déménageront pas sur le nouveau site.

L'Hôpital Calmette devrait déménager au Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges.

Question 2

L'ouverture d'une unité neuro vasculaire au CHSF aura-t-elle des conséquences sur les sites déjà existants ?

Sera-t-on dans une situation de concurrence ?

Réponse 2

- Le CHSF va ouvrir une UNV de 18 lits :
 - ↳ initialement 4 lits d'USI-NV
 - ↳ puis passage à 6 lits d'USI-UNV
- Le SAMU 91 prend en charge 1300 AVC / an :
 - ↳ 200 à 250 dirigés sur Orsay
 - ↳ 300 à 350 dirigés sur Paris
 - ↳ 650 à 750 dirigés ailleurs
- Il y a donc place pour 2 UNV dans le 91 :
 - ↳ L'ouverture du CHSF devrait réduire les transferts hors 91.

A la question liée à la survie de l'unité neurovasculaire d'Orsay, M. POUGES répond qu'il n'y a pas de problème pour cette unité. Les besoins du territoire nécessitent deux unités de ce type dans le département.

Question 3

Peut-on avoir des informations sur les projets en termes de maternité et de néonatalogie ?
Des berceaux de l'institut de puériculture de Paris, en liquidation judiciaire, devraient être repris par le CHSF ?

Réponse 3

- Le CHSF dispose :
 - ↳ d'une maternité de type 3 réalisant près de 4000 accouchements
- Un projet d'extension de la néonatalogie existait de longue date :
 - ↳ le transfert administratif d'autorisation de 18 berceaux de l'Institut de puériculture de Paris vers le CHSF va permettre de réaliser cette extension. Le CHSF est amené à refuser des cas. Un réel besoin de places supplémentaires existe pour la zone sud, sud-est du département.
- Cela devrait permettre d'éviter des transferts vers Paris.

Question 4

- Corbeil n'a plus d'autorisation de radiothérapie depuis 2010. Il n'y a plus d'offre de radiothérapie publique dans le département.

- Qu'est il prévu dans le domaine?
- Est-ce exact que les installations construites ne comportent que 2 bunkers (réglementation à venir : 3 bunkers obligatoires)
- Comment cela va se régler ?

Réponse 4

- L'architecture du nouveau CHSF est prévue pour recevoir une activité de radiothérapie :
 - ces locaux ne comportent en effet que 2 bunkers,
 - peuvent recevoir deux accélérateurs,
 - la construction d'un 3^{ème} bunker est très difficile dans le bâtiment mais possible à côté.
- Une autorisation en radiothérapie est envisagée dans le cadre d'un renforcement de la filière cancérologique ; des négociations sont en cours avec plusieurs partenaires titulaires d'une autorisation, notamment le centre de Ris-Orangis, mais ne sont pas finalisées.

Question 5

- Le CHSF envisage-t-il de créer des structures de soins actuellement absentes ou sévèrement sinistrées en Essonne ?

Telles : ophtalmologie, stomatologie maxillo faciale...

- Qu'est-il prévu dans le domaine?

Réponse 5

- Le CHSF envisage en effet de recréer ou de renforcer sur l'Essonne :
 - ↗ de l'ophtalmologie en secteur 1,
 - ↗ du maxillo-facial et de la stomato-odontologie, la demande est forte alors que les prises de rendez-vous sont programmées dans 4 ou 6 mois,
 - ↗ une structure de prise en charge des hémorragies digestives,
 - ↗ une structure de prise en charge des hémorragies du post-partum.
- Ceci devrait réduire les taux de fuites sur Paris.

Question 6

- Le CHSF va disposer de 20 blocs opératoires (contre 11 actuellement à Evry dont 2 salles de césariennes).

- Comment envisage-t-il de faire fonctionner cette activité ?

Réponse 6

- En fait sur ces 20 salles, situées sur 2 niveaux :
 - ↳ 7 correspondent à des salles dites d'ambulatoire (endoscopies digestives, chirurgie programmée,...),
 - ↳ 13 sont des salles « lourdes », dont deux salles de césariennes et trois salles interventionnelles (2 coronarographies et 1 salle de radiologie vasculaire)
- Dans un premier temps, seules 12 salles, situées sur un même niveau, seront ouvertes :
 - ↳ 2 salles de césarienne,
 - ↳ 2 salles d'interventionnel,
 - ↳ et 8 de chirurgie (dont rythmologie) et d'endoscopie.

Question 7

- Le CHSF dispose d'une autorisation en cardiologie pour les coronarographies et les angioplasties.
- Il n'a pas d'autorisation en rythmologie, mais cela est envisagé.
- Comment envisage-t-il de faire fonctionner cette activité ? Quel impact sur les 3 centres déjà existants en Essonne ?

Réponse 7

- Le CHSF réalise :
 - ↳ environ 2000 coronarographies par an, dont 750 angioplasties.
 - ↳ l'USIC passe de 8 à 12 lits à l'ouverture du NH.
- Le projet médical est en effet de développer l'activité de rythmologie dans le cadre d'un «centre intégré de cardiologie».
- Des négociations sont en cours avec l'hôpital privé Paris Essonne (Les Charmilles) mais n'ont pas abouti.

Conclusion :

- Les objectifs sont :
 - ↳ la reprise des activités actuelles,
 - ↳ le renforcement des activités de recours existantes,

- ↳ la création d'activités nouvelles qui répondent à des besoins non couverts en Essonne,
- ↳ la réduction des taux de fuite vers Paris.

- Ce dernier point dépend beaucoup du comportement des médecins de ville (adressage), des autres établissements de l'Essonne (recours) et de leurs patients.
- Comment assurer le succès ?

Un travail reste à faire au niveau du réseau pour prouver que l'offre est de qualité. Le CHSF ne compte pas se développer au détriment des autres établissements du département mais il souhaite mettre en place une stratégie visant à renforcer l'offre et à apporter de nouvelles activités dans le département.

Mme RAUZE : en ce qui concerne le projet d'autorisation en radiothérapie pour la filière cancérologie, des discussions sont en cours avec plusieurs partenaires. De quels partenaires s'agit-il ?

Elle propose que la conférence de territoire formule un avis sur ce projet pour marquer le fait que c'est un besoin pour le département.

M. POUGES : un des partenaires est le centre de radiologie privé lucratif de Ris-Orangis. Il précise que c'est un projet majeur dans une filière de cancérologie. La phase de négociation n'est pas évidente. Il n'est cependant pas en mesure d'apporter plus de précisions sur le sujet.

M. PULIK ajoute que l'ARS est favorable à ce projet mais que les négociations en cours avec les partenaires potentiels sont difficiles.

M. CHABENAT demande à ce que les besoins soient définis dans un premier temps avant de prendre une décision.

M. PULIK : les besoins sont déjà définis dans la mesure où de nombreux patients du 91 se rendent dans les départements voisins (77, 92, 94 ou 75) pour réaliser leur radiothérapie. L'ARS a des statistiques qui montrent bien ces flux de patients.

Mme TRIOLLET souhaite que la conférence marque dans son avis que l'autorisation soit donnée à un établissement public même dans le cas d'un partenariat avec le secteur privé marchand.

M. POUGES assure que l'offre sera complète et sera réalisée en secteur 1 même dans le cadre de négociations avec le secteur privé à but lucratif.

Mme HADDAD rappelle qu'il est nécessaire de prendre en considération le faible nombre de radiothérapeutes et que cette activité ne rencontre pas à ce jour, sur le territoire, de difficultés dans le secteur privé. Elle rappelle par ailleurs que les besoins de la population de l'Essonne en cardiologie/rythmologie sont déjà satisfaits par les structures en place en Essonne sans qu'il soit utile de renforcer ou de créer un « centre

intégré en cardiologie » supplémentaire ; il faut par ailleurs que le CHSF cesse de contacter avec parfois beaucoup d'insistance les praticiens du secteur privé installés dans le territoire, ce qui entraîne pour ces structures des déstabilisations inutiles.

Mme LUBELSKI : il ne faut pas détruire l'existant mais plutôt chercher à faire des complémentarités.

M. PULIK résume les propositions de la conférence en deux points :

- souhaite que le département de l'Essonne recouvre une autorisation de radiothérapie dans le secteur public,
- quelques soient les partenaires associés (privé lucratif ou privé non lucratif) l'offre se doit d'être en accessibilité financière totale pour le patient (sans reste à charge).

Mme ELLIEN : on enregistre 4500 nouveaux cas de cancer dans l'Essonne. A-t-on réalisé des études comparatives de coûts ? Le coût des transports est-il pris en compte ? Et la fatigabilité des patients est-elle prise en compte ?

De plus, les critères de qualité et l'accessibilité à l'innovation sont ils assurés ? Le CHSF a perdu son autorisation d'exercice de radiothérapie pour des critères quantitatifs (légèrement en dessous du seuil des 600 patients) et non pour des critères qualitatifs. Ces critères ont été définis par l'INCa et mis en œuvre par les ARH puis ARS.

La fatigabilité des patients est-elle calculée ?

Mme TRIOLLET pense qu'il faut préciser un troisième point, celui du financement qui représente également une difficulté.

M RIVET demande des précisions sur l'avantage donné à un secteur ou à un établissement au détriment d'un autre ?

Pour répondre à cette interrogation, M. PULIK rappelle le mode d'attribution des autorisations. Elles sont délivrées par l'ARS. Dans le cas présent il s'agirait d'un transfert d'autorisation déjà existante, il n'y a pas de création supplémentaire. Les établissements peuvent par exemple se regrouper.

M. NASZALYI : on ne peut plus fonctionner avec un nombre fixe d'autorisations. Les besoins dépendent du nombre de malades du cancer. Le nombre d'autorisations devrait évoluer en fonction de ce critère.

Il serait selon lui choquant que l'ARS ne puisse pas accorder une autorisation à un hôpital public pour un service public.

M. VARROUD-VIAL replace le rôle de l'ARS et précise qu'elle gère l'ensemble de l'offre de soins, secteurs privé lucratif et non lucratif et public. Le plus important est de mettre l'accent sur le reste à charge pour les patients de façon à ce que cela ne soit pas un obstacle pour se soigner.

Mme RAUZE s'étonne que dans le renforcement de l'offre du CHSF, l'interruption volontaire de grossesse ne soit pas prise en compte car 25% des IVG sont réalisées hors du département ce qui correspond à une interruption pour trois naissances. Elle évoque en outre les problèmes financiers du CHSF notamment les loyers exorbitants qui génèrent des conséquences sur les conditions de travail du personnel. Comment équilibrer la situation de l'établissement sans sortir du partenariat public/privé ? Pourquoi ne pas avoir anticipé tous ces problèmes avant de construire un établissement d'une telle ampleur ? C'est une aberration.

M. POUGES confirme la prise en compte de l'IVG dans le cadre du renforcement de l'offre. En effet 650 IVG sont réalisées dans le département alors que la demande est de 1000. Quant au poids financier il est certes majeur mais cette question est traitée à un tout autre niveau.

M. LEFEVRE : quelle politique est envisagée par rapport aux soins non programmés ?

M. POUGES : les deux maisons médicales de garde doivent déménager à Evry. La maison médicale de Corbeil est en cours de transfert pour une ouverture programmée vers le 18 février 2012.

M. VARROUD-VIAL : le CHSF ne peut pas répondre à tous les besoins, il est nécessaire de réaliser des partenariats avec les structures existantes.

M. LAVAUD : en ophtalmologie, les délais pour les prises de rendez-vous sont longs, alors que l'on est confronté à une pénurie de praticiens. Des mesures ont-elles été prises pour réduire les délais ? Par ailleurs quel est le projet du CHSF dans le domaine de la néphrologie ?

M. POUGES : en ophtalmologie, l'embauche immédiate d'un premier praticien est prévue et un deuxième doit être recruté dans les trois mois à venir. Un troisième pourrait rejoindre l'équipe en fonction de l'activité. Pour ce qui est de l'activité de néphrologie, l'offre existe déjà au CHSF mais son développement pourrait être nécessaire.

II – Présentation du schéma de prévention

Cette présentation est animée par Monsieur Laurent CHAMBAUD, directeur de la santé publique à l'ARS Ile-de-France.

Le schéma prévention est une première car il n'existait pas dans les précédentes années.

Les particularités du schéma régional de prévention :

- des compétences juridiques et des financements partagés avec d'autres structures,
- un partenariat riche et diversifié : services de l'Etat, collectivités, professionnels de santé, organismes de protection sociale, organismes privés...

- une palette d'interventions aussi bien sur la promotion d'actions collectives auprès des populations que d'actions individuelles auprès des individus,
- une volonté de ne pas dissocier les deux volets prévention/promotion de la santé et alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire.

La construction du schéma

La méthode

- co-construction avec l'ensemble des partenaires : comité de pilotage, CRSA, Commission de Coordination des Politiques Publiques, Conférences de territoire...,
- cohérence avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS), les plans nationaux,
- transversalité : articulation avec les SROS, les schémas spécifiques (détenus et bucco-dentaire), les programmes (PRAPS¹, GDR²),
- coopération forte avec les autres politiques publiques pour une action sur les déterminants,
- territorialisation des actions : thématiques et populations prioritaires et en fonction des risques sanitaires.

Les priorités définies à partir des diagnostics et bilans

En matière de santé :

- ↪ inégalités sociales et territoriales de santé, dès la naissance,
- ↪ indicateurs de santé défavorables en Ile-de-France,
- ↪ risques sanitaires.

En matière d'offre de prévention :

- ↪ richesse des partenariats et de l'offre associative,
- ↪ des actions individuelles de prévention effectuées par les professionnels de santé, insuffisamment valorisées et souvent non intégrées dans une démarche de santé publique,
- ↪ nécessiter de renforcer l'articulation avec l'offre de 1^{er} recours et le médico-social.

¹ PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

² GDR : Programme de Gestion Du Risque

En matière de veille et gestion de crise :

- ↪ dispositifs de veille et de surveillance,
- ↪ lutte contre les BMR³

Les enjeux en lien avec le PSRS

- Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,
- Amélioration de l'état global de santé des franciliens,
- Favoriser la continuité des parcours de santé par l'intégration des pratiques préventives et curatives,
- Améliorer la qualité globale de l'offre de prévention,
- Augmenter la culture du signalement des évènements de santé et maîtriser les risques,
- Améliorer l'articulation avec l'offre de soins pour la sécurité des patients.

Les 5 axes de développement prioritaire

En prenant en compte les éléments suivants :

- ↪ conserver le meilleur capital santé possible tout au long de la vie,
- ↪ effort particulier envers populations et territoires qui en ont le plus besoin,
- ↪ rompre la reproductibilité des inégalités,
- ↪ assurer la maîtrise des risques, qu'ils soient connus ou émergents.

5 axes prioritaires ont été définis:

- Périnatalité et petite enfance,
- Santé des enfants, adolescents et jeunes adultes,
- Santé mentale,
- Lutte contre l'habitat indigne et ses conséquences sanitaires,
- Lutte contre les résistances aux antibiotiques.

Périnatalité et petite enfance

- favoriser le repérage des femmes enceintes et des couples en situation de vulnérabilité par le renforcement de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) par prise en charge socio-sanitaire globale, précoce et coordonnée,
- développer les actions portant sur le développement des compétences parentales et le soutien à la parentalité,
- soutenir les actions d'éducation à la santé pour promouvoir les comportements favorables (parents et tous professionnels de la petite enfance),

³ BMR : Bactéries Multi-Résistantes

- déployer des actions de repérage et dépistage précoce des maladies et handicaps (autisme, drépanocytose, saturnisme).

Enfants, adolescents et jeunes adultes

- en partenariat étroit avec l'Education nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les Collectivités territoriales pour agir sur déterminants et «armer» les jeunes,
- sur les thématiques les plus problématiques :
 - ↗ nutrition: promotion de projets type ICAPS,
 - ↗ compétences psycho-sociales,
 - ↗ addictions,
 - ↗ sexualité / contraception /IST,
 - ↗ bucco-dentaire,
 - ↗ dépistage des troubles des apprentissages,
 - ↗ risques liés aux musiques amplifiées.

Santé mentale

Axe important car au confluent de nombreux enjeux de santé :

- conduites suicidaires (surtout des jeunes),
- interaction avec précarité,
- dépression et isolement de la personne âgée,
- lien entre addictions et santé mentale.
- Soutien aux programmes de développement des compétences psychosociales chez les jeunes,
- Développement du repérage précoce de la souffrance psychique: dispositifs et lieux d'accueil et d'écoute, soutien à la fonction parentale,
- Appui au développement des Conseils locaux de santé mentale,
- Mise en place de dispositifs spécifiques envers les populations précaires, migrantes, détenues (en lien avec le PRAPS).

Habitat indigne

Impact multiple sur la santé morale et physique des occupants :

- saturnisme,
- asthme et allergies,
- intoxication au CO⁴.
- Amplification et mise en cohérence des actions menées par les Préfets, les Collectivités territoriales et l'ARS,

⁴ CO : Monoxyde de carbone

- Soutien des actions de réduction de l'exposition à cet habitat et de réduction de l'impact sanitaire de l'habitat dégradé.

En partenariat étroit avec les Conseils généraux, les communes, les associations, les services de l'Etat.

Lutte contre les résistances aux antibiotiques

L'Agence doit relayer le plan national 2011 – 2016, pour promouvoir la juste utilisation antibiotique tant en ville qu'à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux :

- ↪ formation et information des professionnels,
- ↪ suivi des indicateurs de surveillance du niveau de résistance des bactéries,
- ↪ programmes spécifiques contre les bactéries multirésistantes, notamment acquises à l'étranger (EPC⁵).

La poursuite des actions partenariales répondant aux besoins des franciliens

Objectifs :

- décliner les plans de santé publique,
- lutter contre les maladies et/ou handicaps affectant les franciliens,
- coordonner et mobiliser les partenaires agissant sur les mêmes problématiques :
 - ↪ les nouveaux enjeux du VIH,
 - ↪ la préservation du capital santé en avançant en âge,
 - ↪ l'adaptation de la prévention aux populations en difficultés particulières,
 - ↪ la lutte contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux
 - ↪ la coordination des vigilances, en introduisant un niveau régional,
 - ↪ la sécurité sanitaire des produits de santé.

Les priorités de méthode ou leviers d'actions

- mobiliser tous les moyens de développement de la promotion de la santé et de la prévention,
- développer le rôle des professionnels de santé,
- développer la santé communautaire,
- fédérer, renforcer, coordonner les acteurs et dispositifs de la veille sanitaire.

Mobiliser tous les moyens de développement de la promotion de la santé et de la prévention

- Agir sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux :
 - ↪ coordination régionale entre institutions: CCPP⁶, conventions-cadre,
 - ↪ développement des mesures d'Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS),
 - ↪ actions au sein des Contrats locaux de santé.

⁵ EPC : Entérobactéries productrices de carbapénèmases

⁶ CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques en matière de prévention.

- Activer des leviers pour une évolution positive de l'offre en prévention:
 - ↳ professionnalisation des acteurs,
 - ↳ coordination avec les plans stratégiques des autres institutions,
 - ↳ contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs,
 - ↳ développement d'une culture de l'évaluation,
 - ↳ développement de la démarche qualité vers une procédure de labellisation.

Développer le rôle des professionnels de santé

- Valoriser et développer la prévention au quotidien dans les cabinets médicaux :
 - ↳ expérimenter une «consultation de prévention individuelle» fondée sur le dépistage des principaux risques en fonction de l'âge,
 - ↳ fournir aux professionnels des outils d'aide à la prévention.
- Renforcer la participation des médecins aux programmes de prévention,
- Promouvoir les pratiques cliniques préventives au sein des exercices regroupés (centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles).

Objectifs spécifiques de développement de l'Education Thérapeutique du Patient.
Proximité de prise en charge – Information des médecins traitants et autres Professionnels de santé.

Développement d'une formation adaptée (plateforme ressources) – Comité régional.

- Valoriser et développer le rôle spécifique de chaque professionnel de santé :
 - ↳ pharmaciens,
 - ↳ chirurgiens-dentistes,
 - ↳ masseur-kinésithérapeute, infirmier diplômé d'Etat, sage-femme.
- Renforcer la place et le rôle des services de PMI
- Développer des actions en s'appuyant sur les professionnels institutionnels :
 - ↳ santé scolaire et universitaire,
 - ↳ santé au travail.

Développer la santé communautaire

ou action communautaire pour la santé :

- Démarche participative et mobilisatrice, à l'initiative des habitants, avec tous les acteurs d'un territoire donné.

- ↳ associer tous les acteurs et co-construire avec les habitants/usagers/citoyens, notamment au sein des contrats locaux de santé,
- ↳ développer les relais efficaces avec les populations cibles (rôle des médiateurs sociaux, médiateurs santé, adultes relais, pairs, aides à domicile, aidants professionnels, aidants familiaux),
- ↳ mener des campagnes de communication en travaillant avec les populations cibles.

Fédérer, renforcer, coordonner les acteurs et dispositifs de la veille sanitaire

- Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire afin de développer le signalement et de participer à la gestion des menaces et des crises pour la santé publique :
 - ↳ construction d'un dispositif pour assurer la transmission d'informations et de signaux et Mise en place d'outils partagés adaptés
- Renforcer les dispositifs de veille afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et détecter les menaces pour la santé publique
 - ↳ surveillance Tuberculose, maladies à prévention vaccinale, infection par le VIH, IST et hépatites,
 - ↳ surveillance des risques infectieux dans les EHPAD,
 - ↳ étendre la surveillance non spécifique ou syndromique.
- Favoriser la coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge des expositions ou des pathologies à composante environnementale,
- Développer l'accès à un réseau de consultations de pathologies environnementales,
- Prévenir les infections liées aux soins :
 - ↳ renforcer la lutte contre les infections nosocomiales,
 - ↳ étendre le dispositif des établissements de santé aux établissements médico-sociaux, puis aux professionnels libéraux,
 - ↳ mobiliser tous les acteurs de santé autour de la prévention et de la maîtrise des infections associées aux soins.

La mise en œuvre du schéma

- Le plan d'action :

↳ mettre en œuvre les actions pour rendre opérationnelles les orientations du schéma (fiches actions en cours de rédaction),

- Le calendrier : en cours d'élaboration dans le cadre des fiches-actions

- L'impact financier :

↳ recherche d'efficacité à travers la coordination et la démarche qualité,

↳ volonté d'afficher une pluri-annualité des financements,

↳ optimisation des financements venant de partenaires différents,

↳ participation des financements accordés aux soins pour développer les pratiques cliniques préventives.

- Suivi et évaluation

M. PULIK dit qu'à la lecture des documents de travail adressés avec la convocation (schéma et annexes), la réflexion est intéressante mais qu'il ne s'agit pas selon lui d'un schéma. Le document correspondrait davantage à des orientations stratégiques. Il dit par ailleurs son inquiétude quant à son aboutissement, sa concrétisation dans le temps et les moyens financiers nécessaires à son application.

M. BOUMATI interroge sur la vocation des actions menées avec la santé au travail. Il demande un développement de ce point et que des plans concrets soient proposés. Une nouvelle réforme plus approfondie que la première a été mise en place avec l'arrivée de l'ARS qui est amenée à donner un avis obligatoire sur les nouveaux CPOM conclus avec l'Etat, la DIRECCTE et la CNAMTS. En quoi consiste cet avis puisque le champ concerné est l'entreprise ? Est-il possible d'avoir des explications supplémentaires sur le sujet ? Y aura-t-il une consultation sur ce partenariat ?

M. MONTGOLFIER s'inquiète de l'existence dans le projet de très nombreuses procédures de signalement, déclarations dans différents domaines. Ces personnels font déjà beaucoup de recueils pour le PMSI, les IPAQS, la qualité... et leur surajouter un recueil c'est encore prendre de leur temps soignant auprès du patient. Ceci paraît délicat dans une période de stagnation ou de réduction des effectifs pour des raisons budgétaires

M. GALINAND questionne sur les inconvénients et les avantages de la fiche action notamment pour le dépistage du cancer de la prostate et souligne le manque d'information du patient dès ce stade de la prise en charge.

Mme LUBELSKI rappelle le travail de prévention effectué en ambulatoire. Elle attire l'attention sur la guidance non reconnue s'effectuant aussi bien en cabinet isolé que dans les structures de groupes et sur les difficultés souvent rencontrées lors la prise en charge des troubles du développement de l'enfant. Les professionnels restent ouverts aux propositions d'aides pour le regroupement.

Mme RAUZE souhaite connaître les moyens dont dispose l'ARS pour la mise en œuvre de ce schéma. Les partenariats entre les services publics fonctionnent mais il faut faire attention aux partenariats associatifs qui souffrent. Si rien n'est fait pour ces associations, elles disparaîtront et avec elles un volet prévention important d'où la nécessité d'établir un dialogue.

M. CHAMBAUD (*réponses aux questions précédentes*) :

Concernant la santé au travail, l'ARS n'a pas de compétence sur ce volet. L'objectif du schéma de prévention est de faire valoir les problèmes de santé des personnes en dehors de la santé au travail.

Les risques professionnels sont déjà pris en charge avec les partenaires, l'intention est de faire des avancées sur le sujet, en activant les partenariats.

Concernant les déclarations, il est capital de développer la culture du signalement en définissant ce qu'est un évènement que l'on doit déclarer. Pour cela il faut travailler avec les professionnels et les institutions sur la déclaration de problématiques importantes.

Pour la question liée au cancer de la prostate, il n'y a pas de données validées permettant de recommander la mise en place d'un dépistage généralisé de la population. Des dépistages individuels ciblés sont par contre nécessaires.

Un important travail reste à faire avec les professionnels de santé pour que les éléments du conseil individuel soient mis en parallèle avec les données entrant dans le dépistage. Les pôles de santé peuvent s'investir dans l'éducation thérapeutique du patient.

En ce qui concerne les associations : les acteurs sont multiples et l'efficacité et la qualité des actions entreprises hétérogènes, d'où la nécessité d'aller vers des actions qui font preuve de leur efficacité.

Il est important d'avoir un travail sur l'aculturation de la prévention de la santé. C'est un moyen de faire vivre la loi en donnant une priorité à la prévention quand c'est possible.

Le financement est un sujet majeur et à ce titre il faut une clarification des financements de tous les partenaires, pour éviter des doublons et identifier les besoins en actions.

Déclinaison dans le département

Le bureau de la conférence a travaillé sur les implications de l'Essonne dans la prévention. A cet effet, M. PULIK fait une présentation des actions entreprises dans le département dans ce cadre et qui ne sont pas mentionnées dans les annexes territoriales.

Prévention bucco dentaire des personnes âgées

M PULIK souhaite d'abord souligner l'exemplarité du travail effectué autour du réseau Apolline et de ses différents partenaires, notamment avec l'Hôpital les Magnolias, exemplarité soulignée lors de la présentation du volet buccodentaire.

- 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-dentaires à l'état vigile (cas des personnes âgées 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.

Appoline

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

Etude d'une action entre
AP-HP Georges Clémenceau
Hospitalo-universitaire
Appoline
ARS

La prévention en cancérologie

Fondation Antéïa pour l'éducation à la santé et la prévention des cancers :

- fondée par : Ligue Nationale contre le cancer et Comité de l'Essonne,
- ouverture prévue : septembre 2012,
- prévention des risques individuels, professionnels et environnementaux,
- éducation des scolaires à partir du primaire aux problématiques de santé,
- information des publics adultes,
- promotion d'une santé durable,
- contribuer à une baisse de l'incidence des cancers,
- développer des actions de recherche,
- partenariats : Comités franciliens de la Ligue, CG 91, les Communes, les autres Espaces de prévention, *réseau national* (5 en France) l'Education nationale, le CNRS.
- conventions : CODES, Universités, Cancéropôle, Cité des sciences, établissements de santé.

Le dépistage

- ADMC (association dépistage des maladies cancéreuses) :

- ↳ sein
- ↳ colorectal

Activité physique et cancer

- Rationnel de l'activité physique en cancérologie :
 - ↳ 1) diminution du risque de cancer (prévention primaire) :
 - 30 min d'activité physique modérée 5 jours par semaine,
 - réduction de 25% du risque cancer du sein et du colon.
 - ↳ 2) cancer déclaré :
 - réduction d'environ 30% du niveau de fatigue,
 - activité physique après cancer localisé du sein,
 - diminution du risque de rechute d'environ 50%,
 - après cancer localisé du colon : bénéfique en survie mais pour une activité physique plus intense.
- Pendant la phase des traitements :
 - ↳ favoriser la consultation par un professionnel formé (enseignant APA-Santé, éducateur sportif ou kinésithérapeute)
- A la fin des traitements :
 - ↳ pour les patients les moins déconditionnés (ou non déconditionnés) possibilité de rejoindre des groupes de patients organisés localement avec un professionnel formé,
 - ↳ pour les patients les plus déconditionnés : stage de réadaptation physique en SSR ou en ambulatoire (kinésithérapeute), en groupe; nécessité d'un maillage territorial.
- A distance :
 - ↳ le but est de rejoindre les structures associatives sportives ou de loisirs» (sans cette fois obligatoirement un professionnel formé en AP – Cancer)
- Un nouveau programme d'éducation thérapeutique :
 - ↳ éducation à la lutte contre la sédentarité dans le cadre de la prévention secondaire des cancers du sein et du colon.
- Pôle de santé Essonne Ensemble
- Réseau Essononco

Education thérapeutique

- Situation dans l'Essonne (au 05/12/2011) :

- ↳ 43 programmes autorisés par l'ARS en Essonne :

- 38 (88 %) sont des programmes hospitaliers :
 - 2 établissements portent 23 des 38 programmes,
 - National : 75 % portés par des hôpitaux.
- 5 sont portés par des réseaux

- Ouvrir l'éducation thérapeutique sur la ville

- ↳ Certes le rôle du médecin traitant est évident mais :

- difficulté de montage des dossiers,
- nécessité de formation théorique et pratique.

- Une proposition

- ↳ Ouverture des programmes autorisés à l'hôpital vers la ville :

- orientation vers les programmes existants
- partenariats, conventions
- appui personnes ressources
- possibilité stages formation pratique

Mme BARROS et M. VARROUD-VIAL rappellent que le travail effectué dans le cadre de la prévention est celui de tous les professionnels de santé (médecins hospitaliers, libéraux, infirmiers...°

M. CHAMBAUD fait remarquer que la proposition sur les activités physiques dans la prévention du cancer et des ses rechutes présentée précédemment a un intérêt majeur.

Pour clore son intervention, il précise que l'objectif de ce schéma est de faire bouger les curseurs sur le soin. Les propositions sont intéressantes mais le problème du financement demeure. Une des solutions à ce problème serait d'appliquer la fongibilité asymétrique de façon à mobiliser l'ensemble des acteurs sur la prévention liée aux soins.

Il prend l'exemple suivant : comment financer un kinésithérapeute qui offre aux patients des activités physiques pour prévenir une rechute de cancer ?

L'objectif est de réussir la transversalité.

M. LEFEVRE demande la mise en ligne des 43 ETP (programmes d'Education Thérapeutique du Patient) déjà labellisés.

M. VARROUD-VIAL : le manque d'organisation de visibilité et de disponibilité des programmes a pour conséquence une mauvaise utilisation des sources de financement.

Le président met fin à la séance à 12h45.