

## Compte rendu de la séance du 21 Juin 2012

Madame Rousseau ouvre la séance.

Madame Rousseau informe les membres de la conférence de territoire qu'ils vont être sollicités pour donner leur avis sur le schéma directeur de la démocratie sanitaire.

### **I - Réunion de la CRSA - Monsieur Burnier**

✓ Principaux sujets abordés :

- Série d'avis sur les zonages pour les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et sages-femmes. Accord national avec l'assurance maladie. Possibilité d'agir à la marge sur des secteurs déficitaires en matière d'implantation des professionnels libéraux. Des avis très réservés ont été formulés sur les propositions de zonages présentées.
- Dans le cadre du bilan de la démocratie sanitaire en région, le CNS lance une enquête auprès des Présidents des conférences de territoire. Un questionnaire sur le fonctionnement des conférences de territoire leur a été adressé.
- Volet hospitalier du PSRS : difficultés pour respecter le calendrier annoncé (23 disciplines concernées).

Madame Rousseau précise qu'à la réunion des Présidents de Conférence de territoire, lors de la présentation du volet hospitalier, il a été aussi évoqué le volet ambulatoire :

- Problème des urgences qui sont liés à la médecine ambulatoire,
- Problème des articulations entre la ville et l'hôpital qui sont difficiles à construire.

### **II - Contrats locaux de santé - Madame Olivier**

Contrats signés :

☐ 9 CLS négociés et signés :

- Cergy, Eragny, Garges-lès-Gonesse (2 décembre 2011),
- Magny en Vexin (4 janvier 2012),
- Villiers le Bel, Communauté d'agglomération Val et Forêt (13 janvier 2012),
- Argenteuil, Sarcelles (16 janvier 2012),
- Goussainville (16 février 2012).

☐ 4 communes sont en train d'établir un diagnostic et une commune doit compléter un diagnostic établi en 2007 :

- Magny-en-Vexin, Sarcelles, Garges-lès-Gonesse,
- Goussainville, Argenteuil.

### Suivi des contrats signés :

- ❑ 4 collectivités ont entamé leurs travaux en lançant leur comité de pilotage :
  - Eragny, Villiers le Bel (6 avril 2012), Argenteuil (11 avril 2012), Cergy (13 avril 2012).
- ❑ Le suivi du CLS Val et Forêt est à mettre en place.
- ❑ 4 communes sont en cours de recrutement du prestataire pour l'élaboration de leur diagnostic.

### Constat :

#### Points Forts de ces COPILS

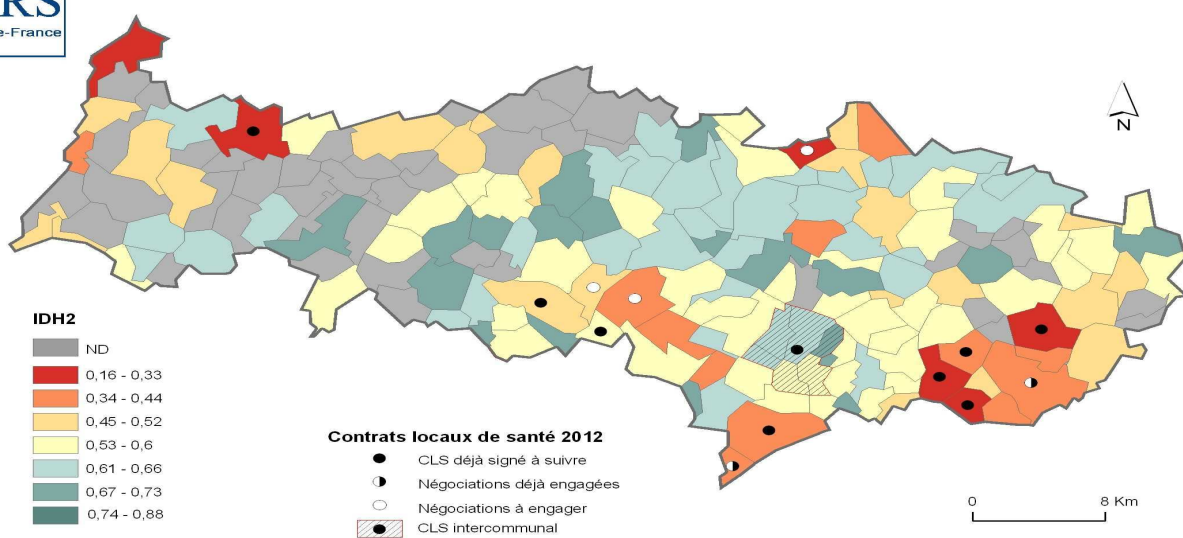
- ❑ Un bon partenariat institutionnel avec les Mairies, l'Education Nationale, les délégués du Préfet, le Conseil Général, la CPAM, élargi à des acteurs locaux tels que l'hôpital, les professionnels de santé, MSP, les missions locales.....,
- ❑ Confirmation des dynamiques enclenchées localement.
- ❑ Il reste à mettre en place certains comités techniques (groupes de travail), chargés de la mise en œuvre des fiches actions.
- ❑ Des comités techniques (notamment en prévention promotion de la santé) ont commencé leurs travaux mais doivent être élargis à d'autres partenaires.
- ❑ Le travail a commencé avec les communes en ce qui concerne l'habitat indigne (contacts et réunions entre les services communaux et la DT).
- ❑ Pour l'aide à l'installation des professionnels de santé, la journée départementale est prévue en septembre avec un comité d'organisation.
- ❑ Des communes ont organisé des rencontres avec les professionnels de santé de leur territoire.

### Autres CLS :

- ❑ CLS en négociation Gonesse et Bezons.
- ❑ Rencontres réalisées auprès des collectivités pour présenter la démarche Persan (IDH2 0,29), Beaumont (IDH2 0,48), Saint Ouen l'Aumône (IDH2 0,46).  
D'autres rencontres sont prévues selon le résultat de ces démarches.
- ❑ Comme en 2011, une aide financière de l'ARS pour l'élaboration du diagnostic est prévue.



L'indicateur de développement humain dans les communes du Val d'Oise en 2006



Formule calculatoire de l'indice :  
(indice santé + indice éducation +  
indice de niveau de vie) / 3

Méthode de discrétisation : Jenks (Seuils naturels)

Sources : IAU-ORS ÎDF 2009, à partir des  
données Insee RGP 2006, Inserm CépiDC  
et ARS Île-de-France.

- ❖ Monsieur Pollaris s'inquiète du devenir des autres communes du Val-d'Oise car il y a seulement 9 CLS signés pour l'instant. Mme Olivier et Mr Manzini rappellent que pour l'établissement d'un diagnostic les communes doivent être volontaires, présenter une vulnérabilité particulière et répondre à des indicateurs précis ; toutes les communes du Val-d'Oise ne pourront pas signer un CLS. D'autre part, l'étape diagnostique demande du temps, il faut identifier les leviers d'actions et réunir l'ensemble des partenaires (Education nationale, Conseil Général, etc...).

Madame Rousseau déplore l'absence des représentants des communes et des communautés de communes à la Conférence de Territoire et précise qu'il est toujours difficile de parler de l'absence de personnes. Mme Rousseau souhaiterait pouvoir faire participer toute la conférence de territoire aux préparations des différentes thématiques.

Elle indique que, pour la présentation du diabète, elle a sollicité beaucoup de personnes (communes, réseaux, conseil général, hospitaliers, libéraux, etc...) et qu'elle regrette d'avoir eu en retour peu de réponses mais remercie celles et ceux qui lui ont répondu. Elle sait que tout le monde est très occupé mais si on veut construire, il faut travailler ensemble et il est possible de le faire par mail.

### **III - Election d'un membre du bureau (remplacement de Mr Trouillet en retraite)**

Il est rappelé que seuls les membres des collèges différents du collège 8 (représentants des usagers) peuvent se présenter.

Monsieur Marc Broudic est candidat (Titulaire du Collège 4 - médecins libéraux URPS).

Avec l'accord des membres de la conférence de territoire présents, il est procédé au vote à main levée :

- contre : 0
- abstention : 0
- pour : 24

Monsieur Marc Broudic est élu membre du bureau à l'unanimité.

### **IV - Prévention, dépistage et Education Thérapeutique du Patient (ETP) : focus sur le diabète dans le territoire**

Monsieur Manzini rappelle que le thème du diabète a été choisi par la Conférence de Territoire.

Madame Rousseau décline le déroulé des présentations :

1. Etat des lieux dans le Val-d'Oise : Monsieur DAUMAS, Association Française des diabétiques.
2. Diabète gestationnel en post-partum et protocolisation chez les femmes enceintes : Monsieur FEVRIER, Réseau périnatalité
3. Place de la santé au travail : Monsieur ANDREASSIAN, Amétif.
4. Point de situation dans le Val-d'Oise et perspectives : Joëlle Devos, chargée de mission au département prévention et promotion de la santé - DT 95
5. Place des infirmiers libéraux : Mr Mortéo - représentant des infirmiers.
6. Coordination ville-hôpital : Mr Lachgar - CH Eaubonne.
7. Programme diabète : Mme Révillon (lecture du mail par Mme Rousseau).
8. Prévention en matière de nutrition : Mme Olivier - Responsable du département prévention et promotion de la santé - DT 95
9. Maison du Diabète : Mr Lucron - Président de la Maison du Diabète

## **1 - Etat des lieux dans le territoire :**

Monsieur DAUMAS indique que 4 % de la population française est touchée par le diabète. On estime entre 600.000 et 800.000 les personnes qui ignorent leur maladie. Au niveau du Val-d'Oise, 47.000 personnes sont déclarées diabétiques et 8 à 10.000 personnes ignorent leur maladie.

L'ignorance des diabétiques sur les complications graves : le problème du diabète dans les premières années, c'est qu'il ne se voit pas et ne fait pas mal ; c'est pour cela que les diabétiques, s'ils ne sont pas sensibilisés, prennent leur maladie à la légère et les complications arrivent. Au niveau de l'Association, des groupes de rencontre sont organisés et sont suivis d'activités physiques ; dans ces groupes certains ignorent ce que doit faire un diabétique (notamment soins des pieds...) ; c'est pour cela que l'éducation thérapeutique du patient est vraiment importante.

- ❖ Intervention de Mr Lachgar - Responsable du service des diabétiques au GHEM et Président de CME :

Le travail ville-hôpital est très important. Dans les projets mis en place, c'est l'ouverture vers l'hôpital et la coordination du parcours du patient sur tout le territoire du Val-d'Oise qui sont envisagées. Il faut l'organiser et mieux le coordonner. L'éducation thérapeutique est la répétition des messages au cours de la maladie. Il faut travailler sur cette maladie qui est en croissance (5,1 % d'augmentation sur le Val-d'Oise chez les personnes de 65 ans et plus). Les diabétiques sont de plus en plus âgés et donc plus difficiles à prendre en charge.

## **2 - Présentation de deux actions de dépistage du diabète gestationnel chez les femmes enceintes**

Monsieur Février indique qu'en termes de dépistage du diabète, celui-ci est beaucoup plus ciblé sur le diabète gestationnel. Il travaille en lien avec un grand nombre de professionnels du réseau pluridisciplinaire sur la réalisation d'un outil à disposition des professionnels GUID-LINE sur le dépistage de la prise en charge du diabète gestationnel : recommandations du Collège National des obstétriciens de France, la Société Française de diabétologie. Le travail d'organisation des dépistages a très bien pris puisque l'on s'est rendu compte à partir des besoins des professionnels de terrain qu'ils se sentent bien démunis. Qu'est-ce que l'on fait après la prévention ? Mise en place de réunion d'informations nationales. Le diabète gestationnel est un problème de société ; il pose des problèmes en terme médical (grossesse pathologique), problèmes au cours de l'accouchement (pour l'enfant) et des risques accrus de diabète de type II, risque de nouveau diabète gestationnel dans des grossesses futures. Lors de la demi-journée périnatalité du 26 juin 2012, ces problèmes vont être évoqués. Un des thèmes portera sur la nutrition.

Monsieur Lachgar pose également le problème de savoir ce que l'on fait de ces femmes (6 % des femmes en France). Les recommandations du Collège des gynécologues : prendre en charge le diabète avant la grossesse et post-partum. C'est sur cet axe que les recommandations sont venues améliorer le dépistage. Le dépistage n'est plus systématique mais ciblé. La population est ciblée en fonction de facteurs de risque (antécédents diabète de type II, l'âge de la femme et de la maternité, notion de diabète gestationnel antérieur, etc...). On s'est rendu compte que souvent quand il n'y avait pas d'informations, on retrouvait ces femmes, un an ou deux après, en dépistage positif entrant dans une maladie diabétique, soit par hospitalisation, soit par consultation. Toute femme qui a un diabète gestationnel doit refaire un examen de laboratoires. C'est le rôle des médecins généralistes, des gynécologues dans le suivi de l'après grossesse.

Sur le 93, une opération dépistage post-partum a été lancée avec un travail en collaboration avec le généraliste. Des films ont été présentés aux femmes et une étude a été mise en route afin d'évaluer les résultats de cette expérience. Ceci pourrait être réalisé sur le Val-d'Oise.

### 3 - Santé au travail - Application dans le diabète

Monsieur Andreassian présente l'AMETIF (médecins du travail, infirmiers, techniciens, psychologues, agents de la santé environ 120 personnes) et ses missions. La santé au travail dépend du Ministère du Travail et l'AMETIF est agréée par la DIRECCTE régionale. Elle a comme cible toute la population active, elle est interprofessionnelle et concerne toutes les entreprises. (130.000 salariés de 16 à 70 ans). Elle est multi-fonctionnelle. Les entreprises prennent en totalité en charge la prévention. En ce qui concerne le diabète gestationnel : toutes les femmes qui ont eu un enfant doivent avoir une visite de reprise de travail. On a des possibilités de dépistage. Tous les ans, nous faisons des rapports médicaux sur la santé au travail pris en compte par le Ministère du travail. Il faut savoir qu'il n'y a aucun lien entre le travail et la santé. Ce n'est pas au plan régional de la santé mais l'AMETIF a élaboré un programme de prévention primaire, secondaire et tertiaire et intervient dans les entreprises pour sensibiliser le personnel. Mr Andreassian souhaiterait que le corps médical collabore dans un comité de pilotage de façon à établir un protocole en commun avec les libéraux, les hospitaliers et les médecins du travail afin que tous ceux qui sont à même de faire de la prévention travaillent ensemble.

Monsieur Bourhis rappelle qu'il existe des protocoles qui sont reconnus et validés par l'HAS, mais c'est surtout l'organisation et la mise en place qui restent difficiles.

Madame Rousseau indique qu'on a tous l'impression de faire un peu de prévention mais cela répond à un cadre réglementaire assez précis.

### 4 - Point de situation dans le Val-d'Oise et perspectives (cf. annexe 1)

Madame Devos rappelle ce qu'est l'éducation thérapeutique du patient, présente le contexte législatif et réglementaire et commente une cartographie du nombre d'autorisations de mise en œuvre des programmes d'ETP délivrés par l'ARS ainsi que le type de structures par programmes. Une carte concernant les programmes d'ETP sur le diabète est également présentée.

Madame Devos indique également qu'un projet de plateforme de ressources ETP est expérimenté sur le Val-d'Oise et la Seine et Marne. Leur rôle est d'impulser des projets d'ETP dans les zones déficitaires (Nord et Ouest du Val-d'Oise) en s'appuyant sur des structures de type Centre Médical de Santé, Maisons de Santé pluri-disciplinaires, maison du diabète, réseau, et sensibiliser et accompagner les professionnels de terrain à s'investir dans la démarche.

- ❖ Monsieur Poterre - HAD souligne que le programme HAD Santé Service sur le diabète couvre tout le Val-d'Oise. Il indique également qu'il serait intéressant de connaître le nombre de patients diabétiques qui bénéficient d'un programme d'ETP. Cette question va être remontée au siège de l'ARS afin de connaître la file active des patients.
- ❖ Madame Benhamou demande s'il est possible d'avoir la liste des différents programmes thérapeutiques pour orienter les patients. Madame Devos indique que ce sera le rôle de la plateforme de ressources ETP de centraliser les différents programmes et les coordonner.
- ❖ Madame Rousseau précise qu'un des rôles de la conférence de territoire est de mettre en place, de répertorier et de faire connaître.
- ❖ Monsieur Boissel indique que le problème du diabète se retrouve également dans les structures pour personnes âgées (à partir de 65 ans). Il faudrait voir comment on pourrait concevoir un travail plus spécifique par le biais du réseau gériatrique.
- ❖ Monsieur Lachgar confirme qu'il y a des nouvelles recommandations très bien faites qui réajustent la prise en charge du diabète du sujet âgé, avec des objectifs sur l'environnement, la précarité, l'isolement, etc... Une réflexion est en cours avec des gériatres et des endocrinologues afin de faire un travail commun sur la gestion du diabète dans sa globalité.

- ❖ Mr Broudic précise que c'est bien de signaler tous les problèmes rencontrés par les généralistes. C'est parfois décevant car il y a des personnes qui ne vont pas suivre les recommandations ; c'est un travail où la psychologie revient souvent. En raison de multi-facteurs du diabète, les malades ont besoin d'avoir recours aux différents spécialistes. Parfois les médecins généralistes se sentent un peu démunis car les patients ne viennent pas ou ne font pas leurs examens comme ils le devraient.

## **5 - Place des infirmiers libéraux - Monsieur Morteo**

Mr Morteo fait part d'un constat : en 12 ans, les infirmiers libéraux, profession à démographie croissante, sont passés de 60 à 80.000 sur tout le territoire. Sur le Val-d'Oise, 613 infirmiers libéraux soignent près de 20.000 patients par jour. Les 2/3 sont des personnes âgées de 65 ans et plus. Les infirmiers sont en contact avec le diabète mais également avec toutes les autres maladies chroniques. Les infirmiers sont les seuls à avoir dans leur formation de base l'ETP, ils ont les compétences pour concevoir et mettre en œuvre cette démarche mais on constate que dans le monde libéral ces compétences ne sont pas mises en valeur et ne sont pas utilisées. Dans les programmes ETP, aucune place n'est prévue pour les infirmiers libéraux alors qu'ils font partie des professionnels qui se déplacent le plus sur le territoire et qui voient les patients dans leurs habitudes et leurs lieux de vie ; ils donnent des conseils. Les infirmiers demandent aujourd'hui d'être pris en compte et à ce que l'on se serve de leurs compétences au plus près des patients pour mettre en œuvre les programmes d'ETP. 612 infirmiers ont des cabinets sur tout le territoire ; pour mettre en œuvre des politiques de prévention, de dépistage et d'informations, c'est un lieu privilégié pour aller à la rencontre des gens, leur proposer des dépistages et leur transmettre des actions de prévention. Les infirmiers du Val-d'Oise sont prêts à s'inscrire dans ces programmes et à travailler avec les pouvoirs publics. Ils sont prêts à relever le défi.

- ❖ Madame Devos indique qu'au niveau des programmes d'ETP, tels qu'ils sont prévus dans les textes, l'équipe doit être pluri-disciplinaire. C'est un cadre assez rigide mais il faut qu'il y ait une équipe qui implique différents professionnels. Les infirmiers doivent être dans un programme avec une équipe pluri-disciplinaire.
- ❖ Monsieur Manzini précise que l'ETP n'est plus obligatoirement centrée sur l'Hôpital. La difficulté peut être résolue quand plusieurs professionnels de santé différents s'associent, écrivent le programme et intègrent les infirmiers car ils ont tout à fait leur place dans ces programmes. La loi ne prévoit pas les « structures » mais un « opérateur », c'est-à-dire la réunion de professionnels de santé qui souhaitent travailler ensemble.

## **6 - Coordination ville - hôpital**

Monsieur Lachgar indique que l'on ne peut pas faire de programme thérapeutique sans les infirmiers. Il y a un médecin qui coordonne mais il faut un infirmier, un pédicure, un diététicien et un psychologue. La facilité dans les hôpitaux est que l'on a tous ces professionnels de santé qui travaillent déjà ensemble, en ville c'est plus difficile, mais tout à fait réalisable. Il y a un projet effectivement sur le territoire qui permet de former, de coordonner tous les participants et acteurs de terrain pour pouvoir intégrer un programme d'ETP.

- ❖ Madame Rousseau ajoute que la difficulté en ville c'est l'unité de lieu : se retrouver pour la coordination.

**7 - Madame Rousseau fait état du mail de Mme Réveillon sur le programme diabète mise en place au CMS FG d'Argenteuil :**

- Ce projet a été validé par l'ARS en octobre 2011 dans le cadre du module 2 de l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération.
- Il s'intitule « Aide à l'acquisition de compétences permettant aux diabétiques de type II suivis au sein des CMS d'Argenteuil d'améliorer leur santé ».
- Il n'a démarré que fin avril 2012 car il a fallu travailler sur les outils de communication et les fabriquer par nous même pour chaque atelier.
- Ce programme est animé par une diététicienne formée à l'ETP (c'est elle qui effectue les diagnostics éducatifs) ainsi que par un MG en cours de formation et une IDE.
- Les ateliers (de groupe) mis en place par la diététicienne (+ ou - le MG) sont les suivants : ateliers connaissance de la maladie, ateliers équilibre alimentaire, ateliers sucres et graisses, ateliers activité physique.
- Les ateliers animés par l'IDE concernent la surveillance des pieds, la prévention des hypoglycémies, l'usage des lecteurs de glycémie ; ces ateliers sont pour le moment « individuels ».

Les difficultés rencontrées : création des outils, travail particulièrement intéressant mais très chronophage.

- ❖ Monsieur Broudic indique qu'il existe un savoir faire dans les hôpitaux qui aurait pu être transmis aux maisons de santé. Les professionnels de santé de terrain ont un savoir faire et des compétences différentes. La difficulté également est de pouvoir adresser un patient chez un nutritionniste, un psychologue et que celui-ci soit remboursé par la Sécurité Sociale.
- ❖ Monsieur Lachgar trouve désolant de travailler tout seul pour faire des outils alors qu'il en existe des validés et reconnus sur lesquels on peut travailler en séances collectives ou individuelles. Il y a sur le territoire un manque d'organisation et de coordination entre les structures. Le projet de la plateforme pourrait être un projet de santé dédié à des outils d'éducation thérapeutique qui pourraient être partagés par tous les partenaires souhaitant mettre en place un projet d'ETP. Une idée d'organisation pourrait être d'essayer de coordonner tous les acteurs sur un parcours du patient diabétique en sachant que le département est assez large avec des bassins de population qui ne sont pas pourvus complètement. On pourrait créer un système de coordination où participeront les différents acteurs avec en appui « la maison du diabétique » car il y aura besoin d'un lieu géographique pour faire les actions collectives ou individuelles. L'ambition de cette coordination c'est de former les professionnels de santé à la prise en charge de l'ETP.
- ❖ **La prise en charge du pied diabétique** dans le Val-d'Oise n'est pas coordonnée (au début en hôpital et après les soins en ville). Si les soins en ville du pied diabétique sont bien faits, le patient ne revient pas à l'hôpital.
- ❖ Madame Rousseau indique que le pied diabétique fait partie des patients complexes (en raison des allers-retours à l'hôpital).
- ❖ Monsieur Lachgar précise qu'en ce qui concerne **la rétinopathie diabétique**, OPEDIA peut installer dans les régions dépourvues des rétinogrammes, ce qui permet d'écourter l'attente de rendez-vous chez l'OPH. La seule contre-indication est l'antécédent d'atteinte rétinienne. Tout le matériel est mis à disposition. Un plateau d'OPH interprète les photos et donne le résultat dans la journée. En cas d'anomalies, le patient est orienté vers l'OPH.

- ❖ Monsieur Burnier indique qu'il faut définir la stratégie pour les années à venir avant le développement des maladies chroniques. Il y a un vrai défi dans la région sur ce sujet. On voit bien l'importance de la prévention. Il y a la question de l'ETP en matière de diabète dépisté mais le vrai sujet collectif est la prise en charge. A l'hôpital de Gonesse, a été créé un hôpital de semaine d'une quinzaine de lits pour le diabète. Les infirmières sont très intéressées par les questions de prévention, d'éducation, elles ont un savoir faire. Un vrai sujet du SROS, c'est la question du nouveau parcours de soins avec un équilibre que l'on a à trouver entre l'expertise technique, les besoins de continuité de soins et la prise en charge de 1<sup>er</sup> recours. Le monde libéral et hospitalier ont des choses à faire. Il existe des moyens qu'il faut mettre en articulation. La population est répartie en petite et grande couronne et les moyens sont concentrés au centre de la région.
- ❖ Monsieur Manzini précise que le problème est celui d'avoir des porteurs de projet. La difficulté est que les acteurs s'organisent au niveau local. L'ARS soutiendra les actions : le partenariat public/privé et ville/hôpital. C'est un travail à faire ensemble. Il faut des porteurs de projet mieux disséminés dans le Val-d'Oise.
- ❖ Madame Rousseau relève toutes les difficultés rencontrées sur la prévention et indique « qu'il faut mettre le paquet sur la prévention ». En ce qui concerne la prévention primaire, beaucoup de choses sont faites dans les écoles, le bien-manger, le bouger, etc. Face à la publicité pour « la mal-bouffe », il faudrait réfléchir pour organiser la prévention. Mme Rousseau indique qu'elle voit 2 à 3 enfants par jour qui sont en surpoids. Il faudrait déjà corriger le petit déjeuner.
- ❖ Monsieur Bereksi indique que toute la matinée on a parlé de prévention mais il y a un problème de financement. Aujourd'hui le problème de la prévention sur le territoire, c'est qu'il y a un ensemble d'équipements, d'actions, de porteurs et qu'il faut voir comment les faire travailler ensemble. Les questions ne sont pas de manière isolée mais on a besoin de financement, de coordination, de réseaux. Aujourd'hui on a la Loi HPST qui permet de décroisonner et de travailler ensemble. La conférence de territoire est le lieu sans identité institutionnelle pour pouvoir partager.
- ❖ Monsieur Lachgar précise qu'il faut que le patient rentre dans un soin thérapeutique, mais il faut aussi qu'il soit acteur de ses soins. La prise en charge doit être globale.

## 8 - La prévention en matière de nutrition - Mme G. Olivier

Eduquer pour apprendre à mieux se nourrir et à exercer une activité physique afin de limiter l'incidence des maladies chroniques (obésité, diabète, hypertension....).

### ❑ Les actions

- Education pour la Santé : apprendre les bons comportements en matière alimentaire et de nutrition.
- Promotion pour la Santé : campagne d'information.

L'organisation de la prévention :

### ❑ Déterminer les besoins et coordonner les actions

- Le Pilote : l'ARS
- Les Partenaires institutionnels : Education Nationale, Conseil Général dont la PMI, la CPAM....
- Les acteurs :
  - les associations locales dont le CODES mais aussi régionales,
  - Les réseaux,
  - Les communes,.....

### ❑ Travail en partenariat à organiser dans le cadre du COFIL de coordination des politiques publiques réunissant les institutions et/ou acteurs intéressés par la problématique.



## Types d'actions développées ou prévues dans le Val-d'Oise

	FEMME .G	ENFANT	JEUNE	ADULTE	PERSONNE AGEE	PRECAIRE
CODES			X (en 2011)			
RESEAUX	X				X (2011 - 2012)	
ASSO REG		X (2012)	X (2012)		X (2012)	
Cergy						X (tout public 2012)
Argenteuil			X (2011 - 2012)	X (2011 - 2012)		
Villiers/le Bel						X (tout public 2011 - 2012)
Eragny					X	
Ermont		X	X	X	X	
Franconville		X	X	X	X	
Bezons		X	X	X	X	
CG		Lien EN (2012)				

Madame Rousseau trouve qu'il manque un lien entre les actions et la connaissance des actions de chacun. Il faut qu'il y ait une mise à dispositions des informations pour les patients et les professionnels de santé. Cela fait partie de la coordination.

Madame Olivier indique que c'est dans le cadre du COPIL de coordination des politiques publiques qu'il faut travailler en commun.

Madame Rousseau précise qu'elle veut bien que cela se fasse au niveau de la conférence de territoire. Madame Pennel ajoute que la conférence de territoire peut avoir toute sa place dans ce comité. Madame Rousseau trouve dommage que les communes soient tant impliquées dans ces actions et qu'elles ne participent pas à la conférence de territoire.

Monsieur Février précise qu'il y a un besoin de cohérence. Le réseau est au plus proche des patients et des professionnels de santé mais il faut que l'on se coordonne et que l'on s'entende entre nous. Lors des réunions d'organisation du colloque Périnatalité, la problématique a été justement la méconnaissance. Cela n'est pas insurmontable mais il faut mettre en commun nos travaux.

- ❖ Madame Rousseau indique qu'au Canada, ils ont réalisé un « best-practice » : gros blog électronique recensant toutes les actions.
- ❖ Il ressort des différentes interventions que les actions ou expériences qui sont faites ne sont pas connues les uns des autres et la nécessité de coordonner et de travailler ensemble.

## 9 - Mr Lucron - Président de la Maison du Diabétique

La Maison du Diabète est située sur 4 villes : Pontoise, Montmorency, Eragny et Garges-les-Gonesse. Nous avons du personnel salarié à temps partiel : 3 infirmières, 3 diététiciens, un psychologue, un pédicure. Notre programme d'ETP a été accepté par l'ARS et nous permet de nous développer assez rapidement. Nous envisageons d'intervenir sur Eaubonne, Ermont et peut être d'autres villes. Le constat est que le Nord Est du département est déficitaire et qu'il faut se pencher sur la question. Avant de faire de la prévention, notre but était d'accueillir des personnes diabétiques, des personnes dont les médecins ont déterminé qu'ils avaient cette maladie. On leur donne de la documentation, on les aide dans leur traitement de tous les jours et pour l'utilisation du matériel et on fait de la prévention. Les maisons du diabétique ne sont pas des centres de soins, ni des centres médicaux, ni une association de malades et on ne fait pas de prescriptions. En ce qui concerne la prévention, il y a effectivement 600.000 personnes qui sont diabétiques et qui ne le savent pas mais à part le dépistage sur des populations sensibles il est difficile d'intervenir au niveau des adultes. Par contre, nous travaillons avec les mairies. La ville de Garges-les-Gonesse nous a sollicités pour intervenir sur une journée organisée sur le soin du pied de la personne diabétique : la population étant ciblée elle était très intéressée par le problème. 15 personnes sur 100 avaient un taux de glycémie assez important. Notre mission était de les envoyer vers leurs médecins généralistes.

La ville de Cergy a demandé de faire de la prévention au niveau nutritionnel dans un quartier difficile. Nous avons organisé des réunions de femmes (trois demi-journées). Elles ont été très satisfaites et ont souhaité qu'une information soit faite auprès de leurs enfants afin de leur montrer que l'on pouvait avoir un comportement différent au niveau de l'alimentation. 32 enfants y ont participé et au travers de jeux très simples, il leur a été montré quel aliment est meilleur qu'un autre. Les femmes ont été très surprises de voir que les jeunes ont été très sensibilisés.

Faire une démarche auprès des enfants dans les écoles n'est pas facile car il faut obtenir l'autorisation de l'Académie. Par contre, on peut intervenir au niveau des collèges : une démarche auprès des directeurs de collèges est envisagée afin de déterminer notre intervention au dernier trimestre 2012 auprès des enfants de la 6<sup>e</sup> à la 3<sup>e</sup>.

Nous avons une demande un peu particulière pour intervenir au Centre aéré. Il est prévu deux séances.

Toutes ces informations, ces démarches, ce travail sont gratuits. La Maison du diabétique est financée par la CPAM, l'Association du diabète et France, l'Association des Paralysés de France.

En conclusion, je voulais dire que le diabète peut entraîner des amputations, source de handicap.

Madame Rousseau souhaite que les travaux ne s'arrêtent pas là : au-delà du diabète on a parlé de la nutrition et à la rentrée on parlera de la nutrition au sens large.

Madame Rousseau remercie les intervenants pour la qualité de leur présentation et tous les invités et leur souhaite de bonnes vacances.