

Master 2

Pilotage des politiques de santé et des actions
de santé publique

Promotion : **2011 - 2013**

Date du Jury : **Septembre 2013**

Une antenne de santé publique de prévention et dépistage territoriale
Proposition d'une démarche évaluative

Laurence LAIGNEL

Remerciements

A Patrick GIRAUD, Directeur du centre hospitalier d'Ancenis et de la Direction commune pour m'avoir fait confiance et m'avoir permis de suivre cet enseignement.

A François Xavier SCHWEYER, Responsable d'enseignement du Master PPASP, Professeur de sociologie à l'école des hautes études en santé publique pour m'avoir soutenue, encouragée et guidée dans mon travail par son regard critique et ses apports..

A Muriel BAUCHET, Diplômée en sciences humaines, consultante en santé publique, chargée de formation à l'école des hautes études en santé publique, pour sa relecture, son regard critique, ses apports riches tant en cours, que dans le soutien apporté dans ce travail.

A Françoise JABOT, Enseignante chercheuse, Responsable de l'UE « Evaluation des politiques et des programmes de santé publique du Master PPASP » pour la qualité de transmission du savoir, les apports, la coordination riche de cette unité d'enseignement et le goût qu'elle a su transmettre.

Au Dr COUTHERUT, Responsable médicale du centre fédératif de dépistage et de prévention, Médecin de santé publique, pour m'avoir accueillie et m'avoir transmis les informations, les données et avoir pris du temps pour m'accompagner dans cette réflexion.

A Marie Hélène GOURAUD, cadre de santé coordinatrice du centre fédératif de prévention et de dépistage, pour sa coopération, sa sincérité et son professionnalisme qui ont enrichis mes analyses.

A Madame CARPENTIER, adjoint administratif, au centre fédératif de prévention et de dépistage, pour m'avoir transmis les données nécessaires à la compréhension du fonctionnement financier du centre fédératif de prévention et de dépistage ainsi que celui des antennes.

A Madame COURBREJAULT, infirmière affectée sur l'antenne de prévention et de dépistage attachée au CH d'Ancenis pour sa collaboration, son investissement et les éléments de compréhension qu'elle m'a apportée.

A Madame JAHAN, secrétaire de la direction des soins, de la qualité et de la gestion des risques au CH d'Ancenis, pour son aide dans l'articulation de l'agenda, la prise de contact avec les interlocuteurs, ses compétences qui me permettent d'avoir pu articuler ce travail avec mes responsabilités au quotidien.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées et qui ont accepté de m'accorder de leur temps pour nourrir et donner de la consistance, de la réflexivité à ce travail.

S o m m a i r e

INTRODUCTION

1- L'ENVIRONNEMENT LEGISLATIF ET CONTEXTUEL DE L'ANTENNE DE SANTE PUBLIQUE	8
1-1 Situation de l'antenne de santé publique dans le contexte législatif	8
1-2 Présentation du sujet d'étude	11
2-ELEMENTS CONCEPTUELS ECLAIRANT LES ACTIVITES DE PREVENTION ET DEPISTAGE	13
2-1 Eléments sur les déterminants sociaux	13
2-2 Données sur la pauvreté et la précarité en milieu rural en France	17
3- STRUCTURATION DE LA DEMARCHE EVALUATIVE	20
3-1 Comprendre le fonctionnement du centre fédératif de dépistage et de prévention pour situer les attendus de l'antenne de santé publique	20
3-2 Rédaction du cahier des charges structurant la démarche évaluative	25
4- UN CENTRE FEDERATIF ET UNE ANTENNE AU SERVICE D'UNE POPULATION	31
4-1 Regard et analyse de la population de LOIRE ATLANTIQUE	31
4-2 Présentation de la communauté de commune du Pays d'Ancenis	33
5- BILAN DES ACTIVITES DU CENTRE FEDERATIF ET DE L'ANTENNE D'ANCENIS	40
5-1 Bilan des activités du CFPD	40
5-2 Bilan des activités de l'antenne d'Ancenis	43
6- COLLECTE DE DONNEES PAR ENTRETIEN	45
6-1 Entretien avec la Directrice Adjointe chargée de la prévention et de la protection de la santé à l'ARS des Pays de La Loire	45
6-2 Entretien avec le médecin de santé publique responsable de la prévention et du dépistage à l'agence régionale de santé	49
6-3 Entretien avec le médecin coordonnateur responsable du CFPD	53
6-4 Entretien avec le cadre de santé du CFPD	56

6-5 Entretien avec l’infirmière de l’antenne de santé publique.....	60
6-6 Entretien avec les responsables communaux	66
6-6-1 Entretien avec la responsable du centre communale d’action sociale	66
6-6-2 Entretien avec le vice président de la COMPA, Maire d’Ancenis	69
7- RISQUES ENGENDRES PAR LE SYSTEME, REPERAGE DE LA PLACE DE L’ANTENNE.....	73
8- MODELISATION LOGIQUE DES INTERVENTIONS, REPERAGE DE LA PLACE DE L’ANTENNE	76
9- STRATEGIE D’EVALUATION	78
9-1 Choix méthodologiques proposés.....	78
9-2 Cycle de l’intervention	79
9-3 Protocole d’évaluation.....	82
10- HYPOTHESES	87
11- PROPOSITIONS.....	88
11-1 Création d’un comité de coordination régional des activités de prévention et de dépistage	88
11-2 Formaliser le projet de santé publique de prévention et dépistage de chaque territoire de santé.....	89
11-3 Développer et renforcer les partenariats existants	89
11-4 Développer les compétences des acteurs	90
11-5 Renforcer la dynamique managériale interne au CFPD	91
11-6 Faire un audit sur la couverture vaccinale dans la communauté de commune	92
11-7 Anticiper l’évaluation des actions ou interventions programmées.....	92
12- ANALYSE REFLEXIVE	93
12-1 Une place particulière	93
12-2 Retour sur quelques problématiques	95
12-3 Intérêts de la mission	101
13- CONCLUSION.....	104

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence régionale de santé
CDAG	Centre de dépistage gratuit
CFPD	Centre fédératif de dépistage et de prévention
CLAT	Centre de lutte anti-tuberculeuse
CIDDIST	Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CPEF	Centre de planification et d'éducation familial
CNS	Conférence nationale de santé
CNSP	Comité national de santé publique
COMPA	COMmunauté de communes du Pays d'Ancenis
CVP	Centre de vaccination polyvalente
EPIC	Etablissement public de Coopération Intercommunal
ESAT	Etablissement de Service et d'Aide par le Travail
FIR	Fond d'intervention régionale
HCSP	Haut conseil de santé publique
IST	Infections sexuellement transmissibles
MAS	Maison d'Aide Spécialisée
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRS	Projet régional de santé
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SUMPSS	Service Universitaire de Médecine préventive et de Promotion de la Santé
UCSA	unité de Consultations Ambulatoires

INTRODUCTION

Lorsque nous sommes entrées à l'école d'infirmière il y a quelques années maintenant, la première semaine était consacrée à la santé publique. Nos formateurs nous ont envoyés par deux dans Paris avec pour mission de rencontrer une personne et de conduire un entretien dont l'unique objectif était de recueillir des informations sur sa santé. Exercice riche et ô combien révélateur ! Nous avons appréhendé le recueil de données, l'intérêt de comprendre la personne dans son individualité pour l'accompagner dans son désir ou non d'être en bonne santé, l'intérêt de l'écouter pour qu'elle ait envie de nous écouter... Souvent nous repensons à cet exercice tellement nous avons été surprise « du dire » de la personne qui se sait écouter de manière bienveillante, du recueil d'informations si riche en si peu de temps et de la possibilité de tirer des fils d'objectifs de santé tout en les adaptant à l'être humain présent... Peut être que notre approche de la santé publique paraît simpliste, pourtant il nous semble essentiel d'ancrer la santé publique au cœur de la vie des personnes qui nous entourent nous, professionnels.

Notre tendance, en tant que professionnel du soin, est toute autre. Souvent, nous tordons autant que nécessaire le contexte individuel de la personne quitte à lui enlever son essence intime au bénéfice d'un diagnostic vérifié, d'un traitement mis en œuvre et tant pis s'il est subi, d'un protocole signé... et lorsque la non observance ramène le patient dans un état plus grave encore qu'au démarrage du traitement, lorsqu'il est effondré par un diagnostic annoncé qui ne tient pas compte de son propre environnement, lorsque le patient cherche une autre manière de se traiter, nous professionnels, nous disons que cette personne n'a pas compris, qu'elle n'était pas prête, qu'elle reviendra... Comment éviter ses chemins d'incompréhension entre le professionnel qui sait soigner et la personne soignée qui sait de quoi est faite sa vie ?

Il nous semble que le développement de la culture santé publique est un angle d'approche intéressant. La démarche de santé publique cherche à comprendre les populations auxquelles elle s'adresse, ses dimensions sociologiques et économiques lui donnent cette ouverture à l'Autre. La santé publique cherche à prévenir le risque, elle n'est pas présente dans l'urgence de traiter. Son rythme diffère, il s'appuie sur la rencontre de l'autre, l'information, l'écoute. Il accompagne si besoin dans le dépistage, le comportement à adopter pour prévenir le risque et s'il faut traiter la relation mise en place ne se pose pas de manière dissymétrique comme dans le cabinet de cardiologue ou du cancérologue... qui décide. Faire de la santé publique c'est partager la décision ou laisser la place à la personne

à qui on s'adresse. C'est tendre la main pour un autre possible si à cet instant la personne n'est pas disponible pour aller plus loin. C'est coopérer avec la personne à laquelle on s'adresse en vue que celle-ci s'approprie le sens de sa santé. La compréhension entraîne le changement de comportement pour diminuer le risque. Malheureusement après notre première semaine, sur 36 mois de formation, la santé publique s'est estompée de notre culture soignante. Nous l'avons retrouvée au moment où nous avons intégré l'institut de formation des cadres de santé également se situant dans le premier module de formation ! Nous nous sommes demandé à quoi allait servir la santé publique au futur manager d'équipe que nous nous apprêtions à devenir ? Nous sommes allés « faire un travail de groupe » dans une petite ville des bords de Loire. L'objectif était de rencontrer une association de boule de fort, jeu traditionnel en Anjou, qui se pratique en salle. L'addiction à l'alcool est souvent présente. De par nos observations, nous devions préconiser au Maire de la ville des actions de prévention face à l'alcool. Nous avons répondu à la commande en appliquant des règles de démarche projet, d'analyse de situation, de communication...et nous sommes allés rencontrer le maire sans avoir rencontré réellement les personnes adhérents à cette association, ni même les adolescents vers lesquels nous avons étendus nos préconisations...A ce stade d'apprentissage où la méthodologie est importante, une chose a été oubliée : regarder qui étaient ces gens auxquels s'adressaient nos préconisations. Nous ne savons pas ce que le maire de cette petite ville a fait de notre projet extrêmement bien « ficelé » théoriquement. Nous croyons pouvoir dire aujourd'hui qu'il y manquait l'essentiel de la méthodologie de santé publique : le sens. Que veut-on atteindre ? Pour qui ? Pour quelles raisons ? Avec quels moyens ? De quoi avons-nous besoin et comment évaluons nous nos actions ?

Nous avons choisi d'améliorer nos connaissances et nos pratiques professionnelles au travers d'un master sur le pilotage des politiques et des actions de santé publique car nous pensons que l'avenir de la santé sur notre territoire passera par les filières de prise en charge. Ces dernières se conçoivent dans le champ de la santé publique. C'est au tout début du risque qu'il faut poser des actions de prévention, d'information, d'éducation avant de déployer le dépistage si la première étape n'a pu se faire ou est dépassée. Ce n'est seulement qu'après ces premières étapes que doit se mettre en œuvre l'artillerie lourde, coûteuse du traitement.

Aujourd'hui, directrice des soins en centre hospitalier, nous avons la chance d'accompagner le fonctionnement d'une antenne de santé publique de prévention et dépistage. Interpellée tant dans notre réflexion que dans nos responsabilités, nous

saisissons l'opportunité de questionnements pour joindre à nos connaissances, apprentissages personnels, la question des objectifs, de la méthodologie et de l'évaluation afin de mettre en évidence la pertinence, la cohérence, l'utilité des interventions et du fonctionnement de l'antenne de santé publique.

Nous présenterons dans une première partie le contexte du travail avant de dépeindre l'environnement politique et social de notre champ d'étude pour mieux le comprendre. Puis, nous nous centrerons sur le territoire concerné pour affiner notre analyse avant de modéliser le problème et de construire notre démarche d'évaluation. Notre travail se poursuivra par l'énoncé des hypothèses ancrées sur l'analyse de nos entretiens et la modélisation du problème. En s'appuyant sur le protocole d'évaluation nous pensons pouvoir envisager des propositions qui devront être confirmés par la suite par les acteurs de terrain.

La deuxième partie mettra en perspective notre travail par une réflexion distanciée. Nous la construirons en nous appuyant sur nos acquis professionnels, sur les connaissances liées au master et sur le raisonnement analytique conduit au cours de ce travail.

Nous souhaitons que le lecteur trouve de la pertinence et de la cohérence dans ce travail. Il est effectué alors même que nous continuons d'exercer notre profession à temps plein ce qui expliquera sans doute quelques limites, notamment dans la recherche, l'analyse ou les moyens utilisés... nous espérons toutefois que la rigueur de la démarche apparaisse clairement et que les éléments de liens permettent une lecture compréhensive de notre travail.

1 L'ENVIRONNEMENT LEGISLATIF ET CONTEXTUEL DE L'ANTENNE DE SANTE PUBLIQUE

1-1 Situation de l'antenne de santé publique dans le contexte législatif:

Certains domaines de la santé, dont les affections chroniques, exigent un dispositif cohérent de prévention. C'est un enjeu fort pour la France où, si la situation sanitaire est globalement favorable, des difficultés majeures subsistent.

- Des indicateurs d'inégalités sociales et territoriales persistantes sur l'état de santé de la population
- Une mortalité prématurée évitable plus élevée en France que dans les autres pays européens
- Des disparités régionales et intra régionales
- Une approche collective de la prévention peu développée intégrant l'impact de l'environnement, des conditions de vie et de travail (La place des déterminants de santé, l'impact de l'environnement et des conditions de vie)
- Une politique de prévention aux contours mal définis (Une recherche à amplifier, un manque de prise en compte des évolutions de la perception de la génétique, les insuffisances d'évaluation des politiques de prévention, une estimation encore partielle des financements affectés à la prévention)¹

La politique de prévention et de promotion de la santé mériterait une coordination plus concertée. Au niveau collectif, il existe une pluralité d'acteurs insuffisamment coordonnés. Au niveau individuel, la politique se structure de manière désordonnée autour du dépistage, de l'implication personnelle, de la santé au travail sans évaluer les principes de communication, la perception de l'information et les comportements². Nous allons le voir dans ce travail, tant au travers des expressions des acteurs rencontrés que des organisations, la volonté politique d'axer des programmes de prévention et dépistage est présente, formalisée dans la politique nationale et territoriale. Cependant la culture santé publique peine à se déployer en France. La formation santé publique dans les facultés de médecine n'appelle pas l'élite valorisée qui est attirée par les activités lucratives et plébiscitées telles que la chirurgie de pointe, la radiologie interventionnelle, la recherche et l'innovation³. La formation des paramédicaux laisse une place étroite à leur rôle dans les

¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elements_de_reflexion_pour_une_politique_nationale_de_sante_2011-2025.pdf

² « Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action » M.MOLEUX, F.SCHAETZEL, C.SCOTTON. Rapport IGAS Mai 2011.124P. P29,33,36,38à42

³ Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Avril 2011. 53 Pages. P49

actions de prévention et de dépistage au point qu'à ce jour il faut former de manière singulière ces professionnels à l'éducation thérapeutique dont l'intérêt est bien d'aider le patient à repérer des symptômes, se connaître et s'approprier sa santé pour mieux alerter. Les organisations sociales ou médico-sociales, sanitaires dépendent de financeurs différents. Ils sont pilotés par des orientations politiques ou les objectifs et les motivations bien que légitimes ne sont pas partagées entre les différents systèmes.

Le système de santé est encore très hospitalo-centré et les politiques qui se succèdent entraînent un tel changement de culture interne que chaque établissement se recentre encore plus sur son fonctionnement et sur sa capacité à développer ses activités et ses résultats en interne afin de les valoriser laissant peu de place à la santé publique. Le suivi budgétaire et la tarification à l'activité sont le moteur des établissements sanitaires dont la stratégie et la politique sont orientées sur les dépenses et les recettes pour répondre aux gouvernances en place. La santé publique intègre une enveloppe spécifique intégrée dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM)⁴. Les démarches qualité et gestion des risques sont en développement mais tous les rapports mettent en évidence un manque d'indicateurs suffisamment précis pour évaluer les interventions. Un besoin de décloisonnement et de transversalité est fortement exprimé. L'ARS détient le défi de la transversalité et de la cohésion à mettre en œuvre entre le social, le médico-social et le sanitaire⁵.

Outre les politiques, la culture citoyenne n'a pas encore développé la responsabilité individuelle. L'évolution est en cours initiée grâce aux lois sur les droits des patients, avec le partage de la connaissance, les usagers s'approprient de plus en plus leur état de santé. Cependant les comportements et la culture des Français les rendent paradoxaux dans leur appréhension de la santé, ils souhaitent un niveau élevé de réponses à leurs questions, besoins en santé mais ne souhaitent pas mettre en œuvre les recommandations⁶.

Cet environnement laisse peu de place à la santé publique. Si comme l'organisation mondiale de la santé la définit en 1952 : « la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective... »⁷, alors c'est dans ce sens collectif que la politique de prévention et de promotion de la santé doit évoluer. Voilà pourquoi nous chercherons également dans notre travail ces liens de coordination.

⁴ Agence Régionale de Santé. Financer, professionnaliser, coordonner la prévention. Dossier VARIA. INPES N.LEURIDAN 149P

⁵ Réduire les inégalités sociales de santé. L.POTEVIN, M.J.MOQUET, C.M.JONES – INPES Edition-2010. 379 P. P 96

⁶ Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025. Document de travail- Ministère du travail de l'emploi et de la santé 53P. P 15 à 18

⁷ <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/PagesAssociees/Lasantepubliquelapolitiquedefinieauniveaunationale>

La formalisation d'une politique publique de prévention, dans un système de santé longtemps construit autour d'une démarche essentiellement curative, est récente.

Cette complémentarité fondamentale se trouve progressivement traduite dans le droit⁸.

Deux lois de 2004 ont modifié le cadre juridique de la politique en matière de vaccination et ont réaffirmé le rôle de l'État dans ce domaine.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a clarifié le rôle de l'État, précisant que « la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la santé publique ». Un décret peut suspendre les obligations prévues par la loi pour tout ou partie de la population, en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques.

La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a redonné à l'État la compétence, et donc la responsabilité, de la mise en œuvre de la politique vaccinale. L'article 71 a modifié le Code de la santé publique (CSP) dont :

- l'article L. 1423-2 indiquant que le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'État, participer à la mise en œuvre de programmes de santé [...];
- l'article L. 3111-11 qui définit les conditions de gratuité des vaccinations et précise le contenu des conventions établies entre l'État et les collectivités territoriales pour les actions de vaccination. Les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les services communaux d'hygiène et de santé, qui participent aussi à la réalisation des vaccinations, n'ont pas été concernés par ce nouveau dispositif dit de « recentralisation », entré en application au 1^{ier} janvier 2006. Moins de la moitié des conseils généraux ont conservé cette activité par convention avec l'État. Dans les autres départements, les services de l'État ont habilité comme centres de vaccination des établissements hospitaliers ou des centres de santé gérés par des organismes à but non lucratif. Les centres de vaccination habilités sont financés directement par l'État, via les agences régionales de santé (ARS) (anciennement les Ddass), les centres conventionnés à partir de la dotation générale de décentralisation versée aux conseils généraux.⁹

⁸ Les enjeux de la prévention en matière de santé. JC ETIENNE, C.CORNE 2012. « Les avis du conseil économique, social et environnemental » février 2012. http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf

Dans l'article 71 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, les vaccinations, la lutte contre la tuberculose, la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles relèvent du rôle de l'Etat¹⁰. Des conventions peuvent être établies entre les collectivités territoriales et l'Etat pour permettre à des organismes de mettre en œuvre ces programmes.

C'est dans ce cadre qu'est créé en 2006 le Centre fédératif de dépistage et de prévention (CFPD) adossé au CHU de Nantes. Trois activités principales le structurent : le centre de vaccination polyvalente (CVP), le centre de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et le centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT).

1-2 Présentation du sujet d'étude :

Etudiante en Master 2, Pilotage des politiques de santé et des actions de santé publique, nous exerçons également comme professionnelle en tant que directeur des soins, coordonnateur général des soins dans un centre hospitalier des Pays de La Loire, en Loire Atlantique. Le Centre Hospitalier (CH) « Francis ROBERT » d'Ancenis se situe dans la partie est du département limitrophe du département voisin.

Au préalable du poste occupé au CH d'Ancenis, nous avons exercé comme Directeur des soins au CHU de Nantes et avons eu en responsabilité entre autres, la coordination du Centre Fédératif de Prévention et Dépistage (CFPD) qui était en création. Quelques mois après notre arrivée sur le CH Francis ROBERT, nous sommes sollicités par le CFPD pour envisager la création d'une antenne du CFPD sur le centre hospitalier d'ANCENIS.

Le projet est mis en œuvre au 1^{ier} mai 2010. Chaque année, les membres du CFPD, Médecin responsable, cadre de santé et l'infirmière de l'antenne organisent une présentation des activités de l'année.

La première année, il a fallu initier l'infirmière aux actions attendues et « lancer » l'antenne. La deuxième année, l'infirmière exerçant sur ce poste a modifié son projet

⁹http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Elaboration_de_la_politique_vaccinale.pdf

¹⁰ LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales- Annexe 1 Extrait

professionnel. Elle a quitté son poste et un nouvel accompagnement a été mis en place tout en reconduisant certaines actions entreprises (semaine de la vaccination par exemple).

Lors des rencontres, entrevues avec les professionnels de l'antenne du CH d'Ancenis, nous nous sommes à plusieurs reprises interrogées sur les critères qui mettent en perspectives les objectifs et les résultats obtenus. Sont-ils en corrélation ? Les populations précaires, marginalisées migrantes sont-elles suffisamment repérées pour que l'antenne les touche ?

L'activité augmente, se développe mais comment vérifier que les budgets utilisés sont optimisés au bénéfice des objectifs premiers ? Et s'ils ne l'étaient pas que dire de ces interventions de santé publique qui répondent toutefois à un besoin ?

La perspective du stage du Master m'invite à pousser plus avant la possibilité de partenariat avec le CFPD dans le cadre de ce questionnement. Effectuant notre stage sur l'établissement où nous sommes affectées, nous avons eu l'opportunité d'avoir comme maître de stage le Directeur du Centre Hospitalier qui par ailleurs nous accompagne dans l'évolution du Master. Nous lui avons exposés les pistes de travail envisagées à savoir comprendre plus spécifiquement les performances et le fonctionnement de l'antenne de santé publique dans le but d'en améliorer les prestations. Le chef d'établissement qui participe chaque année aux réunions de bilan de l'antenne de santé publique, y porte un intérêt et manifeste un soutien continu lorsqu'il s'agit d'accompagner une intervention. Mon questionnement a donc suscité son intérêt. Pour étayer notre réflexion, notre deuxième rencontre a été celle du Dr COUTHERUT, responsable depuis quelques mois du CFPD. Médecin de santé publique, son objectif est de recentrer les actions, de les cibler en cherchant à accroître leur pertinence. Le centre a développé depuis 6 ans ses activités en développant de multiples partenariats, de multiples réseaux et en s'impliquant dans de nombreuses interventions de santé publique. A ce jour, le Dr COUTHERUT et son équipe souhaitent modifier légèrement le cap des actions en recentrant les interventions et les différentes activités en fonction des objectifs prioritaires définis. Lorsque nous la rencontrons pour la première fois, elle nous présente les cartes de l'ORS (Observatoire régionale de santé) sur lesquelles elle travaille afin repérer et connaître aussi bien que possible les secteurs et les populations où le CFPD intervient afin de construire un projet plus ciblé en fonction du cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

En échangeant avec le Dr COUTHERUT, je lui brosse les premiers éléments de ma réflexion qui s'articulent complètement avec ce qu'elle m'exprime de ses objectifs. Nous

convenons que je construis mon étude à partir de cet angle d'approche et que je reviendrai régulièrement vers elle pour partager autour de ce travail.

Ce sujet d'étude qui vise à évaluer l'antenne de santé publique dans l'atteinte de la population cible est donc une co-construction du centre hospitalier d'Ancenis porteur de l'Antenne et du centre de prévention et dépistage (CFPD).

2- ELEMENTS CONCEPTUELS ECLAIRANT LES ACTIVITES DE PREVENTION ET DEPISTAGE

2-1 Eléments sur les déterminants sociaux

Afin de mieux comprendre le contexte des inégalités sociales de santé, il nous semble important de cerner en quoi celles-ci peuvent impacter la population. Dresser l'environnement actuel des inégalités sociales de santé nous invitera à regarder la population concernée avec un éclairage contextuel élargi. Ceci contribuera à poser avec autant de pertinence que possible notre action d'évaluation.

« Les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie à 35 ans, de 7 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale.

Elles sont observées selon divers indicateurs, individuels, tels que la catégorie sociale, le revenu, le niveau d'étude, ou collectifs tels que le niveau de pauvreté des quartiers de résidence. Les déterminants de ce gradient, relevés depuis les années 60 ne sont donc pas à chercher dans la pauvreté extrême ».¹¹

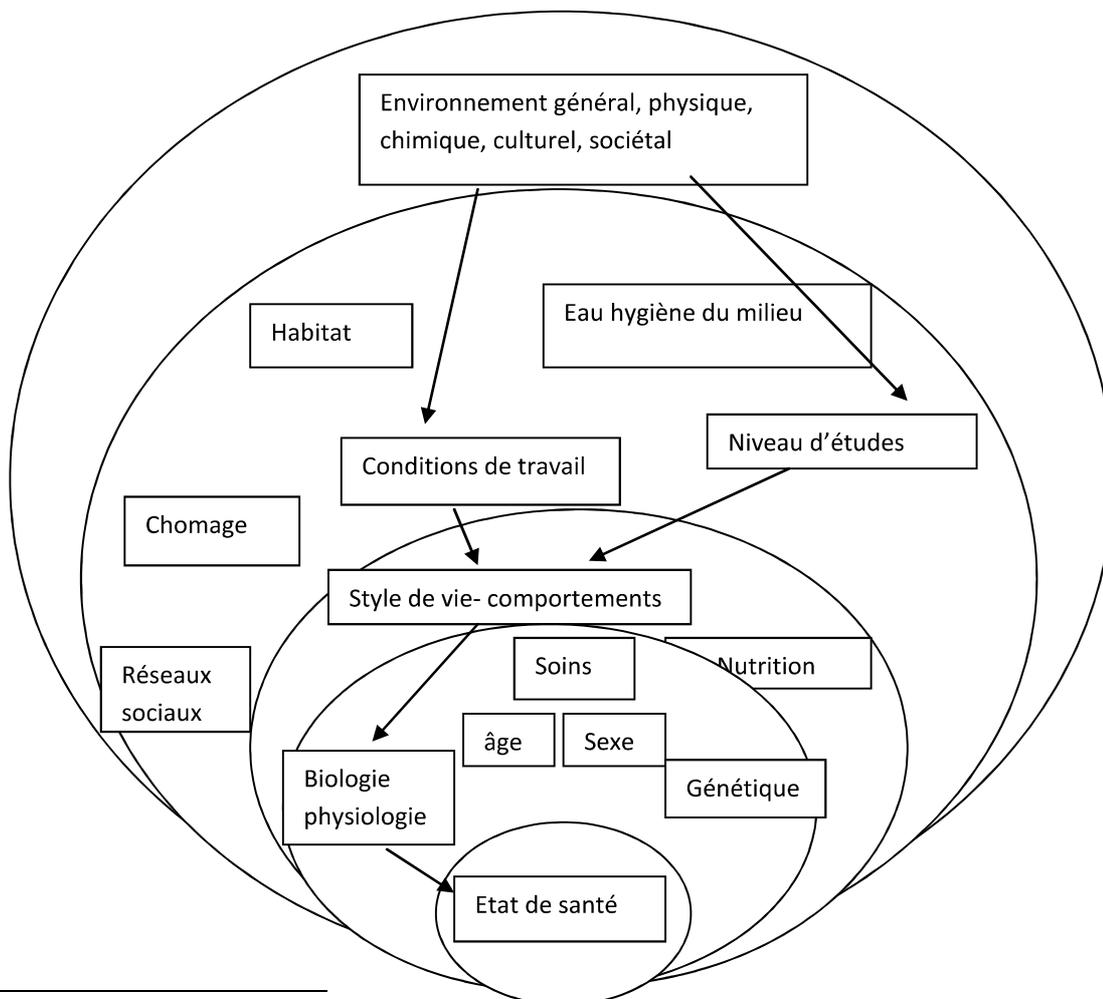
Les inégalités sociales de santé sont étudiées depuis le dernier demi-siècle. Même si la « France ne se distingue pas en quantité de travaux et de chercheurs impliqués »¹² ce sujet de préoccupation internationale produit des éléments précieux en matière de compréhension dont l'objectif est de guider les politiques publiques et leurs interventions. « Pour maintenir ou améliorer la santé publique, il est nécessaire de chercher à comprendre les fondements sociaux et culturels, de même que le contexte sociétal, dans et par lesquels se développent et se reproduisent des maladies, des comportements et attitudes délétères

¹¹ « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » Haut conseil de santé publique, Décembre 2009

¹² « Lutter contre les inégalités sociale de santé- politiques publiques et pratiques professionnelles » C.Niewiadomski/P.Aiach. Presses de l'EHESP.2008.279 P. P21

pour la santé des hommes. »¹³. La socio anthropologie met en évidence le lien de cause à effet entre des maladies, des fragilités en santé et le contexte socio-économique dans lequel vivent les populations. Cette science est complémentaire de l'épidémiologie, elles se servent l'une de l'autre à évaluer la vulnérabilité des groupes. Des études quantitatives sur la prématurité, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les conduites à risques démontrent clairement le lien entre le niveau social, économique et le potentiel à développer ces pathologies.¹⁴

En effet, il n'y a pas de causalités simples mais des chaines de causalité aux inégalités sociales. Cet enchaînement de causes s'applique à l'analyse transversale et synchronique sans remettre en cause la recherche des facteurs de risque et la conception probabiliste de la causalité développée par l'épidémiologie. Ainsi les facteurs de risque ne sont pas détachés des déterminants qui eux tiennent compte du social, de l'économique et du sociétal.¹⁵



¹³ Guide pour la préparation et la conduite d'évaluation régionales. Commissariat général du plan. Appui technique au développement de l'évaluation. Contrats de plan Etat-Région Version juin 2003 P 54

¹⁴ « Inégaux face à la santé » A.LECLERC, M.KAMINSKI, T.LANG Inserm Edit° La découverte Novembre 2008 297 P. Chapitre 1

¹⁵ Op Citée Note 13 Page 208.209

Schéma d'enchaînement des déterminants des inégalités sociales de santé dans une approche transversale. ¹⁶

Ce schéma nous invite donc à comprendre le territoire et le profil sociétal des populations de ce territoire afin d'analyser et d'estimer au plus juste les besoins et de mettre en œuvre les interventions nécessaires à l'amélioration de santé de cette population.

A ces déterminants s'ajoutent les ressources personnelles. La capacité d'un individu à maîtriser sa vie, la perception de cette capacité, la capacité à se situer socialement... sont des éléments qui impacteront les déterminants en santé. La réduction des inégalités sociales fait partie des objectifs de santé publique de la France. Ces inégalités sont documentées et abordées dans de nombreux lieux et instances politiques, pour y affecter des moyens et mobiliser les différents acteurs, il est nécessaire « d'apporter des arguments forts sur les interventions...de promouvoir une politique de santé publique fondée sur les « preuves », ...de multiples décisions, qu'elles soient d'ordre législatif, réglementaire, industrielles ou autres, ont des impact potentiels sur les inégalités sociales de santé, parfois favorables, parfois aggravantes. »¹⁷

Graham distingue trois types de réponses politiques :

- Améliorer la santé des groupes défavorisés par des programmes ciblés
- Réduire les écarts de santé entre les groupes les plus nantis et ceux les plus défavorisés
- Prendre en compte l'ensemble du gradient de santé, c'est-à-dire s'intéresser aux liens entre la position économique et la santé à travers l'ensemble de la population.¹⁸

Pour qu'une intervention soit efficace, il est alors recommandé par les auteurs :

- D'intervenir de manière intensive et dans la durée
- De fonder l'intervention sur une étude de besoins
- De s'assurer que « la population cible » adhère à l'intervention
- D'agir selon une approche multidisciplinaire
- D'agir simultanément sur différents niveaux et dans plusieurs milieux
- De recourir à des méthodes interactives et expérientielles
- De rendre accessible culturellement l'intervention

¹⁶ Inégaux face à la santé. A. Leclerc, M.Kamininski, T.Lang, INSERM LA DECOUVERTE 298P. P209

¹⁷ Op citée (note 15) P 221 à 224

¹⁸ Op Citée (note 13) P 71

- De former et de soutenir les intervenants (bénévoles, pairs, réseau local)
- De renforcer les compétences psycho sociales des populations cibles¹⁹

L'IGAS préconise une gouvernance pour une politique de réduction des inégalités sociales de santé qui s'appuierait sur un « cadre national assorti d'objectifs, d'outils et d'évaluations adaptées²⁰ ». Nous prenons la mesure de l'intérêt de formaliser des objectifs clairs et lisibles autour d'une stratégie nationale ayant une dimension interministérielle. Tous les acteurs doivent être intégrés : les collectivités territoriales, ainsi que les acteurs du système social, de l'environnemental et de l'éducation nationale si l'on souhaite un impact réel et durable.

D'autre part, il apparaît qu'au-delà des organismes et instances impliquées dans la lutte pour la réduction des inégalités sociales de santé, une acculturation des différents acteurs à l'utilisation des outils tels que le modèle des déterminants sociaux de santé soit nécessaire.

Enfin, un programme national de lutte contre les inégalités sociales à contrario de la loi de santé publique de 2004 qui se composait de 44 objectifs et 100 indicateurs, doit se doter d'un petit nombre d'objectifs cibles et indicateurs s'y rattachant mais doit avant tout envisager l'évaluation avant la construction des projets afin d'être certain d'avoir des indicateurs de mesure des actions. De plus, prévoir les indicateurs en même temps que l'action permet un premier regard de cohérence et de perspectives d'impacts.

La mesure d'impact sur la population générale d'un pays est difficile et complexe aussi les états qui s'y sont essayés préconisent de cibler des évaluations de programme au niveau régional et local. Ils ont pour intérêt de s'attacher à regarder les processus et la qualité des actions. Ces cadres évaluatifs nationaux portent le nom « d'évaluation réaliste » et sont déjà testés en France²¹.

Les inégalités sociales peuvent être lues au travers des déterminants sociaux et de l'enchaînement de ces derniers. Ils deviennent facteurs d'inégalités sociales de santé au regard du contexte épidémiologique et des facteurs individuels. Pour prévenir cet enchaînement de causalité, le dépasser, une politique claire doit être coordonnée et structurée sur tous les échelons du management du territoire. La France intègre ces

¹⁹ Op Citée (note 13) P 74

²⁰ « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'actions » Rapport IGAS mai 2011. 124 P. P.36 P 38

²¹ Op Citée (note 15) P.45

données sans toutefois être au premier rang. L'acculturation, la formation aux outils et à l'évaluation doit être un objectif. Nous regarderons avec attention, les liens entre les différents étages de la politique et des objectifs qui conduisent le CFPD et les antennes. Nous serons également soucieux de repérer les places, rôles et formations des acteurs présents dans le pilotage ou la mise en œuvre des actions.

2- 2 Données sur la pauvreté et la précarité en milieu rural en France

Maintenant que nous comprenons mieux le contexte des inégalités sociales de santé, nous pouvons nous rapprocher peu à peu d'indicateurs qui nous permettront de repérer la population cible des actions du CFPD. Pour cela, définir la pauvreté, la précarité permettra de situer le profil de population que nous allons chercher par la suite sur le territoire d'Ancenis.

La pauvreté monétaire définit un individu comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie (ensemble des revenus et prestations nettes d'impôts directs, rapportés au nombre d'unités de consommation du ménage) est inférieur au seuil de pauvreté.

En France, un individu peut être considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 803 ou 964 euros (données 2010). Le revenu pris en compte est le revenu dit « disponible » : après impôts et prestations sociales.

En dépit du ralentissement de la croissance depuis les années 1970, la France continue à s'enrichir. Le revenu médian augmente et donc avec lui le seuil de pauvreté. Entre 1970 et 2010, le seuil de pauvreté à 50 % a doublé en euros constants (c'est-à-dire une fois que l'on a retiré l'inflation), de 400 à 800 euros. Les pauvres d'aujourd'hui sont deux fois plus riches que ceux d'hier, mais ils ne vivent pas dans la même société : les besoins ne sont plus les mêmes.

Il existe d'autres types de pauvreté qu'il paraît essentiel de regarder. La pauvreté en conditions de vie. Elle se définit par un manque global d'éléments de bien-être matériel mesuré à l'échelle du ménage.

Nous devons être attentifs à positionner notre regard sur la population à la fois autour de ses revenus moyens et de ses conditions de vie. Nos entretiens intégreront donc ce champ de questionnement.

Ce qui nous intéresse également est de comprendre le visage de la pauvreté en milieu rural car nous émettons l'hypothèse qu'il n'est pas le même qu'en milieu urbain et donc pour le repérer nous n'utiliserons pas les mêmes moyens. Le CFPD se trouve en milieu urbain et la précarité, la pauvreté se voit, se situe en quartier géographique. Ceci ne sera peut-être pas identique sur le territoire d'Ancenis. Quelles sont alors les composantes de la pauvreté, de la précarité en milieu rural ?

« L'économie et la composition socioprofessionnelle du milieu rural l'exposent au développement de situations de précarité »²² Ce premier constat nécessite d'être explicité par les facteurs sociaux économiques qui l'entoure. Près de 60% des bassins de vie ruraux consacrent l'essentiel de leur activité à la satisfaction des besoins des seules populations locales. L'économie de ces régions se divise en économie dite « résidentielle » qui est associée parfois au tourisme, en économie « industrielle » qui souvent est présente depuis longtemps et absorbe la majorité des emplois du bassin de vie, puis se rajoute l'activité « agro-alimentaire » plus ou moins présente en fonction des bassins de vie. Les activités de caractère « tertiaire qualifié » majeures en milieu urbain sont peu représentées dans l'espace rural.

De par les activités économiques, les catégories les moins qualifiées sont surreprésentées parmi les actifs en emploi : ouvriers, employés, agriculteurs. Contrairement au milieu urbain où les cadres et professions intellectuelles sont en proportions plus nombreuses. En 2006, en France, le taux de pauvreté dans la population rurale dépasse 19%. Le taux de pauvreté moyen est de 13,7% dans le milieu rural contre 11,3% dans l'espace urbain. Les situations ne sont pas identiques selon le degré de désenclavement, la densité et la nature du tissu économique, le dynamisme de leur démographie. Les ruraux sont donc en moyenne souvent plus pauvres.²³

Depuis des années, la ruralité est caractérisée par sa « dépopulation » et son vieillissement. Cependant les évolutions quoique contrastées sur le territoire montrent une évolution de ces indicateurs, notamment celui du flux migratoire. En effet, le flux migratoire a tendance à s'inverser apportant une dynamique à la démographie du monde rural.

²² « Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural » Rapport Tome1. Inspection générale des affaires sociales-Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux. Septembre 2009. 127 P.. P3

²³ Op citée (note 20)

En ce qui concerne l'emploi par catégorie socio professionnelle l'espace rural est essentiellement un espace « ouvrier » (plus de 30% des actifs) et un espace « employé » (un peu moins de 30% des actifs)

L'exode urbain qui aurait pu envisager un rééquilibrage des catégories socio professionnels montrent que les nouveaux venus renforcent les professions faiblement qualifiées déjà dominantes et notamment les employés. Beaucoup arrivent également sans activité professionnelle et ce en dehors des retraités qui viennent en milieu rural.

Un autre facteur influence la précarité en milieu en rural. Il concerne les équipements collectifs, le niveau d'accès aux services dans l'espace rural. Globalement le développement de ces derniers maille assez bien le territoire sous condition que la population ait les moyens de transports pour y accéder. L'autonomie au niveau des transports pour accéder aux services du quotidien et encore plus des emplois accentue les difficultés de la population en milieu rural. Les jeunes sont particulièrement touchés par ce manque de possibilités d'accès à l'emploi.

Ceci dit, les processus d'exclusion en milieu rural ne sont pas uniformes. Ils peuvent aussi être l'aboutissement de trajectoires personnelles ou collectives.

Pour mieux situer cette diversité l'IGAS dans son rapport rapproche des éléments de statistiques nationales, locales ainsi que des expériences rapportées par les interlocuteurs de terrain. La manifestation de la « pauvreté en conditions de vie » est un indicateur indispensable à la compréhension de la pauvreté en milieu rural. En effet, même si les niveaux de vie en milieu rural sont globalement inférieurs au niveau de vie de l'ensemble de la France métropolitaine, on y trouve moins de personnes extrêmement pauvres. En 2006, l'indicateur d'intensité de la pauvreté (écart entre le seuil de pauvreté et la médiane des niveaux de vie des personnes pauvres, rapporté au seuil de pauvreté) en milieu rural (16,9%) était inférieur à celui de l'ensemble de la population (18,2%). De ce fait, la « pauvreté en condition de vie » permet de mieux comprendre les sources de la pauvreté de la population rurale.

Les ménages pauvres en milieu rural sont surtout des familles avec des enfants ayant de faibles revenus d'activités. Les prestations sociales constituent une part importante des revenus des ménages pauvres pour ceux qui font valoir leurs droits. Dans cette diversité de la pauvreté rurale, les « petits » exploitants agricoles ou exploitants spécialisés en

situation de crise, les retraités aux revenus faibles et les jeunes sans diplômes en constituent une autre facette.

3-STRUCTURATION DE LA DEMARCHE EVALUATIVE :

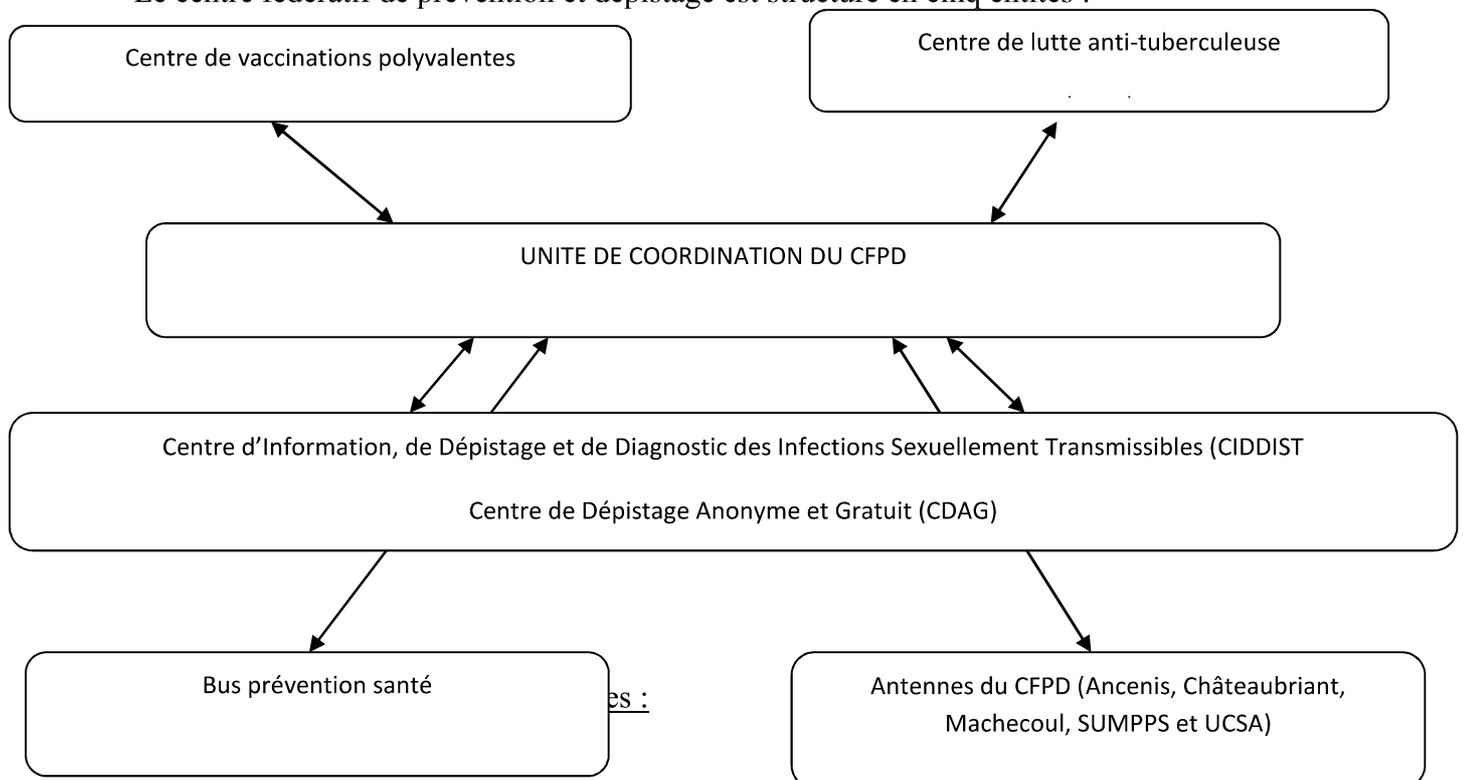
Après avoir situé le contexte de l'étude, il nous semble important de décrire l'environnement de cette dernière. Nous aborderons tout d'abord le fonctionnement du centre fédératif de prévention et dépistage puis nous précisons les modalités de l'évaluation au travers de la rédaction d'un cahier des charges.

3-1 Comprendre le fonctionnement du centre fédératif de dépistage et de prévention pour situer les attendus de l'antenne de santé publique :

Les missions communes aux activités du centre fédératif de dépistage et de prévention sont les suivantes :

- Promouvoir et développer les activités de prévention et de dépistage à l'échelle départementale pour les vaccinations, les infections sexuellement transmissibles, hépatites B, C, et VIH et la lutte contre la tuberculose
- Aller à la rencontre des populations les plus à risques, ayant des difficultés d'accès aux soins économiquement et /ou géographiquement
- Aller à la rencontre des professionnels.

Le centre fédératif de prévention et dépistage est structuré en cinq entités :



- Proposer gratuitement la vaccination au public ciblé selon le calendrier vaccinal en vigueur.
- Informer le public ainsi que les professionnels de santé
- Promouvoir la vaccination dans tout le département afin d'améliorer la couverture vaccinale
- Etre centre de référence départemental sur la vaccination

L'activité de vaccination a comme contour de population les personnes sans prise en charge par l'assurance maladie, sans mutuelle, les personnes en difficultés financières ou isolées géographiquement, également les personnes sans médecin traitant.

Les consultations ont lieu sur le site dit du « Tourville » bâtiment en dehors du centre hospitalier universitaire au centre-ville de Nantes. A ces consultations s'ajoutent des activités extérieures d'informations et de vaccinations auprès des jeunes, des migrants, des populations précaires en lien avec des organismes sociaux.

L'équipe se compose de 2,4 équivalent temps plein (ETP) médicaux, 1,5 ETP infirmiers, 1 ETP secrétaire et 0,5 ETP pharmacie.

Le centre de lutte anti-tuberculeuse :

Ses missions sont les suivantes :

- Assurer gratuitement la lutte contre la tuberculose par le diagnostic et le traitement de la maladie, par la délivrance des médicaments, par le dépistage des populations à risques ou la vaccination par le BCG. A cela s'ajoute l'information du public, la formation des professionnels et les enquêtes autour des cas de tuberculose.
- Développer un réseau de lutte anti-tuberculeux par le renforcement des liens avec les partenaires de santé médicaux, paramédicaux, sociaux tout en collaborant avec les autres CLAT existants.
- Formaliser des synthèses épidémiologiques à partir d'enquêtes

Les missions visent toute la population bien qu'il y ait un regard singulier sur les populations à risque. Le centre cherche à rencontrer ces personnes en allant dans les foyers d'hébergements (CHRS), en coordonnant des actions avec médecins du monde, en créant des partenariats avec des centres sociaux où les unités de consultation des soins ambulatoires dans les prisons (UCSA). D'autres liens sont créés en vue d'atteindre les populations précaires en allant rencontrés les acteurs des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ou en allant sur les terrains où vivent les Roms, les sans domicile fixe, les prostituées... De plus toute personne ayant été proche d'une personne déclarée infectée par la tuberculose est prise en charge par le centre.

Les consultations diagnostiques avec imagerie sont organisées sur place et les consultations de suivis au centre du CLAT situé au centre-ville de Nantes dans un bâtiment appelé le centre Jean V. Les activités extérieures sont ciblées sur le dépistage collectif et l'information des populations à risques.

L'équipe se compose de 1,5 ETP médicaux, de 2 ETP Infirmiers, de 1,5 ETP manipulateur radio et de 2 ETP secrétaires.

Le centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles et centre de dépistage anonyme gratuit (CIDDIST/CDAG) :

Les missions du CIDDIST sont d'informer, de dépister, de diagnostiquer et de traiter les maladies infectieuses des personnes qui se présentent au centre ou qui sont approchées lors des actions extérieures. La préservation de la gratuité et de l'anonymat est primordiale.

Les dépistages proposés sont le VIH, l'hépatite B chez les personnes non vaccinées, l'hépatite C lorsqu'il y a notion d'exposition au sang, la Syphilis chez les personnes à risques, le Chlamydia chez les jeunes femmes de moins de 30 ans ayant eu au moins deux partenaires dans l'année.

Les consultations sont également organisées sur le site dit « Le Tourville ». Toutes les consultations de dépistage se font à partir d'un questionnaire anonyme sur les facteurs de risque, un entretien individuel, un prélèvement biologique anonyme dont les résultats sont remis en main propre à la personne. Lorsque les résultats sont positifs il y a une orientation vers la vaccination ou le traitement avec des consultations spécialisées toujours anonyme et gratuites.

Les activités extérieures correspondent à des informations et des dépistages chez les populations à risques, des actions d'éducation à la sexualité et aux préventions des IST et la formation des professionnels.

L'équipe se compose de 1 ETP médical + 3 vacations, 3 ETP IDE, 1 ETP secrétaire, 0,5 psychologue.

Les antennes de santé publique départementales et les antennes SUMPPS et UCSA²⁴ :

Les missions ne sont pas différentes des trois entités précédentes.

Les antennes de santé publique sont adossées à un centre hospitalier et leurs activités sont coordonnées avec l'unité de coordination du CFPD.

²⁴ Service Universitaire de Médecine préventive et de Promotion de la Santé et Unité de consultation des soins ambulatoires

Il existe quatre antennes de santé publique:

- Une antenne adossée au CH de Chateaubriand (Nord de la région), ouverte depuis le 1 mai 2010 avec une ouverture chaque vendredi. Présence d'une infirmière, plus d'un médecin du CFPD quand il y a des vaccinations ou des remises d'examens biologiques positifs.
- Une antenne adossée au CH d'Ancenis (Est de la région), ouverte depuis le 1 mai 2010 avec une ouverture chaque mardi. Présence également d'une infirmière et de la collaboration médicale du CFPD.
- Une antenne adossée au CH de Machecoul (Sud de la région), ouverte depuis le 1^{er} octobre 2010, ouverte chaque mercredi selon les mêmes modalités qu'à Chateaubriand et Ancenis.
- Une antenne au CH de St Nazaire dont la configuration et l'ouverture s'effectuera au 2^{ème} semestre 2013 ou en 2014.

L'antenne du Service Universitaire de Médecine préventive et de Promotion de la Santé (SMUPPS) :

Ouverte depuis le 1^{er} octobre 2010 c'est principalement une antenne de vaccination polyvalente qui s'adresse à des étudiants en situation de précarité, des étudiants étrangers et certains étudiants sans médecins traitants. Lors des consultations systématiques, les professionnels dédiés reçoivent des fournitures gratuites du CFPD qui réalisent des protocoles de vaccinations spécifiques. Les professionnels du CFPD dispensent une actualisation des connaissances aux professionnels de l'université. De plus l'équipe du CFPD recueille l'activité afin de l'intégrer dans ses analyses.

La coopération avec l'unité de consultation et de soins ambulatoires pour les détenus (UCSA) :

La prise en charge des personnes sous main de justice prévoit des missions de prévention telles que celles réalisées par le CFPD. Il existe donc une étroite coopération entre ces deux entités. Le CFPD fournit gratuitement des vaccins, prend en charge budgétairement les sérologies des IST, les Intradermoréactions (IDR) et les radiologies pulmonaires. Les consultations obligatoires des arrivants ainsi que les consultations de suivis permettent de mettre en œuvre ces actions de prévention et de dépistage.

L'unité de coordination :

Ses missions sont de mettre en œuvre le projet du Centre fédératif de dépistage et de prévention en coordonnant les unités fonctionnelles, les antennes, être garant de la mise en

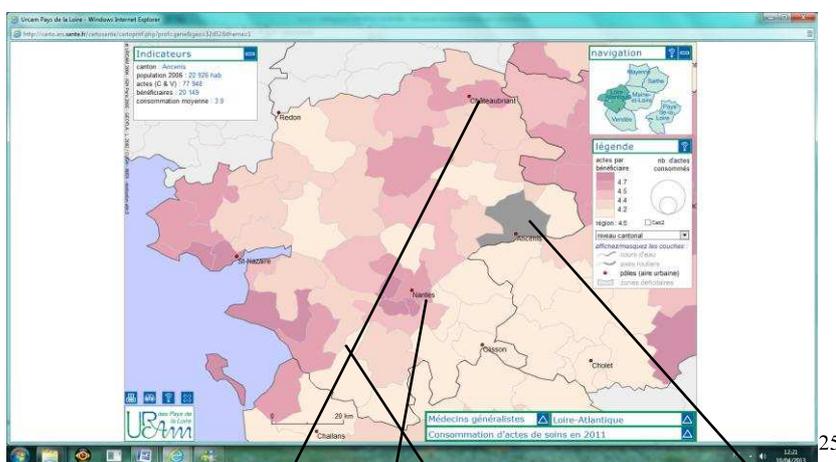
œuvre des actions au bénéfice des missions et enfin être garant de la gestion budgétaire. Par ailleurs, cette unité doit créer et développer les réseaux partenaires, partager et créer des outils pédagogiques servant à tous. Le CFPD porte une attention particulière à communiquer et informer sur ses différentes activités (tutelles, congrès ...).

Enfin c'est l'unité de coordination qui organise les actions de prévention, de dépistage et de vaccinations au plus près de la population grâce au Bus Prévention Santé ainsi que les manifestations annuelles en lien avec les unités concernées

L'équipe se compose d'un médecin de santé publique coordinateur médical, d'un cadre de santé coordinateur, d'un assistant de gestion, de 1 ETP de secrétaires, d'une infirmière qui assure la coordination des activités « hors les murs », d'un agent d'accueil conducteur de bus, d'un agent des services hospitalier pour l'entretien du lieu dit « Le Tourville » et du dispensaire Jean V (lieu du centre-ville de Nantes pour le CLAT).

Le Bus Prévention Santé a pour objectif d'aller au-devant de la population pour mettre en œuvre les mêmes missions d'accueil, d'information, de vaccinations et de dépistage en partenariat avec les acteurs locaux et associations impliqués en santé publique.

Carte du territoire de santé de Loire Atlantique des Pays de La Loire avec le positionnement des différents acteurs.



Canton de chateaubriand (Antenne Nord)

Canton de Machecoul (Antenne Sud)

Lieu de situation du CFPD (Nantes).

Canton d'Ancenis (antennes Est)

²⁵ Annexe 2 a & Annexe 2b Cahier des Charges et Dossier d'habilitation CFPD 2012 Finalisation

Les missions et le fonctionnement du CFPD sont lisibles. Les missions couvrent un champ important et diversifié. Les liens peuvent exister entre les différentes missions et actions bien qu'elles soient présentées de manières assez cloisonnées. Il sera intéressant de voir comment elles se mettent en œuvre au centre et de surcroît dans l'antenne ou l'infirmière habite toutes les fonctions, tous les rôles, tous les champs d'intervention. Le nombre de professionnel est conséquent. Sur quel projet, quels objectifs s'articulent-ils ? Leur formation, le(s) lien(s) de fonctionnement existent à quel(s) niveau(x) ? Le champ géographique s'étale de manière considérable ? Comment sont priorisées les interventions ? Y a-t-il un pilotage structuré sur le plan régional à partir de la politique nationale ou le pilotage est-il coordonné au CFPD par une structuration en projet des différentes missions, des objectifs à atteindre et des indicateurs de suivis ? Quel est l'attendu explicite pour les antennes. Dans la description des missions, il s'avère, qu'elles sont les même que le centre. Comment une personne seule peut mettre en œuvre les mêmes interventions que 20,9 ETP (calcul des ETP sans les antennes) ? Ces questionnements suivront en filigrane notre travail de compréhension, de recherche et d'évaluation.

3-2 Rédaction du cahier des charges structurant la démarche évaluative :

« L'évaluation est une opération qui repose sur le recueil et l'analyse d'informations afin de formuler un jugement sur une intervention (politique, programme, projet, action ;..) dans le but d'améliorer une intervention et ou d'éclairer une prise de décision. »²⁶

Cette définition générique a pour avantage de situer la finalité. Avec les éléments de cours que nous avons associés les uns aux autres. Ils sont issus des interventions de Mme JABOT, professeur à l'EHESP et des supports qui nous ont été présentés. Nous souhaitons poser le cadre de notre représentation et de notre approche personnelle. En effet, les approches évaluatives sont variées et font appel à de nombreuses disciplines. Nous pouvons nous situer dans le domaine de la politique, des projets, de l'économie, de la sociologie, de l'épidémiologie. En fait, « le questionnement évaluatif va aussi reposer sur les représentations des acteurs, de l'idée qu'ils se font de ce qui constitue probablement l'échec de l'intervention méritant d'être étudié »²⁷. Cela nous amène à nous situer dans cette évaluation, comme initiateur d'une évaluation suite à une interrogation dans notre champ d'exercice professionnel. Il nous faudra donc utiliser une méthodologie rigoureuse

²⁶ Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs avril 2008. Ministère de la santé et des sports. 78 Pages. Page 9

²⁷ Evaluer les interventions de réduction des risques. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 21 pages. Page 9

afin qu'elle puisse être reçue comme objective et impartiale par nos collaborateurs. Nous nous appuyerons sur nos cours, nos lectures et les méthodologies que nous avons expérimentés lors de la validation de l'unité d'enseignement « spécialisation de l'évaluation. »

Méthodologie :

N'ayant pas de cahier des charges remis par un organisme de tutelle ou construit par le CFPD, nous proposons de formaliser un plan correspondant aux modalités d'un cahier des charges qui permettra de structurer notre évaluation.

Notre méthodologie reprend le plan-type d'un cahier des charges²⁸ tout en l'adaptant à notre mission et à la présentation de ce travail. La rédaction s'est faite seule ce qui apporte un élément limitatif à ce dernier. La relecture du Dr COTHERUT et du cadre de santé du CFPD ont apportés un regard critique et approbateur à ce cahier des charges. Ce dernier s'appuie sur l'ensemble des éléments lus sur les politiques de santé publique en France et en Europe, sur le contexte législatif et son évolution, sur les missions affichées du CFPD et de l'antenne par ses responsables.

La démarche évaluative reprendra les principes des « bonnes pratiques évaluatives »²⁹. Nous ne mettrons pas en place complètement l'évaluation car la temporalité de notre stage ne nous le permet pas cependant nous comptons pouvoir remettre aux différents acteurs du CFPD et du Centre Hospitalier d'Ancenis un référentiel permettant la mise en œuvre de la démarche.

Nous devrions être en mesure d'émettre à partir du référentiel, des hypothèses et des perspectives qui devront être confirmées ou infirmées au moment de l'évaluation.

Plan du projet d'évaluation

Motifs de l'évaluation :

Comme nous l'avons vu précédemment, le contexte de la mise en œuvre du centre fédératif de dépistage et de prévention repose sur une évolution législative et sur un changement de tutelle. Le passage du conseil général vers l'agence régionale de santé a permis au centre

²⁸ Guide pour la préparation et la conduite d'évaluation régionales. Commissariat général du plan. Appui technique au développement de l'évaluation. Contrats de plan Etat-Région Version juin 2003

²⁹ « Evaluer les interventions de réduction des risques » OFDT Ministère de la santé et des sports

fédératif de se créer, de se développer tout en visant aujourd'hui une pertinence des actions dans un cahier des charges³⁰ plus précis qu'auparavant.

L'équipe du CFPD est coordonnée par un médecin de santé publique qui souhaite orienter les actions en ciblant la performance, la pertinence et l'efficacité par rapport aux objectifs cibles des différentes interventions.

Enfin, le centre hospitalier Francis ROBERT d'Ancenis héberge une antenne de santé publique, ou exerce un professionnel de l'établissement mis à disposition. Le souhait de la direction est de savoir si les actions mises en œuvre sur le territoire est en cohérence avec les attendus.

Finalités et enjeux de l'évaluation :

L'évaluation doit permettre de montrer l'utilité des différentes interventions, que ce soit dans le domaine de la vaccination polyvalente, du dépistage ou de la lutte contre la tuberculose.

Après 3 ans de fonctionnement pour l'antenne d'Ancenis, il est important de regarder précisément quelles sont les réalisations effectuées et si celles-ci sont efficaces au regard des attendus.

Les interventions ont un coût, que nous chercherons à mesurer, pour le CFPD comme pour l'antenne il est nécessaire de cibler les interventions sur les domaines où elles sont pertinentes, efficaces et efficientes.

Champ de l'évaluation :

L'évaluation portera principalement sur les interventions liées à la vaccination polyvalente et au dépistage des maladies sexuellement transmissibles sachant que la lutte contre la tuberculose est le plus souvent rattachée à la découverte d'une personne infectée. Elles sont donc peu développées sur les antennes. L'évaluation devra s'appuyer sur la politique de santé en cours traduite par les missions déclinées par la tutelle et cherchera à établir l'adéquation des financements et des interventions.

Objectifs de l'évaluation :

L'évaluation devra permettre de comprendre le fonctionnement de l'antenne de santé publique du CH d'Ancenis et les liens fonctionnels avec le CFPD. Elle devra permettre

³⁰ Annexe 2a et 2b ARS_CFPD_2012 2014_Arrêté Habilitation & Cahiers des charges & Dossier Habilitation CFPD 2012 finalisation

d'examiner l'adéquation entre les actions impulsées et les orientations nationales et ou régionales. L'évaluation devra apporter une analyse de l'efficacité des actions au regard des populations bénéficiaires. L'analyse devra apporter une compréhension des stratégies d'interventions et mesurer leur performance.

Les questions évaluatives :

Les questions évaluatives renvoient aux différents critères d'évaluation : pertinence, cohérence, atteinte des objectifs, efficacité, efficience, impact et implantation. Nous choisirons la grille de Marceau ³¹ pour organiser les questions évaluatives. La grille de Marceau propose une catégorisation des questionnements puis des questions types.

Nous suivrons cette méthodologie tout en adaptant notre langage à notre programme. Notre questionnaire est organisé en 4 axes synthétisés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Axes de questionnaire retenus présentés selon la grille de Marceau

Axes de questionnements retenus	Catégories et questions selon Marceau
<p>Axe 1 : Le positionnement de l'antenne de santé publique d'Ancenis dans la politique de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> *L'antenne dans la politique de santé et dans le contexte des inégalités sociales *Les besoins en santé de la région et leur diagnostic *Les cibles des actions de l'antenne *Les objectifs par rapport au territoire 	<p>A) Questions sur les intentions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Quelle est la raison d'être du programme ? 2- Quelles sont les situations insatisfaisantes ? 3 – Quels sont les objectifs ?
<p>Axe 2 : La conception, la structuration et l'articulation</p> <ul style="list-style-type: none"> * Le pilotage * La dynamique de l'antenne <p>Axe 3 : Implantation et fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> *Accomplissement des activités prévues *Population visée par les problèmes à résoudre *Modalités de fonctionnement en fonction des moyens *Bilan des activités par rapport aux objectifs 	<p>B) Questions sur le programme :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4-De quelle nature est l'intervention de l'état 5-Quelles sont les ressources investies 6- Quelles sont les activités de production ? 7-Quels sont les extrants(outputs)

³¹ Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs. Avril 2008. Ministère de la santé et des sports. Direction générale de santé. 78 Pages. Page 33
 Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 28

<p>Axe 4 : Les impacts de l'antenne</p> <ul style="list-style-type: none"> *Modification engendrées par la présence de l'antenne *Renforcement des partenariats *Bénéfice des populations cible 	<p>C) Questions sur les effets et la valeur</p> <p>8- Quels sont les impacts ?</p> <p>9- les objectifs ont-ils été atteint</p> <p>,10- Quel est le rendement économique des ressources (efficience) ?</p> <p>11- Quelles sont les solutions de rechange en lien avec le même problème ?</p> <p>12 – La résolution d'un autre problème devrait-elle être privilégiée ?</p>
--	---

Nous allons à présent détailler chacun des axes en présentant le détail des questions qui sous-tendent la démarche évaluative.

Axe 1- Le positionnement de l'antenne de santé publique d'Ancenis dans la politique de santé :

- a) L'antenne dans la politique de santé et dans le contexte des inégalités sociales :
 - Comment se situe l'antenne d'Ancenis dans le contexte des politiques de santé face aux inégalités sociale de santé ?
 - Le contexte des politiques territoriales est –il intégré dans la structuration et le fonctionnement du CFPD ? des antennes ?

- b) Les besoins en santé de la région et leur diagnostic :
 - Existe-t-il un diagnostic territorial ? de la communauté de communes d'Ancenis ?
 - Le diagnostic a-t-il réalisé en partenariats avec les autres acteurs du système ?

- c) Les cibles des actions de l'antenne :
 - Les populations ciblées sont-elles définies ?
 - Les actions visent-elles ces populations ?

- d) Les objectifs par rapport au territoire
 - Les objectifs de l'antenne sont-ils définis en lien avec la politique territoriale ?
 - Les actions sont-elles guidées par les objectifs définis ?

Axe 2 - La conception, la structuration et l'articulation :

- a) Le pilotage :
 - Comment est organisé le pilotage aux différentes étapes du programme ?
 - Les ressources et les moyens sont-ils en adéquation ?

- b) La dynamique de l'antenne :
 - Les objectifs ont-ils été posés en cohérence avec la politique territoriale ?
 - Les objectifs sont-ils en lien avec le diagnostic sur la communauté de commune ?
 - Des priorités d'actions ont-elles été identifiées ?
 - Le fonctionnement de l'antenne permet-il de réaliser les objectifs ?

Axe 3 - Implantation et fonctionnement

- a) Accomplissement des activités prévues :
 - Des actions sont-elles déclinées en fonction des objectifs.
 - Les actions sont-elles anticipées ?
 - Les actions sont-elles réalisées ?

- b) Population visée par les problèmes à résoudre :
 - Les problèmes à résoudre sont-ils formalisés ?
 - Les actions visent-elles les populations ciblées ?
 - Les actions visent-elles d'autres populations ?

- c) Modalités de fonctionnement en fonction des moyens
 - Peut-on identifier la participation financière de chaque ressource à la réalisation du programme ?
 - Peut-on identifier la participation financière des actions mises en œuvre à la mise en œuvre du programme ?
 - Quelles modalités de mise en cohérence ont-elles été mises en place ?

- d) Bilan des activités par rapport aux objectifs
 - Le rapport d'activité annuel met-il en évidence l'atteinte des objectifs annuels ?
 - La gouvernance de l'antenne est-elle formalisée et connue ?
 - L'animation de l'antenne permet-elle des décisions éclairées par rapport aux objectifs ?
 - Existe-t-il une coordination au sein du territoire ?

- Le suivi des actions du programme sont-elles formalisées ?
- Existe-t-il un tableau de bord du suivi des actions ?
- Le bilan intègre-t-il des indicateurs d'évaluation ?
- Le système qualité, gestion des risques est-il intégré au processus décisionnel des actions du programme ?

Axe 4 – Les impacts de l'antenne

- a) Modifications engendrées par la présence de l'antenne :
 - La mise en place de l'antenne a-t-elle modifié l'implication des partenaires territoriaux et de rattachement (CH Ancenis) ?
 - La mise en place de l'antenne a-t-elle eu un effet sur le fonctionnement du CFPD ?
- b) Renforcement des partenariats
 - La mise en place de l'antenne a-t-elle modifiée l'implication des partenariats sur la communauté de commune ?
 - La mise en place de l'antenne a-t-elle apportée une plus-value en termes de partenariats ?
 - La coordination des opérateurs avec le site de rattachement et avec les partenaires a-t-elle été améliorée ?
- c) Bénéfice des populations cible
 - Les populations ont-elles bénéficiées des actions du programme de santé publique de l'antenne ?
 - En quoi les actions de l'antenne permettent-elles de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins ?

Ces questions évaluatives nous amène vers la prochaine étape indispensable pour assoir notre raisonnement : la collecte de données. Pour cela nous allons examiner, rechercher, questionner les contingences politiques, économiques et sociales du CFPD.

4– UN CENTRE FEDERATIF ET UNE ANTENNE AU SERVICE D'UNE POPULATION:

Après avoir posé le cadre conceptuel et méthodologique de notre démarche, nous avons besoin de mieux cerner la population à laquelle s'adressent les actions de l'antenne de santé publique d'Ancenis. Pour cela, nous allons prendre un temps pour décrire et comprendre à partir de différentes recherches le profil de cette population.

4-1 Regard et analyse de la population de LOIRE ATLANTIQUE

Repérer les déterminants sociaux qui construisent le profil de population nous permettra de faire du lien entre les actions (en cherchant la pertinence de leur adaptation) et la population vivant sur le bassin de population.

Les Pays de la Loire semble présenter moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales

Avec 11,2 % de la population appartenant à des ménages sous le seuil de pauvreté, c'est-à-dire dont le niveau de vie par unité de consommation est inférieur à 954 euros par mois en 2009, les Pays de la Loire abritent sensiblement moins de personnes pauvres que les autres régions françaises (13,5 % en France métropolitaine).

Les cinq départements de la région font partie du premier quart des départements français où la pauvreté des ménages est la plus faible.

La région est relativement épargnée par la grande pauvreté du fait, notamment, de sa vitalité économique³².

On y trouve cependant des personnes confrontées à une pauvreté particulièrement intense au regard de la norme régionale et particulièrement touchées par la crise économique. Ainsi, 9 % des personnes de moins de 65 ans bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), qui est accordée aux ménages dont les ressources sont inférieures à un seuil encore plus bas que le seuil de pauvreté (634 euros de revenus mensuels pour une personne seule en 2010).

Le cahier départemental de décembre 2011 d'où sont tirées ces observations permet de situer la communauté de commune d'Ancenis comme un territoire intermédiaire comparativement aux autres communautés des Pays de La Loire. Il met en évidence des difficultés potentielles par rapport à une masse de la population sans toutefois faire partie des territoires à risques majeurs. Le CFPD s'est beaucoup appuyé sur ce document pour effectuer une analyse de situation récente. L'annexe 8 reprend les cartes qui témoignent de ces indicateurs.

Ce rapport d'observation nous permet de sortir d'autres éléments tels que « la proportion d'immigrés en Loire Atlantique³³. La représentation dans la communauté de commune d'Ancenis se situe très en dessous de la moyenne nationale, en dessous d'un point de la moyenne régionale et de 1,5 point de la moyenne départementale. Pourtant le flux

³² Insee pays de la Loire - pays de la Loire : moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales - décembre 2011

³³ http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/infostat/is430/cahier_departemental_44.pdf P.15

migratoire vers le pays d'Ancenis continue d'être positif. S'intéresser au profil des entrants dans le pays d'Ancenis permettra de déterminer si le profil de ces derniers engendre une orientation du programme.

Pour rappel, une des cibles du programme est de toucher les populations migrantes. L'indicateur de chômage des hommes et des femmes est juste en dessous pour les deux catégories de la moyenne nationale.

Est-ce que ces personnes sont amenées à être « touchées » par les cibles du programme ...peut-on considérer que les personnes au chômage peuvent faire partie d'une population « marginalisée et à risques » ? Selon les déterminants sociaux présentés plus avant, nous nous intéresserons à cette population afin de repérer les comportements face aux besoins de santé et face aux risques potentiels.

Les différents chiffres de cette observation territoriale font émerger des fragilités du contour sociaux-économique de la population. C'est en regardant ceux-ci de plus près que l'on tentera de déterminer le profil singulier des usagers devant être ciblés par le programme.

Pour terminer sur le profil régional nous souhaitons intégrer un point sur les jeunes. Le rapport « Baromètre sante jeunes des Pays de La Loire » de l'observatoire régional de santé, centré sur la vie affective des 15-25 ans met en évidence que 16 % des jeunes de 15-25 ans déclarent *avoir effectué un test de dépistage du sida dans l'année*. Cette fréquence atteint 21 % chez ceux qui ont eu plusieurs partenaires dans l'année, et 19 % chez ceux qui ont eu, sur cette période, un seul partenaire avec lequel la relation date de moins d'un an. Cette pratique étant moins fréquente dans la région qu'au plan national (16 % vs 20 %), il sera important de l'intégrer dans notre évaluation.

Au regard de ces données, nous pouvons d'ores et déjà dire que la population de la région ne présente pas tout à fait le même profil que celle du territoire nationale. Cependant, certains déterminants repérés que nous croiserons avec nos entretiens devront nous amener à préciser le profil de la population du territoire Ancenien par rapport aux cibles de l'antenne du CFPD.

4-2 Présentation de la communauté de commune du Pays d'Ancenis :

Le Pays d'Ancenis, c'est plus de 10 000 habitants en 10 ans (de 50 000 à plus de 61 000 habitants aujourd'hui), près de 40 % des habitants ont moins de 30 ans et 55 % des actifs

habitent et travaillent sur le territoire³⁴

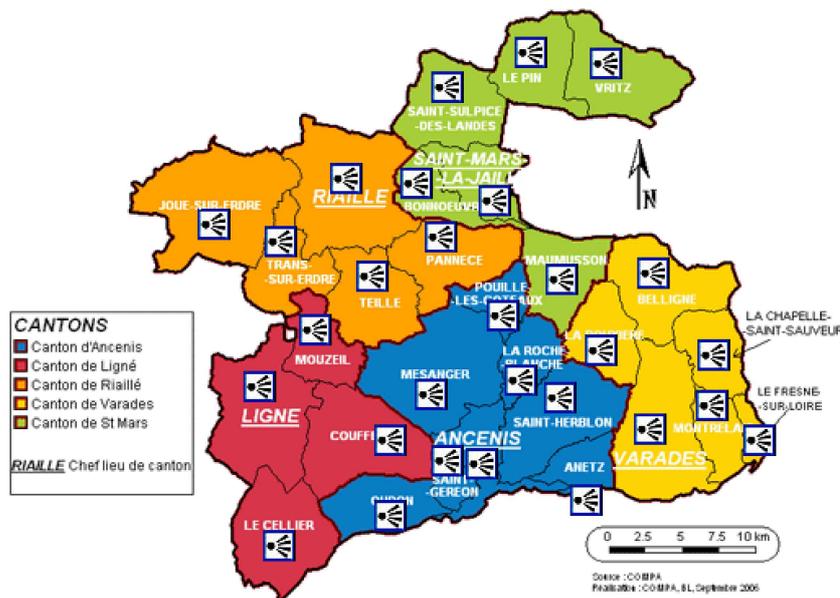
L'arrondissement et la Communauté de Communes du Pays d'Ancenis recouvrent le même territoire. Celui-ci représente 5 cantons, 29 communes et 55 128 habitants. Ancenis en est le chef-lieu. Ce groupement et la mutualisation de compétences importantes permettent au Pays d'Ancenis d'être une force qui compte.

Elle présente la particularité d'être l'intercommunalité de la Loire-Atlantique comptant le plus grand nombre de communes (29), et ayant la plus grande en superficie (791,41 km²), devant Nantes Métropole. Elle est aussi la quatrième en nombre d'habitants.

La ComPA, communauté de communes du pays d'Ancenis exerce un certain nombre de compétences en lieu et place des communes.

Certaines sont obligatoires (fixées par la loi), d'autres ont été choisies pour initier et participer au développement cohérent et harmonieux du territoire.

Nous retiendrons en ce qui concerne notre évaluation les missions concernant l'aménagement, l'entretien et la gestion d'une aire de passage pour les gens du voyage, les actions sociales d'intérêt communautaire, les transports, l'accompagnement des pratiques sportives...autant de missions qui concourent à améliorer les déterminants des inégalités sociales de santé



Carte détaillant les cantons de communauté de commune du Pays d'Ancenis.

³⁴ <http://www.pays-ancenis.com/le-pays-dancenis-en-chiffres/habitat/>

Nous partageons un zoom sur les « actions sociales d'intérêt communautaire » qui se déclinent en faveur

- de l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans et des personnes en difficulté
- de la prévention de la délinquance : CLSPD (Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance)
- de l'information des personnes âgées : CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)
- de l'Emploi.

Il sera intéressant pour nous d'échanger avec les élus afin de repérer les champs de coordination existant avec la santé publique.

Diagnostic socio-économique de la commune d'Ancenis et du bassin de population :

En 2009, la population municipale atteignait 7 543 habitants, soit 12,8 % environ de la population du Pays d'Ancenis (équivalent COMPA)

A l'échelle du Pays d'Ancenis

La population ancenisienne a augmenté d'un tiers depuis la fin des années 60 (+33 %) avec une période faste au début des années 70 (+ 3,1 %/an entre 1968 et 1975), et une période récente de reprise modérée (+ 0,76 %/an entre 1999 et 2009) qui fait suite à une léthargie assez longue entre 1975 et 1999.

Comparativement aux autres communes du Pays d'Ancenis, sur la période récente (1999-2007), la population ancenisienne enregistre une légère augmentation (+ 6,4 %) (+ 16,2 % pour l'ensemble de la COMPA). Les communes en plus fortes progressions de population sont :

- Ligné (3 943 habitants en 2007) : + 33,7% (+ 3,7 %/an) entre 99 et 2007,
- Mouzeil (1 658 habitants en 2007) : + 36,7% (+ 4,0 %/an) entre 99 et 2007,
- Teillé (1 663 habitants en 2007): + 28,0% (+ 3,1 %/an) entre 99 et 2007,
- Mésanger (4 081 habitants en 2007) : + 30,2% (+ 3,4 %/an) entre 99 et 2007.

Il est intéressant de remarquer que celles-ci se localisent globalement sur l'axe Ancenis / Nort sur Erdre. A noter que Saint Géréon, l'autre commune de l'agglomération, a suivi une évolution comparable à celle d'Ancenis : + 6,8 % (+ 0,8 %/an) entre 1999 et 2007.³⁵

³⁵ Plan d'urbanisme du Pays d'Ancenis. Rapport de présentation. Novembre 2012. 31 Pages .P4
Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

La communauté de commune est en forte progression de nombre d'habitants mais ce sont particulièrement les communes rurales se situant entre 10 et 15 kilomètres d'Ancenis qui ont le plus fort taux de progression de population.

L'hypothèse qui peut être élaborée est que la migration de la population est soutenue par des souhaits de ménages d'accéder à la propriété dans des zones rurales moins chères que les zones urbaines. Nous explorerons cette hypothèse dans les entretiens avec les partenaires sociaux et communaux le profil des arrivants et leurs conditions sociales économiques afin de les rapprocher ou non de la population cible du programme de prévention et dépistage.

La commune présente un profil marqué par la prédominance des actifs de plus de 40 ans. Le pays d'Ancenis présente la 3^{ième} zone de population la plus jeune des Pays de la Loire.

Ancenis est une ville au dynamisme économique reconnu avec une particularité : le nombre de personnes y travaillant est supérieur à celui des habitants. Entre les écoles notamment les lycées professionnels et les entreprises le nombre de personnes vivant sur la commune d'Ancenis en journée est doublée par rapport au nombre d'habitants.

Les grandes entreprises du système productif, telles que Manitou, Toyota ou encore Terrena, la Fonderie Bouyer, ..., constituent le moteur du développement de la ville. A ces " locomotives " s'ajoutent un important réseau de P.M.E. spécialisées.

En nombre d'emplois (salariés et non-salariés confondus) le secteur commercial et des services est le plus représenté (près de 40 % des emplois), confirmant le rayonnement urbain d'Ancenis.³⁶

La population Ancenienne voit son niveau de vie s'accroître. L'indicateur de chômage des hommes et des femmes est juste en dessous pour les deux catégories correspond à la moyenne régionale.

Un autre indicateur évoqué dans ce dossier est le temps partiel des femmes. Le pays d'Ancenis se situe dans la partie haute avec un taux de 9 à 10% de femmes travaillant à temps partiel, taux supérieur de 0,2 % par rapport à la moyenne régionale et de 0,5% par rapport à la moyenne nationale. Le temps partiel subi, se traduit souvent par de bas revenus pouvant générer de la précarité. Nous serons attentifs dans nos recherches à cet indicateur.³⁷

³⁶ Op citée 31- P 19

³⁷ Op citée 26 P.23

De même, la part des demandeurs d'emploi de longue durée situe la communauté de commune en position importante. De 38 à 42 % pour une moyenne régionale de 39%, et nationale de 37,4 %. La précarité et la marginalisation peut être la conséquence d'un chômage de longue durée.³⁸

En 2006, 50 % des ménages sur la ville d'Ancenis déclarent moins de 1 372 € par mois. C'est légèrement plus que le revenu médian mensuel de la COMPA (1 309 €) et de la région Pays de la Loire (1 365 €) mais plus faible sur le département (1 433 €). Le Conseil General de Loire Atlantique a récemment souligné que la part des ménages sous le seuil de pauvreté diminue mais reste plus élevée qu'au niveau départemental

Libellé géographique du territoire (*)	Population en 2008	Proportion de personnes appartenant à un ménage à bas revenus	Proportion de personnes bénéficiaires des principaux minima sociaux (RSA socle, AAH, ASS)	Part des bénéficiaires du minimum vieillesse (ASPA, ASV), parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus	Part des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans la population de moins de 65 ans	Part des ménages dont la personne de référence est au chômage	Part des ménages dont la personne de référence est en emploi précaire	personnes appartenant à un ménage dont au moins 50% des ressources sont composées de prestations	Part des bénéficiaires du RSA dans la population de moins de 65 ans	Niveau de vie médian des 75 ans ou plus
CC du Pays d'Ancenis	57 748	12,9	3,9	2,7	2,5	5,1	7,3	5,3	1,7	13 521
CC du Castelbriantais	32 805	19,5	6	2,9	5,5	8,3	7,3	9,6	2,8	13 491
CC du Canton de Saint Florent	17 411	14,2	3,3	2,3	2	5	6,4	4,7	1,3	13 403
CU Nantes Métropole	580 839	16,1	6,1	2,4	6,3	9,1	9,6	10,1	3,7	18 703
Loire -Atlantique	1 255 871	14,4	5,2	2,2	4,6	7,6	8,4	7,9	2,9	16 760
Maine-et-Loire	774 823	16,4	5,1	2,1	5,7	7,5	8,5	8,2	2,9	15 501
Mayenne	302 983	14,7	4,1	2	4,4	5,6	7,1	6,5	2	13 989
Sarthe	559 587	16,8	5,3	1,9	6,3	8,5	8	9,1	3	15 989
Vendée	616 906	13,6	4,3	2	3,6	6,1	6,9	6	2,1	15 132
Pays de la Loire	3 510 170	15,1	5	2,1	4,9	7,3	8	7,7	2,7	15 709
France métropolitaine	62 134 866	n.d.	6,4	3,0	6,6	8,8	7,7	n.d.	3,6	17 127

Les indicateurs de pauvreté et de précarité situe plutôt favorablement la COMPA en comparaison des autres territoires sur la plupart des indicateurs:

- la proportion de personnes appartenant à un ménage a bas revenu (13 %)
- la proportion de personnes bénéficiaires des principaux minima sociaux y est majoritairement plus faible qu'ailleurs (3,9 %)
- la part des bénéficiaires de la CMUc dans la population de – 65 ans est aussi plus faible (2,5 %)

De même, les indicateurs liés à la précarité (part des ménages dont la personne de référence est au chômage ou en emploi précaire, personnes appartenant à un ménage dont au moins 50 % des ressources sont composées de prestations, part de bénéficiaires du RSA dans la population de – 65 ans) la situation est aussi plus favorable sur le territoire.

³⁸ Op citée 26 . P.22

³⁹ Conseil General de Loire-Atlantique, « Eléments de diagnostic pour la 3^{eme} génération de contrat de territoire départemental du Pays d'Ancenis », mai 2012, a la page 14.

Le paradoxe vient de la proportion de personnes appartenant à un ménage à bas revenus. Celle-ci est révélatrice des profondes inégalités sociales. L'insuffisance de ressources est aussi l'expression criante de situations d'exclusion. Fréquemment, elle se traduit par des difficultés d'accès aux droits fondamentaux (par exemple la santé). En effet, la proportion de personnes bénéficiaires des principaux minima sociaux mesure l'importance de la pauvreté et les répercussions sociales de la conjoncture économique. Elle constitue également un indicateur d'activité de l'action publique en direction des publics précaires en âge de travailler. Plusieurs catégories seront à priori prendre en compte, les ménages ayant un niveau de revenu au-dessus du niveau de pauvreté mais avec des conditions vie altérées, les chômeurs, les jeunes en situation de difficultés d'insertion sociale. Les entretiens permettront d'affiner cette analyse des données chiffrées et de comprendre mieux les spécificités. Le CFPD et l'antenne ont-ils repérés cette population ? Nous regarderons les actions au travers de ce prisme socioéconomique afin d'évaluer une partie de leur pertinence.

Pour terminer notre analyse du contexte de la ComPA, nous allons zoomer rapidement sur les offres de soins du territoire et sur quelques données épidémiologiques.

L'environnement propose des accès aux soins diversifiés, sur Ancenis voici les offres de soins :

- Centre hospitalier de 220 lits et places de 228 lits et places.
- Une Maison d'Accueil Spécialisée de 30 places (MAS)
- Un Etablissement de service et d'Aide par le Travail (ESAT) qui emploie une 20 aine de personnes
- Un foyer de vie pour personnes handicapée retraitée
- Un Centre de soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- 1 cabinet médical regroupant 7 médecins généralistes
- Une dizaine de chirurgiens-dentistes
- Une quinzaine de médecins spécialistes (cardiologie, rhumatologie, pédiatrie, gynécologie,..)
- Un Centre Médico-Social

Pour l'accompagnement des personnes âgées, Le CLIC du Pays d'Ancenis (Centres Local d'Information et de Coordination) a été créé en novembre 2002 et a ouvert ses portes au public le 14 avril 2003

Au travers de son diagnostic de santé du territoire, la COMPA a défini le temps moyen d'accès aux soins sur le territoire⁴⁰ :

Le quart Nord-Est de la COMPA est celui qui est le plus frappé par le manque de médecins sur le territoire. Les patients doivent généralement parcourir entre 5 et 10km pour avoir accès à un médecin.

Si ces distances ne paraissent pas, en soit, inquiétantes, elles peuvent tout de même causer des problèmes d'accès aux soins à certaines personnes. Notamment les jeunes, les personnes âgées ou les familles avec un seul véhicule.

Canton d'Ancenis	N° de km pour accéder à un méd	Temps estimatif pour accéder à un méd
Pouille les Coteaux	8	10mn (Mésanger), 11mn (St Herblon)
Roche Blanche	5	8mn (St Herblon), 9mn (Ancenis)
Anetz	5	8mn (Varades, Ancenis)
Canton de Varades		
Chapelle St Sauveur	5	9mn (Belligné), 11mn (Varades)
Montrelais	5	9mn (Varades)
Rouxière	4	7mn (Belligné), 8mn (St Herblon)
Fresne sur Loire	1	1mn (Ingrandes), 7mn (Le Mesnil), 13mn (Varades)
Ligné		
Mouzeil	5	8mn (Teillé)
Riaillé		
Pennecé	5	9mn (Teillé) – 8mn (Riaillé)
Trans sur Erdre	5	8mn (Joué sur Erdre), 7mn (Les touches)
St Mars la Jaille		
Pin	9	12mn (Candé ou St Mars)
Maumusson	7	10mn (Belligné) – 16mn (St Mars)
St Sulpice des Landes	7	9mn (St Mars), 15mn (Riaillé)
Vritz	4	6mn (Candé), 12mn (Challain)
Bonnoeuve	4	6mn (St Mars, Riaillé)

L'annexe 9 permet de renforcer cette tendance vis-à-vis des professionnels libéraux et même du positionnement des pharmacies. Plus la population s'éloigne des villes ou bourgs importants, plus l'accès aux soins se complexifie.

Données épidémiologiques :

Dans le diagnostic territorial de la COMPA de septembre 2012, les indicateurs de santé sont analysés comme favorables par rapport à la moyenne régionale.

L'annexe 11 décrit les spécificités des données épidémiologiques de manières précises.

⁴⁰ http://www.pays-ancenis.com/fileadmin/fichiers/COMPA/Diagnostic_territorial_de_sante.pdf
Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Trois indicateurs seront à prendre en compte dans le cadre de l'activité de l'antenne de santé publique : la consommation excessive d'alcool, le nombre élevé de suicide, les accidents de la circulation.

Si l'on se rapporte toujours aux déterminants des inégalités sociales de santé, ces indicateurs croisés avec des éléments socio-économiques défavorables peuvent amener à déterminer une population à risque de précarité avec des comportements à risques accrus ou et des accès difficiles aux soins. Cette population se caractérise par un niveau social relativement bas bien que supérieur au seuil de pauvreté, ayant un emploi et souvent à temps partiel pour la femme, accédant à la propriété et ayant des charges importantes qui diminuent leur qualité et confort de vie au quotidien.

5- BILAN DES ACTIVITES DU CENTRE FEDERATIF ET DE L'ANTENNE :

Il nous est très difficile de séparer l'antenne de santé publique du CFPD puisque l'antenne est dépendante dans le cadre de ses missions, de son organisation ou de son financement du Centre. Avant de zoomer spécifiquement sur l'antenne dans notre évaluation nous regardons son fonctionnement dans le rattachement et les éléments que nous donne le CFPD. Au même titre que les missions, l'organisation...le bilan des activités de l'antenne est rattaché au bilan des activités du CFPD.

5-1 Bilan des activités du CFPD

Durant plusieurs années les rapports d'activités ont été effectués à partir des actions mises en œuvre qui concourraient à montrer le développement de l'antenne en actions et en partenariats ainsi que le bilan financier de centre.

Depuis 2012, les ARS ont envoyé une trame à remplir appelée « Rapport d'activité et de performance ». La partie généraliste et qualitative est effectuée dans une première partie intitulée : « Rapport annuel d'activité L'unité de coordination du Centre Fédératif Prévention Dépistage(CFPD) »⁴¹

⁴¹ Annexe 4 Page 1 – Page 2

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

La partie quantitative se trouve dans les « annexes »⁴². Elles reprennent chaque thématique des actions du programme de prévention et de santé publique de l'antenne permettant de recueillir les activités quantifiées de chacune d'entre elles. Ces données sont recueillies à partir de tableaux de bord Excel où sont saisies les différentes fiches d'activités. Celles-ci sont elles même remplies de manière manuscrite par chaque acteur lorsqu'il effectue une activité.⁴³ La fiche recto/verso regroupe l'ensemble des activités que peuvent dispenser les acteurs du CFPD ou des antennes.

Le suivi financier du centre fédératif :

« ...par arrêté préfectoral en date du 20 janvier 2006, le CHU de Nantes a été habilité pour assurer la lutte contre la tuberculose.... Par arrêté préfectoral en date du 9 août 2010, l'habilitation a été renouvelée jusqu'au 19 janvier 2012. »

De 2006 à 2009, ces activités ont fait l'objet d'un suivi particulier de la DDASS, puis afin d'améliorer le suivi comptable et l'identification des résultats du centre, ...le CHU s'est engagé à constituer à partir de l'exercice 2010 un nouveau compte de résultat prévisionnel annexe à caractère médico-social (Lettre P3) intégré à un établissement public de santé... »⁴⁴

Le suivi financier depuis deux ans intègre donc l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) du CHU de Nantes. L'assistant de gestion du CFPD, que nous avons rencontré, insiste sur le fait que les outils de comptabilité analytique et de contrôle de gestion n'étant pas déployés sur le centre, il lui est parfois compliqué de suivre de manière fine et pertinente les différentes dépenses et répartition de ces dernières. « Le compte financier 2011 met en évidence un déficit de 71 181,49 euros se traduisant après reprise de l'excédent 2010 par un report à nouveau déficitaire de 58 036,11 euros.....Il est proposé d'incorporer sur l'exercice 2012 ce déficit par majoration de la subvention d'exploitation....En 2012, le budget du centre est évalué à :

Total = 1 967 936 euros et se répartit en

Centre de vaccination = 584 55 euros

Centre de dépistage des maladies infectieuses = 819 318 euros

Centre de lutte contre la tuberculose = 564 063 euros

⁴² Annexe 3, 3a ; 3b ; 3c

⁴³ Annexe 4 Page 1 et Page 2 Fiche d'activité

⁴⁴ Extrait de l' EPRD 2012 du CHU de Nantes

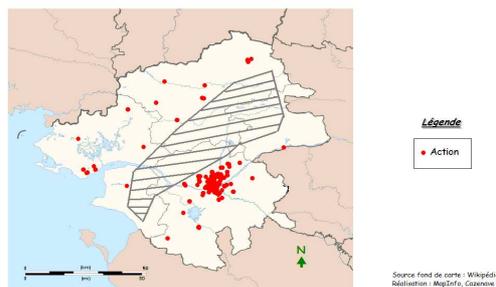
La demande de subvention prenant en compte le reliquat à financer au titre de 2011 s'établit à 2 025 972, 11 euros.⁴⁵

Le bilan des activités :

En 2012, le CFPD a missionné une étudiante en Master Dynamiques et Actions Sociales Territoriales afin qu'elle effectue une cartographie des activités.

Carte de la localisation des actions du CFPD ainsi que les zones non couvertes

Localisation des actions (tous types confondus) réalisées par le CIDDIST et le CVP de 2007 à 2011 sur le département de Loire-Atlantique



Cette carte met en évidence les zones qui ne sont pas visitées par les deux unités du centre fédératif. La bande médiane grise indique l'espace qui ne bénéficie pas de ces missions. Les antennes agissent dans un périmètre relativement limité (au niveau de la ville ou de l'agglomération mais pas davantage hors exceptions)⁴⁶.

Analyse des rapports d'activité et des agendas du CVP pour la période 2007-2010 :

« Les actions touchent essentiellement les structures sociales ainsi que les établissements scolaires. Même si ces deuxièmes varient, ces premières restent relativement les mêmes au fil des années et ce, quel que soit le territoire. Les actions ne touchent qu'un pourcentage assez faible des établissements scolaires du département et se localisent quasi uniquement au niveau de l'agglomération nantaise. Les actions sont principalement des actions d'informations ainsi que des séances de vaccinations suites à ces informations.

Les camps roms reçoivent de nombreuses interventions de la part du centre de vaccinations polyvalentes ».

⁴⁵ Extrait de l'EPRD du CHU de Nantes 2012 & Annexe 5 Compte financier 2011

⁴⁶ Cartographie et analyse des actions « hors les murs » réalisées par le centre fédératif de Prévention

Dépistage de Nantes de 2007 à 2011- Travail de fin d'étude master dynamiques et actions sociales territoriales . C.CAZENAVE 2012 51 pages. P.20

Analyse des rapports d'activité et des agendas du CIDDIST pour la période 2007-2010 :

« Les structures scolaires et sociales sont les principales cibles des actions menées par le CIDDIST. Le dépistage de camps Rom est tardif mais semble se développer au fil des ans.

On retrouve, encore une fois, les mêmes établissements scolaires ».

Analyse des rapports d'activité et des agendas du CLAT pour la période 2007-2010 :

« D'un point de vue général, même si les actions de dépistage sont fortement dépendantes des cas de tuberculose, les actions d'informations et de prévention sont assez hétérogènes vis-à-vis des publics et des types de structures »⁴⁷. Les actions varient fortement au fil des ans, partant au démarrage des structures scolaires, passant ensuite dans les entreprises puis délaissant les unes et les autres.

Toutes ces données permettent de visualiser de manière assez précise les actions du centre fédératif. Cependant, le bilan ne permet pas d'exploiter de manière optimale les données enregistrées au fil de l'année. En effet, elles sont contenues dans des fichiers informatiques cloisonnés, ne mettant pas en lien les activités et les dépenses et permettant difficilement l'analyse de l'efficacité des activités. Nous pouvons alors préjuger qu'il risque d'être plus compliqué de trouver les activités spécifiques à l'antenne. De surcroît il ne sera sans doute pas aisé d'évaluer l'efficacité des activités.

5-2 Activités de l'antenne de santé publique d'Ancenis :

L'analyse des activités sur les antennes repose sur la transmission des fiches d'activités des professionnels des antennes vers le centre fédératif.

La saisie de ces fiches se fait par la secrétaire. L'assistant de gestion n'a pas été en mesure de me transmettre l'activité spécifique de chaque antenne. Celle-ci est comptabilisée dans un fichier utilisé par la secrétaire et le partage d'une gestion documentaire collective n'est pas encore actualisé. L'assistant de gestion ayant besoin de travailler sur l'ensemble de la collecte des données, cette personne ne sait pas où trouver le tableau de ces données.

⁴⁷ Extraits du travail de C.CAZENAVE P24, 25, 26.

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

Les données trouvées dans le travail effectué en 2012 pour l'élaboration de la cartographie des activités et leur analyse est à nouveau une source précieuse.

Localisation des actions réalisées par l'antenne d'Ancenis depuis 2010 :



48

« ...Les actions se localisent presque uniquement au niveau de la ville d'Ancenis. La nature des actions diffère cependant ; en effet, contrairement à Machecoul ...ou les actions touchent de grandes structures scolaires, ...Ancenis semble se focaliser davantage sur les structures de type social »

Si dans son travail, l'étudiante suppose que cela peut être dû à l'emplacement de la ville, 45 kilomètres de Nantes et donc moins de structures scolaires, il sera intéressant de confronter cette supposition à la réalité. En effet, la particularité de la ville d'Ancenis est d'avoir de nombreux établissements scolaires et particulièrement des établissements techniques professionnels. De plus, la couverture vaccinale en établissement scolaire ne nous paraissait pas relever des missions du CFPD ou des antennes. Celle-ci sera donc à explorer.

Chaque mois l'infirmière de l'antenne d'Ancenis remplit et envoie un rapport mensuel au CFPD.⁴⁹

Les activités des antennes sont retranscrites en termes de quantités d'actions mises en œuvre. Le rendre compte de ces actions est intégré dans l'ensemble des activités du centre sans être singularisé sur des objectifs propres. Ces données recueillies gardent toutes leurs valeurs toutefois elles mériteraient d'être raccrochées aux déterminants des inégalités

⁴⁸ Op citée 41 Page 22

⁴⁹ Annexe 6 Fiche mensuelle d'activité

sociales de santé, aux besoins de la population, aux objectifs spécifiques, aux missions initiales. Pour ce qui concerne l'efficacité des activités mises en œuvre, il n'y a pas de corrélation facile. Il serait nécessaire de construire de nouveaux fichiers, prendre des données du CFPD, envisager de les filtrer avec des critères préalablement définis pour l'antenne. Un rapport spécifique du coût des activités de l'antenne pourraient être par la suite reliée aux actions mises en œuvre.

6–COLLECTE DE DONNEES PAR ENTRETIEN :

Nous avons souhaités réaliser des entretiens avec les différentes personnes ayant un rôle dans le process de mise en œuvre des actions de santé publique sur la population du territoire du pays d'Ancenis. Nos objectifs sont pluriels. Tout d'abord, nous souhaitons recueillir la formulation par les différents acteurs des missions confiée au CFPD puis aux antennes, avoir le point de vu de chaque acteur sur les fonctionnements actuels (organisationnels, financiers, ressources humaines, population cible), recueillir les évolutions et perspectives. Nous souhaitons par ces entretiens enrichir notre collecte de données, parfaire notre analyse de compréhension du fonctionnement afin de bâtir notre protocole d'évaluation de manière aussi précise que possible.

Les analyses d'entretiens seront effectuées à partir d'une analyse de contenu cadré par nos objectifs. Il pourra nous arriver d'apporter des éléments spécifiques sans rapport direct avec les objectifs des entretiens, c'est que nous aurons considérés que les reprendre apporte un éclairage intéressant à notre analyse.

6-1 Entretien avec la Directrice Adjointe chargée de la prévention et de la protection de la santé à l'ARS des Pays de La Loire

Les objectifs de la rencontre sont de comprendre :

- L'intégration du CFPD dans la politique régionale de santé publique
- L'analyse du fonctionnement territorial
- Les perspectives s'il y en a pour la politique régionale

Les questionnements que j'exprime au démarrage de notre rencontre coïncident avec des questionnements de la Directrice adjointe et de son service.

La pertinence et la mise en œuvre des activités de santé publique des centres de prévention et de dépistage telles qu'elles sont réparties et actives aujourd'hui sur le territoire sont un questionnement de l'ARS. L'objectif pour l'agence régionale de santé n'est pas de les remettre en questions dans le sens de leur existence mais plutôt de comprendre les impacts et de les organiser afin qu'elles soient le plus performantes possible. La direction chargée de la prévention et de la protection de la santé intègre les travaux qui découlent du rapport IGAS et qui touchent l'ensemble des dispositifs réglementaires. Le rapport IGAS de 2010⁵⁰ préconisait « une profonde évolution » des dispositifs de dépistages, tant dans leur fonctionnement cloisonnés et « stratifiés » que dans « leurs financements obscurs et complexe ». La circulaire du 1^{er} juin 2012 invite les ARS à retourner des informations sur le fonctionnement et le financement des centres de dépistage gratuit et sur les financements et fonctionnements des CIDDIST⁵¹. Une répartition nouvelle des financements pour les CDAG (Centre de Dépistage gratuits) par redistribution des enveloppes financières dans le FIR (Fond d'intervention Régional)⁵² est mise en œuvre depuis 2012.

Pour répondre cette demande d'information, la direction de la prévention et de la promotion de la santé des pays de la Loire a décidé d'une méthodologie qui consiste à choisir sur les territoires de santé de la région Pays de la Loire des centres de dépistages, de les visiter afin de visualiser leur contexte, leur fonctionnement, comprendre et analyser leurs activités.

La Directrice me transmet qu'ils ont besoin de comprendre quel type d'activité de prévention il est nécessaire d'installer à quel endroit ? Par exemple, elle s'interroge : « A quoi servent les antennes du CFPD ? Est-ce qu'il y a de quoi installé un CIDDIST dans l'antenne d'Ancenis, de Machecoul... ? » C'est-à-dire est-ce que le bassin de population justifie cette activité ?

Le service de l'agence a décidé de commencer son état des lieux par les CDAG existant sur le territoire. Les objectifs sont :

- Déterminer les liaisons entre les moyens, les activités, les besoins de la population.
- Permettre l'orientation graduée de la population vers le 1^{er} recours puis les maisons de santé
- Réfléchir à des propositions d'ouverture du système de prévention en cartographiant les populations qui vont dans les différents centres

⁵⁰ Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles Danièle JOURDAIN MENNINGER Dr. Gilles LECOQ Membre de l'IGAS Aout 2010

⁵¹ **CIRCULAIRE N°DGS/RI2/2012/222** du 01 juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH

⁵² **Annexe 7 –Rénovation-du-dispositif-CDAG-CIDDIST**

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- Réfléchir à la mise en place « d'adulte relais »⁵³

La directrice met aussi en avant que les nouveaux tests de dépistage contribuent à réinterroger la présence de centres spécifiques de dépistage.

Cela fait 3 mois qu'ils ont commencé leur état des lieux en allant sur place et ce que la Directrice met en évidence c'est qu'il y a une hétérogénéité. En Mayenne, en Sarthe sur une population de jeunes ruraux, la directrice qualifie l'activité de « confort ». C'est-à-dire que ces jeunes auraient la possibilité d'aller chez leur médecin traitant ou dans un CPEF (Centre de planification et d'éducation familial). Elle n'hésite pas à dire qu'il y a échec des programmes sur la population cible car le pourcentage de découverte des séropositifs est faible alors que les études de santé publique en France montrent que de nombreux séropositifs continuent à s'ignorer. En Mayenne, le lien est fait avec le CPEF qui de ce fait récupère une activité qui correspond à ses missions. Ce lien est qualifié « d'intéressant » par la Directrice adjointe.

En revanche, l'état des lieux montre que les CDAG « ratent l'aspect information ». Chaque fois qu'un centre est adossé à un établissement public hospitalier ce qui est le cas dans 90% des cas, il est étonnant de constater :

- Qu'il n'y a pas de lien avec les CIDDIST quand ils existent
- Qu'il n'y a pas de lien avec la PASS (Permanences d'accès aux Soins de Santé = Permanences médico-sociales adaptés aux populations précaires)
- Qu'il n'y a pas de lien avec les centres « AIDS » qui demandent la possibilité actuellement de faire les tests. (Les médecins généralistes semblent ne pas vouloir effectuer les tests et si cela se confirmaient les associations pourraient avoir des atouts pour prendre cette place vide).

Au regard de cet état des lieux, la directrice et son équipe réfléchissent déjà à un système « plus intégré » de prévention et de dépistage. Dans ce sens les antennes du CFPD sont un exemple intéressant à observer. Cependant la notion de lien lui semble primordiale et

⁵³ Les missions des adultes-relais consistent notamment à : accueillir, écouter, concourir au lien social dans une association ou un équipement de proximité, informer et accompagner les habitants dans leurs démarches, faciliter le dialogue entre services publics et usagers, améliorer et préserver le cadre de vie, faciliter le dialogue entre les générations, renforcer la fonction parentale, aider à la résolution des petits conflits de la vie quotidienne, renforcer la vie associative, développer la capacité d'initiative et de projet dans le quartier et la ville Code du travail Chapitre 5 livre 1^{er} titre 3 chapitre 4 section 7Article L5134-101

l'évaluation d'une antenne comme Ancenis doit, selon la directrice, regarder précisément le fonctionnement avec les autres partenaires de la prévention.

Le financement est également une problématique compliquée à résoudre. L'orientation de mettre les « AC » Aide à la Contractualisation » puis peu à peu les « MIG » Missions d'intérêt générales » dans le FIR incite les agences régionales de santé à penser des financements regroupés. La séparation des financements tels qu'actuellement montrent un manque d'efficience des activités et des résultats, une difficulté aussi pour l'agence de mesurer correctement les impacts de ces financements. « Les enveloppes sont extrêmement importantes » et il est difficile de savoir si leur utilisation est pertinente.

Cependant, penser des regroupements de financement cible des « gros centres de prévention » qui auront la possibilité de piloter, coordonner et suivre avec des indicateurs leurs activités. Alors, les antennes semblent être une possibilité intéressante de fonctionnement décentralisé à condition que « l'animation de ces antennes soit des plus efficaces ».

Au cours de l'échange plus spécifiquement tourné sur l'antenne d'Ancenis, apparaît aussi la diversité des missions d'une antenne. La vaccination n'a pas les mêmes orientations que le dépistage des maladies infectieuses. Penser les deux activités dans des champs de population aux profils différents ou les liens avec les partenaires extérieurs ne sont pas toujours les mêmes nécessite une structuration à la fois organisée et suffisamment souple pour rester ouverte.

De même que ce que la Directrice adjointe de l'ARS a observé dans l'état des lieux sur d'autres secteurs, l'activité de l'antenne de santé publique d'Ancenis ne se fait pas en lien ni avec la PASS, ni avec l'unité d'addictologie où la population correspond à la cible des activités, et ni avec le CPEF car actuellement il y a un « protectionnisme » sur cette unité qui doit acculturer ses missions dans un cadre de fonctionnement plus ouvert. L'infirmière de santé publique ayant repéré cette problématique essaie d'engendrer cette ouverture de coopération.

L'entretien avec la directrice adjointe permet de resituer le CFPD et les antennes dans une politique nationale et territoriale. Les orientations régionales intégrées dans des orientations nationales interrogent les activités actuellement tant dans leur structuration que dans leur efficience. Les missions restent le cap à ne pas perdre de vue afin de répondre aux besoins de la population ciblée par des activités efficaces. Le CFPD et l'antenne doivent intégrer ces

enjeux structurels, financiers, développer de la lisibilité dans leurs activités et leur fonctionnement afin d'asseoir leur légitimité, leur compétence et leur utilité.

6-2 Entretien avec le médecin de santé publique responsable de la prévention et du dépistage à l'agence régionale de santé (ARS).

Le Médecin est responsable de « la stratégie c'est-à-dire de la définition des objectifs et de l'articulation de la mise en œuvre de la politique de santé publique sur les Pays de La Loire ». Il explique que sa carrière s'est faite presque exclusivement à l'étranger, en poste depuis 5 ans à l'ARS, il a tout d'abord vu le CFPD de manière septique. Compte tenu de son vécu professionnel, il pense tout d'abord que rattacher les actions de santé publique à un centre hospitalier universitaire (CHU) n'est pas fonctionnel. Les objectifs des centres hospitaliers qui, de plus, universitaires sont aux antipodes de la politique de santé publique. Contre toute attente « ça marche, ça marche même très bien ».

Ce qu'il trouve judicieux et opérationnel c'est le regroupement des activités de prévention et de dépistage, pour lui il faudrait même ajouter d'autres activités telles que le dépistage des cancers. Le regroupement donne du « poids », il permet une lisibilité territoriale. En dehors du CLAT ou les médecins généralistes font appel aux hôpitaux par obligation, ceux-ci sont démunis et ne savent pas forcément où et à qui adresser les patients pour lesquels une action de prévention, de dépistage serait nécessaire. Le « poids », la connaissance d'un centre fédératif comme centre de référence pour les médecins généraliste est selon le médecin de l'ARS un chemin à exploiter et à développer.

Pour le médecin responsable à l'ARS, les activités dans leur nombre ne sont pas les enjeux.

Les activités directes du centre ne sont pas la partie la plus importante des activités données au CFPD. Pour lui, « ce ne sont pas ces activités qui vont changer l'évolution de la prévention et du dépistage...elles y contribuent... mais comment 10 à 15% de l'activité d'un territoire pourrait à elle seule modifier les impacts et les effets sur la population ? ». Pour lui, **« l'objectif à développer pour les CFPD est de devenir le référent, l'animateur des politiques de développement. Leur activité essentielle ne doit pas être dans le faire mais dans le faire faire »**. Il argumente la place des acteurs du CFPD dans la formation des professionnels, futurs et en exercice. Pour lui, l'efficacité, les impacts seront beaucoup plus

importants s'ils vont donner des cours dans les facultés de médecine, s'ils participent aux enseignements post-universitaires (EPU) des médecins généralistes. Pour lui, le rôle essentiel et fondateur des effets du CFPD se situe à ce niveau. Alors être adossé à un CHU devient un « atout car cela crée de la légitimité ». « Les thérapeutes s'adressent aux thérapeutes...en France, la compétence pointue, voire l'expertise, est acquise à l'hôpital et reconnue comme telle ». Les CFPD peuvent par leur capacité « répondre à des complexités de situations et par leur expertise devenir le référent incontournable ».

« Cette excellence exige de la formation ». Le médecin de l'ARS « se bat » pour que les professionnels des CFPD se forment, sortent de leur milieu, aillent à l'étranger pour visualiser les conceptions et coordinations... Cela renforce pour lui la volonté que chaque territoire de santé reconfigure ses activités de santé publique sous la forme de centres fédératifs tel que celui de Nantes. Après un premier compagnonnage, cela va créer un réseau, des innovations faites par les uns pourront être échangées avec les autres. Après le CH de la Roche sur Yon, c'est le CH du Mans qui va structurer un CFPD. Les antennes ont leur intérêt dans la mesure où elles portent l'ensemble des activités du centre dans cette animation de territoire ». Pour le médecin, « une antenne animatrice de santé publique peut donner un autre dynamisme à un établissement de proximité. »

Nous échangeons avec le médecin, et nous avançons que cette dynamique explicitée, ces objectifs, ne correspondent pas à ce que nous avons perçu et compris des missions et fonctionnement du centre et des antennes à ce jour. Il en convient, tout en disant que le discours est parti. Dans ce sens et en septembre 2013, une rencontre avec l'équipe du CFPD de Nantes a pour objectif de déterminer les objectifs et les activités du centre. Actuellement, le centre dit « On ne peut pas tout faire ». Le médecin souhaite travailler avec eux cette notion du « faire » et du lien « d'animateur ». « Il y aura peut-être des actions à arrêter et d'autres à ouvrir, construire... ». Une des volontés stratégiques du médecin est que lorsqu'un usager « rentre par une porte » au CFPD ou dans une antenne, il puisse bénéficier d'une filière complète d'accompagnement. L'utilisateur doit pouvoir avoir une information large, doit pouvoir trouver des réponses à ses questions et comprendre, adhérer à l'intérêt d'une prévention, d'un dépistage compte tenu des risques de son environnement ou de sa santé autre que celui pour lequel il a rencontré initialement le professionnel de santé.

Il craint toutefois, que les enjeux financiers ne contraignent son projet. Il refuse par exemple que les équipes des CFPD soient découpées « en 0,20 ETP médical à droite, 0,20 à gauche, un

petit bout de temps pour celui-là et un autre pour un autre ». Il faut une réelle équipe qui a du temps à consacrer aux objectifs, qui puisse mettre en œuvre de la continuité dans les projets, développer une animation réelle d'intervention en vue d'atteindre des objectifs cibles. « La santé publique ne peut pas être vue comme une économie...le choix de répartition des moyens est fondamental. Les impacts ne se mesurent pas tout de suite en santé publique et mettre en œuvre des actions inadaptées peuvent créer des désastres et majorer les risques. »

Sans doute que la mise en œuvre de telles coordination d'interventions de santé publique engendre un investissement initial avec des crédits pérennes pour que les acteurs s'investissent dans la durée. Cette volonté politique semble difficile à induire en santé publique.

Nous échangeons alors sur l'évaluation. Quelles sont pour lui les indicateurs de réussite ? Comment envisage-t-il cette évaluation ? Pour lui les plus intéressants sont les indicateurs d'impacts mais il ajoute toute de suite que c'est complexe. Cependant, il peut y avoir des indicateurs centrés sur la coopération entre les acteurs (pharmaciens, médecins généralistes, maisons de santé...) et des indicateurs issus de la population et sur les caractéristiques de cette population.

Par exemple le CFPD travaille avec médecins du monde autour de la population des gens du voyage. Les critères et indicateurs peuvent être précis et suivis dans ce cas. Pour les antennes, il sera nécessaire selon lui de bien déterminer quel est le tissu social du territoire. Le CFPD ne peut pas connaître tous les tissus sociaux, en revanche, une des missions de l'antenne peut être de comprendre sur le plan ethnologique, sociologique la population puis, de piloter, développer, coordonner avec les partenaires de terrain (maisons de santé pluridisciplinaires, acteurs sociaux, communaux...) des activités ciblées laissant cependant l'ouverture et l'opportunité d'accéder aux autres informations.

Pour terminer nous échangeons autour des cultures européennes. L'exemple des britanniques est repris par le médecin de l'ARS avec cette culture du lien santé-social qui leur fait développer ensemble des actions de préventions sur des filières cible de prise en charge. Les acteurs du social aident les acteurs de santé à comprendre le profil de la population, à « trouver » la précarité sociale d'un secteur. Les professionnels de tout secteur travaillent ensemble confiant les actions ou interventions aux professionnels les plus spécialisés dans leur domaine de connaissance. Cette illustration vient une fois encore dans notre échange ponctuer la « mission de coordination comme la plus importante pour les centres fédératifs de

prévention et de dépistage ». « Les CFPD ont répartis les emplois en activité mais l'attention est de mise car c'est la préparation des activités, des interventions qui demandent le plus de temps. »

Cet entretien avec le médecin responsable de la stratégie et des actions de santé publique à l'ARS nous a ouvert d'autres perspectives. D'autant que nous ne l'avons pas rencontré dans les premiers entretiens, notre réflexion alors prend une autre dimension. Cet échange corrobore les analyses qui se dessinent peu à peu dans notre travail notamment celle de bien connaître la population pour développer des interventions qui répondent à un besoin. Cependant, l'offre doit être présente pour permettre à l'utilisateur de « pousser la porte » si nécessaire. En revanche, ce qui apparaît au travers de cet entretien c'est la nécessité de redéfinir les missions et les objectifs des CFPD et par voie de conséquence des antennes si leur mission première devient une mission « d'animateur » et de « coordinateur ». Cette mission existe aujourd'hui sans être formalisée. Cette orientation entraînerait une structuration des places, rôles et fonction de chacun des acteurs un peu différente. Nous avons trouvé passionnant cet échange sur la stratégie et l'articulation des actions. Il nous semble cependant qu'il y a un vrai travail d'acculturation, y compris des acteurs des centres et des antennes. La formation et le pilotage prennent alors une place prépondérante. Nous les percevons aujourd'hui comme pauvre et même comme un élément de faiblesse des centres. Pourtant, nous suspectons qu'il ne sera pas simple pour le médecin responsable de l'ARS de développer sa stratégie et son projet pour autant qu'il s'adresse à des médecins hospitaliers dont la formation est plus la prise en charge que le pilotage. Les cadres de santé ont les compétences pour cela, la place dans l'organigramme, le positionnement et l'histoire des institutions, le temps contraint et l'éloignement des antennes permettra-t-il de créer ce pilotage alors qu'il est si peu investi à ce jour ? Le médecin responsable de l'ARS dit « qu'il faut inventer quelque chose dans les centres et les antennes pour piloter, coordonner, donner du sens... ». N'y a-t-il pas aussi quelque chose à structurer avec les établissements supports ? Une conception partagée et un organigramme fonctionnel à revoir ?...Pour les antennes, la place du CH est primordiale et peu investie à ce jour. En revanche en ce qui concerne l'évaluation, le médecin de l'ARS reste évasif. Il n'y a toujours pas à ce jour de perspectives d'évaluation avec des indicateurs cibles. Il sera intéressant lors de la pose des nouveaux objectifs...de travailler en amont l'évaluation. Nous pensons que cela peut tout à fait légitimer le projet stratégique du médecin responsable de l'ARS et les ajustements qu'il

souhaite faire. Lorsque nous lisons les évaluations de politique de santé publique le Canada et le Québec sont des ressources sur lesquels nous pourrions nous appuyer pour créer des outils, indicateurs...

6-3 Entretien avec le médecin coordonnateur responsable du CFPD

La rencontre avec le médecin coordonnateur permet de comprendre les enjeux propres au CFPD. Le responsable médical a pris ses fonctions il y a moins d'un an. La spécificité du praticien est d'être médecin de santé publique. Le précédent coordonnateur était médecin, infectiologue. Elle exerce toujours dans la structure mais dans le cadre de son domaine de compétence. Ces praticiens extrêmement impliqués développent les missions du CFPD avec motivation et implication.

L'arrivée du médecin responsable apporte la dimension santé publique au centre et aux antennes.

Lorsque nous échangeons les objectifs du docteur apparaissent en ces termes. Elle souhaite recentrer les activités sur le cœur des missions. A la mise en œuvre du centre, l'objectif était de développer les activités et de créer des liens de partenariats pour répondre aux différentes missions. A ce jour, elle travaille à partir des données « Observation sociale des territoires de la Loire-Atlantique Cahier départemental 2011 » en souhaitant prioriser les missions en fonction des besoins de la population par bassin de vie.

Elle doit piloter les missions en développant leur pertinence tout en maintenant l'activité. De plus comme praticien elle effectue de nombreuses consultations au CFPD. Son emploi du temps est contraint.

Selon les données qu'elle a analysées, elle met en avant l'objectif de se recentrer sur les missions premières notamment en recentrant sur la population cible. Un autre objectif est d'être attentif à mettre en œuvre les prescriptions de dépistage et de traitement lorsque les symptômes, analyses correspondent exactement aux pratiques consensuelles et publiées. En effet, il y a eu des tests effectués où des traitements mis en œuvre pour des personnes prises en charge alors qu'elles n'auraient pas eu besoin de l'ensemble des bilans effectués ou qu'elles auraient pu être orientées dans une autre filière de soins.

Un autre de ses objectifs est de continuer de développer et renforcer la réponse aux migrants (rom, gens du voyage...) qui peuvent être approchés lors d'une consultation sur leur lieu de

vie (exemple avec déplacement du bus) mais qui ne reviendront pas lorsqu'ils seront convoqués au centre pour recevoir le résultat de leurs examens, ou effectuer les deuxièmes ou troisième injection d'un vaccin. Développer un réseau qui suive le mode de vie de ces populations est une préoccupation afin d'éviter qu'ils échappent à la prise en charge.

De par l'analyse du territoire, le médecin coordonnateur oriente des activités ciblées sur le territoire de Châteaubriant car il y a un taux de migrants historiquement important de population roumaine qui vivent dans des situations précaires. Les données de l'INSEE montrent très clairement ce territoire comme sensible. Paradoxalement l'antenne de Châteaubriant a « beaucoup de mal » à fonctionner et ce sont les actions coordonnées du CFPD sur place qui répondent aux besoins analysés vers les migrants. Le déplacement du Bus, du médecin référent et d'une infirmière du CFPD de manière régulière contribue à répondre à ces besoins spécifiques.

L'antenne d'Ancenis fonctionne bien selon le praticien. La communication mise en place entre l'infirmière de santé publique d'Ancenis, le médecin référent et le cadre de santé du CFPD permet un suivi des actions lisibles et surtout continues pour le centre. Les activités croissent régulièrement plus orientées sur la vaccination bien que depuis 2012 le dépistage est en progression notable. Le Dr l'explique par la stabilité de l'infirmière qui commence à créer des liens stables avec les partenaires et par l'implication individuelle de cette personne.

L'antenne de Machecoul fonctionne un peu comme celle d'Ancenis mais ayant été ouverte après, n'est pas arrivé au même stade de fonctionnement. Les relations sont différentes et plus centrées sur un partage de territoire car le sud Nantais et le territoire de Machecoul peuvent être amenés à se chevaucher.

L'antenne de St Nazaire devrait ouvrir prochainement. Le contexte de la « Cité Sanitaire » (construction et regroupement d'activités public-privé) met en tension cet établissement support. La santé publique n'est pas à ce jour la préoccupation principale mais les principes sont posés.

La problématique médico-économique s'impose également. Le bilan financier négatif de 2012, le rendre compte à l'ARS, au CHU dans le cadre de l'EPRD (dorénavant l'activité est un budget annexe) lui font dire qu'il est absolument nécessaire que les actions soient pensées de manière à optimiser la gestion tout en répondant aux besoins de la population. Pour cela, elle exprime le besoin de former les équipes soignantes (médecins et infirmières) qui exercent

sur la structure. Elle est le seul médecin de santé publique et les infirmières n'ont pas de formation santé publique. Le cadre de santé est un atout fondamental dans le fonctionnement car c'est lui qui au quotidien maintient la dynamique tout en acculturant les équipes à la dimension financière. Pour exemple : Un dépistage standard coûte 100 euros si on rajoute l'hépatite C et la syphilis le coût est de 130 euros...ce sont des éléments importants à faire connaître aux soignants.

La démarche d'évaluation intéresse fortement le médecin coordonnateur du centre. Le temps lui manque pour mettre en œuvre cette démarche qu'elle juge nécessaire et éclairante, à la fois pour valoriser ce qui est fait et pour ajuster, développer les missions du centre.

La démarche et les orientations tant dans l'état des lieux effectués que dans les objectifs lui conviennent. Le médecin coordonnateur part en congé maternité début juillet. Nous convenons de continuer un travail en partenariat par messagerie autant que faire se peut.

Le médecin coordonnateur du centre souhaite resituer les activités du programme de santé publique en les positionnant par rapport à des objectifs à atteindre compte tenu du contexte territorial propre à chacun. Son approche est nouvelle, elle intéresse fortement ses collaborateurs car elle donne du sens à l'action. La production d'actes qui ne touche pas les populations cible en santé publique peut avoir pour risque d'aggraver les inégalités sociales de santé et d'engager des dépenses inappropriées. D'une part, ceux qui ont bénéficiés des actions s'ils ne sont pas la population cible, y auraient eu accès de toute façon compte tenu de leur environnement et ceux qui n'ont pas bénéficiés des actions alors qu'ils auraient dû en bénéficier risque de ne jamais y avoir accès. De plus, l'argent est dépensé, il est important de pouvoir dire ce qu'il a apporté en plus aux usagers bénéficiaires, en quoi cet argent a permis d'améliorer l'état de santé de la population et en quoi il a aidé à diminuer les risques. Bien qu'elle ne soit pas là depuis longtemps, le médecin coordonnateur a pris la place de pilote et cet entretien qui a été ponctué des graphiques et cartes du territoire que nous avons regardé ensemble en est un élément marquant. Enfin, une des préoccupations du médecin coordonnateur comme du cadre de santé est l'évaluation. Elle souhaite pouvoir visualiser et valoriser l'efficacité et la pertinence des actions des programmes. La méthodologie ne lui est pas familière dans son exécution concrète, c'est ce qui l'intéresse dans le travail mené ici.

6-4 Entretien avec le cadre de santé du CFPD

Le cadre de santé est présent sur le centre fédératif de prévention et de dépistage depuis sa mise en place. Il a tout d'abord fallu pour l'équipe qui se composait de trois personnes (un médecin à temps partiel, une secrétaire et le cadre de santé) comprendre quelles étaient les missions, sur quoi elles reposaient et concrètement imaginer comment les mettre en œuvre. Il a fallu une année avant de structurer le centre fédératif et commencer concrètement les activités.

A partir du moment où la structure a été conçue, les recrutements notamment d'infirmières pour les consultations et pour les activités « en dehors les murs » ont pu se faire. L'articulation avec le CIDDIST, le CLAT s'est progressivement organisée pour se déplacer pour le CIDDIST dans les locaux du centre fédératif.

Lorsque la création des antennes est arrivé dans les missions, le centre fédératif avait structuré et posé son activité et fonctionnait avec une activité en constante progression.

La cadre de santé verbalise le management des antennes comme « étant compliqué ». Plusieurs facteurs complexifient ce que la distance ne facilite pas.

Le premier facteur vient du fait que ce n'est pas l'antenne du centre fédératif qui a choisi les professionnels exerçant sur les antennes. Lorsque les établissements ont accepté de « porter » l'antenne, un temps soignant a été attribué pour faire fonctionner l'antenne de 0,20%.

Le CH de Châteaubriant n'a pas trouvé d'infirmière volontaire, la personne qui exerce donc sur l'antenne ne souhaitait pas cette mission. De plus, les temps dédiés à l'antenne sont régulièrement annulés car l'infirmière fait partie d'une équipe de médecine et peut être amenée à remplacer ses collègues notamment lors des congés annuels. Il n'y a pas de « protection » de conservation du temps de l'antenne. En revanche, il n'y a pas de remplacement de cette IDE pendant ses absences comme dans la plupart des antennes.

Le CH de Machecoul a décidé de mettre un cadre de santé sur cette fonction.

Il n'y a qu'à Ancenis que les missions et attendus de temps à consacrer à l'antenne ont été respecté dans la mesure des absences personnelles de l'infirmière (RT, CA) dont la programmation s'effectue sur un mardi. Une spécificité au CH d'Ancenis est que le chef d'établissement à exercer au CHU de Nantes ainsi que le Directeur des soins qui de plus avait sous sa responsabilité l'équipe paramédicale du centre fédératif de prévention et dépistage. La

cadre de santé et le directeur des soins se connaissent pour avoir déjà travaillé ensemble autour des missions du CFPD.

Le cadre de santé met en avant cette implication de la direction qui aide énormément au développement et au fonctionnement des antennes. Le directeur des soins d'Ancenis confirme qu'au quotidien l'antenne peut être « oubliée » par les directions si les cadres ne font pas les liens et si les soignants exerçant sur l'antenne ne font pas parler d'eux.

La première difficulté d'articulation est donc l'appropriation par les directions de cette mission qui n'est pas en lien direct avec les activités d'un établissement sanitaire.

Le deuxième facteur compliquant l'articulation est la distance et le « temps » qui ne permet pas au cadre de santé d'accompagner le soignant de l'antenne sur la construction de ses partenariats. Pour le cadre, le CFPD est connu sur Nantes et sa périphérie. Les antennes ont à construire leurs réseaux. Selon le cadre de santé, le maintien de ces liens demandent une présence régulière et permanente sinon ils se défont rapidement ou peuvent même ne jamais se faire. Initiateur des partenariats sur Nantes depuis plusieurs années, le cadre de santé commence à déléguer à l'équipe para médicale du centre afin de se libérer pour d'autres coordinations. L'antenne de Machecoul se trouve à 35 kilomètres du centre, l'antenne de Chateaubriand à 58 kilomètres, St Nazaire à 51 kilomètres et Ancenis à 35 kilomètres. Les déplacements ne sont pas spontanés. Ils nécessitent d'être prévus et organisés un moment à l'avance. L'infirmière de l'antenne d'Ancenis doit donc construire ses partenariats sur le temps dédié avec beaucoup d'autonomie. Lorsqu'elle est en difficulté ou qu'elle a besoin d'un conseil elle appelle le centre. Le cadre de santé vient la voir de temps en temps, environ une fois tous les deux ou trois mois en fonction des activités que l'infirmière veut créer et des besoins qu'elle peut avoir. L'infirmière de l'antenne d'Ancenis est considérée comme ayant particulièrement le profil pour travailler dans ce cadre où l'autonomie, la responsabilisation et le rendre compte sont essentiels. Chaque mardi, elle rédige un message ou passe un appel téléphonique pour transmettre ses activités. Cette régularité dans la relation a induit que « tous les acteurs du centre pensent le mardi à l'infirmière d'Ancenis », « Ce qui n'est pas le cas pour les autres antennes ». D'autre part, le cadre de santé du CFPD s'est vu confier des missions supplémentaires par sa direction ce qui contraint encore plus son temps pour les articulations.

La composition de l'équipe du centre n'est pas sans avoir des conséquences sur le management et les activités. En effet, cette équipe est composée de 4 ETP (équivalent temps

plein) dont le cadre n'a pas effectué le recrutement pour 3 d'entre elles. Une seule a choisi de venir travailler au centre, les trois autres ont eu ces postes du fait de reclassement professionnels liés à des problèmes de santé enfin deux professionnels sont infirmières de métier et une est manipulatrice en radiologie. L'infirmière qui a choisi de venir travailler au centre à sa création a également eu des soucis de santé qui ont privilégié un poste à l'ergonomie adapté.

Construire l'organisation du centre, la place de chacun dans l'équipe, les partenariats, le management du CFPD dans sa globalité, n'a pas permis jusqu'à ce jour un management collectif des professionnels affectés sur les antennes. C'est la première année que le cadre de santé a mis en place une réunion spécifique au centre pour les IDE des antennes avec pour objectif que celle-ci puisse exister deux fois par an.

Le troisième facteur limitant est le manque de formation des soignants aussi bien sur le CFPD que sur les antennes. Le cadre de santé explique qu'il lui a fallu 7 ans pour amener l'infirmière qui a démarré avec elle sur le centre à comprendre comment on conçoit, formalise, propose et partage la mise en œuvre d'un projet d'action. De même, le cadre reconnaît avoir laissé de l'autonomie aux soignants dans l'organisation au centre mais sans formation les professionnelles ont eu du mal à cibler ce qui est important. Le cadre raconte avoir vu récemment deux soignants effectuer des prélèvements de dépistage ensemble alors qu'il n'y avait personne pour orienter, renseigner et expliquer aux personnes présentes en quoi consistait leur prise en charge.

De plus, il y a beaucoup d'adolescents, de personnes porteuses de handicaps qui se présentent. L'approche de la sexualité est au centre des questions et des préoccupations de ces personnes. Il n'est pas simple de rentrer en communication avec les populations jeunes, en situation de précarité ou marginales et aborder des thématiques intimes. Il y a bien des journées d'informations auxquelles ont participé certains soignants (comme la formation lesbien et gay sur la discrimination) cependant c'est surtout le travail de management que le cadre fait au quotidien pour apporter des éléments, réflexions où encore les échanges avec les médecins présents qui construisent peu à peu le professionnalisme. Il est à noter que par la distance, les professionnels sur les antennes ont encore moins l'occasion d'appréhender ce savoir et savoir-faire spécifique dans un échange pluri-professionnel.

Nous échangeons ensuite sur l'approche des populations cibles sur les antennes et sur la manière dont le cadre oriente les soignants afin qu'ils atteignent les populations cibles.

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

Les orientations données sont basées sur l'expérience de Nantes. Ce qui a été construit à Nantes permet au cadre et aux médecins de cibler des acteurs du système social qu'ils ont repérés comme incontournables pour atteindre la population cible. Le centre communal d'action social, le centre médico-social dispensaire et PMI, la mission locale, les associations comme le « restau du cœur », le secours catholique... Une fois ces orientations données, le professionnel de l'antenne effectue les démarches pour se faire connaître, expliquer les buts et principes de fonctionnement de l'antenne et construire peu à peu le partenariat. Depuis l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur responsable le cadre insiste sur le fait que cette dernière réoriente les activités en regardant quelle population constitue le territoire afin de mieux cibler les activités. Ceci n'est pas aussi facile sur Ancenis car il n'y a pas à priori des populations sensibles particulières. Le cadre de santé déclare comme le médecin du centre très intéressé par le travail que j'effectue car il leur manque des éléments de compréhension démographiques et épidémiologiques, quant aux indicateurs d'évaluation, ils sont inexistantes ou presque.

Leur volonté serait de mettre en œuvre des évaluations de leurs actions afin de mesurer celles qui sont les plus pertinentes, efficaces, celles qu'il faut développer ou suspendre... Le cadre de santé prend en exemple la semaine de la vaccination. La préparation de cette semaine mobilise presque tous les acteurs para-médicaux et de nombreux médecins du centre. Elle se prépare longtemps à l'avance et consomme du temps des différents acteurs de manière importante. A ce jour, le cadre se demande si toute cette énergie professionnelle doit être investie sur une seule action de manière aussi prégnante. Quel impact sur les populations à vacciner ? Comment mesurer le nombre de vaccination engendrée par les actions ciblées sur cette semaine ?

Ces questions rejoignent celle de la Directrice Adjointe de l'ARS : quels sont les indicateurs de fonctionnement d'une antenne ?

L'entretien avec le cadre de santé permet de comprendre la structuration progressive du centre. C'est une activité de santé publique portée par des professionnels du sanitaire. Ils ont dû s'approprier le projet, le comprendre et définir une stratégie pour le mettre en œuvre. Celui-ci n'est pas formalisé en dehors des orientations données par les textes et les tutelles. La méthodologie « d'aller vers » pour se faire connaître et déployer petit à petit les activités a été constructive et efficace car le milieu urbain de Nantes permet de repérer rapidement un certain nombre de populations précaires, marginales ou migrantes. De plus, les associations

ou organismes, professionnels qui approchent ces populations sont connues. Malgré tout, il a fallu 4 ans pour structurer le fonctionnement du centre et le déploiement des antennes s'est ajouté. Comme pour le CFPD, la méthodologie « d'aller vers » a été réitérée. Aller vers les centres hospitaliers porteurs, aller vers les partenaires en reproduisant et en ajustant ce qui a marché sur Nantes. La stratégie est fonctionnelle puisque les antennes produisent de l'activité cependant cette activité manque de structuration coordonnée, d'objectifs formalisés. Le cadre de santé par ses missions diverses et variées ne manage pas les équipes et les activités avec autant de présence qu'elle le souhaiterait. C'est lors de ses présences auprès de chacun d'entre eux qu'elle construit leur identité professionnelle d'acteur de santé publique. Elle répond dans l'urgence et aimerait prendre plus de temps pour conduire les équipes dont elle a la responsabilité vers une réflexion et un professionnalisme adapté. Il serait sans doute important qu'elle rédige un projet managérial qui lui permette de faire de prioriser ses actions avec son rôle et ses missions. Il apparait une confusion des rôles et des métiers sans doute due à l'histoire mais qui demande à évoluer. Le fait de ne pouvoir recruter dans sa propre équipe au CFPD au moins une partie des professionnels dont le projet, les capacités et le potentiel sont de travailler dans le cadre de la santé publique et sur des missions aussi spécifiques est une source majeure de difficultés. Le positionnement par l'écriture de fiche de poste pourrait permettre d'argumenter une évolution nécessaire des recrutements en dehors des professionnels en difficultés de santé. Enfin ni le cadre ni les médecins à l'initiative du CFPD ne sont formés à la santé publique. Piloter et manager sans connaître le domaine de compétence est un défi qu'ils ont mis un certain délai à relever. Les orientations que souhaitent prendre le nouveau médecin coordonnateur devraient aider le cadre de santé à resituer l'activité de santé publique, non simplement comme une activité de production comme dans le sanitaire mais comme une stratégie ou la mesure d'impact est un des indicateurs phares.

6-5 Entretien avec l'infirmière de santé publique

La première partie de l'entretien s'attache à comprendre les éléments qui concernent l'intégration sur le poste. Cette infirmière a pris la succession d'une collègue qui est resté un an sur le poste. La connaissance de la mission a été appréhendée par une journée de doublure avec l'infirmière précédente et deux réunions au centre fédératif de prévention et dépistage à

Nantes. Un temps spécifique a également permis à l'infirmière de rencontrer le médecin référent de l'antenne qui lui a présenté les contours du poste de la fonction.

Ce qui apparaît comme une première difficulté pour cette professionnelle est le fait « d'avoir plusieurs « casquettes ». En effet, elle exerce à 60% sur le service de soins de suite et réadaptation (SSR) du centre hospitalier, et à 20% sur l'antenne de santé publique. Elle a été missionnée avec d'autres collègues infirmières sur le programme d'éducation thérapeutique du service de SSR. Il lui faut à chaque fois, « lâcher » un champ d'exercice pour en réintégrer un nouveau. Parfois, certaines de ses missions lui demandent plus d'implication et la rupture pour passer sur d'un champ d'activité à un autre est quelque chose qu'elle décrit comme « faisable, mais qui demande une énergie particulière à chaque fois ». Lorsqu'elle exerce au SSR, elle appartient à une équipe qui est concrètement présente et avec lequel il faut s'articuler en permanence. Lorsqu'elle exerce à l'antenne, elle est seule. L'équipe est à distance. Cette spécificité engendre un ajustement de posture permanent.

En ce qui concerne l'exercice propre sur l'antenne, l'infirmière exprime une vive satisfaction à exercer ses fonctions et ne cache pas qu'elle apprécierait de pouvoir augmenter son temps d'activité sur l'antenne. L'autonomie, la notion de responsabilité entraîne une « valorisation de l'action individuelle » dans laquelle elle s'épanouit complètement.

Les liens avec le centre fédératif de dépistage et de prévention sont décrits « comme informels ». C'est elle qui a décidé de faire un retour systématique tous les mardis à l'issue de sa journée à l'antenne, sans quoi l'antenne ne saurait absolument pas comment elle occupe son temps de travail, cela ne lui a pas été demandé. Le résultat de son travail est regardé au regard des fiches d'intervention qu'elle remplit et qui suit l'activité sur le terrain. C'est ce que l'infirmière appelle « la partie formelle » de son travail à l'antenne. Cependant, à sa prise de fonction Mme C. exprime « qu'elle avait une idée vague de ce que l'on attendait d'elle et qu'elle avait besoin d'avoir une approbation de ses activités et tâches effectuées » c'est la raison qui l'a poussée à faire des rendre-compte formalisés réguliers.

Les liens avec le CFPD sont décrits sous plusieurs angles d'approches. Au quotidien de l'exercice, le « soutien est souvent différé » du fait de la distance ou parce que les personnes qu'elle essaie de joindre ne sont pas disponibles. Cette professionnelle analyse que son identité professionnelle et sa personnalité sont des atouts pour ce type de poste. Elle se décrit

comme « pas timide » et n'ayant pas de crainte à aller vers des personnes qu'elle ne connaît pas. Ceci est « aidant » dans ce type de poste.

Ceci dit, l'infirmière se sent appartenir à une équipe. Elle s'appuie sur le cadre de santé et le médecin référent ainsi que sur l'équipe institutionnelle qu'elle sait pouvoir interpeller (Cadre de santé du SSR et Direction des Soins de l'institution). Elle précise que cela est un avantage considérable car elle sait que ce n'est pas le cas de ses collègues. En exemple, elle raconte que le bilan annuel qui est fait sur Ancenis avec l'équipe du CFPD et l'équipe d'encadrement et de direction de l'établissement n'existe pas partout.

Le soutien du cadre de santé du CFPD permet à l'infirmière de conduire ses projets, idées et actions car elles organisent ensemble un point régulier deux ou trois fois par an où elles travaillent autour de plusieurs axes :

- Ce qui a été fait
- Quelle continuité ?
- Qu'est ce qui doit être arrêté
- Quels sont les objectifs ?

Ces moments sont essentiels car « ils permettent de refaire le lien à un moment « t » ».

De plus, la relation avec le médecin référent est également une ressource. L'infirmière identifie le lien créé comme fluide et le fonctionnement du médecin comme « correspondant bien à sa personnalité. »

La deuxième partie de l'entretien décrit l'exercice sur le poste et les actions mises en place. Pour poser le fonctionnement, l'infirmière commence par exprimer : « si elle devait laisser le poste elle conseillerait pour la future collègue d'apprendre à réaliser des comptes rendus, de suivre une gestion documentaire formalisée et facile à retrouver pour chacun des acteurs . Il n'existe pas de définition de fonction et dans les compétences un accompagnement à l'entretien, à la prise de contact, de suivi avec des interlocuteurs dont l'objectif premier n'est pas la santé publique serait intéressant car cela n'est pas évident de trouver ses marques au départ ». A cela est rajouté que lorsqu'elle a pris le poste, rien n'avait été formalisé par écrit, aucune traces des liens construits ou des activités effectuées sur le bassin de population.

L'infirmière a construit ses outils. Elle parle de l'achat d'un cahier, qu'elle appelle « sa bible », elle note chaque jour à l'antenne « tout », c'est-à-dire ce qu'elle fait, les questions

qu'elle se pose et qu'elle reportera vers le centre, les actions auxquelles elle pense mais qu'elle ne sait pas encore comment mettre en place, les activités qu'elle a mises en œuvres, les appels passés, les rappels à faire....

Elle a également un cahier qu'elle appelle « rapport d'activité » où elle intègre les « fiches d'intervention » photocopieée qu'elle garde vers elle. La professionnelle pense qu'il serait bon d'apprendre aux infirmières de santé publique d'apprendre à rédiger un vrai rapport d'activité en valorisant les activités et mesurant l'efficacité des ces dernières.

Puis elle termine par le « répertoire » outils indispensable pour maintenir et développer son réseau. Les noms des personnes ressources y figurent, les associations, les liens créés avec les personnes qui sont ou seront des relais.

Enfin elle décrit ses activités centrées surtout sur la vaccination et le dépistage des maladies infectieuses car la lutte contre la tuberculose est plus spécifique. Depuis sa prise de fonction elle a participé seulement une fois à l'articulation d'une prise en charge d'un patient découvert comme positif au BK (bacille de Kock).

« Au démarrage, il est plus facile de mettre en œuvre des activités autour de la vaccination ». Il est cependant nécessaire de revoir la théorie pour comprendre et savoir expliquer simplement aux usagers les objectifs, les intérêts et les risques de la non vaccination. « Lorsqu'on est à l'aise avec la vaccination alors il est plus facile d'amener le dépistage vers les usagers ».

Pendant 6 mois, l'infirmière dit « n'avoir rien fait de concret » sur l'antenne. Elle avait « besoin de comprendre le poste ». Elle est allée trois fois au centre afin de comprendre comment ils fonctionnaient, ce qu'y faisaient les infirmières, échanger avec les médecins et le cadre de santé pour comprendre les référentiels en vaccination et dépistage. Elle a également lu et revisiter ses connaissances puis peu à peu elle est « sortie » pour aller vers les usagers au travers de la rencontre des partenaires extérieurs.

Pour les premières activités et actions, elle a eu besoin d'être accompagnée car cela s'est révélé plus compliqué qu'elle ne le pensait. Savoir entrer en contact, expliquer les missions, oser proposer des actions et accompagner les mises en œuvres...ce n'est pas le travail habituel d'une infirmière. « Cela s'est fait petit à petit ». Elle s'est servie de la semaine de vaccination

pour mettre faire une action à la mairie, au centre hospitalier, puis s'est mise à travailler avec la mission locale et le centre médico-social. Cette année, elle a réussi à rentrer en relation avec les restaus du cœur et mène des actions qui ont plus d'envergure. Cela fait 3 ans qu'elle est sur le poste et elle commence à en prendre toute la dimension.

Les activités de dépistages sont en progression d'une part parce que les partenariats sont plus solides et d'autres part parce que l'infirmière sait mieux conduire les entretiens et relations en amenant la personne à souhaiter interroger si nécessaire son statut.

Pour exemple, elle raconte qu'elle avait demandé au site « sida info service de Nantes » de mettre l'antenne de vaccination d'Ancenis, ce qui avait été fait. En début d'année 2012 l'infirmière s'est aperçue qu'elle n'avait pas mis « dépistage » ! Elle l'a fait rajouter avec le numéro de téléphone et ses horaires de présence. Peu à peu elle a vu les appels et les venues à l'antenne progresser de manière constante.

Ces éléments peuvent mettre en avant outre l'accompagnement humain le besoin d'accompagnement méthodologique, et pourquoi pas envisager de partager les pratiques, les idées et créer ensemble des outils de base communs.

L'infirmière me parle ensuite des domaines de compétences qu'elle a développé. Son propos commence ainsi « rétroactivement je peux dire que j'ai été mal formée », elle reprend « une journée de doublure plus 6 mois pour savoir de quoi je parlais !... ».

Pour elle, «il est indispensable de développer des compétences techniques notamment sur la vaccination. Le besoin se situe au niveau des techniques infirmières de vaccination, d'un accompagnement du cadre de santé du CFPD sur les différentes sections du programme : CIDIST, CDAG, CLAT, d'une formation à la sociologie pour mieux appréhender les groupes marginaux ou en situation de précarité. Un accompagnement sur la création de projet, le suivi et une coordination plus régulière apparait comme souhaitée. L'infirmière exprime « qu'elle comprend sa collègue de Chateaubriand qui dit « qu'elle n'a pas envie » car elle se sent seule. Le sentiment de cloisonnement est très prégnant. La professionnelle dit que parfois le mardi entre la « paperasse » à faire et les organisations à mettre en place, elle peut travailler toute seule sans voir personne et sans même pouvoir parler de son travail car personne ne sait ce qu'elle fait et en quoi consistent ses tâches. Alors parfois, elle sort de son bureau juste pour pouvoir « voir du monde et respirer », le sentiment d'isolement est trop fort. Lorsque l'on

parle de culture « santé publique » l'infirmière dit qu'elle n'est pas formée mais qu'elle a compris ce que c'est et qu'elle trouve cela très intéressant. Il lui est compliqué de définir les champs de la santé publique. Je lui demande si elle souhaiterait suivre une formation spécifique à la santé publique ? Sa réponse est affirmative mais elle n'avait pas envisagé que cela était possible en dehors des formations du CFPD.

De plus l'infirmière dit que c'est difficile de transmettre aux autres professionnels l'intérêt de son travail car elle ne mesure aucunement l'impact de ses actions et ne sait pas comment en parler.

Enfin, nous échangeons autour des limites qu'elle perçoit de son poste et de sa fonction. A nouveau apparait la notion de manque de flexibilité du poste tel qu'il est construit. Pour exemple, la permanence « des restaus du cœur » est le vendredi et le mardi. Ceci l'oblige à passer la main sur des projets qu'elle construit et dont elle s'est complètement approprié le sens, les objectifs et aurait aimé suivre les évolutions. A ST Mars La Jaille, commune proche d'Ancenis et faisant parti de la communauté de commune, l'infirmière n'arrive pas rentrer en contact avec les bénévoles car leur permanence est un autre jour que le mardi. Elle a également souhaité participé aux réunions de l'équipe du médico-social pour coordonner des réflexions et mettre en œuvre des actions. La réunion d'équipe est le jeudi, cela tombe régulièrement sur des repos de temps partiel ou de week-end travaillés. Elle est venue plusieurs fois sur son temps personnel et même si elle récupère ces jours, l'infirmière dit qu'elle a arrêté de le faire car c'est à chaque instant qu'elle doit travailler sur ses repos personnels.

En revanche, elle exprime avec plaisir les liens créés et qui durent dans le temps et qui se renforcent au fur et à mesure de ses déplacements vers eux. C'est indispensable « d'aller vers » car les associations, organismes n'ont pas besoin de l'antenne, c'est en se faisant connaître et en travaillant ensemble que le besoin se créé. De plus, créé le lien demande du temps, à ce jour ses principaux interlocuteurs sont la mission locale, le secours catholique et pour les autres elle continue de feuilleté « les pages jaunes » pour rentrer en contact avec les foyers d'insertion, les foyers de jeunes travailleurs, les centres d'aide par le travail. L'infirmière sait « que sa ténacité finira par payer en résultats ».

L'entretien avec l'infirmière de l'antenne de santé publique conduit à s'interroger sur la structuration managériale et organisationnelle des antennes. La réflexion première pourrait être de s'interroger sur les compétences plus adéquates pour occuper ce poste, repérer les activités, donc le savoir nécessaire et le savoir-faire afin de chercher le ou les métiers les plus adaptés à affecter sur ces postes. Cette infirmière possède des compétences réflexives et organisationnelles ce qui lui permet de structurer ses missions au travers de ce qu'elle a compris de l'attente de rôle. En revanche, toute une dimension du concept santé publique lui échappe par manque de connaissances. Cela ne lui manque pas dans la mesure où elle « fait » de l'activité et dans ce sens est convaincue de répondre à la mission. Ce qui est juste mais restrictif. De plus, le pilotage et les orientations annuelles du programme mériteraient d'être ancrés sur un projet commun avec des orientations à développer pour tous mais adaptables en fonction du contexte de chaque territoire. Chaque action du programme pourrait alors intégrer des indicateurs et un échéancier pour le CFPD et pour les antennes. Le socle commun n'empêchera pas de faire vivre les spécificités, c'est l'analyse de chaque situation qui permet de chercher les partenaires pour atteindre la cible. L'infirmière a d'abord cherché des partenaires puis en fonction des liens créés à trouver des usagers qui sont devenus la cible de ses actions. Bien sûr, il n'y a pas de complète dichotomie entre le CFPD et les antennes, entre Nantes et la COMPA d'Ancenis, cependant l'efficacité est limitée dans la mesure où la définition des actions en fonctions d'objectifs précis et d'indicateurs d'évaluation n'existe pas.

6-6 Entretien avec les responsables communaux

6-6 -1 Entretien avec la responsable du centre communale d'action sociale

La responsable du centre communale d'action sociale décrit le profil de la population Ancennaise comme « une population vieillissante même si le taux de jeunes entre 25 et 45 ans fait parti du plus élevé de la région ». Lorsque je lui présente l'antenne de santé publique, il semble qu'elle l'a découverte. Le cadre de santé du CFPD m'a dit avoir rencontré cette personne à la mise en œuvre de l'antenne, de toute évidence celle-ci ne s'en souvient.

Elle comprend l'intérêt de ma démarche en terme de coopération mais au départ de l'entretien « ne voit pas comment elle pourra m'être utile ». En fait, elle prend rapidement sa place dans l'entretien en poursuivant tout d'abord sur le profil de la population et sur ses besoins.

Pour les jeunes les informations se font par l'infirmière scolaire ainsi que par les actions de préventions communales. La COMPA a créé un groupe très actif sur l'accompagnement des adolescents et la prévention de la délinquance. Ce groupe est très actif, il collabore avec la gendarmerie, la police municipale, les proviseurs des lycées, les associations sportives, le centre de toxicologie de Nantes. De nombreuses actions sont mises en œuvres qui vont de la sécurité routière, à des informations sur la consommation d'alcool en distribuant des éthylotests un samedi en journée et soir dans les rues d'Ancenis, tout en passant par une journée appelée « Rallye citoyen »... Puis elle décrit la population comme ayant un niveau de vie moyen mais avec une augmentation croissante des difficultés pour beaucoup de ménages.

Depuis trois ans, les dossiers s'accumulent et ils ont dû modifier la politique municipale pour répondre à de nouveaux besoins. Pour exemple, de nombreux dossiers sont effectués pour répondre au besoin de mutuelle de familles qui n'ont pas de quoi la financer. 445 personnes bénéficie de minima sociaux sur 7500 habitants soit 5,93% de la population : revenu minimum d'insertion, allocation parent isolé, allocation adulte handicapé, revenu de solidarité active....chaque fois qu'une famille vient constituer un dossier que se soit pour accéder à des droits de mutuelle, aide au paiement de la cantine, de plus en plus de familles frappe à la porte du centre communal d'action social.

Pour elle, il y a deux niveaux de personnes en difficultés. Tout d'abord, les jeunes qui atteignent l'âge de 18 ans et qui n'ont pas de diplôme. « Les autres quittent Ancenis », ces jeunes « cherchent du travail en intérim et la mission locale est la porte ouverte pour accéder à eux ». Ce n'est pas toujours simple car les situations socio-familiales sont compliquées, **ceux-là** Mme P. n'y a pas beaucoup à faire mais elle en parle avec ses collègues de la mission locale. Il y a également les jeunes qui arrivent sur Ancenis car ils n'arrivent pas à se loger, trouver du travail et vivre à Nantes. Ils viennent en pensant trouver un travail et un logement plus facilement sur Ancenis ou sa périphérie. Le problème est que le réseau de transport en commun est peu important et ne correspond pas aux horaires décalés des usines. Le risque est le désœuvrement de ces jeunes et « effectivement les conduites à risques potentielles » peuvent être favorisées par ce contexte. Puis il y a les familles qui viennent la voir pour demander des aides financières sauf le RSA (Revenu de solidarité active) dont les dossiers sont constitués par le centre médicosocial.

De plus en plus de famille ont des revenus bas. « Ils ne sont pas au seuil de pauvreté mais juste à la limite supérieure ». Ce qui fait que les statistiques présentent Ancenis comme un territoire favorisé, ce qui est « discutable » selon la responsable. En effet, elle explique qu'Ancenis et sa région a de « nombreuses entreprises mais ce sont des postes d'ouvriers ou de services dans l'agro-alimentaire, le nettoyage pour les femmes »...de ce fait, il y a énormément de personnes qui travaillent à temps partiel et qui ont des horaires fractionnés. L'emploi féminin est majoritairement à temps partiel. Les allers retours au travail entraînent des frais supplémentaires. La plupart des couples travaillent pour la majorité des ménages mais les revenus sont bas du fait de ce temps partiel très important. « Les chiffres de l'INSEE le montrent » mais l'interprétation mérite d'être affinée. La responsable n'hésite pas à rajouter qu'il y a énormément de personnes qui restent dans l'anonymat, ils sont à la marge, ne font pas valoir leur droit car ils manquent de connaissances et que les entreprises n'informent pas les employés.

Ce qui est « essentiel à comprendre est qu'il y a de plus en plus de familles surendettées ». La responsable du CCAS n'en revient pas du nombre de dossiers qui sont ouverts de manière exponentielle chaque année. Les ménages viennent sur Ancenis et la communauté de commune pour accéder à la propriété plus facilement, ils construisent sur 30 voire 35 ans, habitent à 10 voire 15 kilomètres de leur travail et doivent donc avoir un véhicule... » « Tout cela fait une accumulation de nombreux crédits »...cumulés avec le temps partiel, les investissements liés à l'achat ou la construction, les deux revenus qui n'arrivent parfois qu'au SMIC (Salaire minimum interprofessionnel de croissance) l'endettement peut être rapidement au bout de la route. La responsable dit que « les banques ne jouent pas le jeu... », le CCAS a essayé un rapprochement avec ces dernières mais cela n'a pas marché. « Des familles ont plus d'AGIOS que de rentrées d'argent⁵⁴ », d'autres font des crédits « revolving » à 20% de taux pour rééquilibrer leur compte et ils accroissent encore leurs difficultés.

Par contre il y a peu de migration étrangère. Lorsque l'on en parle la responsable ne peut rien en dire car elle n'a aucun exemple précis d'accompagnement ou de dossiers.

⁵⁴ Mot "agio" viendrait de l'italien "aggio". Au sens strict, l'agio est la somme que le banquier retient à titre d'escompte sur la valeur faciale des effets de commerce qu'il avance au remettant. L'agio correspond à la valeur du risque que le banquier court. Son montant est donc fonction, à la fois du temps qui reste à courir jusqu'à la date fixé pour l'encaissement des effets et il tient compte de la solvabilité probable du tiré à l'échéance. Le mot est généralement utilisé au pluriel. <http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/agios.php>

« Du coup, la prévention ou la santé vient après, ce de plus en plus et quel que soit l'âge ». C'est très nouveau 3 ans que le CCAS prend en charge les mutuelles de familles, mais c'est révélateur d'une évolution sociétale qu'il convient de prendre en compte dans la recherche de la population cible pour l'antenne de santé publique d'Ancenis. Il faut rajouter La responsable du CCAS est tout à fait d'accord de faire le lien d'information pour que l'antenne puisse atteindre ces personnes. Elle propose les tableaux d'informations qui sont dans la salle d'attente, elle propose même de faire un poster, d'utiliser le bulletin municipal ou les panneaux d'affiches électroniques de la commune.

D'autre part, Mme P. m'invite à prendre contact avec le secours populaire, l'association ST Vincent de Paul qui ont des moyens d'atteindre et de connaître les personnes en difficultés et qui seraient des alliés dans les actions de prévention et de dépistage. Enfin, la responsable m'oriente vers le secours catholique qui est une association qui lui apporte souvent beaucoup d'éléments de compréhension car ils vont directement chez les personnes ou familles qu'ils aident.

Cet entretien est particulièrement instructif tant au niveau du repérage, décryptage de la population cible que des liens à créer pour déployer des actions de l'antenne. La population précaire d'Ancenis a un profil singulier. Elle se divise en deux parties. Tout d'abord les jeunes adultes qui peinent à s'insérer par manque de formation et ceux qui arrivent de zones urbaines qui sont déjà en difficultés sociales. L'intérêt de la prévention n'est pas au centre de leur préoccupation et leur situation peut créer le lit de conduites à risques diverses. Puis les ménages avec enfants qui ont des revenus légèrement au-dessus du seuil de pauvreté mais qui par leurs crédits, investissements immobiliers se retrouvent dans une précarité socio-économique. Cette fragilité amène des préoccupations risquant fortement de retentir sur la dimension de santé pour eux-mêmes et pour les membres de leurs familles.

6-6 -2 Entretien avec le vice-président de la COMPA, Maire d'Ancenis

Après avoir présenté le contexte de notre entretien, nous échangeons autour de la connaissance de monsieur le maire de l'existence de l'antenne de santé publique. Il en avait entendu parler et a reçu quelques fois des informations d'actions dans sa boîte mail mais il reconnaît n'avoir pas fait de lien spécifique avec le centre hospitalier, ni avec la commune. En

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

abordant les missions et la population cible de l'antenne, le maire montre une surprise. Pour lui cette population cible ne correspond pas à la population d'Ancenis, ni de la communauté de commune. Il reprend la description de la population précaire comme une population « à bas revenus » du fait d'emplois ouvriers et pour les femmes d'emplois de services à temps partiels. Lui-même médecin généraliste affirme que cette population est une population qui a « d'autres préoccupations que leur santé ». Ce sont des personnes qui peuvent prendre un rendez-vous chez le médecin et venir le lendemain du rendez-vous ou ne jamais venir. Dans ce sens, il considère qu'il y a des actions à mettre en place pour les informer et leur donner « envie » ou les convaincre de venir se faire dépister. De même, le vice-président de la communauté de commune met en avant la caractéristique du territoire qui est d'avoir beaucoup de jeunes. « 25% de la population du territoire sont des jeunes contre 20-21% sur le reste de la région ». Pour eux, il considère que l'antenne de santé publique a une mission qu'il faut renforcer et développer. Pour ce qui concerne la vaccination, le médecin qu'il est et le maire qui connaît sa structure s'interroge sur la nécessité de telles actions. Pour lui, la couverture vaccinale de la population lui semble importante, même s'il dit que se serait intéressant de le vérifier y compris dans la communauté de commune. Pour lui, la population même précaire est très attentive à l'état de santé de ses enfants. Les cabinets de médecins généralistes qui voient des enfants s'intéressent systématiquement à leurs vaccinations et cela est très rapide d'ajuster un vaccin au moment où les personnes sont là avec leurs enfants. Il affirme même que cela fait partie des actes qu'il ne fait pas payer surtout quand il sait que la famille est en difficultés. Il pense que la plupart de ses collègues, du moins dans leur cabinet médical, font la même chose. En dehors du médecin généraliste, il y a la PMI qui fonctionne vraiment bien et qui pour lui est un recours connu et utilisé sur la commune d'Ancenis mais également par la population de la communauté de commune. Nous échangeons alors sur l'intérêt de faire connaître l'antenne de santé publique sur la ComPA afin de chercher réellement l'objectivité des besoins de la population.

Monsieur le Maire me raconte alors deux faits qui méritent que l'on s'y intéresse.

Tout d'abord, la vaccination. « Dans le temps, le conseil général prenait contact avec la commune, les médecins généralistes du secteur. Ils inondaient d'information dans les boîtes aux lettres, dans les associations, dans les pharmacies d'une date d'une journée de vaccination. Les médecins généralistes étaient sollicités pour participer sur un temps de leur

journee à cette vaccination qui avait lieu dans une salle municipale. Ces jours-là, dit-il, on en vaccinait des personnes jusqu'à 50 ! ça n'existe plus, pourtant ça marchait bien ! ». Nous lui expliquons qu'effectivement le conseil général ayant arrêté de prendre ces missions en charge, c'est l'ARS qui a sollicité le CHU de Nantes pour créer un centre fédératif de dépistage...etc. Ce n'est je pense qu'à ce moment que le maire a compris l'ensemble du contexte préalablement expliqué au début de l'entretien. Ceci nous fait réfléchir à la qualité de l'information de la politique de santé territoriale et aux modalités d'implication des acteurs.

De plus le maire ajoute « Mais il faut travailler avec les acteurs de terrain si vous voulez que ça marche ! ». L'antenne a effectivement créé des liens avec les associations mais elle n'a pas impliquée les politiques de territoire, ni les protagonistes de la santé que sont les médecins généralistes et les libéraux en général. Bien sûr la population cible a entraîné les acteurs de l'antenne comme à Nantes sur les associations ayant un but de solidarité cependant en milieu rural la population précaire est attentive à la santé de ses enfants, les libéraux vont au domicile des familles et peuvent avoir des éléments de connaissance qui permettent d'élargir ou d'ajuster les actions de l'antenne.

La deuxième anecdote vient à la suite de l'expression de l'intérêt de faire connaître l'antenne aux élus de la ComPA. Il y a 3 ans, un médecin généraliste était allé à une conférence sur le dépistage colorectal initiée par l'ARS. Intéressée et sensibilisée au sujet, elle a décidé avec les élus de la ComPA d'organiser une conférence sur la communauté de commune. La surprise pour eux a été le taux de participation de la population. L'information avait été diffusée dans la lettre locale de la ComPA, des affiches étaient apposées dans les commerces, le nom du médecin généraliste connue de beaucoup de personnes a engendrée l'envie et la confiance... « Le résultat a été surprenant », nous dit le Maire, « non seulement il y a eu une forte demande de dépistage justifiée par la population mais cela dure encore car le bouche à oreille de cette conférence fonctionne encore. ».

Que d'informations intéressantes en deux situations relatées ! Le maire insiste sur le fait qu'il faut travailler avec l'ensemble des partenaires de terrain, utiliser les lettres mensuelles de la ComPA, les moyens que peut mettre à disposition les communes individuellement ou la communauté de commune en fonction des actions.

Le maire reconnaît que peut être des spécificités de certaines communes quant à la précarité ou la non prise en charge des populations sur les activités de l'antenne de santé publique lui

échappe, et dans ce sens il pense qu'il peut y avoir des liens individuels et collectifs à mettre en place. La seule réserve exprimée par le maire est sur le fait de confier la vaccination à l'antenne, pour lui la population n'est pas sur la ComPA et cela n'est pas utile.

Cet entretien permet de mettre en évidence un autre champ : la coopération avec les politiques locaux. Nous n'avons pas mesuré jusqu'alors, à quel point il est nécessaire d'avoir une vue stratégique de l'ensemble de la situation et des partenaires. La compréhension de ce qui est fait par l'antenne de santé publique est parcellaire voire inexistante pour certains acteurs clefs du système. De plus, des compétences et des expériences peuvent permettre à l'antenne d'atteindre des objectifs ou d'en développer d'autres au regard de la connaissance de la population par les élus. Garder la prudence d'un partenariat qui laisse sa place à tous est certainement à intégrer dans la construction de la relation car les enjeux sont bien sûr différents en fonction des acteurs, des secteurs. Cependant cette piste nous paraît indispensable à suivre pour construire de la cohérence et de l'efficacité.

7 – RISQUES ENGENDRES PAR LE SYSTEME, REPERAGE DE LA PLACE DE L'ANTENNE



« La modélisation permet de clarifier et d'expliciter ainsi que de communiquer et connaître son objet »⁵⁵. Grâce aux collectes de données effectuées dans les chapitres précédents nous essayons d'appréhender l'ensemble des causes du problème. Les chaînes logiques qui structurent le problème permettent de situer la première partie du cycle de l'évaluation : Situer les besoins, les problèmes.

Nous avons repris les éléments analysés de notre collecte de données et avons construit les chaînes de causalité du problème à partir de ces derniers. Nous avons noté en rouge les éléments qui concernent la place de l'antenne de prévention et de dépistage.

La première chaîne en orange démarre avec le fonctionnement du CFPD et de l'antenne de prévention et dépistage. Le manque de coordination entraîne un isolement certain de l'infirmière. Les objectifs communs d'actions existent peu. La professionnalisation de l'infirmière est également difficile. L'infirmière met en place de nombreuses actions sans qu'il n'y ait d'indicateurs précis en face de celles-ci. Il lui est difficile de mettre en œuvre une analyse de ses pratiques par rapport à des référentiels car sa solitude ne l'invite pas à se questionner dans ce sens.

La chaîne bleue part de la politique de santé nationale qui apparaît insuffisamment coordonnée, car il y a un manque de pilotage régional. Le PRS santé publique des pays de La Loire est centré sur les personnes âgées, la nutrition, ... il y a une orientation de réduction des inégalités territoriales plus centrée sur l'accès aux soins que sur le dépistage et la prévention. Nous avons vu également que la directrice santé publique de l'ARS et le médecin de santé publique ne nous ont pas donné de projet formalisé avec des objectifs posés. Il y a des préoccupations partagées autour de l'efficacité et de la coordination mais qui sont abordées différemment par les deux acteurs. L'un l'aborde sur le plan de la répartition efficace des ressources, l'autre l'aborde sur la partie impact des actions et activités. Il doit y avoir des ajustements à l'automne 2013. Nous pouvons en conclure que le CFPD trouve ses propres objectifs au travers d'un fonctionnement qu'il a structuré depuis sa naissance autour des activités sans véritablement poser des objectifs précis, ciblés, sans indicateurs ni pour lui-même, ni dans le travail en collaboration avec les partenaires. L'antenne est particulièrement impactée car sans objectifs l'IDE ne peut pas faire les liens entre ses actions et les missions.

⁵⁵ Cours Mme JABOT. Février 2013 EHESP. Unité d'enseignement spécialisation évaluation. Master Pilotage des politiques de santé et des actions de santé publique 2012/2013

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Il y a du sens aux activités mais non coordonnées et posées, il y a un risque qu'elles n'atteignent pas les missions initialement prévues.

La chaîne violette renvoie aux inégalités sociales et au contexte socio-économique défavorisé qui induit la précarité et ou la pauvreté. Ce sont ces personnes qui peuvent avoir une insuffisance d'information et ou un accès aux soins difficile alors que le contexte renforce les conduites à risques influençant possiblement l'atteinte de maladies infectieuses transmissibles et la non observance d'un calendrier vaccinal qui est le cadet de leur souci. L'infirmière de l'antenne doit être un partenaire pour dispenser l'information, par son réseau faciliter l'accès aux soins. Son rôle plus ou moins existant à cette étape est primordial pour la population du territoire de la ComPA.

Enfin, le manque de compétence des acteurs en santé publique apparaît comme un élément constitutif du problème. La connaissance et la professionnalisation permettent de coordonner plus efficacement les actions avec les politiques et les principes inhérents à la santé publique. L'infirmière de l'antenne de prévention et dépistage n'échappe pas à cette logique. La compétence est la combinaison de savoirs mobilisés et de savoirs faire dans une situation inédite⁵⁶.

Les actions de l'antenne qui ne touchent pas leur cible peuvent avoir l'effet inverse de ce qui est recherché par les décalages qui de ce fait sont accrus.

La modélisation du problème nous permet de mieux situer la place de l'antenne dans le système complexe étudié. Nous pouvons à présent modéliser les interventions tout en conservant ce principe de repérer la place de l'antenne de prévention et de dépistage.

⁵⁶ G. LEBOTERF. De la compétence à la navigation professionnelle. Ed Organisation. Paris 1997
Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

8- LA MODELISATION LOGIQUE DES INTERVENTIONS, REPERAGE DE LA PLACE DE L'ANTENNE :

Le modèle logique représente les chaînes des effets à courts, moyens et longs termes (parfois il est possible de prévoir les impacts) entre la politique publique et le problème de santé qu'elle vise à remédier. Dépassant la question « est ce que cela fonctionne ? » le modèle logique permet de mieux comprendre comment la politique étudiée est censée agir. Quand une politique est proposée en vue d'obtenir un certain effet sur un problème de santé, on n'explique pas en détail comment cet effet devra se produire. La proposition repose sur des hypothèses générales quant à l'efficacité de cette politique parfois étayées dans la mesure du possible par des données probantes. Les mécanismes d'action sont plus visibles lorsqu'ils sont positionnés dans un modèle d'intervention⁵⁷.

De nouveau nous ferons apparaître les éléments qui concernent directement l'antenne de santé publique en rouge.

⁵⁷ Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment? Auteurs : Florence Morestin et Julie Castonguay, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé Institut National de santé publique Québec Mars 2013

Activités Résultats Effets à court terme Effets à moyen terme Effets à long terme Finalités



Ce modèle logique d'intervention met en évidence un certains nombres de critères d'efficacité, de cohérence et de pertinence. Nous les reprendrons dans la stratégie évaluative et ferons le lien avec les questions évaluatives que nous avons posés au départ de notre travail.

La place de l'antenne de prévention et de dépistage apparait de manière importante sur ce modèle. Nous pourrions donc évaluer spécifiquement ce qui concerne ses activités au regard des éléments mis en évidence. Le fait qu'elle n'apparaisse pas dans le rattachement à l'ARS pourra être regardé de plus près.

L'ensemble du cadre des actions de l'antenne de santé publique de prévention et dépistage étant structurée, nous pouvons envisager la formalisation de la stratégie d'évaluation. Nous déclinerons tout d'abord nos choix méthodologiques, puis le cycle de l'intervention qui nous amènera à zoomer plus spécifiquement sur l'évaluation de l'antenne de santé publique de prévention et de dépistage.

9- STRATEGIE D'EVALUATION

9-1 Choix méthodologiques proposés

Nous pouvons considérer qu'évaluer le fonctionnement de l'antenne de santé publique rattachée au centre hospitalier d'Ancenis relève d'un système dynamique complexe. En effet, la structure est multiple dans ses composantes, de nombreux acteurs sont sollicités ou interviennent à un moment ou un autre des interventions donc s'il y a un problème il sera multifactoriel. De plus, il y a une pluralité des interactions et donc comme nous l'avons montré dans le modèle logique d'intervention les effets ne sont pas toujours linéaires. Nous en avons dégagés certains mais il se peut que des effets non prévus apparaissent et nous devons donc admettre qu'il y a aussi un degré d'incertitude dans notre modèle logique d'intervention. Enfin, nous le constatons au travers des rencontres des différents acteurs, il y a des représentations différentes du ou des problèmes, des valeurs qui ne sont pas toujours placés au même endroit et qui peuvent amener une incompréhension entre les acteurs et notamment une incompréhension des objectifs posés, des visions qui ne sont pas partagées autour d'un projet commun. Ceci amène les évaluateurs que nous sommes à avoir une stratégie mixte.

Celle-ci va se construire au regard de la finalité de l'évaluation, des objectifs et des questions évaluatives. La stratégie utilisée sera pour une part « descriptive » avec des méthodes

structurées de recherches quantitatives, pour l'autre part, la stratégie sera « d'impact » avec des méthodes exploratrices, qualitatives. Ces méthodes que nous retrouverons dans le protocole d'évaluation va permettre de répondre aux questions évaluatives qui pour certaines sont descriptives (nous allons trouver facilement l'information en observant le contexte). Certaines sont normatives (elles renvoient aux référentiels existants : la politique nationale et régionale, les publications en matières de taux de prévention et de dépistage....et sur l'évaluation des besoins par rapport à « ces normes ») et les dernières sont d'impact (elles donnent la mesure avant et après l'intervention, avec ou sans l'intervention, démontre par une méthode l'imputabilité des changements à l'intervention)⁵⁸. En ce qui nous concerne nous utiliserons :

- Pour les méthodes qualitatives renvoyant aux questions normatives, descriptives :
L'analyse de contenu (entretiens), l'observation participative (coopérations, pratiques professionnelles), le focus groupe (Interview des usagers en groupe bénéficiant des actions de l'antenne), l'entretien individuel
- Pour les méthodes quantitatives renvoyant aux questions normatives et d'impacts :
Enquêtes, questionnaires, bases de données

Afin de préparer notre protocole d'évaluation, il nous reste une phase importante à formaliser afin de valider notre raisonnement depuis le début de cette étude. Cette phase est la constitution du cycle de l'intervention.

9-2 Le cycle de l'intervention :

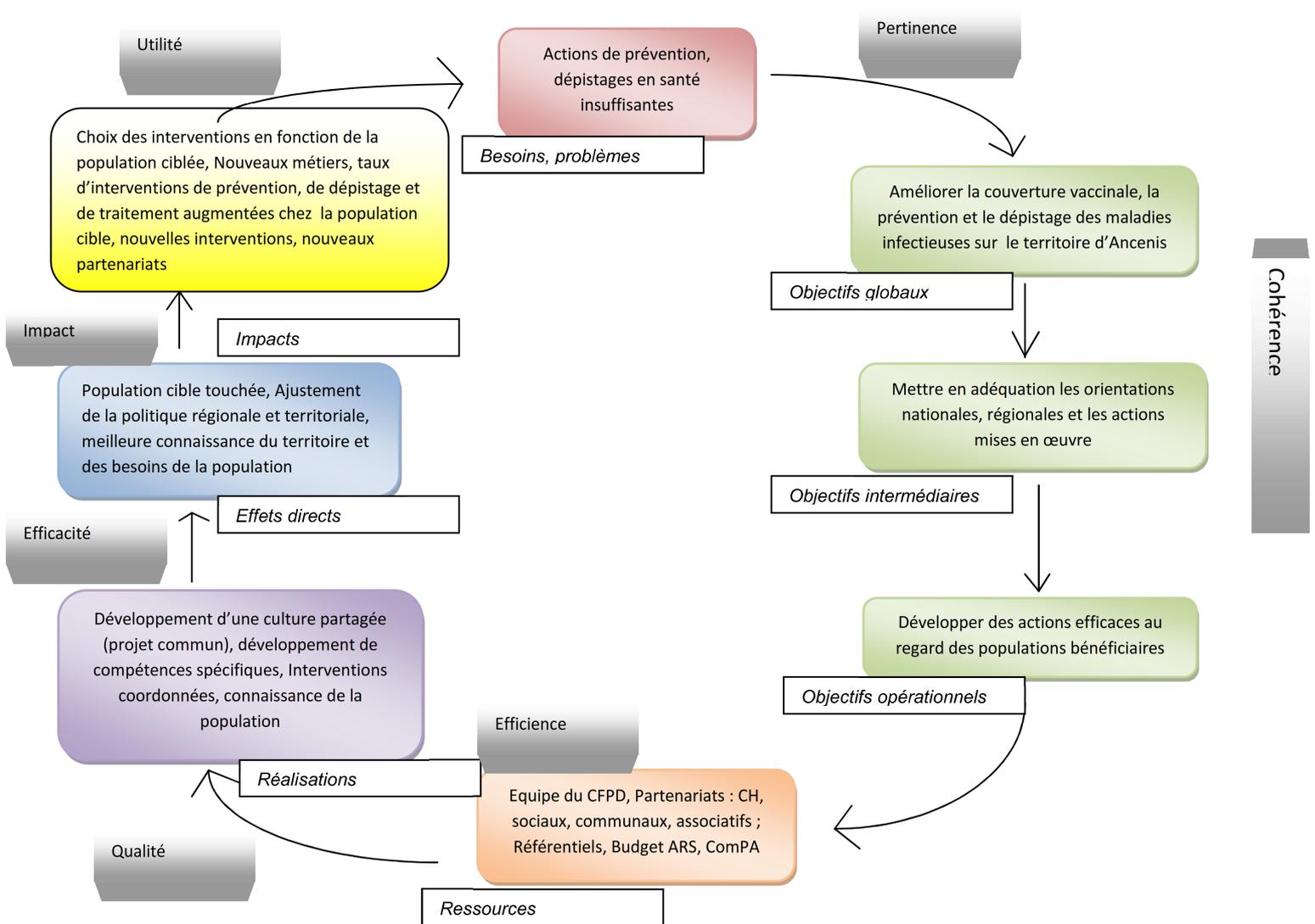
Le cycle de l'intervention permet de vérifier la cohérence de l'ensemble des raisonnements précédents et de structurer la stratégie d'évaluation par une interrogation et un lien avec la modélisation du problème, les objectifs, la modélisation de l'intervention, les questions évaluatives.

Le problème est tout d'abord posé, suivent les objectifs globaux, intermédiaires, opérationnels qui sont associés au problème, puis les ressources, les réalisations, les effets directs et les impacts.

⁵⁸ Cours EHESP. « Du questionnement à la stratégie d'évaluation » F.JABOT .Février 2013
Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

A partir du schéma « cycle de l'intervention : question et critères » issu de notre cours « Du questionnement à la stratégie d'évaluation » nous allons élaborer le cycle spécifique aux actions de l'Antenne de Santé Publique d'Ancenis.

Nous partirons des besoins, problèmes pour faire émerger les objectifs globaux, intermédiaires puis opérationnels. Les flèches constituent les indicateurs que nous devons évaluer. Viennent ensuite les ressources, les réalisations, puis nous aborderons les effets et impacts qui doivent eux même influencer sur le problème ou les besoins.



Cycle de l'intervention de l'Antenne de santé publique d'Ancenis selon F.JABOT

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
Sciences Po Rennes – 2012-2013

Dorénavant, nous pouvons élaborer le protocole d'évaluation. Tous les éléments contextualisant les interventions de l'antenne de santé publique d'Ancenis ont été formalisés nous permettant de revenir vers les questions évaluatives et d'envisager le déploiement concret de l'évaluation face à chacune d'entre elles. Ayant été formalisées au début de notre travail certaines devront éventuellement être ajustées ou reformulées. Nous serons attentives à le mettre en évidence.

9-3 Le protocole d'évaluation :

QUESTIONS	Sous-question	Critères	Indicateurs	Référentiel	Système d'information	Technique de collecte	Analyse
L'antenne de santé publique d'Ancenis est-elle positionnée en adéquation avec la politique de santé nationale, régionale et avec la communauté de commune ? Critère : Cohérence	Comment se situe l'antenne d'Ancenis dans le contexte des politiques de santé, intègre-t-elle la dimension des inégalités sociales de santé ?	Cohérence	Projet formalisé partant d'un diagnostic du territoire Objectifs annuels coordonnés avec le CFPD et l'ARS	PRS Cahier des charges ARS Diagnostic territorial de la Compa	Données épidémiologiques Données INSEE Données législatives Rapports IGAS	Exploitation de base de données	Comparaison de données. Analyse déductive
	Le contexte des politiques territoriales est-il intégré dans la structuration et le fonctionnement du CFPD ?	Cohérence	Structure du projet du CFPD intégrant les spécificités de chacun des territoires	Cahier des charges de l'ARS Rôle et missions des CFPD	Rapport d'activité Autorisations d'activités	Exploitation de base de données Rencontre des pilotes ARS, CFPD, Compa	Exploitation de données
Le diagnostic territorial est-il partagé avec tous les acteurs du système ?	Cohérence		Nombre de partenaires ayant participé à une réflexion, l'écriture d'un projet et d'objectifs à partir du diagnostic. Existence d'un groupe de travail	partenaires inclus ou devant être inclus Convention CFPD/Centre hospitalier Partenariat Compa/CFPD Dossier d'autorisation	Annuaire et missions des associations, groupes sociaux, acteurs (élus, direction CH..) pouvant être impliqués. Dossier d'autorisation	Enquête auprès des divers partenaires. Lecture du dossier d'autorisation	traitement des données qualitatives et quantitatives Analyse déductive
Les actions visent-		Efficacité	Taux de	Missions CFPD	Enregistrement	Exploitation de	Quantitatif

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

				population cible atteinte Taux et typologie des autres populations touchées	Cahier des charges ARS	des activités	base de données	Statistiques
QUESTIONS	Sous-question	Critères	Indicateurs	Référentiel	Système d'information	Technique de collecte	Analyse	
Comment fonctionne l'antenne de santé publique d'Ancenis ?	Le pilotage de l'antenne associe-t-il plusieurs acteurs ?	Pertinence	Nombre de réunions de coordination à l'année Nombre de partenaires associés	Rôle et missions du CFPD et des antennes (cahier des charges ARS) Rôle et mission du CH de rattachement (convention) Rôle et missions des autres partenaires	Rapports d'activités Conventions	Exploitation des données Rencontres individuelles	Qualitatif et quantitatif	
	Le fonctionnement de l'antenne permet-il de réaliser les objectifs ?	efficacité	Nombre d'usagers ayant bénéficié des interventions par rapport à la population cible repérée. Nombre de partenariats développés permettant d'atteindre la population cible	Taux cible à élaborer 50% ?	Détermination de la population cible / au nombre d'habitants vivant sur la Compa. Détermination des populations spécifiques « gens du voyages », touchés par la PASS, migrants étrangers.	Exploitation de bases de données de la compta, du CH, des mairies	quantitative	

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

	Les actions sont-elles déclinées en fonction des objectifs, sont-elles anticipées ? réalisées ?	Pertinence et efficacité	Tableau de programmation et suivi des interventions et/ou Méthodologie de mise en œuvre des interventions Et/ou Nombre de fiches d'activités remplies	Taux cible 100%	Rapport d'activité Fiches d'activités Enregistrement des interventions et liens avec les objectifs	Exploitation des documents de traçabilité de l'activité	Quantitative et qualitative
	Peut-on identifier le coût des interventions de l'antenne d'Ancenis ?	Efficience	Le budget dédié au fonctionnement de l'antenne est équilibré	Budget équilibré	Suivi des activités budgétaires (contrôle de gestion ? comptabilité analytique ?)	Exploitation des documents	quantitative
QUESTIONS	Sous-question	Critères	Indicateurs	Référentiel	Système d'information	Technique de collecte	Analyse
La population du territoire d'Ancenis a-t-elle un meilleur accès aux soins de prévention, dépistage et une meilleure couverture vaccinale dans les populations cibles qu'avant la présence de l'antenne ?	Les populations cibles ont-elles bénéficié d'actions du programme de santé de l'antenne ?	Impact	Taux de population cible touchés par le programme en 2010,2011,2012 par rapport à la population recensée totale et par spécificité	Taux cible à élaborer 50% ?	Chiffres du recensement sur la communauté de commune Activité de l'antenne	Etude statistique par rapport à l'activité de l'antenne Exploitation des données Mairies	statistiques

	La modification des partenariats engendré par l'antenne a-t-elle favorisée l'atteinte de la population cible ?	efficacité	Détermination du profil de la population de la ComPA, Critères et indicateurs définis	Revalidation chaque année	Liste des partenaires exhaustive Compte rendu des rencontres	Recueil des éléments auprès des différents partenaires	Analyse qualitative
	Le rattachement de l'antenne au CFPD favorise-t-il l'atteinte des objectifs ?	Efficacité	Nombre de rencontre Ordre du jour des rencontres Supports et comptes rendu des rencontres Critères d'évaluation des professionnels	Niveau de compétences acquises (type de savoirs et types de savoirs faire spécifiques à la santé publique et aux domaines d'activités et aux méthodes de mise en œuvre)	Référentiel de compétences en santé publique Référentiel de compétence en lien avec la vaccination, la prévention et le dépistage des maladies infectieuses transmissibles Dossier d'autorisation	Exploitation des données Entretiens individuels	Analyse qualitative et déductive
QUESTIONS	Sous-question	Critères	Indicateurs	Référentiel	Système d'information	Technique de collecte	Analyse
En quoi les actions de l'antenne permettent-elles de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins ?	Quels sont les atouts de l'antenne de santé publique pour répondre à l'amélioration de la santé de la population à risque ?	Utilité	Définition des caractéristiques d'une antenne de santé publique	Correspondance entre les caractéristiques théoriques et l'antenne d'Ancenis	Benchmark entre les référentiels publiés à ce jour et l'analyse territoriale d'Ancenis et l'activité de l'antenne	Exploitation des publications, analyse des réponses aux différents critères précédents	Analyse des contenus

A ce jour, le temps imparti ne nous permet pas de mettre en œuvre complètement ce protocole d'évaluation. Nous avons effectué un certain nombre de recherche, rencontré des partenaires et l'exploitation des données de ce travail pourront d'ores et déjà alimenter le protocole d'évaluation. Cependant, sa mise en œuvre complète nous semble pertinente après 3 ans de fonctionnement de l'antenne. Nous proposerons ce travail au CFPD et nous proposerons de participer pleinement à cette évaluation dans le cadre de nos missions professionnelles sur le centre hospitalier d'Ancenis.

Actuellement Directeur des soins et directeur qualité gestion des risques, nous proposerons à notre chef d'établissement cette évaluation qui pourra être incluse dans le projet d'établissement. En effet, ce projet notifie s'intégrer dans le projet régional de santé et notamment dans l'axe « Bien vivre sa vie d'adulte ...,... Actions en faveur des personnes en situation de précarité... »⁵⁹. Outre cet axe bien délimité, le projet d'établissement du centre hospitalier d'Ancenis nomme clairement le centre hospitalier d'Ancenis comme

*« résolument un établissement de proximité concourant au dispositif de garantie du juste soin au sens entendu du SROS-PRS : répondre au besoin de soin de tout citoyen du bassin de vie d'Ancenis dans les meilleurs délais et avec les moyens adaptés à son problème de santé selon la triade « Qualifier le réel (besoin de soin) – Agir (prise en charge adaptée) – Orienter (prise en charge dans des filières identifiées) ».*⁶⁰

Allier notre mission institutionnelle avec celles du CFPD pour évaluer l'antenne de santé publique rattachée à notre établissement nous paraît concourir à la performance de nos missions.

En attendant cette mise en œuvre, nous proposons un certain nombre d'hypothèses qui devront être confirmées ou infirmées lors de la mise en œuvre réelle de la démarche d'évaluation. Ces hypothèses nous permettent de poursuivre le raisonnement engagé depuis le début de ce travail avec à l'issue, l'élaboration de propositions d'amélioration ou de renforcement des pratiques existantes.

⁵⁹ Projet d'établissement CH Ancenis 2012-2016 / V14/ Juin 2012 196 Pages. Page 17

⁶⁰ Op citée 52 Pages 3 et 4

10- HYPOTHESES :

Les hypothèses s'appuient sur les questions évaluatives et sur les éléments que nous avons déjà recueillis.

La première hypothèse est étayée par la problématique suivante :

Les missions sont décrites de manières généralistes et non suffisamment recentrées sur les territoires pour ce qui concernent les interventions des antennes. De ce fait, l'hypothèse 1 serait qu'il peut exister un manque de pertinence des actions par rapport aux objectifs car ceux-ci sont trop larges dans leurs périmètres et restent globaux.

La deuxième hypothèse s'articule également avec la première :

Le dossier d'autorisation définit les missions du CFPD qui se déclinent par la suite sur les antennes. La compréhension de ces missions n'est pas fédérée à l'intérieur d'un projet commun où les principes stratégiques pourraient être formalisés. Ce manque de formalisation nuit à la coordination et à la priorisation des objectifs et des actions.

La troisième hypothèse se rattache à la performance et à l'efficacité :

A ce jour, l'adjoint administratif du CFPD développe un suivi budgétaire qui reste encore très macroscopique. Les liens avec le service financier du CHU de Nantes existent sans développer un réel contrôle de gestion. Le coût des actions en fonction des objectifs atteints n'est pas un indicateur de suivi par rapport à la performance des interventions mises en œuvre. Le manque de développement d'un suivi budgétaire des antennes en lien avec des indicateurs ainsi que le manque d'implication des acteurs dans ce suivi ne contribue pas à l'efficacité des interventions.

La quatrième hypothèse regroupe plusieurs problématiques. En effet, le recrutement des professionnels n'inclut pas de formation initiale et ou continue à la santé publique. Les compétences utilisées sont les compétences métier de chacun des professionnels. De ce fait, la réflexion initiale à toute démarche de santé publique est peu ou pas existante notamment l'état des lieux du territoire, la confrontation aux référentiels existants, le benchmark des territoires. Il n'existe pas réellement d'analyse du profil de la population à confronter à la population cible par manque de connaissance des outils à utiliser et par manque de culture en santé publique. Enfin, le peu de coordination ne permet pas suffisamment de développer les

compétences collectives et où individuelles. Notre hypothèse est que le manque de projet managérial et de développement continu des compétences des professionnels de l'antenne limite la réflexivité sur les pratiques professionnelles et sur la conduite des interventions.

Fort de ces hypothèses, nous pouvons émettre des propositions qui elles-mêmes nécessiteront sans doute des ajustements après la mise en œuvre du protocole d'évaluation.

11- PROPOSITIONS :

Les propositions émises visent à renforcer la structure politique et stratégique des activités de santé publique sur les territoires de santé concernés, à renforcer la structure organisationnelle de fonctionnement à tous les niveaux, à développer les outils de gestion et d'évaluation des interventions.

11-1 Création d'un comité de coordination régional des activités de prévention et de dépistage :

Nous pensons à l'instar d'Yvan SAINSAULIEU que créer du collectif et du transversal évite de « banaliser les relations professionnels / usagers... au profit du productif de soin ». La notion de culture partagée renforce l'autonomie professionnelle sur le terrain au bénéfice de la mission. Cette mission est « dynamisée par une volonté politique légitime et se poursuit dans le temps au travers de la poursuite d'une animation dirigeante régulière et forte »⁶¹. Bien que son ouvrage Yvan Sainsaulieu s'adresse plutôt à l'hôpital, il ne nous semble par incohérent de transposer les concepts qui y sont traités. En effet, la cohésion y est décrite comme le résultat d'une mobilisation commune entre la volonté dirigeante et les « portes paroles » de proximité. Voilà pourquoi il nous semble important que les propositions soutiennent entre autre un pilotage structuré.

Notre première proposition serait de structurer un pilotage concerté. Réunis régulièrement (1 ou 2 fois par an) les concepteurs, décideurs, opérationnels représentés pourront articuler la stratégie des interventions avec les politiques territoriales de santé publique. Celles-ci seront définis en commun, ajustées si nécessaire au regard des spécificités de territoires en tous les cas elles trouveront un lieu d'échange et de partage. Créer une culture de santé publique

⁶¹ Ivan SAINSAULIEU « L'hôpital et ses acteurs- Appartenances et égalité ». Edition Belin. Mars 2007 267 Pages. Page 175

territoriale ne peut passer que par un apprentissage de concertation, d'échange et de décisions partagées. La réunion de septembre initié par le médecin responsable de l'ARS va dans ce sens mais cela mérite plus de structuration et d'organisation.

La composition de groupe de coordination implique la présence de représentants de l'ARS, du CFPD, des antennes, des élus représentants des communautés de communes, de représentants des acteurs sociaux et représentant des centre hospitaliers de rattachement. Pour l'infirmière de l'antenne de santé public participer au processus décisionnel des objectifs concernant le territoire d'action qui la concerne nous apparait être une source de professionnalisation et de réflexivité sur la cohérence des actions mises en œuvres.

11-2 Formaliser le projet de santé publique de prévention et dépistage de chaque territoire de santé

Ce comité de coordination régional pourra se décliner en comité territorial de santé publique regroupant les acteurs locaux. L'objectif pourrait être d'écrire un projet régional de santé publique incluant les rôles et missions de chacun. Les objectifs seraient déclinés sur un échéancier, les partenariats suggérés mais il resterait à chacun des membres responsables d'un nombre d'objectifs de les mettre en place. Les objectifs pourraient se décliner annuellement s'articulant avec les orientations régionales. Outre ses missions propres, l'antenne soutenue par le centre hospitalier de rattachement pourrait suivre et coordonner les objectifs du territoire en s'appuyant sur les différentes ressources et partenariats. Le CFPD jouerait toujours son rôle de rattachement principal de l'antenne garant de la mise en œuvre des objectifs régionaux et territoriaux. Les rends comptes vers le CFPD seraient structurés et systématisés au regard d'un échéancier déclinant les objectifs de l'antenne dans le projet territorial de santé publique. Le profil de poste de l'infirmière de l'antenne évoluerait au regard de ces nouveaux attendus.

11-3 Développer et renforcer les partenariats existants :

Il apparait que de nombreux liens existent. Certains sont plus fonctionnels que d'autres. Le cadre de santé du CFPD explique que si la présence d'un des membres de CFPD ou des antennes diminue sur une relation de partenariat celle-ci s'estompe voir peut ne plus exister.

Il serait intéressant de structurer ces partenariats par des conventions, des contrats, des chartes de fonctionnement formalisés ou chacun s'engage vis-à-vis de l'autre acteur. Chacun des acteurs sociaux, médico-sociaux voir sanitaires devraient donner un sens propre au partenariat. Les acteurs pourraient de part et d'autres apporter leurs compétences, leur réseau, etc...partager des intérêts à travailler ensemble. Le comité territorial de santé favoriserait une implication continue des différents partenaires. La structuration fonctionnelle et objectivée se révélerait être un moyen de maintenir ce partenariat même si il peut y avoir temporairement moins d'interventions partagées.

D'autre part, le développement des partenariats est un objectif cible des antennes. Ce partenariat peut s'étendre grâce à l'appui du CH de rattachement et grâce aux élus de la ComPA. Ces deux soutiens sont peu investis par l'antenne. Une participation de l'infirmière de l'antenne à des instances de ces deux partenaires pourrait être un moyen de créer du lien constructif.

11-4 Développer les compétences des acteurs :

La profession infirmière développe des compétences en santé publique qui sont basiques. Lorsqu'un professionnel oriente son activité dans ce domaine d'exercice, il parait fondateur de développer une nouvelle identité professionnelle. Pour Claude DUBAR « Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi ». Quand l'infirmière de l'antenne dit qu'elle sort parfois de son bureau pour aller voir ses collègues du service de soins suite et réadaptation ou de médecine parce qu'elle ne supporte plus d'être seule face à ses papiers dans le bureau de santé publique, on peut analyser qu'elle ne trouve pas d'identité propre dans son exercice en santé publique. D'une part, parce qu'elle est très « seule » et elle le dit à plusieurs reprises dans l'entretien et, d'autre part, parce qu'elle ne sait pas définir sa compétence d'infirmière de santé publique. A la fois, elle transmet qu'elle veut bien « faire cela beaucoup plus » et à la fois elle n'a pas professionnalisé son discours. Il nous semble que cela est nécessairement une limite à l'exercice et nous partageons l'avis du médecin responsable de l'ARS qui dit qu'il faut que ces professionnels soient des « experts » qui sont ressources pour leurs interlocuteurs. Or pour être « ressources » il convient de parfaire sa formation. La notion de compétences collectives, y compris, au sein du CFPD ne peut se développer que si les professionnels parlent le même langage, ont des connaissances de bases

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

partagées, peuvent construire une réflexivité et une analyse des pratiques professionnelles ancrées dans un savoir partagé. La compétence expérientielle existe et c'est ainsi que certains peuvent valider leurs acquis par l'expérience, cependant elle nécessite d'être renforcée par de la formation initiale et ou continue. Le BOTERF définit la compétence comme un savoir mobilisé, un savoir combiné, un savoir transféré et un savoir-faire éprouvé et reconnu. Que ce soit pour l'infirmière de l'antenne d'Ancenis ou celles du CFPD et des autres antennes il paraît essentiel de professionnaliser leurs compétences individuelles afin de créer une identité professionnelle à cette équipe.

Ce raisonnement nous amène à associer une deuxième proposition à celle-ci. En effet, professionnaliser les compétences nécessite qu'elles soient au préalable définies. Pour cela, la formalisation du profil de poste de l'infirmière de santé publique peut être un socle pour décrire les missions, l'attendu de rôle, les activités et tâches et donc définir les connaissances nécessaires et les compétences à développer. Rédiger le profil de poste de l'infirmière affectée à l'antenne de santé publique pourrait permettre d'inclure une progression des compétences sur plusieurs niveaux invitant les professionnels engagés à s'inscrire dans un parcours de professionnalisation.

11-5 Renforcer la dynamique managériale interne au CFPD :

Une première réunion de coordination des infirmières des antennes a eu lieu en juin 2013. Cette initiative qui a pour but d'être poursuivie pourrait être structurée dans un projet managérial. Le cadre de santé semble écartelé dans différentes missions. Elle est dans le « faire » tout en commençant de développer le « faire faire ». Elle explique que « c'est compliqué car les professionnels ne peuvent pas mettre en œuvre car il leur manque de la méthodologie ». Nous suggérons que le cadre de santé structure son management autour du transfert de savoir et du management des objectifs à atteindre.

Le projet managérial pourrait être basé sur les missions, les valeurs, l'acculturation à la santé publique et le développement des interventions. L'objectif est de replacer le cadre de santé sur une posture de management encore une fois en développant le professionnalisme des équipes. Ce projet s'adresserait pour des parties communes à tous les professionnels tant du CFPD que des antennes puis il pourrait y avoir des objectifs plus ciblés pour le professionnel en fonction sur une antenne. D'autre part, la structuration du management permettrait de développer les

compétences collectives qui ne sont pas l'addition des compétences individuelles mais bien le partage des savoirs et des savoirs faire autour d'un projet commun. L'esprit collectif est très présent et très articulé entre les professionnels paramédicaux et médicaux, en revanche il existe un cloisonnement des activités. Les réunions qui sont faites au CFPD avec quelques enseignements des médecins sont porteuses de cette culture interne partagée. La proposition serait de structurer différents types de rencontres, certaines organisationnelles, certaines en développement de savoirs et d'autres en évaluation des pratiques professionnelles soit autour de staff, réunions de synthèse ou débriefing après des évènements marquants mis en place.

La réflexivité est constitutive de professionnalisation, en équipe elle permet le développement d'un savoir commun, d'une identité commune.

11-6 Faire un audit sur la couverture vaccinale dans la communauté de commune :

Les actions centrées sur la vaccination sont très importantes et très chronophages. Compte tenu du nombre de partenaires ayant cet objectif, à l'issue également de notre rencontre avec le maire d'Ancenis également médecin généraliste, il semble qu'effectuer un audit sur la couverture vaccinale dans la communauté de commune serait intéressant. Bien que la démarche demande une structuration méthodologique serrée, cela nous semble réalisable. Nous connaissons les différents partenaires qui sont amenés à proposer de la vaccination et nous pouvons rentrer en partenariat avec les membres élus de la ComPA. Effectuer cet audit permettrait de mesurer le niveau des actions à mettre en place au tour de la vaccination sur le territoire d'Ancenis. Cela permettrait de cibler des indicateurs de performance et d'efficience sur ce champ d'activité.

11-7 Anticiper l'évaluation des actions ou interventions programmées :

Comme nous avons pu le voir au cours du travail, les différents acteurs rencontrés sont curieux de l'évolution de nos travaux et souhaitent en avoir un retour car ce qui les interroge à ce jour et pour des raisons différentes tient à la question de l'efficacité, de l'utilité et de l'efficience.

L'évaluation est simplifiée lorsqu'elle est pensée au moment de la conception de l'action. L'objectif précis, ciblé à atteindre doit engendrer la création du critère et de l'indicateur d'évaluation. Si l'objectif n'est pas déterminé précisément cela indique que l'action n'est pas interrogée dans son sens profond au moment de sa conception. Elle se met en place du fait du

contexte, d'une rencontre, d'une construction de partenariat sans être réintroduite dans son contexte et sans être objectivée. Tout doit être pensé et rédigé au démarrage de l'action : l'objectif à atteindre dans le cadre contextuel précis, la mesure qui va être mise en place pour évaluer l'atteinte de l'objectif et le délai enfin l'échéancier doit également apparaître. Pour éviter le piège du quotidien ou du problème immédiat qui entraîne l'action, il serait intéressant de s'appuyer sur les référentiels existant pour formaliser une procédure de mise en œuvre d'une intervention. L'INPES en a rédigé, de même que différents auteurs dont nous avons utilisés les écrits dans ce travail. Les différentes étapes permettront de situer le contexte de la mise en place, de rattacher ce contexte à une finalité, à des missions et à un axe de la politique territoriale. Puis il pourra être déterminé le ou les objectifs à atteindre avec les indicateurs d'évaluation qui s'y rattachent en prévoyant la méthode d'évaluation. Ceci permet de structurer l'action en prévoyant par avance son évaluation et permet de mettre en place les outils adéquats communs à tous les professionnels du CFPD, de l'antenne et des partenaires potentiels.

Ces propositions ne sont bien sûr pas exhaustives et elles s'appuient aujourd'hui sur l'état du travail en cours. Le protocole d'évaluation mis en place pourra asseoir ou non ces propositions. Elles peuvent également être source d'innovations ou susciter de la part des acteurs en place d'autres éléments de réflexion qui pourront être incluses dans le travail final à l'issue de l'évaluation.

12- ANALYSE REFLEXIVE :

12-1 Une place particulière :

Etre directeur des soins et participer aux activités du CFPD par l'intermédiaire de l'antenne de prévention et de dépistage a été un atout non négligeable pour créer un lien de co-construction avec l'équipe du CFPD. En effet, n'étant pas en stage réellement sur le CFPD mais plutôt sur notre lieu d'exercice, notre question de départ a suscité autant d'intérêt que de réserve, nous semble-t-il, dans l'équipe car les membres ne percevaient pas réellement ce que nous allions initier.

Depuis le démarrage du Master, nous avons communiqué autour de l'intérêt que nous aurions à élaborer notre mémoire autour des activités de l'antenne de santé publique. L'accueil était

plutôt chaleureux et attentiste puis nous avons sollicité les acteurs. Le partenariat existant, la connaissance de l'équipe du fait de notre précédent poste au CHU de Nantes ont favorisé une réponse positive, toutefois nous n'avons pas eu le sentiment de l'appropriation du sujet par l'ensemble des acteurs. Il est à rappeler que la posture des acteurs du CHU vis-à-vis des acteurs de centre hospitalier paraît toujours distanciée avec un regard interrogateur sur les capacités que nous pourrions avoir à influencer sur un projet piloté par « des membres compétents » issus d'une équipe CHU. Est-ce ce type de distanciation et de scepticisme qui a prévalu ? Ceci est bien sûr un ressenti avec lequel nous restons à la fois distanciée et que nous gardons à l'esprit car il nous permet et nous a permis à plusieurs reprises d'avoir une approche plus stratégique des relations interpersonnelles. Le médecin coordinateur du CFPD s'est interrogé sur la manière dont nous allions nous y prendre pour répondre aux questions évaluatives en disant que « poser les questions n'étaient pas un problème, mais y répondre... ! ». Elle ne voyait pas bien ou allait mener notre travail. Cette interrogation était légitime à plus d'un titre. D'une part, ce n'était pas elle qui pilotait complètement la démarche et, d'autre part, l'évaluation reste un domaine souvent non approprié par le corps médical de la fonction publique hospitalière. Pour certains, ils peuvent craindre le côté « contrôle » de l'évaluation surtout lorsqu'elle est amenée par un administratif. Comme elle partait en congé maternité nous lui avons proposé de poursuivre avec le médecin rattaché à l'antenne d'Ancenis mais elle nous a dit que ce « médecin n'avait pas de formation en santé publique et que ce n'était pas réellement son champ de compétence » !!! Elle nous avait proposé de lui envoyer notre travail sur sa boîte mail personnelle. Nous n'avons pas eu de réponse à nos envois et avons donc poursuivi en informant régulièrement le cadre de santé. Nous avons proposé à l'issue de notre travail d'organiser un temps de retour, ce qui a été chaleureusement accepté. Le cadre de santé nous a proposé d'organiser cela en novembre lorsque le médecin coordinateur aura repris son activité professionnelle. La participation et l'implication a été toujours présente lorsque nous avons sollicité des rendez-vous, sans cette collaboration notre travail n'aurait pas pu avoir la même consistance.

Cette place particulière, nous la définirions comme « stagiaire-pilote », c'est-à-dire que nous avons pris soin de toujours présenter le contexte de notre travail c'est-à-dire le stage du master 2 et le questionnement fondateur du travail mené. Ne pas être rattachée au CFPD a nécessité à la fois de positionner ces acteurs et de positionner ma démarche vis-à-vis d'eux afin de montrer la cohérence et la co-construction de notre projet. Nous avons souhaités être loyale

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

avec le CFPD tout en gardant une posture distanciée par notre place dans l'institution d'Ancenis. C'est en ce sens que nous passons avoir été stagiaires à deux titres CFPD et CH d'Ancenis ainsi que pilote car notre réflexion et notre questionnement à piloter l'ensemble du travail ainsi que nos rencontres.

Notre présentation associée à notre mission professionnelle a suscité une implication et une écoute qui nous a semblé attentive des personnes que nous avons rencontrées. Leurs propos nous ont d'ailleurs amenés à penser qu'ils projetaient un suivi de coopération au-delà de ce questionnement premier si nous les y engageons. En effet, la directrice adjointe de l'ARS nous a demandé de l'informer de l'avancée de notre travail, le médecin responsable de l'ARS nous a demandé de lui transmettre notre travail, le maire d'Ancenis nous a engagé à le resolliciter pour organiser un temps de rencontre avec les élus de la ComPA. Nous avons d'ores et déjà engagé une réflexion avec le chef d'établissement pour situer géographiquement sur un autre lieu à l'antenne de santé publique. Le retour de notre travail au CFPD peut aussi faire émerger des pistes de travaux communs dans l'avenir... Notre implication dans le travail et notre statut professionnel permet d'envisager une continuité de la mission que ce soit dans la finalisation de l'évaluation ou dans la mise en œuvre de partenariats ou encore d'interventions nouvelles. Il nous faudra construire un partenariat plus soutenu avec le CFPD car la mission initiale leur appartient. Nous ne devons en aucun cas prendre leur place mais plutôt coopérer au développement d'un professionnalisme et d'une culture partagée.

12-2 Retour sur quelques problématiques :

Pilotage :

Nous restons particulièrement surprise par le manque de coordination du pilotage stratégique, systémique et politique des missions de santé publique d'une région bien que nous en ayons compris la complexité.

La politique quelle qu'elle soit recouvre des domaines de gouvernance structurés et organisés. Nous savons que ce champ théorique est régulièrement bousculé dans sa mise en œuvre car la décentralisation des politiques intègre de multiples acteurs aux logiques différentes qui ne sont pas coordonnés entre eux. Nous avons pu lire cette crainte dans les propos de P.LARCHER dans un chapitre du livre publié par l'INPES *Réduire les inégalités sociales en santé*. D'autres exemples sont criants de ces difficultés comme l'arbitrage des conventions

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

tripartites dans le secteur médico-social. Que de difficultés à communiquer, à mettre en cohérence les budgets, les projets et même les priorités d'axes de travail. La mise en place des nouveaux bacs professionnels interroge sur les coordinations des politiques éducatives. Les bacs type « Accompagnement soins et services à la personne ou Services aux personnes et aux territoires » imaginés ont été créés dans un cadre économique spécifique. Ils ont été travaillés avec le ministère de l'Education nationale pour l'un et le ministère de l'Agriculture pour l'autre. Cependant une partie des savoirs et savoir-faire sont à acquérir en milieu médico-social ou sanitaire sans qu'il y ai eu la moindre coordination avec ces acteurs ... Les exemples de discordance par manque de coordination sont nombreux en politique alors que l'intentionnalité est juste et pertinente. La santé publique n'échappe pas à cette problématique. L'enjeu de la coordination et du pilotage des politiques passe inévitablement par un temps plus précis de formalisation des projets (en ce sens je rejoins le Maire d'Ancenis, vice-président de la ComPA) qui exprime aussi que « chacun travaille dans son coin pour répondre rapidement à un appel d'offre » et la conception de la réponse manque de fond, d'analyse de situations, d'états des lieux, engageant ainsi de nombreuses actions mais qui non coordonnées risquent de ne pas atteindre la finalité recherchée ni en performance ni en efficience.

L'ARS reprend une activité du Conseil général en se tournant vers des acteurs du sanitaire. Il faut tout construire y compris la culture et la compétence. Les élus qui ont eu l'habitude de travailler avec le Conseil général ne sont plus sollicités. Pourtant leur connaissance du territoire est un atout en santé publique. De plus, ils ont des liens étroits avec les libéraux de leurs communes, les associations. Ce partenariat associé à l'expertise des CFPD est absolument nécessaire pour la construction et la mise en œuvre des actions. Ceci est encore plus vrai pour les antennes qui sont isolées sur un territoire qui peut être très différent du profil régional. Le rôle de l'ARS est-il de piloter des missions ou de piloter la politique et la stratégie de mise en œuvre de ces missions ? Il nous semblerait intéressant que la déclinaison de la politique, que l'analyse stratégique de la mise en œuvre des missions soit faite par les professionnels de l'ARS. Ils pourraient formaliser la déclinaison de la politique nationale en politique régionale, de manière à lui donner sens au regard des territoires. Ils pourraient ensuite structurer les places et rôles de chacun et maintenir cette coordination en la structurant dans un organigramme opérationnel où chacun pourrait s'exprimer au regard de ses

compétences. Tout ceci permettrait de structurer le construit social au sens de Crozier⁶² nécessaire aussi à la politique de santé publique.

Management du CFPD :

L'histoire du CFPD explique en partie les rôles et fonctions actuels. Le médecin initialement affecté sur la construction du CFPD et le cadre de santé ont dû concevoir et structurer les principes et organisations à partir de missions définies de manière très larges. Au fur et à mesure que s'est construit le fonctionnement du centre, il aurait fallu que le cadre de santé puisse réintégrer ses missions premières. Le rôle du manager a pu être « mis de côté » du fait de la participation du cadre de santé à la mise en œuvre des différentes actions. Le cadre est également resté dans le « faire » de ces activités car les professionnels recrutés n'avaient ni le savoir, ni le savoir-faire. De ce fait le cadre a continué d'investir les différentes interventions pour développer l'activité du centre. Le phénomène s'est reproduit sur les antennes. Peu à peu, elle essaie de réinvestir les rôles du cadre tout en expliquant que c'est compliqué car le CHU lui a confié d'autres missions, que Les professionnels manquent d'autonomie pour fonctionner et que sans doute faudrait-il qu'elle reprenne un temps de distanciation pour repositionner son rôle de manière formelle et pouvoir le réinvestir et le construire au quotidien. Pour MINTZBERG, le cadre met en jeu des rôles interpersonnels, des rôles liés à l'information et des rôles décisionnels. Il cadre la mission et planifie le travail, c'est le leader, l'agent de liaison. Il utilise l'information en communiquant et pilotant les activités, c'est le rôle d'observateur actif, de diffuseur de paroles. Il aide ses collaborateurs à passer à l'action en mobilisant, animant, en assurant le lien avec l'extérieur et il agit directement sur l'action en gérant les projets, leurs aléas, en négociant avec l'extérieur, c'est son rôle entrepreneurial, de répartiteur des ressources⁶³. A ce jour, une grande partie des activités du rôle du cadre ne sont pas investis. Le ressenti de l'infirmière de l'antenne concernant sa solitude, le manque de projet formalisé et coordonné, la limite de compétence et de cohésion des acteurs...en sont la conséquence directe. Il nous semble qu'un manque de connaissance de la mission du cadre de santé dans le champ du CFPD par les supérieurs hiérarchiques contribue au manque de distanciation et au manque d'analyse des pratiques managériales qui pourraient être initiés par

⁶² L'acteur et le système. Michel CROZIER-Erhard FRIEDBERG. Edition Point. Juin 1992. 500 Pages . Page 278 à 304

⁶³ « Le management – voyage au centre des organisations » H.MINTZBERG. 703 Pages. Page 37 à 53 « La France n'a plus le meilleur système de santé du monde » P.LE DUC ; 25.06.2012 Article Les échos Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ceux-ci. On peut faire l'hypothèse que les supérieurs hiérarchiques du cadre de santé sont dans d'autres logiques et d'autres contraintes du fait d'affectation sur des postes de responsables de pôles sanitaires où la logique T2A et les projets de pôles sont aux antipodes des préoccupations du cadre de santé. Il est possible d'imaginer que le système étant en évolution, il pourra permettre au cadre de santé de faire bouger son rôle développant plus les dimensions managériales qu'organisationnelles.

Pas d'acculturation à la santé publique des professionnels exerçant sur le CFPD ou sur les antennes :

Comme nous l'avons vu au début de ce travail, bien que la France annonce une politique de santé publique celle-ci reste timorée par rapport aux médecines curatives. « La France, placée au 3e rang mondial pour les dépenses de santé par rapport au PIB⁶⁴, ne se trouve qu'à la 18 e place sur les 23 pays les plus industrialisés, pour l'efficacité des dépenses engagées ». « Les inégalités face à la santé expliquent pour une large part les résultats médiocres constatés, malgré une médecine curative de bon niveau et un mode de vie en moyenne plutôt sain. Si l'accès au soin des plus pauvres a été favorisé avec la mise en place de la CMU, ces inégalités trouvent leurs sources en amont du système de soins : conditions de vie et de travail, comportements à risque, inégalités dans les capacités économiques, culturelles et sociales à faire face aux atteintes à la santé, etc. Les réduire supposerait le développement de politiques préventives centrées à la fois sur les transformations de l'environnement, l'action auprès de différentes communautés et des groupes à risque ainsi que sur les individus. Or les démarches de prévention menées en France privilégient l'action impersonnelle sur les comportements individuels et restent très modestes par rapport aux dépenses de médecine curative »⁶⁵. Si nous nous appuyons sur le fait que la culture désigne, selon Bourdieu, l'ensemble des connaissances acquises par un individu, un groupe social, que nos « habitus » sont des dispositions socialement acquises, alors nous pouvons dire que c'est l'ensemble de notre société qui a besoin d'être associée pour créer la culture de santé publique en France⁶⁶. En effet, la politique de santé en France et le contexte de la santé aujourd'hui invite et incite les professionnels dirigeants à travailler sur la qualité de la prise en charge, sur les filières de

⁶⁴

⁶⁵ L'impossible politique de santé publique en France. Marc Lorient <http://www.cairn.info/l-impossible-politique-de-sante-publique-en-franc--9782749200064.htm>

⁶⁶ « Les espaces de la culture » Bourdieu, article Philosophie <http://brouillard-charnel.over-blog.com/article-les-espaces-de-la-culture-95929738.html>

prises en charges et peu à peu sort la santé du curatif pour les entrainer vers l'avant hospitalisation ou l'après hospitalisation. Cette incitation ne se fait que parce que le coût trop élevé de notre système de soins actuel le met en péril. Cette porte d'entrée pour la santé publique est sans doute un moyen d'introduire les concepts de prévention, d'éducation dans notre société et peu à peu d'amener cette politique à s'ancrer dans des valeurs et dans un construit social. Pour ce qui concerne le centre fédératif de dépistage et les antennes, les professionnels sont promoteurs d'une idée, d'un concept qui engendre des comportements. Il est plus qu'étonnant de constater que la connaissance, le savoir et les savoir-faire liés à ce concept, cette politique ne soient pas un prérequis à l'exercice de la mise en œuvre de cette politique. Nous avons les moyens de développer ces compétences grâce à nos voisins européens où à des pays comme le Canada qui peuvent nous apporter par leur expérience et nous aider à bâtir des projets viables. Des formations diplômantes et universitaires existent.⁶⁷ Or, nous avons tendance à nous affranchir de ce besoin de connaissances pour transposer la culture curative vers la santé publique. Bien que des transferts soient réalisables, le socle conceptuel diffère. Nous avons été particulièrement interrogées par cet intérêt du médecin de l'ARS à reconnaître le besoin de formations. Pour lui, il est indispensable de tendre vers une expertise afin de se s'assurer un positionnement mais aussi un rôle de coordinateur, de référent pour le territoire. En tant que directeur des soins nous avons répondu à la demande de positionner un des professionnels de l'établissement sur ce 0,20% ETP après avoir recherché chez cette personne l'envie de développer d'autres champs d'activité en lien avec la santé publique mais sans jamais vérifier son socle de connaissances et mettre en œuvre des objectifs d'apprentissage. Nous aimerions collaborer avec le CFPD sur le profil de poste des professionnels devant intégrer une antenne de santé publique ainsi que sur le parcours professionnalisant à accompagner.

Place et rôle du centre hospitalier de rattachement :

La convention qui lie le centre hospitalier et le CFPD ne met pas en évidence de partenariat au quotidien au bénéfice de la mission. Nous voyons que la superficie de la région, les missions et les activités qui en découlent ne permettent pas aux encadrants du CFPD d'être présents

⁶⁷Agence Régionale de santé. Financer, professionnaliser, coordonner la prévention. INPES. N.LEURIDAN Dossier VARIA
.Annexe 2 Formations

régulièrement dans la coordination de l'antenne. Si le choix est fait de rattacher l'antenne de santé publique à une structure hospitalière, il n'y a aucune précision des rôles et des missions de chacun. Nous avons vu l'isolement de l'antenne de santé publique à tous les niveaux, y compris sur le site de rattachement. Même les filières internes ne sont pas déployées au travers de l'addictologie ou de la PASS, ou encore du lien avec les assistantes sociales qui pourraient être un partenaire logique. D'un autre côté, l'infirmière de santé publique appartient au personnel de l'institution, il y a bien sûr une évaluation professionnelle annuelle de l'agent réalisée par le cadre de santé de l'unité de SSR qui est peu ou pas impliquée dans les activités de l'antenne. Il me semblerait constructif de revoir les conventions de partenariat avec les rôles des uns et des autres. Le rôle de l'établissement de rattachement pourrait intégrer un lien avec le cadre de santé de l'unité de SSR notamment pour la supervision des projets annuels et des objectifs à atteindre. Le CH est en mesure d'aider au développement de partenariat sur le territoire au travers de filières coordonnées qui existent déjà ou d'instances ...Il nous semble que les conventions doivent être réécrites au regard des attendus d'interventions mais également au regard de l'attendu de rôle que pourrait apporter tant dans le management décentralisé que dans le partenariat le CH de rattachement. Le projet d'établissement du centre hospitalier a été rédigé en 2012 et les activités et missions de santé publique sont mentionnées dans le cadre des activités de la gérontologie et des filières gérontologiques. L'antenne est passée sous silence, c'est comme si cette activité n'existait pas et ceci tant dans les orientations stratégiques, dans le projet médical ou le projet de soins...Ne serait-il pas stratégique justement pour l'établissement d'exploiter, dans un sens bénéfique du terme, cette activité pour assoir son rôle de proximité et de réponses aux besoins des usagers du territoire ?

Les enjeux sont importants pour chacune des entités, CFPD et CH, en matière de reconnaissance, de participation à la mise en œuvre des politiques territoriales dans un contexte où il est attendu de l'hôpital qu'il soit performant tant en interne qu'en externe. Il nous semble qu'il y a de place pour tout le monde surtout si le projet est coordonné et valorise les apports de chacun qui sont différents et complémentaires pour que les activités de l'antenne soient adaptées à la population.

12-3 Intérêts de la mission :

« La politique est l'organisation méthodique, théorique et éventuellement pratique des actions d'un gouvernement au pouvoir sur des bases conceptuelles définies et finalisées en vue de maintenir l'équilibre social nécessaire au développement optimal et à la cohérence d'un ensemble territorial et de sa population, ainsi qu'à l'évolution de leurs rapports avec d'autres ensembles gouvernés »⁶⁸. Cette définition nous correspond dans ce qu'elle peut dire de notre mission. En effet, la dimension de cette mission aborde les dimensions d'une politique et particulièrement celle qui nous intéresse la politique de santé publique. Partant de la gouvernance de la politique nationale, elle infiltre les fonctionnements régionaux et territoriaux. C'est pour nous, l'occasion formidable de croiser les apports du master avec une réalité de mise en œuvre.

Nous avons pu ainsi approfondir et certainement nous approprier des éléments théoriques conceptuels et de méthodologie qui pourra demain nous amener à analyser une situation sous des angles bien différents politiquement suivant la place d'où l'on parle. Ce qui nous apparaît essentiel est de maintenir avec tous les interlocuteurs une cohérence qui raisonne avec leurs missions propres et leur place. Nous avons vu que l'ARS ne parle pas le même langage que le CFPD et que celui-ci reste éloigné des antennes ne pouvant non plus comprendre les dimensions de questionnements de ces derniers. Une politique ne doit pas seulement être pensée en terme de finalités, elle doit garder une cohérence de mise en œuvre sur le terrain sous peine de rester une belle intentionnalité pour laquelle des financements, des énergies auront été dépensés sans que les objectifs ne soient jamais atteints.

Je mesure aussi grâce à ce travail combien un concept, une idée et sa finalité est fragile dès qu'elle se confronte à la réalité. Les pilotes de ces politiques n'ont d'autres choix que de toujours décliner avec les acteurs des objectifs et des indicateurs d'évaluation construits ensemble, connus et partagés par tous. Les logiques interpersonnelles, les jeux et enjeux de pouvoirs, les contextes singuliers sont autant de particularités dont il faut tenir compte en s'efforçant de ne pas perdre de vue le concept initial.

Nous nous efforcerons dans les projets que nous aurons à conduire de toujours rester ouverte aux problématiques de nos interlocuteurs pour ajuster les objectifs aux finalités et aux réalités. Nous nous efforcerons également de mettre en lien ces différentes logiques. Une fois encore

⁶⁸ Définition de politique <http://www.olats.org/schoffer/defpol.htm>

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

dans notre parcours professionnel, nous nous trouvons confrontés aux relations interpersonnelles qui ne se comprennent pas car elles ne parlent pas le même langage. Cet enjeu est fondamental au point que s'il s'avérait que certains interlocuteurs ne peuvent articuler finalités, objectifs et commandes du fait d'un contexte trop éloigné de la santé publique, il ne faudrait pas s'empêcher de revoir les organisations. Les CHU deviennent des mastodontes entrepreneuriaux où l'objectif est l'équilibre financier. Nous comprenons l'intérêt pour un centre hospitalier d'élargir ses missions et ses activités mais qui est le pilote au quotidien de ces missions qui ne sont pas le cœur de métier et l'attendu de rôle du CHU ? Qu'il soit partenaire par les expertises qu'il détient est une chose mais qu'il soit pilote en est une autre. Est-ce qu'il ne serait pas plus innovant d'avoir des coordonnateurs pluri professionnels à l'ARS ? Que celle-ci ne soit pas vue et subie uniquement comme contrôleur mais qu'elle soit un véritable manager des projets ? On l'a vu une unité privée de pilotes qui se coordonnent pour amener le projet commun est comme un avion sans pilote. Les identités professionnelles ne se construisent pas, l'objectif se perd et les énergies de cohésion et de performance s'épuisent.

Cette mission nous a permis de noter une fois encore l'importance des rôles, des fonctions, de la lisibilité de la place de chacun, de la posture des décideurs et du professionnalisme attendus des managers de projets. Notre profession de directeurs des soins nous a déjà confrontés à cette réflexion. Nous avons une fois de plus visualisé en quoi la sociologie des organisations est un atout de compréhension de nos systèmes publics. Notre métier possède un atout considérable dans ce système d'action concret. Il a acquis un cœur de métier soignant, s'est développé dans la professionnalisation vers le management de proximité puis il a intégré les dimensions politiques et stratégiques au travers du métier de Directeur. Ce parcours professionnalisant donne au directeur des soins la capacité de comprendre les différentes logiques et de les articuler au bénéfice des finalités et des missions. Concernant notre sujet, les postes de responsabilité et de pilotage à l'Agence régionale de santé sont occupés soit par des directeurs administratifs, soit par des médecins alors que plus de 70% des activités faites au CFPD et sur les antennes sont réalisés par des paramédicaux. Les usagers sont accompagnés le plus souvent pas des acteurs du monde social ou médicosocial voir des libéraux (médecins généralistes, infirmières, pharmaciens etc..), sans oublier les élus. Cette diversité n'empêche pas un manque de regards pluriprofessionnels dans la conception des

démarches, ce qui met en péril l'adéquation dans leur mise en œuvre avec les attentes des territoires de proximité.

Cette interrogation sur les rôles, fonctions et missions nous amène aussi à être attentives aux besoins en compétence pour exercer certaines missions. La question du métier pouvant être affecté sur les antennes nous entraîne une fois encore à réfléchir aux activités délivrées, aux connaissances nécessaires, au type de compétences, et donc aux métiers pouvant s'y rapporter. Il nous semble essentiel dans nos missions quelles qu'elles soient de se rappeler combien cette logique de raisonnement favorise la réussite ou non des actions et des projets qui seront mises en œuvres.

Grâce à cette mission, nous mesurons tout le travail parcouru et tout le travail qu'il reste à parcourir sur l'Hexagone afin d'intégrer la dimension santé publique chez chacun des citoyens que nous sommes. Cette éducation à aller chercher l'information pour comprendre, à prévenir les maladies potentielles en les dépistant ou en adoptant des comportements de prévention...ne fait pas encore partie de nos habitudes. Les campagnes de dépistage contre les cancers du sein, colorectal, les campagnes éducatives sur l'hygiène bucco-dentaire...commencent à impacter les comportements mais nous en sommes encore au début nous semble-t-il surtout lorsque l'on se compare à nos voisins européens ou au Canada. Nous aurons envie de jouer un rôle de promoteur de ces concepts dans l'avenir. D'autre part, une forme d'injustice sociale marque certains membres de la population parce qu'ils n'ont pas eu les moyens, l'opportunité, l'histoire de pouvoir intégrer le cadre social qui leur permette d'avoir recours à tous les moyens de se soigner. Les inégalités sociales existeront toujours. Cependant il n'est pas interdit de souhaiter limiter ces inégalités par des politiques efficaces et appropriées. Ce travail par les recherches qu'elle nous a amenée à faire et par les réflexions qu'elle a suscitées développe le souhait de poursuivre plus loin nos actions afin d'atteindre ces populations quand l'opportunité se présente.

Enfin, dans le master nous avons choisi la spécialisation « évaluation » car il nous importait dans la perspective de notre développement professionnel de pouvoir intégrer cette dimension à nos pratiques professionnelles. La culture de l'évaluation est née avec les ordonnances de JUPPE en 1996 dans le système de santé. Il a fallu du temps pour que les professionnels s'approprient ces dynamiques d'évaluation des pratiques professionnelles. Or si le concept

d'évaluation dépasse le contrôle négatif qui aboutit à la sanction pour devenir le moyen de progresser en mesurant le chemin qui reste à parcourir pour atteindre la référence, il est de toute évidence un levier managérial fort et un outil de mesure de la performance. Dans nos cultures publiques c'est un outil qu'il nous paraît indispensable de déployer. Tout ne doit pas devenir évaluation cependant compte tenu des investissements, des finalités et objectifs affichés ainsi que de la pluridisciplinarité de la mise en œuvre des actions, sans regard précis et critique, il nous paraît impossible de mesurer l'impact des actions et des objectifs posés. Cette mission nous a permis une nouvelle fois de nous confronter à la méthodologie exigeante et précise de l'évaluation en santé publique. Nous ne pensons pas encore avoir atteint la maturité de l'expérience c'est pourquoi nous avons demandé une lecture critique de notre travail. Cependant nous avons pris un véritable plaisir à conduire cette démarche que nous avons trouvée passionnante tant dans la réflexion, le raisonnement que dans les travaux qu'elle a engendrés.

CONCLUSION

Nous arrivons au terme de ce travail avec la satisfaction d'avoir pu formaliser un raisonnement autour d'un questionnement de santé publique. Nous savons que ce travail méritera encore d'être revu et ajusté au regard du contexte en mouvements, de partenariats qui viendront enrichir questionnements et réflexions. Les bases de notre travail avaient pour objectif de comprendre et d'évaluer le fonctionnement de l'antenne de santé publique, d'examiner l'adéquation entre les actions impulsées, la politique nationale et régionale. Nous avons donc construit un protocole d'évaluation qui permettra d'analyser de manière précise l'efficacité des actions de l'antenne de prévention et de dépistage au regard des populations bénéficiaires. Dès à présent, nous pouvons répondre à certains questionnements. La compréhension du contexte et des concepts brossés au démarrage du travail ajoutés à la collecte de données sur la population cible nous a amenés à comprendre que l'antenne de santé publique sur le territoire du pays d'Ancenis fonctionne en répondant sans doute seulement en partie à ses missions. La structuration de projets formalisés avec des objectifs partagés et connus de tous pourra donner de la consistance et de la performance aux actions de l'antenne. Un sens politique doit être en filigrane de chacun des projets. Ceux-ci mettent en jeu de multiples acteurs tant décideurs qu'opérationnels. Là encore la compétence, la connaissance et

le savoir-faire sont de mise. Y a-t-il un seul champ politique actuellement où les pilotes ne s'appuient pas sur des experts du champ exercé ? Le développement de compétences qui assoit et valorise l'importance de connaître les fondamentaux de la santé publique pour exercer des missions avec efficacité et positionnement paraît indispensable. En effet, une véritable assise de la santé publique passera obligatoirement comme toutes les politiques par une valorisation des métiers qui la porte. Le CFPD a recruté un médecin de santé publique, il nous semble important que ce dernier s'entoure de d'autres compétences managériales, financières, opérationnelles outre que celles existantes actuellement. Elles devront posséder des ré-requis en santé publique ou développer des compétences spécifiques. Les antennes doivent se professionnaliser avec des choix de métiers et des missions qui soient orientés tant vers la coordination que vers le pilotage des interventions de proximité. Le rôle des CH de rattachement est à conventionner tant dans les missions que dans le soutien à leur mise en œuvre.

Les entretiens nous ont éclairés sur les positionnements à développer et particulièrement sur les partenariats à organiser. Il nous apparaît que tant que l'organisation ne sera pas construite lisiblement en reprenant le rôle, la place, les missions de chacun, le risque de passer à côté des objectifs sera grand. La santé publique n'est pas uniquement dans les murs de l'hôpital. Comme pour le médico-social ou le social, la confrontation aux articulations des différents acteurs est forte. En démarche qualité, il existe le chemin clinique, outil qui permet de structurer un parcours en santé et faire ressortir les étapes clefs d'articulations nécessaire qui sécurisent le chemin et permettent d'atteindre l'objectif. Ces outils de management par la qualité ont pour avantage de regarder à la loupe les pratiques professionnelles et de situer les risques. Transposés à la santé publique, cet outil serait sans doute un moyen de structurer les interventions en réfléchissant à l'état des lieux, en anticipant les étapes à risques, en coordonnant les étapes à risques et en proposant dès la conception des indicateurs d'évaluation. Utiliser les outils construits par l'INPES ou par les acteurs de la santé publique du Canada, de l'Angleterre, lire, utiliser les publications pour structurer les démarches est un gage de performance. Professionnaliser la santé publique, c'est aussi lui donner une lisibilité de fonctionnement ce qui aujourd'hui n'est pas toujours le cas et ce qui participe à la discréditer. La santé publique doit affirmer son discours et son positionnement en argumentant, commentant ses résultats, en se faisant comprendre des différents interlocuteurs qui ne sont pas dans la même logique de fonctionnement. Au-delà de la politique, il y a le

Laurence LAIGNEL – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2012-2013

positionnement des acteurs et la place à prendre. L'identité professionnelle participe à la socialisation et à la reconnaissance du groupe. Les acteurs de santé publique ont un rôle à jouer pour être écoutés et compris.

Ce qui nous paraît contribuer à construire cette identité au-delà de la compétence est la capacité à être en lien avec les politiques décideurs de l'ARS, une véritable coopération doit exister. Actuellement l'ARS est ressentie comme le contrôle, le régulateur financier avec un pouvoir assimilé au hiérarchique. Rien n'empêche qu'elle garde le rôle de régulateur en co-construisant avec les CFPD et les autres acteurs du territoire. Le pilotage n'exclut en rien le partage. D'autre part, il existe dans d'autres pays des expériences de fonctionnement dont il serait intéressant de s'inspirer pour les adapter aux objectifs que nous souhaiterons atteindre. Tout n'est pas à inventer, se servir de ce qui a été réalisé, de ce que l'on souhaite atteindre et de ce que d'autres ont déjà construit peut être une formidable base.

Nous souhaitons aussi situer notre rôle de directeur des soins en proximité de l'antenne de santé publique observée. Notre responsable de stage nous a laissé travailler pour présenter des propositions d'améliorations de fonctionnement. Outre cette volonté de nous rapprocher de CFPD pour préciser les rôles du centre hospitalier, il nous apparaît important au plus vite de situer l'antenne de santé publique dans un lieu visible, accessible dans l'établissement par les usagers. De plus, il nous paraît indispensable de former la professionnelle qui exerce ces fonctions dans un délai court.

Enfin, il faudra, pour le CFPD, porter une réflexion sur la structuration des activités et des projets de l'antenne avec un retour vers l'institution de rattachement afin qu'il puisse y avoir ajustement, soutien et allers retours entre l'institution et le CFPD. Nous l'avons vu tout au long de ce travail, la coordination, la lisibilité étant de mise, il nous paraît nécessaire de commencer sur notre lieux d'exercice.

En ce qui nous concerne autour de cette mission, nous avons pris beaucoup de plaisir à travailler, sonder, réfléchir, à chercher à comprendre et à utiliser les concepts et méthodes apprises au cours de notre enseignement. Nous sommes convaincues que la démarche d'évaluation en santé publique est un levier fondateur de la reconnaissance de la santé publique et des interventions et aussi de la politique qui doit la piloter. Notre champ professionnel s'est enrichi de ce savoir et nous espérons avoir d'autres occasions de les exploiter. Enfin, nous sommes particulièrement intéressées par les inégalités sociales de santé.

Elles sont souvent liés à des facteurs sociaux et économiques. S'y intéresser et prendre notre place pour participer à leur réduction, c'est garder une des valeurs fondamentale de notre système de santé Français, qui est que chacun a le droit de recevoir des soins quel que soit son appartenance social, ethnique... Les évolutions en santé vont s'accroître dans les années à venir donnant la possibilité de vieillir en bonne santé plus longtemps. Les biotechnologies et nanotechnologies vont démultiplier les pouvoirs être en santé. Que ferons-nous si les inégalités sociales se creusent ? Quels rôles ont nos politiques de santé ? Quels rôles avons-nous dans nos filières de prise en charge pour éviter que ce faussé se creuse ? Commencer par coopérer autour de la mise en œuvre d'une politique de santé publique performante ne serait-il pas la première action à mener ? Nous espérons que nous convaincrions au travers de ce travail nos partenaires potentiels et que nous aurons l'occasion à notre niveau de commencer à construire cette coopération.

Bibliographie

ARTICLES, RAPPORTS et DOCUMENTATION

- COMPA Communauté de communes du Pays d'Ancenis, *Diagnostic territorial du Pays d'Ancenis*, Septembre 2012.
- Travail de fin d'étude master dynamiques et actions sociales territoriales, *Cartographie et analyse des actions « hors les murs » réalisées par le centre fédératif de Prévention Dépistage de Nantes de 2007 à 2011*- C.CAZENAVE 2012.
- Rapport de présentation, *Plan d'urbanisme du Pays d'Ancenis*, Novembre 2012.
- Guide pour la préparation et la conduite d'évaluation régionales, *Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs* avril 2000. Commissariat général du plan.
- Contrats de plan Etat-Région, *Appui technique au développement de l'évaluation*. Version juin 2003 8. Ministère de la santé et des sports.
- OFDT Ministère de la santé et des sports, *Evaluer les interventions de réduction des risques*.
- Rapport IGAS, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'actions* mai 2011.
- Inspection générale des affaires sociales-Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux, *Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural*, Rapport Tome1. Septembre 2009.
- Danièle JOURDAIN MENNINGER Dr. Gilles LECOQ Membre de l'IGAS, *Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles*, Aout 2010
- Florence MORESTIN et Julie CASTONGUAY, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé Institut National de santé publique, *Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment?* Québec Mars 2013

- N.LEURIDAN, *Agence Régionale de santé. Financer, professionnaliser, coordonner la prévention*. Dossier VARIA, INPES
- ARS Projet régional de santé Indicateurs de santé Spécificités territoriales en Loire-Atlantique Octobre 2011

OUVRAGES

- MINTZBERG.H, *Le management – voyage au centre des organisations* Editions d'Organisation. Septembre 2008, 703 Pages
- Michel CROZIER-Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Edition Point. Juin 1992, 500 Pages
- G. LEBOTERF, *De la compétence à la navigation professionnelle*, Ed Organisation. Paris 1997
- A.LECLERC, M.KAMINSKI, T.LANG, *Inégaux face à la santé*, Inserm Edit° La découverte Novembre 2008, 297 Pages
- C.NIEWIADOMSKI, P.AÏACH, *Lutter contre les inégalités sociales de santé, Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Edition Presse de l'EHESP, Recherche santé social, 278 Pages
- Ivan SAINSAULIEU, *L'hôpital et ses acteurs- Appartenances et égalité*, Edition Belin. Mars 2007 267 Pages.

SITES INTERNET

- http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Elaboration_de_la_politique_vaccinale.pdf
- Les enjeux de la prévention en matière de santé. JC ETIENNE. C.CORNE 2012. « Les avis du conseil économique, social et environnemental » février 2012.
http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf
- http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/infostat/is430/cahier_departemental_44.pdf Source INSEE - Recensement 1999 et 2006
- <http://www.pays-ancenis.com/le-pays-dancenis-en-chiffres/habitat/>

- http://www.paysancenis.com/fileadmin/fichiers/COMPA/Diagnostic_territorial_de_sante.pdf
- L'impossible politique de santé publique en France. Marc Lorient
<http://www.cairn.info/l-impossible-politique-de-sante-publique-en-franc--9782749200064.htm>
- « Les espaces de la culture » Bourdieu, article Philosophie <http://brouillard-charnel.over-blog.com/article-les-espaces-de-la-culture-95929738.html>

TEXTES LEGISLATIFS

- LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales JORF n° 190 du 17 août 2004 page 14545. Texte N°1
- CIRCULAIRE N°DGS/RI2/2012/222 du 01 juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH

Liste des annexes

Annexe 1 : Cahier des Charges et Dossier d'habilitation CFPD 2012 Finalisation

Annexes 2 : 2a, 2b Cahier des charges, dossier d'habilitation

Annexes 3 : 3a, 3b, 3c Bilan des activités du centre fédératif de prévention et dépistage 2011

Annexe 4 : Page 1 et 2 Fiche de recueil des activités

Annexe 5 : Compte financier 2011

Annexe 6 : Fiche mensuelle d'activité

Annexe 7 : Rénovation du dispositif du CDAG- CIDDIST

ANNEXE 1

EXTRAIT de la LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Article 71

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les articles L. 1423-1 et L. 1423-2 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 1423-1. - Le département est responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues au livre Ier de la deuxième partie.

« Art. L. 1423-2. - Le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'Etat, participer à la mise en oeuvre des programmes de santé définis. en application du titre Ier du livre IV de la première partie, notamment des programmes de dépistage des cancers. » ;

2° L'article L. 1423-3 est abrogé ;

3° Dans le premier alinéa de l'article L. 2112-1, les mots : « le 1° de » sont supprimés ;

4° L'article L. 3111-11 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3111-11. - Les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites.

« Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en oeuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. Les vaccinations réalisées en application de cette convention sont gratuites. » ;

5° L'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre Ier de la troisième partie est ainsi rédigé : « Lutte contre la tuberculose et la lèpre » ;

6° L'article L. 3112-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3112-2. - La lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'Etat.

« Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en oeuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. » ;

7° L'article L. 3112-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3112-3. - La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des articles L. 3111-11 ou L. 3112-2.

« Les dépenses afférentes au suivi médical et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale. » ;

8° Les articles L. 3112-4 et L. 3112-5 sont abrogés ;

9° L'intitulé du titre II du livre Ier de la troisième partie est ainsi rédigé : « Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles » ;

10° L'article L. 3121-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3121-1. - La lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'Etat.

« Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en oeuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. » ;

11° Après l'article L. 3121-2, il est inséré un article L. 3121-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3121-2-1. - Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1. »

ARRETE N° ARS-PDL/DPPS/DPSP/2012/26/44

portant habilitation du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

**La directrice générale de l'Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire**

- VU le code de la santé publique ;
- VU la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;
- VU la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;
- VU la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
- VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- VU le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- VU le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé ;
- VU le décret n° 2005-1068 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organismes pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et modifiant le code de la santé publique ;
- VU l'arrêté du 11 octobre 2006 relatif au compte rendu financier prévu par l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;
- VU l'arrêté ministériel du 19 décembre 2005 fixant le contenu des dossiers accompagnant les demandes d'habilitation présentées en application des articles D3111-23, D3112-7, D 3112-13 et 121-39 du code de la santé publique ;
- VU l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application des articles D.3111-25, D.3112-9 et D.3121-41 du code de la santé publique ;
- VU la circulaire interministérielle n° DGS/SD5A/SD5C/SD6A/2005/220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences en matières de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles ;
- VU la circulaire interministérielle n° DGS/SD5A/SD5C/SD6A/DGCL/2005/342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités par les départements ;
- VU le dossier de demande de renouvellement présenté par le Centre Hospitalier Universitaire en date du 5 avril 2012,

ARRETE

Article 1er : Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes est habilité pour assurer :

- la lutte contre la tuberculose,
- le dépistage et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles,
- la réalisation des vaccinations,

jusqu'au 20 janvier 2015.

Article 2 : Le Centre Hospitalier Universitaire doit mettre en œuvre les actions relatives à la Santé Publique conformément aux cahiers des charges joints au présent arrêté.

Article 3 : La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire et la Directrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, sont chargées de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Nantes, le - 4 JUIN 2012

La Directrice Générale,
de l'ARS Pays de la Loire

Pour le Directeur de la Prévention
et de la Santé,
le Responsable de la Promotion
de la Santé et de la Prévention,

Daniel RIVIERE

Cahier des charges centre de vaccination

Préambule

La loi du 13 août 2004 a recentralisé à l'Etat les activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) crée les Agences Régionales de Santé et définit le cadre de la déclinaison régionale des politiques de santé.

L'objectif principal de l'Agence Régionale de Santé est de promouvoir le concept de santé globale et de contribuer à réduire les inégalités populationnelles et territoriales.

I – LES MISSIONS :

Le centre de vaccination publique, habilité par l'Agence Régionale de Santé, propose à titre gratuit, les vaccins recommandés et inscrits dans le calendrier vaccinal, prévu à l'article L3111-1 du Code de la Santé Publique.

Il assure cette mission dans le respect des conditions d'exercice précisées par ce cahier des charges.

Il participe à la mise en œuvre de la politique vaccinale et concourt au développement de la prévention vaccinale.

Il participe également au dispositif de surveillance et d'alerte avec l'autorité sanitaire.

II – LES OBJECTIFS :

OBJECTIFS GENERAUX :

- Assurer un service public de vaccination gratuite de qualité.
- Mettre en œuvre la politique vaccinale.

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

- Assurer l'accueil, l'information, le conseil personnalisé et la pratique des vaccinations.
- Accroître les taux de couverture vaccinale pour lesquels des insuffisances sont constatées dans la population générale et notamment les populations vulnérables, en référence aux priorités du PRS.
- S'adapter, entre autres par une implantation et une communication pertinente, à l'accueil des personnes qui accèdent difficilement aux structures de soin et de prévention.
- Réaliser des missions d'information du grand public et participer à la sensibilisation et à la formation des professionnels du champ sanitaire, médico-social et social.
- Développer les compétences nécessaires pour être un véritable "pôle ressource départemental" en matière de connaissances et de pratiques dans le domaine de la vaccination.

- Mettre en place un partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés par la politique vaccinale.
- Développer une démarche de prévention et d'incitation à la vaccination.
- Proposer et participer à des campagnes de vaccination.
- Participer, en cas de besoin, aux travaux de préparation et de gestion de crise comportant une composante vaccinale.

III – LES REGLES DE BONNES PRATIQUES :

Le centre devra se référer aux recommandations du calendrier vaccinal en vigueur, aux avis du Haut Conseil en Santé Publique et aux documents édités par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

A ce jour, la réalisation des vaccinations comprend les démarches suivantes :

- Accueil et entretien médical.
- Examen du carnet de vaccination ou de santé afin de vérifier les vaccins déjà réalisés.
- Pose de l'indication des vaccins à pratiquer.
- Recherche d'éventuelles contre-indications ou réactions à des vaccinations antérieures.
- Information sur les bénéfices / risques.
- Avant l'acte vaccinal : remise d'un document d'information dans le cas où il n'existe pas de notice avec le vaccin et information systématique des patients sur les risques secondaires possibles.
- Pratique de la vaccination en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie, ainsi que les précautions universelles (matériel à usage unique...).
- Inscription de la marque du vaccin, du numéro du lot, de la date et du nom du vaccinateur, sur le carnet de santé de l'enfant ou le carnet de vaccination de l'adulte. A défaut, un certificat de vaccination sera délivré. Les mêmes renseignements doivent être inscrits sur le registre du centre.
- Remise du carnet de vaccination à la personne.
- Vérification de l'absence d'effet secondaire immédiat.
- Proposition de rendez-vous pour une dose supplémentaire ou un rappel.

IV – LOCAUX ET EQUIPEMENT :

- Le centre de vaccination est clairement flêché, les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite, ainsi que par les transports en commun.
- La dénomination et les renseignements relatifs au dispositif, à l'entrée et sur tout support de communication, sont adaptés aux missions et à la population.
- Des antennes du centre, éventuellement mobiles, peuvent être développées pour améliorer la couverture territoriale et favoriser l'accès des personnes.
- Dans la mesure du possible, les horaires d'ouverture sont adaptés aux contraintes des usagers. Une permanence téléphonique est assurée par une ligne directe avec renvoi ou répondeur.

- La structure élabore une plaquette d'information tout public, précisant les jours et horaires d'ouverture du centre et des éventuelles antennes.
- Les locaux doivent prendre en compte le risque de contagion et respecter la confidentialité.
- Le centre, ainsi que les éventuelles antennes, sont équipés de réfrigérateurs réservés au stockage des vaccins, dotés d'un système de contrôle de la température interne. Le protocole de "chaîne du froid", nécessaire à la conservation des vaccins doit être respecté.
- Un outil informatique est mis en place pour le suivi de l'activité. Si ce fichier informatique contient des informations personnelles, il devra faire l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).
- Le centre et les éventuelles antennes doivent se conformer à la réglementation en vigueur pour l'élimination des déchets contaminés.
- Les numéros de téléphone des services d'urgence doivent être accessibles immédiatement, afin de pouvoir, le cas échéant, faire transporter sans perte de temps un patient dans un service d'urgence en cas d'accidents possibles, allergiques ou autre.
- Le centre a obligation de déclarer les effets indésirables graves ou inattendus susceptibles d'être dus aux vaccins, au centre régional de pharmacovigilance.

V – LE PERSONNEL :

- La composition et l'effectif de l'équipe de professionnels doit être adaptés aux besoins locaux et à l'activité du centre.
- La présence d'un médecin sur les lieux aux heures d'ouverture est obligatoire. Ce professionnel doit avoir une expérience dans le domaine de la vaccination.
- Un médecin responsable du centre est désigné, il assure la coordination de l'équipe et participe aux missions de formation des personnels. A cet effet, il adapte et met à jour régulièrement ses connaissances dans le domaine de la politique vaccinale en se référant à la réglementation et aux règles de bonnes pratiques.
- Le personnel justifie d'une formation adaptée, notamment aux méthodes d'éducation pour la santé.
- Un personnel spécifiquement destiné à l'accueil et au secrétariat est souhaitable.
- Les professionnels du centre peuvent être sollicités pour participer au plan régional, à des travaux de réflexion dans le domaine de la prévention médicalisée.

VI – LES PARTENARIATS :

Le centre s'inscrit dans le réseau local, se fait connaître et instaure une collaboration avec les services hospitaliers, les médecins libéraux, les services de PMI (protection maternelle et infantile) et l'Education Nationale.

Le centre engage également un partenariat avec l'ensemble des acteurs oeuvrant auprès des publics en situation précaire, populations marginalisées ou ayant un accès difficile aux services de santé et à la prévention.

Exemple : CHRS (centre d'hébergement et de réadaptation sociale), CADA (centre d'accueil pour les demandeurs d'asile), centre de détention, services municipaux d'hygiène, etc.

VII – L'EVALUATION :

Chaque année, le centre de vaccination transmet à l'ARS des Pays de la Loire un rapport d'activité et de performance selon le modèle fixé par l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 publié au Journal Officiel le 18 décembre 2010.

Cahier des charges centre de lutte antituberculeuse (CLAT)

Préambule

La loi du 13 août 2004 a recentralisé à l'Etat les activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) crée les Agences Régionales de Santé et définit le cadre de la déclinaison régionale des politiques de santé.

L'objectif principal de l'Agence Régionale de Santé est de promouvoir le concept de santé globale et de contribuer à réduire les inégalités populationnelles et territoriales.

I – CHAMPS DE COMPETENCE du CLAT :

Le CLAT est un service médical à composante sociale dont le champ de compétence est la tuberculose dans ses aspects de prévention individuelle et collective, de dépistage, de suivi et de traitements.

Les personnes bénéficiaires sont les sujets à risque de tuberculose et les personnes atteintes par la maladie.

II – MISSIONS DU CLAT :

Conformément à l'article D3112-7 du Code de la Santé Publique, le CLAT doit être en mesure d'assurer :

- La réalisation d'enquêtes dans l'entourage de tous les cas, c'est-à-dire : l'identification et le suivi des sujets contacts des patients atteints de tuberculose maladie transmissible ; ou la recherche des sources d'infection, des cas d'infection latente ou de tuberculose maladie non transmissible.
- A la demande, le suivi médical des personnes atteintes (tuberculose ou infection latente) et la délivrance des médicaments, selon la réglementation en vigueur et sans frais pour les personnes.
- La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sans frais pour les personnes et selon la réglementation en vigueur.
- Le dépistage des populations à risque en fonction de l'épidémiologie locale.
- La constitution d'une équipe de professionnels dont la composition et l'effectif sont adaptés aux besoins locaux.
- La réalisation des consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre la tuberculose.
- Des entretiens individuels d'information et de conseil ; un document précisant au minimum les coordonnées de la structure, les horaires d'ouverture et des recommandations compréhensibles en termes de prévention et de suivi, doit notamment être tenu à disposition des personnes.

- La formalisation, sous forme de convention, d'une collaboration avec au moins un service hospitalier susceptible de prendre en charge les personnes atteintes de tuberculose.
- Le CLAT est le promoteur du réseau de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose, il anime l'ensemble des partenaires locaux impliqués dans la lutte contre la tuberculose.
- Le CLAT concourt à l'information du public ou des collectivités concernées.
- Il participe au dispositif de surveillance et d'alerte avec l'autorité sanitaire.

III – OBJECTIFS DU CLAT :

- Devant un cas de tuberculose maladie ou d'infection tuberculeuse latente, le CLAT doit être en mesure de coordonner ou de réaliser l'identification et le suivi nécessaire des personnes en contact. Cette action nécessite de :
 - connaître les cas et leur prise en charge,
 - définir les actions de dépistage nécessaires en s'assurant de leur exhaustivité et de leur réalisation effective par le CLAT.
- Le CLAT participe à la prise en charge médico-sociale des cas de tuberculose maladie ou d'infection latente, conformément à la réglementation et en tenant compte des recommandations en vigueur.
- En fonction de l'épidémiologie locale, le CLAT organise le dépistage de la tuberculose au sein des populations à risque, en coordination avec les institutions concernées, en associant des actions d'information et de formation.
- Il participe à la vaccination par le vaccin anti tuberculeux BCG, selon la réglementation et en tenant compte des recommandations en vigueur.
- La gestion des missions est centralisée par une cellule de coordination.

IV – REGLES DE BONNES PRATIQUES

- Le CLAT se réfère aux recommandations du Ministère de la Santé, ainsi qu'aux avis du Haut Conseil en Santé Publique et aux documents édités par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).
- La démarche de dépistage ou de suivi, demande l'accord des personnes (dans le cadre réglementaire). Elle respecte le choix des personnes et les prérogatives de leur médecin traitant.
- Un recueil des données est établi pour chaque usager.
- Les protocoles formalisés sont régulièrement suivis et actualisés.
- Les décisions de suivi sont prises par le médecin, après consultation de l'équipe.

V – PERSONNEL ET EQUIPEMENT

- Les locaux prennent en compte le risque de contagion et respectent la confidentialité. Ils sont par ailleurs accessibles aux personnes à mobilité réduite.
- Des unités mobiles peuvent être développées pour favoriser l'accès aux personnes, notamment en collectivité.
- Dans la mesure du possible, les horaires d'ouverture sont adaptés aux contraintes des usagers.
- La composition et les effectifs de l'équipe sont adaptés aux besoins locaux.
- L'organisation du service doit permettre un accès rapide aux moyens de diagnostic de la tuberculose.
- Un outil informatique est mis en place pour le suivi de l'activité. Si ce fichier informatique contient des informations personnelles, il fera l'objet d'une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

VI – PARTENARIATS

- Le CLAT s'inscrit dans le réseau local, se fait connaître et engage un partenariat formalisé avec les acteurs professionnels et associatifs œuvrant auprès des publics en situation précaire, populations marginalisées ou ayant un accès difficile aux services de santé et à la prévention.
- Des conventions sont conclues, notamment avec les centres hospitaliers, les établissements pénitentiaires, les UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires), les services de médecine du travail, le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales), le SAMU social, etc.
- Une collaboration avec les médecins libéraux est instaurée.

VII - EVALUATION

Chaque année, le CLAT transmet à l'ARS des Pays de la Loire un rapport d'activité et de performance selon le modèle fixé par l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 publié au Journal Officiel le 18 décembre 2010.

Cahier des charges centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)

Préambule

La loi du 13 août 2004 a recentralisé à l'Etat les activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) crée les Agences Régionales de Santé et définit le cadre de la déclinaison régionale des politiques de santé.

L'objectif principal de l'Agence Régionale de Santé est de promouvoir le concept de santé globale et de contribuer à réduire les inégalités populationnelles et territoriales.

I – LES MISSIONS :

Le CIDDIST habilité par l'Agence Régionale de Santé, propose à titre gratuit et de façon anonyme, des actions d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

Il assure cette mission dans le respect des conditions d'exercice précisées par ce cahier des charges.

Il participe à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

II – LES OBJECTIFS :

OBJECTIFS GENERAUX :

- Mettre en œuvre la politique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.
- Assurer un service public gratuit et de qualité en matière d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

- Assurer l'accueil, l'information, le conseil personnalisé et l'accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale adaptée, de la population générale et des populations vulnérables.
- S'adapter, entre autres par une implantation et une communication pertinente, à l'accueil des personnes qui accèdent difficilement aux structures de soin et de prévention.
- Réaliser des missions d'information du grand public et participer à la sensibilisation et à la formation des professionnels du champ sanitaire, médico-social, social et éducatif.

- Développer les compétences nécessaires pour être un véritable "pôle ressource départemental" en matière de connaissances et de pratiques dans le domaine de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.
- Développer une démarche de prévention et d'incitation au dépistage, en cohérence avec les orientations régionales et départementales et en partenariat avec les acteurs concernés par la politique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.
- Promouvoir des actions de dépistage hors les murs, tout particulièrement en direction des populations les moins susceptibles de fréquenter le centre (ex : migrants, détenus...).
- Participer à la surveillance épidémiologique de la population consultante, sous la coordination de l'Institut de veille sanitaire.

III – LES REGLES DE BONNES PRATIQUES :

Le centre se réfère aux recommandations du Ministère de la Santé, ainsi qu'aux avis du Haut Conseil en Santé Publique et aux documents édités par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

La démarche de dépistage dans les CIDDIST est volontaire et anonyme et la prise en charge des personnes est assurée dans les conditions suivantes :

- Accueil, écoute de la demande, information et aide à l'élaboration de conduites de prévention personnalisées au cours d'un entretien individuel.
- La réalisation d'un TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique du VIH) se fait conformément à la réglementation en vigueur.
- Après analyse du risque et examen clinique si nécessaire ou de résultat de TROD positif, prescription éventuelle par un médecin, de tests à visée diagnostique.
- Remise des résultats par le médecin à l'intéressé, accompagnée d'une éventuelle prescription thérapeutique au cours d'un entretien individuel qui a pour objectif le rappel des conseils de prévention, l'information et l'orientation éventuelle vers une prise en charge sanitaire ou sociale.
- Dans tous les cas, les résultats sont rendus dans un délai d'une semaine au plus.
- Tout consultant bénéficie de l'anonymat. Dans ce but, un numéro de code comprenant les initiales du nom et du prénom, ainsi que l'année de naissance, est remis par écrit au consultant lors de son enregistrement. Ce numéro figure sur les tubes de prélèvement et sur tout document relatif au consultant. Il est exigé lors du rendu des résultats. Ce code permet de préserver l'anonymat du patient, tout en permettant un suivi du dossier médical en cas de consultations successives.
- Les examens biologiques sont réalisés uniquement sur prescription médicale. Ils sont pratiqués par un ou des laboratoires d'analyses de biologie médicale soumis au contrôle de qualité exécuté par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Des conventions conclues avec ces laboratoires, précisent notamment les délais de rendu des résultats par le laboratoire, afin de respecter le délai prévu ci-dessus.
- En cas de diagnostic positif, il est proposé le dépistage et le traitement éventuel des partenaires.

IV – LES LOCAUX ET L'EQUIPEMENT :

- Le centre est clairement fléché et les locaux sont accessibles, notamment par les transports en commun. Ils sont également accessibles aux personnes à mobilité réduite.
- La dénomination et les renseignements relatifs au dispositif, à l'entrée et sur tout support de communication, sont adaptés aux missions et à la population.
- Des antennes du centre, éventuellement mobiles, peuvent être développées pour favoriser l'accès des personnes et la couverture territoriale.
- Dans la mesure du possible, les horaires d'ouverture doivent être adaptés aux contraintes des usagers. Une permanence téléphonique est assurée par une ligne directe avec renvoi ou répondeur.
- La structure élabore une plaquette d'information tout public qui précise les jours et horaires d'ouverture du centre et des éventuelles antennes.
- Les locaux doivent respecter la confidentialité.
- Le bureau pour la consultation médicale est équipé pour réaliser des examens gynécologiques et urologiques.
- Un outil informatique est mis en place pour le suivi de l'activité. Si ce fichier informatique contient des informations personnelles, il devra faire l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).
- Le centre et les éventuelles antennes doivent se conformer à la réglementation en vigueur pour l'élimination des déchets contaminés, respecter les règles d'hygiène en vigueur et les règles de conservation et de transport des prélèvements pour analyses biologiques et des médicaments.

V – LE PERSONNEL :

- La composition et l'effectif de l'équipe de professionnels doivent être adaptés aux besoins locaux et à l'activité du centre. Cette équipe est composée, au minimum, de deux personnes dont au moins un médecin qui doit être présent sur les lieux aux heures d'ouverture du centre.
- Un coordinateur médical est désigné, il assure la coordination de l'équipe et participe aux missions de formation des personnels. A cet effet, il adapte et met à jour régulièrement ses connaissances dans le domaine de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.
- L'ensemble du personnel est formé à l'éducation pour la santé, à l'abord de la sexualité, à la connaissance des différentes pratiques à risque, dont celles des usagers de drogue, aux mesures préventives adaptées aux différentes situations d'exposition et aux différents contextes socioculturels.
- Le personnel médical est formé à l'évaluation du risque de transmission, au diagnostic clinique et biologique des IST dans leurs différentes phases, notamment la primo-infection pour le VIH, à l'annonce du résultat positif.
- Un personnel spécifiquement destiné à l'accueil et au secrétariat est souhaitable.

- Les professionnels du centre peuvent être sollicités pour participer au plan régional, à des travaux de réflexion dans le domaine de la prévention médicalisée.

VI – LES PARTENARIATS :

Le centre instaure une collaboration avec les médecins libéraux.

Il s'inscrit dans le réseau local, se fait connaître et engage un partenariat avec les acteurs professionnels et associatifs locaux œuvrant auprès des publics en situation précaire, populations marginalisées ou ayant un accès difficile aux services de santé et à la prévention, ainsi qu'auprès des structures recevant des jeunes (missions locales, centres de formation, établissements scolaires, etc.)

Par ailleurs, une convention est conclue avec les centres hospitaliers qui gèrent des services compétents pour la prise en charge des personnes séropositives, des hépatites virales, des condylomes oncogènes.

Enfin, la structure s'inscrit dans les réseaux ville-hôpital existants.

VII – L'EVALUATION :

Chaque année, le centre transmet à l'ARS des Pays de la Loire un rapport d'activité et de performance selon le modèle fixé par l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 publié au Journal Officiel le 18 décembre 2010.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

**DEMANDE D'HABILITATION
POUR LES ACTIVITES DE VACCINATION,
DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET DE LUTTE CONTRE
LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

SOMMAIRE

Introduction, dispositions et organisation générales

- L'unité de coordination du Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD)	p. 5
- Le Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP).....	p. 10
- Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)	p. 17
- Le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST)	p. 24

ANNEXES

- 1) Tableau des emplois non médicaux CFPD 2012
- 2) Tableau des emplois médicaux CFPD 2012
- 3) Antenne de Châteaubriant, convention et protocole d'organisation
- 4) Antenne d'Ancenis, convention et protocole d'organisation
- 5) Antenne de Machecoul, convention et protocole d'organisation
- 6) Antenne UCSA, projet médical
- 7) Antenne SUMPPS, convention et protocole d'organisation.

INTRODUCTION

La recentralisation des compétences exercées par les départements en matière de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses, en 2004, vise à donner à l'Etat les moyens d'organiser la mise en œuvre de cette politique en fonction des objectifs de la loi de santé publique et des principes généraux rappelés ci-dessous :

- La proximité et le renforcement des liens avec les structures sociales et médico-sociales qui hébergent ou accueillent le public visé
- Un travail en réseau avec l'ensemble des structures qui interviennent en matière de santé auprès de ces populations
- La prise en compte des besoins en matière d'accompagnement social des personnes dans la démarche de soin et de prévention

Ainsi, le centre hospitalier universitaire de Nantes a été habilité en janvier 2006 à exercer les compétences de santé publique désormais confiées à l'Etat, en matière de vaccinations, de lutte contre la tuberculose et de prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles. Il a donc été créé le 9 mai 2006, au CHU de Nantes, le Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD) réunissant :

- Une unité de coordination du CFPD
- Un Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP)
- Un Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)
- Un Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST)

La recentralisation de ces actions de santé publique est financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de Loire, qui fixe le programme et le budget annuel du CFPD, réparti sur les trois unités fonctionnelles (CVP, CLAT, CIDDIST).

Le programme prévu dans la convention est placé sous la responsabilité du Directeur Général du CHU de Nantes, qui s'engage à transmettre annuellement le rapport d'activité et de performance des trois unités (CVP, CLAT, CIDDIST).

Dispositions générales du CFPD

Etablissement habilité pour la Loire-Atlantique : CHU de Nantes
Adresse : 5, allée de l'Île Gloriette – Immeuble Deurbroucq - 44093 Nantes Cedex 1
Directeur Général : Madame C. COUDRIER
Directeur adjoint : Monsieur T. ROUX
Directeur médical du pôle Médecine-Cancer-Hématologie : Professeur J. H. BARRIER

Organisation générale du CFPD

Le professeur J.H. BARRIER, chef du pôle Médecine-cancéro-hématologie, du CHU de Nantes est le médecin responsable sur le plan médico-légal du Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD).

Le médecin désigné comme responsable médical du CFPD est le Dr Charlotte BIRON.
Le médecin désigné comme coordinateur médical du CFPD est le Dr Julie COUTHERUT.

Le CFPD est un centre départemental de recours pour la vaccination, la lutte contre la tuberculose et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, les hépatites et le VIH.

UNITE DE COORDINATION DU CENTRE FEDERATIF PREVENTION DEPISTAGE (UF 1131)

A. CONTEXTE

L'unité de coordination du CFPD permet la gestion et l'harmonisation du développement des activités des différentes unités composant ce centre : CVP, CLAT et CIDDIST. Son rôle prioritaire est la création, le développement et le suivi de réseaux de partenaires en lien avec les problématiques des populations ciblées. Il a également un rôle important de communication et d'information sur les différentes activités.

Missions de l'unité de coordination

- Promouvoir et développer les activités de prévention et de dépistage à l'échelle départementale en développant des réseaux de prévention
- Mettre en œuvre la dynamique du « Aller vers ... », à la rencontre des populations les plus à risques et ayant des difficultés d'accès aux soins économiquement et/ou géographiquement
- Aller à la rencontre des professionnels et développer le réseau de partenariats avec les professionnels de santé en médecine libérale et hospitalière
- Mettre en œuvre, en lien et en cohérence, les projets de chaque unité du CFPD

B. LOCAUX ET MATERIELS

Dénomination

Unité de coordination du CFPD
Immeuble Le Tourville, 4^{ème} étage
5, rue du Professeur Yves Boquien
Téléphone : 02.40.08.70.93
Messagerie électronique : centre_federatif_prevention_depistage@chu-nantes.fr

Le CFPD dispose de lexiques de santé français/langue étrangère disponibles dans chaque unité.

Il bénéficie également de vacations d'interprétariat dans le cadre d'une convention avec l'Association Santé Migrants de Loire-Atlantique (ASAMLA).

De même un plan d'accès, traduit en roumain, est disponible dans chaque centre, indiquant le trajet Immeuble Le Tourville – Dispensaire Jean V.

Pour toute intervention en dehors des locaux, une « unité mobile » est mise à la disposition des différentes unités du CFPD :

- 1 véhicule aménagé (bus prévention santé) et 2 véhicules légers
- 3 malles d'urgence nécessaires pour les actions « hors les murs » (1 au CVP, 1 à la coordination, 1 au CLAT)
- 1 clé 3G pour visualisation des dossiers médicaux (une 2^{ème} en cours de commande)
- 2 ordinateurs portables
- 1 vidéoprojecteur

Description des locaux et matériel

- 4 bureaux
- 7 ordinateurs, 4 imprimantes, 7 téléphones (3 avec répondeurs)
- 1 fax
- mise à disposition d'un photocopieur/scanner par autre service hospitalier

C. PERSONNELS

7,5 ETP (cf annexes 1 et 2)

- 0,5 ETP médecin coordinateur
- 1 ETP cadre de santé coordinateur
- 1 ETP assistant de gestion
- 1 ETP assistante de coordination et communication
- 1 ETP infirmier de coordination
- 1 ETP agent de logistique et d'accueil pour les « actions hors les murs »
- 1 ETP agent d'entretien
- 1 ETP infirmier + 0.20 secrétariat pour les antennes départementales

D. ACTIVITES

- Création, développement et suivi de réseaux de prévention
- Mise en application des projets de chaque unité : CVP, CLAT et CIDDIST
- Communication et information sur les différentes activités de chaque unité
- Organisation, implication et suivi des actions de prévention, de dépistage et de vaccination auprès des populations cibles
- Organisation et participation aux manifestations annuelles en lien avec les unités concernées : semaine européenne de la vaccination, journée mondiale de lutte contre le Sida (1^{er} décembre), Sidaction, journée mondiale de lutte contre les hépatites et journée mondiale de lutte contre la tuberculose
- Gestion des personnels et des plannings médicaux et paramédicaux
- Gestion et suivi des matériels et véhicules, des approvisionnements, des dépenses, de l'entretien des locaux
- Création d'outils pédagogiques adaptés et des outils de communications (affiches, diaporamas, ...)
- Organisation en : démarche projet, amélioration de la qualité, gestion documentaire de l'activité des unités (procédures, modes opératoires, ...)
- Suivi des conventions et des protocoles d'organisation
- Recensement/saisie et analyse de l'activité « hors les murs », gestion et suivi des rapports annuels d'activité et de performance des trois unités
- Mise en œuvre, suivi et gestion des antennes du CFPD

Antennes du CFPD

Dans le cadre de ses missions territoriales, le Centre Fédératif Prévention Dépistage a mis en œuvre trois antennes départementales, une antenne auprès de la population carcérale et une antenne spécifique Vaccinations auprès des étudiants.

- **Antennes départementales**

Les missions et activités des antennes départementales sont communes à celles des trois unités du CFPD (CVP, CLAT, CIDDIST).

L'accueil aux antennes est assuré un jour par semaine, par une infirmière du site qui assure :

- Information et accueil du public
- Permanence à l'antenne et « hors les murs »
- Séances de vaccinations et de dépistage (IST, Tuberculose), sous la responsabilité et en présence d'un médecin du CFPD (8 à 12 séances par an)

Ponctuellement et dans certains cas, des dépistages IST pourront être effectués par l'infirmière de l'antenne sous délégation médicale et protocole, en cours de formalisation.

La coordination des actions de chaque antenne départementale est assurée par l'unité de coordination du CFPD. L'activité des personnels dédiés aux antennes est placée en co-responsabilité entre l'établissement employeur et le CHU de Nantes.

- Antenne de vaccination et de dépistage du Pays de Châteaubriant :

Ouverte au 1^{er} mai 2010 par voie de convention et protocole d'organisation (cf Annexe 3) avec le CH de Châteaubriant, elle est située au Pôle Santé Choisel Châteaubriant, au 1^{er} étage.

Accueil tous les vendredis de 9h à 16h30

Adresse : CH de Châteaubriant – rue de Verdun – BP229 – 44146 CHATEAUBRIANT CEDEX

Téléphone : 06.22.81.27.88. – mail : antenne.vaccination@ch-chateaubriant.fr

- Antenne Prévention Dépistage du Pays d'Ancenis (APDPA) :

Ouverte au 1^{er} mai 2010, par voie de convention et protocole d'organisation (cf Annexe 4) avec le CH Ancenis, elle est située au 1^{er} étage du Centre Hospitalier Francis Robert, dans les locaux du Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

Accueil tous les mardis de 9h à 17h

Adresse : CH Francis Robert – 160 rue du Verger – 44150 ANCENIS

Téléphone : 02.40.09.42.98 – mail : santepublique@ch-ancenis.fr

- Antenne vaccination dépistage du Pays de Machecoul :

Ouverte au 1^{er} octobre 2010, par voie de convention et protocole d'organisation (cf Annexe 5) avec le CHLVO, elle est située au rez-de-chaussée du Bâtiment Médecine du CHLVO Site de Machecoul.

Accueil tous les mercredis de 9h à 17h00

Adresse : CH Loire-Vendée-Océan – boulevard des régents – 44270 MACHECOUL

Téléphone : 02.40.78.44.09. – mail : prevention.depistage@ch-lvo.fr

- **Antenne auprès de la population carcérale**

Après une période d'expérimentation en 2011 et en coopération avec les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires pour les détenus (UCSA), les missions de l'antenne CFPD/UCSA sont définies des missions de prévention, dépistage des IST et de la Tuberculose et de vaccinations auprès de la population carcérale.

L'activité de l'antenne est assurée par le personnel médical et IDE de l'UCSA à l'occasion des consultations systématiques des arrivants et des consultations de suivi :

- Point sur le statut vaccinal et mise à jour des vaccinations, sérologies de dépistage du VIH, des hépatites B et C, de la syphilis et autres IST (chlamydiae, gonocoque, ...) avec information personnalisée et confidentielle,
- Radiographie pulmonaire de dépistage de tuberculose, +/- IDR.

Le CFPD met à disposition un temps de manipulateur-radio spécifiquement formé au dépistage de la tuberculose. Il fournit les vaccins, prend en charge sur le plan budgétaire les sérologies des IST, les IDR et les radios pulmonaires.

Le CFPD est le centre de référence de cette activité spécifique. A ce titre, il réalise les protocoles et assure l'actualisation des connaissances des personnels de l'UCSA sur les trois thématiques (vaccination, IST, tuberculose).

L'activité et le suivi de cette antenne est assurée en copilotage par le médecin responsable du CFPD et le médecin responsable de l'UCSA.

Pour chaque détenu vu en consultation à l'UCSA dans le cadre de cette activité, il est créé un dossier médical version papier et version informatisée enregistré dans l'outil informatique de stockage et de saisie du CHU de Nantes (CLINICOM avec n° enregistrement CNIL 744766).

Les données d'activité sont recensées et intégrées au rapport d'activité du CFPD.

Les protocoles d'organisation et convention de collaboration inter-pôles sont en cours de formalisation (cf Annexe 6 : projet médical)

• **Antennes spécifiques de vaccination**

○ Antenne de vaccination auprès des étudiants

L'antenne CVP/SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé) est ouverte depuis le 1^{er} octobre 2010.

Cette antenne s'adresse aux étudiants en situation de précarité, aux étudiants étrangers et à certains étudiants sans médecin traitant.

L'activité de l'antenne est assurée par le personnel médical et IDE du SUMPPS lors des consultations systématiques des nouveaux étudiants ou toute autre consultation d'étudiant :

- Point sur le statut vaccinal et mise à jour des vaccinations

Le CVP, centre de référence de cette activité spécifique, fournit les vaccins, assure la réalisation d'un protocole de vaccination et d'organisation spécifique (cf. annexe 7). Il assure l'actualisation des connaissances des personnels du SUMPPS.

Les données d'activité sont recensées et intégrées au rapport d'activité du CVP.

○ Antenne de vaccination sur le territoire de Saint Nazaire en cours d'élaboration

Partenariat

Le Centre Fédératif Prévention Dépistage mène ses actions en partenariat avec :

- Les institutions du territoire telles que l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Général, les communes,...
- Les organismes de protection sociale tels que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), ...
- Les disciplines médicales telles que l'infectiologie, la pneumologie, la dermatologie, l'hépatologie, la biologie, ...

- Les services hospitaliers en lien avec les activités du CFPD, tels que la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'Unité de Gynéco-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS), le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), ...
- Les organismes et associations en lien avec les activités du CFPD, tels que :
 - Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) , les Centres d'Accueil et de Demandeurs d'Asile (CADA) , les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD),...
 - Médecins du Monde (MDM), Accueil Information des Demandeurs d'Asile (AIDA), Association Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA), SIDA Info Service, AIDES,...
 - le Comité Régional de Lutte contre le VIH (COREVIH)
- Les professionnels de santé et les établissements d'enseignement, tels que :
 - Médecine et soins libéraux, médecine scolaire, médecine du travail, Protection Maternelle et Infantile (PMI),...
 - Université de Nantes (Facultés de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS), Ecoles de la filière santé (Sage-Femmes, Instituts de Formation Soins Infirmiers ou Métiers d'Aide,...), ...
 - Collèges, lycées, centres de formation et d'apprentissage, ...

E. PROJETS du Centre Fédératif Prévention Dépistage

Mise en œuvre de l'antenne spécifique de vaccination sur le territoire de St Nazaire.

Développement de l'accueil d'étudiants universitaires hors filière santé, tels que des étudiants LMD filière Interventions sociales, master « Dynamiques et actions sociales territoriales », ...

Participation à des études de recherche clinique en lien avec le service des disciplines hospitalo-universitaires telles que l'infectiologie, la pneumologie, la dermatologie, la pédiatrie, la biologie, ...

Inscription dans une démarche de recherche appliquée en santé publique.

Projet de structuration d'un Centre de Prévention des Maladies Infectieuses Transmissibles (CPMIT) qui comprend le CFPD, le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), le Centre Anti-Rabique (CAR) et le Centre du Voyageur International (CVI) dont le médecin désigné comme responsable médical du CPMIT serait le Docteur Charlotte BIRON.

Inscription dans une démarche de recherche appliquée en santé publique.



CENTRE DE VACCINATIONS POLYVALENTES (CVP)

A. CONTEXTE

Le centre a vocation à participer à la mise en œuvre de la politique vaccinale départementale aux côtés des médecins libéraux, des médecins du travail, des services hospitaliers ou de protection maternelle et infantile (PMI), des sage-femmes et des infirmiers, qui pratiquent les vaccinations.

Missions du CVP

- Proposer à titre gratuit les vaccinations obligatoires et recommandées inscrites dans le calendrier vaccinal prévu à l'article L 3111-1 du code de la santé publique
- Développer des actions d'information et de formation dans le cadre de la politique vaccinale, auprès du public et des professionnels de santé
- Participer à l'amélioration de la surveillance des maladies à prévention vaccinale en transmettant à l'Etat des données relatives à son activité
- Atteindre et maintenir selon les maladies un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés
- Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale dans les populations à risques et aux âges clés

Organisation générale

Le Professeur F. RAFFI, chef du service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Nantes, est le médecin responsable sur le plan médico-légal. Le médecin désigné comme référent médical du centre est le Dr V. BRIEND-GODET.

Le CVP est un centre départemental de recours sur la vaccination avec pour rôle central l'information et la promotion de la vaccination vis-à-vis du grand public et des professionnels de santé.

Le centre est organisé pour assurer la gratuité de la vaccination à toutes les personnes qui souhaitent consulter, sans limite d'âge, prioritairement aux populations ayant un accès difficile aux soins et/ou les plus vulnérables. Les patients ayant une couverture sociale complète (sécurité sociale de base et complémentaire santé) sont orientés secondairement vers les médecins généralistes de ville, si des rappels vaccinaux sont nécessaires ; les enfants de moins de 6 ans vers la PMI de leur quartier.

Le centre dispose de lexiques de santé français/langue étrangère pour ses consultations et bénéficie de vacations d'interprétariat dans le cadre d'une convention avec l'Association Santé Migrants de Loire-Atlantique (ASAMLA).

B. LOCAUX ET MATERIELS

Dénomination :

Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP)
Immeuble Le Tourville , 3^{ème} étage
5, rue du Professeur Yves Boquien
Téléphone : 02.40.08.74.57
Fax : 02.40.08.70.75

Le centre de vaccinations est implanté dans le centre ville de Nantes. Il est accessible en transport en commun : bus et tramway.

Les locaux, matériels et personnels sont mutualisés avec l'UF 1082 (Centre du Voyageur International) et l'UF 1154 (Centre Anti-Rabique). Les consultations du CVI ont lieu le matin et les mardi et jeudi après-midi, les consultations vaccinations polyvalentes et anti-rabiques ont lieu les lundi, mercredi et vendredi après-midi.

Description des locaux et matériels

- Locaux :
 - 2 salles d'attente
 - 2 bureaux de secrétariat / accueil
 - 3 salles de consultations
 - 1 salle de soins
 - 1 bureau médical

- Matériel bureautique :
 - 11 ordinateurs
 - 8 imprimantes
 - 1 photocopieur partagé
 - 1 fax
 - 11 téléphones dont 1 répondeur
 - mise à disposition d'un photocopieur/scanner par autre service hospitalier

- Matériel médical :
 - Matériels à usage unique et à la pratique de la vaccination et des prélèvements sanguins dans le respect des règles d'hygiène et d'asepsie
 - 1 mallette d'urgence comprenant le nécessaire pour la prise en charge d'un choc anaphylactique, dont de l'adrénaline injectable localisée dans la salle de soins.

Pour toute action « hors les murs » les matériels et véhicules de l'unité mobile du CFPD sont utilisés.

C. PERSONNELS

5,5 ETP (cf Annexes 1 et 2)

- 1,5 ETP praticien hospitalier
- 1 ETP praticien attaché
- 1,5 ETP infirmier
- 1 ETP assistant médico-administratif
- 0,5 ETP préparateur en pharmacie

D. ACTIVITES

Le CVP réalise les vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal publié dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) chaque année. Il effectue également toutes vaccinations sur demande des médecins inspecteurs de l'ARS (méningite, grippe A H1N1, rougeole, hépatite A...).

Les vaccins proposés (seuls ou en association)

- BCG (IDR pré-BCG si besoin)
- Tétanos
- Diphtérie
- Poliomyélite
- Coqueluche
- *Haemophilus influenzae* de type b
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole
- Varicelle
- Pneumocoque
- Méningocoque
- Hépatites A et B
- Grippe
- Papilloma Virus Humain (HPV)

Documentation et informations vaccinales

L'information au public tient compte des recommandations du calendrier vaccinal en vigueur, des avis du Haut Conseil de la Santé Publique et des documents réalisés par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Une documentation qui reprend les éléments précités et une documentation sur la surveillance des effets secondaires post vaccinaux sont remises aux patients (documents en français et traduits pour les publics migrants du CVP).

Les carnets de vaccinations à destination du public adulte sont réalisés par le CVP qui les actualise annuellement. Il les fournit gratuitement aux patients et aux professionnels de santé qui en font la demande.

Les carnets de vaccinations spécifiques aux enfants sont fournis gratuitement par le Conseil Général. Ils sont remis aux parents des enfants vus en consultation, qui n'en possèdent pas ou plus.

Des protocoles de vaccination sont réalisés et actualisés annuellement par l'équipe médicale du CVP, selon les recommandations vaccinales en vigueur, pour le CVP, les antennes départementales, et les antennes spécifiques de vaccination (SUMPPS et UCSA).

Acte vaccinal

Lors des consultations, chaque patient bénéficie d'un entretien individuel d'information et de conseil avec un médecin, qui sera suivi si besoin d'un acte vaccinal.

Pour chaque patient vu en consultation, il est créé un dossier médical version papier et version informatisée enregistrée dans l'outil informatique de stockage et de saisie du CHU, appelé CLINICOM. Ce fichier informatique fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (numéro d'enregistrement à la CNIL : 744766).

Les données sociales complémentaires sont également enregistrées dans le dossier médical.

Les dossiers médicaux version papier sont archivés dans des armoires fermant à clef.

L'acte (date, marque du vaccin et numéro de lot) et le nom du médecin vaccinateur sont également consignés sur le carnet de santé ou, à défaut, sur le carnet de vaccinations qui est délivré lors de la consultation.

La traçabilité des actes vaccinaux est assurée également par la tenue d'un registre papier de vaccination qui mentionne les noms, prénoms et dates de naissance de la personne vaccinée, la date de la vaccination, la marque du vaccin, son lot de fabrication, sa date d'expiration, le site d'injection, le nom du vaccinateur et le nom du prescripteur.

En cas de réaction indésirable grave, le médecin responsable de l'acte vaccinal est prévenu systématiquement. Un chariot d'urgence complet est disponible au 2^{ème} étage de l'immeuble Tourville. Les numéros de téléphone d'urgence sont accessibles immédiatement (15 : SAMU).

Tout effet indésirable grave ou inattendu, notifié par un patient et susceptible d'être dû aux vaccins, fait l'objet d'une déclaration systématique au Centre Régional de Pharmacovigilance, situé au sein du CHU de Nantes.

Examens complémentaires

Des sérologies pré ou post vaccinales peuvent être réalisées chez l'adulte ou l'enfant selon les recommandations en vigueur et les risques spécifiques.

Pour certaines femmes en âge de procréer, un test de grossesse sanguin peut parfois être nécessaire.

Pour certains patients, notamment en cas de dépistage d'une hépatite chronique ou aiguë, un bilan biologique complémentaire peut être réalisé (bilan hépatique, PCR hépatite B & C, ...).

De plus, certains patients présentent des facteurs de risque d'infection aux hépatites B, C et VIH, et n'ont pas bénéficié de tests de dépistage de ces infections virales au préalable. Chez ces patients très à risques et ne fréquentant pas les structures de dépistage usuelles (CDAG, CIDDIST, PASS, ...), ces tests de dépistage peuvent être proposés lors du bilan pré-vaccinal. En effet, certains vaccins, dont les vaccins vivants, sont contre-indiqués chez certains patients immuno-déprimés dont les patients VIH.

Enfin, pour certains patients suspects d'une atteinte tuberculeuse (infection tuberculeuse latente récente ou tuberculose maladie), une radiographie pulmonaire peut être prescrite, en particulier en cas d'éloignement géographique d'un CLAT.

Dans tous les cas, les résultats sont rendus aux patients dans un délai d'une semaine au plus, par un des médecins vaccinateurs.

Hygiène

L'équipement permet le respect des règles d'hygiène et de conservation des vaccins en vigueur.

Les vaccins sont conservés dans deux réfrigérateurs sécurisés, dotés chacun d'un système de contrôle de température interne relié au PC Sécurité de l'établissement, avec édition mensuelle du relevé de températures.

Les modalités d'élimination des déchets d'activités de soins et les moyens utilisés pour garantir le respect des règles d'hygiène suivent les procédures du CHU ou des CHD des antennes.

Activités sur le site du Tourville

Horaires d'ouverture

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00, sans interruption, avec une permanence téléphonique assurée par une ligne directe (02.40.08.74.57). En dehors de ces horaires, un répondeur indique les modalités de prises de rendez-vous ainsi que les heures d'ouverture.

Les demandes de consultation sont gérées sur rendez-vous de préférence, mais avec possibilité de consultations sans rendez-vous.

Les horaires sont affichés de façon apparente à l'intérieur des locaux.

Présence médicale

Du lundi au vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00

Selon le degré d'urgence et la disponibilité, les personnes se présentant sans rendez-vous sont reçues : un rendez-vous peut être proposé ou un entretien médical réalisé.

Séances de vaccinations

Consultations de vaccinations polyvalentes : lundi, mercredi, vendredi de 14h à 17h, à destination des populations en situation de précarité

Consultations de vaccinations spécialisées : un lundi par mois, de 14h à 17h, réalisées par un médecin du CVP ayant acquis des compétences spécifiques, à destination de personnes nécessitant un avis médical particulier, notamment les patients immuno-déprimés, allergiques, ou ayant présenté des réactions lors de vaccinations antérieures, ...

Activités « hors les murs »

Pour toute action « hors les murs », les véhicules et/ou le bus prévention santé sont utilisés. Le matériel du centre permanent ainsi que le matériel spécifique aux actions hors les murs est mis à disposition (dont une mallette d'urgence dont le contenu a été validé par un médecin du SAMU 44, ...)

L'équipe mobile effectue des actions d'information et/ou de vaccinations sur l'ensemble du département. Elle se compose au minimum d'un médecin et d'une infirmière pour les séances de vaccinations.

Séances d'information et/ou de vaccinations auprès de populations ciblées

- Au sein des antennes CVP du département (Châteaubriant, Ancenis, Machecoul)
- Dans les communes éloignées géographiquement de lieux de soins
- Auprès des populations les plus vulnérables
- Dans la Ville de Nantes et son agglomération, auprès de la population prioritaire

Activités de sensibilisation et d'éducation à la vaccination

Elles s'adressent :

- Aux populations à risque (définition des objectifs et organisation en partenariat avec les acteurs médico-sociaux de terrain)
- Aux professionnels de santé et personnes travaillant en contact des populations à risque

Elles ont pour objectif de :

- Sensibiliser à la vaccination

- Présenter le CVP et ses missions
- Orienter les populations à risque vers le centre

Différents moyens sont utilisés à ces fins :

- Présentation aux acteurs médico-sociaux, séances d'informations interactives avec supports visuels (diaporamas, quizz,..)
- Utilisation d'outils pédagogiques
- Programmation possible de rendez-vous à l'issue de la séance

De plus, des actions de sensibilisation et de promotion de la vaccination sont menées auprès du grand public lors de manifestations ou d'événements ponctuels (journée mondiale des hépatites, semaine européenne de la vaccination,...)

Activités de formation et d'information aux professionnels

- séances de formation continue : médecins libéraux, médecins du travail, médecins de santé scolaire, médecins de PMI, pharmaciens, infirmières, sages-femmes
- séances d'actualisation des connaissances aux professionnels hospitaliers,
- cours aux étudiants des différentes filières de santé (médecine, pharmacie, odontologie, sages-femmes, infirmiers)
- Séances d'information et formation auprès de professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, professionnels et bénévoles auprès des publics prioritaires

Activités de recours et développement d'un réseau départemental de vaccination

- Conseils et avis téléphoniques ou par mail aux professionnels de santé
- Elaboration et rédaction de documents régionaux et départementaux, dont les documents spécifiques de la semaine européenne de la vaccination
- Elaboration et actualisation de protocoles de vaccinations, pour le CVP et ses différentes antennes : protocole de vaccination des étudiants, protocole de vaccination des détenus, protocoles de vaccination pour des populations spécifiques (enfants, personnes infectées par le VIH ...)
- Organisation départementale de la semaine européenne de la vaccination
- Participation au groupe régional technique de vaccination, piloté par l'ARS des Pays de la Loire
- Participation au groupe régional des centres de vaccination des Pays de la Loire
- Participation au groupe régional de la semaine européenne de la vaccination, piloté par l'ARS des Pays de la Loire
- Participation au groupe de travail du CHU sur les maladies à déclaration obligatoire et les maladies transmissibles
- Participation aux campagnes de vaccinations départementales, régionales ou nationales, pilotées par l'ARS des Pays de la Loire
- Encadrement des travaux de thèses et mémoires d'étudiants en filière santé
- Encadrement et formation d'étudiants en filière santé

- Formations des professionnels de santé à l'acte vaccinal : accueil de médecins et infirmières d'autres structures pour stages de comparaison et renforcement du partenariat (SUMPPS)
- Publications et présentation de posters ou communication orale (Journée Nationale d'Infectiologie, Journée Dermatologique de Paris, Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, ...)

E. PROJET SPECIFIQUE

Mise en œuvre de l'antenne départementale de vaccination à St Nazaire.



CENTRE DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE (CLAT)

A. CONTEXTE

La circulaire n° DGS/SD5A/SD5C/SD6A/2005/220 du 6 mai 2005 définit les missions et les conditions de fonctionnement d'un centre de lutte antituberculeuse.

Elle précise : « Si la décroissance de l'incidence de la tuberculose dans les pays d'Europe Occidentale est de nature à engendrer une réduction des moyens dédiés à la lutte contre cette maladie, en revanche certains groupes de populations, notamment migrants originaires de pays de haute endémie tuberculeuse, personnes détenues, et personnes ayant des difficultés d'accès aux soins conventionnels, présentent une forte incidence de tuberculose. Aussi le maintien des services, qui ont acquis leur légitimité sur le terrain, qui ont créé des réseaux (avec les praticiens hospitaliers, les pneumologues libéraux, les médecins du travail et de santé scolaire, les établissements sociaux, les associations...), et développé des actions de prévention, est essentiel pour sauvegarder les acquis de l'expérience et la prise en charge de ces populations. Ce maintien permet également d'éviter une rupture dans la prévention et la prise en charge de la tuberculose maladie et, à terme, un retard au dépistage et au diagnostic ».

Missions du CLAT :

- Réalisation d'enquêtes dans l'entourage des cas avec ouverture d'un dossier-enquête pour chaque déclaration obligatoire (DO) reçue
- Suivi médical des personnes atteintes de tuberculose et délivrance gratuite des médicaments antituberculeux pour les personnes en situation de précarité
- Réalisation des dépistages autour des cas de tuberculose
- Réalisation d'actions de prévention primaire et/ou de dépistage, notamment de populations à risques
- Information et formation des professionnels de santé
- Développement d'un réseau départemental de lutte contre la tuberculose, surveillance épidémiologique (incidence de la tuberculose, évolution de la résistance aux anti-tuberculeux,...)
- Vaccination BCG

Organisation générale :

Le Professeur A. MAGNAN, chef du service de Pneumologie du CHU de Nantes, est le médecin responsable sur le plan médico-légal.

Le médecin désigné comme référent médical du centre est le Dr F. NAUDIN. En son absence, la référence médicale sera assurée par un médecin désigné par le chef du service de Pneumologie.

Le CLAT est un centre de recours pour la prise en charge de la tuberculose et dans la lutte anti-tuberculeuse. Il est ouvert à titre gratuit à toutes les personnes nécessitant une prise en charge en lien avec la tuberculose.

La budgétisation de recours ponctuel à des locations de moyens de radiographie mobile (enquêtes dans des collectivités, des écoles ou lieux de travail) est prévue.

Le centre dispose de lexiques de santé français/langue étrangère pour ses consultations et bénéficie de vacations d'interprétariat dans le cadre d'une convention avec l'Association Santé Migrants de Loire-Atlantique (ASAMLA).

B. LOCAUX ET MATERIELS

Dénomination :

Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)
Dispensaire Jean V
6 rue Hippolyte Durand Gasselín - 44000 Nantes
Téléphone : 02.40.73.18.62
Fax : 02.40.71.76.01

Le dispensaire Jean V, situé en centre ville, est accessible en transports en commun : tramway et bus.

Description des locaux et matériels :

- Locaux au rez-de-chaussée :
 - 1 salle d'attente
 - 2 bureaux de secrétariat/accueil
 - 1 local technique
 - 1 bureau de consultations
 - 1 salle de soins
 - 1 salle de radiologie
- A l'étage :
 - 1 salle d'attente
 - 5 bureaux (bureaux pour le travail épidémiologique, bureaux de l'association Asthme 44)
- Matériel bureautique :
 - 8 ordinateurs
 - 7 imprimantes
 - 1 photocopieur/scanner
 - 1 fax
 - 10 téléphones
- Matériel médical :
 - Matériels à usage unique et pratique des dépistages, vaccinations et prélèvements biologiques dans le respect des règles d'hygiène et d'asepsie
 - Matériel d'urgence comprenant le nécessaire pour la prise en charge d'un choc anaphylactique, dont de l'adrénaline injectable
 - Matériel radiologique

C. PERSONNELS

7,25 ETP (cf Annexe 1 et 2)

- 1,5 ETP praticien hospitalier
- 2 ETP Infirmier
- 2 ETP assistant médico-administratif
- 1,5 ETP manipulateur radio
- 0,25 ETP assistante sociale

D. ACTIVITES

Activités de prévention et de dépistage dans le bâtiment Dispensaire Jean V

Horaires d'ouverture

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00, sans interruption, avec une permanence téléphonique assurée par une ligne directe (02.40.73.18.62). En dehors de ces horaires, un répondeur indique les modalités de prises de rendez-vous ainsi que les heures d'ouverture.

Présence médicale

du lundi au vendredi de 9h à 17h00

Consultations

Les patients sont adressés par un médecin (Consultation Jean Guillon (PASS), Médecins du monde, médecin traitant, médecins du CHU, médecins du travail,...), ou convoqués par le CLAT dans le cadre d'enquête de dépistage autour d'un cas.

Selon le degré d'urgence et la disponibilité, les personnes se présentant sans rendez-vous sont reçues : un rendez-vous peut être proposé ou un entretien réalisé.

Lors des consultations, chaque patient bénéficie d'un entretien individuel d'information et de conseil avec un médecin ou une infirmière.

Autour de la tuberculose maladie

Dépistage ciblé des populations à risque et dépistage des personnes adressées pour des symptômes ou des anomalies radiologiques :

- Accueil et prise en charge rapide des patients sur rendez-vous principalement. En cas de présentation spontanée, possibilité de prise en charge immédiate selon la disponibilité médicale et radiologique
- Moyens : consultations médicales, radiographies thoraciques, recherche de BK (BK crachats ou BK tubages), recherche de pathologies associées et/ou favorisantes (notamment VIH, Hépatites chroniques B&C, ...), demande de consultations ou d'exams complémentaires faits en lien avec le CHU ou l'extérieur
- Partenaires : Structures travaillant auprès des migrants venant de pays de forte endémie et des personnes précaires (PASS, Médecins du Monde, UCSA, OFII, CADA, CDEF, CHRS, Associations,..)

En fonction du diagnostic :

- Orientation vers les structures concernées (pneumologie, maladies infectieuses, pédiatrie,...) facilitée par l'intégration au CHU du CLAT et l'activité transversale des médecins du CLAT (CFPD, pneumologie, service de maladies infectieuses, ...)
- Suivi clinique radiologique et biologique des patients traités possible au CLAT (CONSULTATIONS pneumologues et médecins généralistes formés)
- Consultation d'observance et de tolérance médicamenteuse
- Délivrance des médicaments à la pharmacie centrale du CHU en cas d'absence de couverture sociale, et orientation vers une assistante sociale

Autour des cas de tuberculose déclarés

- Recueil des DO transmises par l'ARS ou directement par le Médecin déclarant (elles sont alors retransmises à l'ARS)
- Contact téléphonique avec le médecin déclarant pour obtenir rapidement les informations médicales relatives au cas source (critères de contagiosité, contexte épidémiologique, caractéristiques cliniques, radiologiques, bactériologiques, contexte social et environnement)
- Réalisation d'une enquête pour identification des sujets contacts et/ou de cas source d'infection autour de chaque cas déclaré de tuberculose
 - o le plus rapidement possible, au lit du patient en cas d'hospitalisation sinon à son domicile ou au CLAT
 - o l'enquête est réalisée par l'IDE puis validée par le médecin du CLAT
- Contact des sujets identifiés pour la réalisation du dépistage, directement par courrier ou selon le contexte par l'intermédiaire des partenaires (médecins du travail, médecins coordonnateurs de collectivité, travailleurs sociaux,...)
- Réalisation du dépistage au CLAT ou via les partenaires ; dans ce dernier cas, les résultats sont secondairement transmis au CLAT
- Le dépistage des sujets contacts est fait par un test tuberculinique (le plus souvent cutané TUBERTEST, et si besoin immunologique QUANTIFERON) et une radiographie pulmonaire, en 2 temps : à M0 et à M3 ; en cas de symptômes, de positivité du test ou d'anomalies radiologiques, une CONSULTATIONS est programmée avec un médecin du CLAT
- Recueil et analyse des résultats des dépistages avec définition d'une conduite à tenir médicale transmise aux correspondants médicaux
- Relance par courrier et/ou téléphone des sujets n'ayant pas réalisé leur dépistage
- Prise en charge médicale des infections tuberculeuses latentes et des cas de tuberculoses secondaires diagnostiquées, soit directement au CLAT soit en lien avec un correspondant médical
- Réalisation des synthèses épidémiologiques des enquêtes à 6 mois et travail épidémiologique local avec le laboratoire de mycobactériologie du CHU

Vaccination BCG

Proposée et réalisée aux enfants de moins de 15 ans selon les recommandations en vigueur ou en cas de demande spontanée

Les personnes vaccinées :

- Sont identifiées lors des enquêtes ou des dépistages ciblés
- Sollicitent directement le CLAT
- Sont adressées par leur médecin traitant ou un partenaire du CLAT

Pour chaque patient vu en consultation, il est créé un dossier médical version papier et version informatisée enregistrée dans l'outil informatique de stockage et de saisie du CHU, appelé CLINICOM. Ce fichier informatique fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (numéro d'enregistrement à la CNIL : 744766).

Les données sociales complémentaires sont également enregistrées dans le dossier médical.

Les dossiers médicaux version papier sont archivés dans des armoires fermant à clef.

Avis téléphonique

En temps que centre de recours, l'équipe médicale et paramédicale du CLAT est sollicitée par des médecins (hospitaliers, libéraux) ou des structures travaillant avec les populations à risque à la fois sur des prises en charge et sur les aspects de transmission de la tuberculose.

Activités de prévention et de dépistage « hors les murs »

Pour toute action « hors les murs » les véhicules et/ou le bus prévention santé sont utilisés. Le matériel du centre permanent ainsi que le matériel spécifique aux actions hors les murs est mis à disposition.

Information et dépistage de populations à risque

En lien avec les acteurs de la précarité, réalisation :

- d'informations relatives à la pathologie
- d'IDR et de BCG chez les moins de 15 ans

Ce premier lien permet ensuite de proposer aux adultes des consultations de dépistage au CLAT.

Informations et dépistages de masse dans le cadre d'enquête autour d'un cas de tuberculose dans une collectivité

- Sessions d'information en amont des dépistages collectifs
- CS et réalisations d'IDR puis lecture à 48-72h après
- Recours à des moyens de dépistage radiologique mobile (location d'un camion de radiologie) si nécessaire

Activités de sensibilisation et d'éducation

Elles s'adressent :

- Aux populations à risque (définition des objectifs et organisation en partenariat avec les acteurs médico-sociaux de terrain)
- Aux professionnels de santé et personnes travaillant en contact des populations à risque

Elles ont pour objectif de :

- Sensibiliser à la maladie (facteurs épidémiologiques, symptômes, moyens de dépistage et de prise en charge)
- Présenter le CLAT et ses missions
- Orienter les populations à risque vers le bâtiment dispensaire Jean V

Différents moyens sont utilisés à ces fins :

- Présentation aux acteurs médico-sociaux, séances d'informations interactives avec supports visuels (diaporamas, quizz,..)
- Utilisation d'outils pédagogiques
- Programmation possible de rendez-vous à l'issue de la séance

Activité de formation et information

- Formation des professionnels de santé sur la tuberculose
- Cours aux étudiants de la filière santé
- Formation Médicale Continue
- Actualisation des connaissances pour les professionnels de santé

Développement du réseau de lutte antituberculeuse

- Centre de référence et de recours pour l'ensemble des professionnels de santé sur la tuberculose
- Travail en continu avec le laboratoire de mycobactériologie du CHU sur l'épidémiologie locale
- Elaboration de référentiels de prise en charge, d'isolement au niveau du CHU
- Elaboration avec un groupe de travail dédié de recommandations locales sur l'utilisation des tests sanguins immunologiques de détection de l'interféron gamma (Quantiféron)
- Elaboration, en partenariat avec les médecins du service de Santé au travail du CHU, de protocoles de suivi et dépistage régulier de la tuberculose pour les professionnels de santé
- Suivi régulier en lien avec les médecins de l'UCSA des personnes en milieu pénitentiaire : protocoles de dépistage, consultations, avis radiologiques
- Travail en collaboration étroite avec le service de pédiatrie pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la tuberculose chez les enfants

Organisation concertée des Actions réalisées auprès des populations à risque entre le CLAT et les acteurs de terrain avec bilans réguliers des actions menées :

- Réalisation en collaboration avec les structures travaillant auprès des personnes à risque de protocoles spécifiques de prise en charge
- Collaboration avec le CLAT de St Nazaire et réalisation d'outils de communication communs (plaquettes,..)
- Participation active au réseau national des CLATS
- Liens privilégiés et fréquents avec les CLATS de la région

E. PROJETS SPECIFIQUES

- Acquisition d'un logiciel de gestion des enquêtes
- Développement de projets communs et renforcement des liens des différents CLATS de la région ; Développer un réseau régional dynamique
- Développement quantitatif et qualitatif des séances d'information :
 - Auprès des acteurs sociaux des réseaux santé-précarité du département, hors zone géographique de St Nazaire
 - Auprès des médecins (PMI, généralistes, pédiatres, médecins du travail,...)



CENTRE D'INFORMATIONS, DE DEPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC CONTRE LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (CIDDIST)

A - CONTEXTE

L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) continue de progresser en France. Il est estimé que 30 à 50 000 personnes sont porteuses du VIH en ne connaissant pas leur statut.

Les Pays de la Loire se situent au 10ème rang des 20 régions en France métropolitaine. 190 personnes ont découvert leur séropositivité en 2011 à un stade tardif dans 30 % des cas ce qui représente une perte de chance. Les plus fortes probabilités d'être pris en charge tardivement concernent les groupes « à faible risque » : personnes de plus de 40 ans, ayant des rapports hétérosexuels, vivant en couple et ayant des enfants.

Il est donc nécessaire d'améliorer le dépistage et le diagnostic précoce de l'infection à VIH. La Haute Autorité de Santé a émis des recommandations ; stratégie de dépistage en deux volets :

- Proposer un test de dépistage de l'infection par le VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière
- En parallèle, maintenir et renforcer un dépistage ciblé et répété auprès de populations particulièrement à risques

La syphilis et les infections à gonocoques, qui étaient réapparues en 2000, continuent de progresser. Le portage asymptomatique du chlamydiae reste élevé avec des complications gynécologiques possibles (1^{ère} cause de stérilité tubaire en France). Il persiste des cas de lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV), en particulier dans certaines populations. La résurgence de la syphilis, l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale sont également observées dans d'autres pays européens et aux Etats-Unis.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé rappellent la nécessité d'améliorer le dépistage de ces infections sexuellement transmissibles au sein de structures dédiées en lien avec la médecine de ville et les associations du domaine.

La circulaire n° DGS/SD5A/SD5C/SD6A/2005/220 du 6 mai 2005 définit les missions et les conditions de fonctionnement du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).

Missions du CIDDIST

A titre gratuit et de manière anonyme :

- Assurer les activités d'information, de prévention :
 - Auprès du grand public et de publics ciblés plus à risques
 - Auprès des professionnels de santé
- Assurer les activités de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des Infections sexuellement transmissibles

Organisation générale

Le Professeur F. RAFFI, chef du service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Nantes, et le Professeur J.F. STALDER, chef du service de dermatologie, sont les médecins responsables sur le plan médico-légal.

Les médecins désignés comme référents médicaux sont Madame le Docteur C. BERNIER, pour les IST et Madame le Docteur B. BONNET, pour le VIH et les hépatites.

Le CIDDIST est un centre de recours sur les IST avec pour rôle central l'information et la promotion de la prévention, et du dépistage des IST, du VIH et des hépatites virales B et C.

Le CIDDIST réalise gratuitement des tests de dépistage pour les différentes IST (syphilis, chlamydiae, gonocoque, herpes virus...), le VIH et les hépatites virales B et C (VHB, VHC) avec possibilité de consultation médicale spécialisée pour le diagnostic de certaines IST et gratuité des traitements anti-infectieux nécessaires.

Le CIDDIST peut proposer une prise en charge sanitaire et/ou psychologique ainsi que des consultations de prévention de la prise de risque dans les pratiques sexuelles par un psychologue ou un sexologue.

Le positionnement du CIDDIST à proximité du CDAG permet une complémentarité avec l'assurance d'une prise en charge de qualité.

La même équipe assure le fonctionnement du centre et des actions hors les murs du CHU. Les deux unités fonctionnelles (UF) sont localisées au même endroit. Le personnel et les tâches sont mutualisés. Les deux UF effectuent des tests de dépistages du VIH, VHB, VHC. Seul le CIDDIST effectue le dépistage des Chlamydiae, des Syphilis et des consultations IST.

Pour toute action « hors les murs » les matériels et véhicules de l'unité mobile du CFPD est utilisé.

B. LOCAUX ET MATERIELS

Dénomination

Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) / Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)
Immeuble Le Tourville, 1^{er} étage
5 rue du Professeur Yves Boquien - 44093 Nantes cedex 1
Téléphone : 02.40.08.31.19
Fax : 02.40.08.70.94

Le Centre de Dépistage est implanté dans le centre ville de Nantes. Il est accessible par les transports en commun : bus et tramway.

Descriptif des locaux et matériels

Les locaux et matériels utilisés sont mutualisés avec ceux de l'UF 1514, Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

- Locaux :
 - 1 salle d'attente
 - 1 salle de prélèvement
 - 1 salle de consultation
 - 1 salle de consultation IST
 - 1 secrétariat
 - 1 bureau infirmier
- Matériel bureautique :
 - 6 ordinateurs

- 2 imprimantes
 - 1 téléphone fax, 6 téléphones dont 1 mobile
 - mise à disposition d'un photocopieur/scanner par autre service hospitalier.
- Matériel médical :
- Matériels à usage unique pour la réalisation des prélèvements sanguins ou locaux dans le respect des règles d'hygiène et d'asepsie
 - Un chariot d'urgence est localisé au 2ème étage du bâtiment Le Tourville si nécessaire ; une mallette d'urgence est mise à disposition en permanence dans le bus prévention-santé
 - Pour toute action extérieure (actions ciblées de dépistage ou actions de formation et d'information), le véhicule et/ou le bus prévention-santé sont utilisés

C. PERSONNELS

4,5 ETP + 3 vacations médicales (cf Annexes 1 et 2)

- 1 ETP praticien hospitalier
- 3 vacations médicales
- 2 ETP infirmiers
- 0,5 ETP psychologue
- 1 ETP assistant médico-administratif

D . ACTIVITES

Afin d'assurer les missions du centre, la prise en charge des personnes comprend un accueil et une écoute de la demande dans le respect de l'anonymat.

L'accueil

Il est assuré par la secrétaire qui remplit le dossier informatisé contenant les données administratives et sociales.

Pour respecter l'anonymat, un numéro de code est attribué au consultant qui lui est remis par écrit. Ce numéro est inscrit sur tous les documents le concernant ainsi que sur les prélèvements : celui -ci permet le suivi du patient en cas de consultations successives et le rendu des résultats.

L'entretien

Un entretien individuel est assuré par des infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat (IDE) ou un médecin. Après analyse du risque, une prescription de tests biologiques adaptée à chaque situation peut être proposée (VIH, Hépatite B & C, Chlamydiae/Gonocoque et Syphilis). Les IDE sont autorisées à prescrire des tests sous la responsabilité médicale. Un protocole de prescription des tests est en cours d'actualisation.

Lors de cet entretien sont abordées les conduites à risques et les techniques de prévention.

Un patient, qui se plaint de symptômes ou qui présente une problématique spécifique évoquant une infection sexuellement transmissible, est orienté vers la consultation spécialisée.

Il bénéficie d'un examen clinique et d'examen complémentaires si nécessaire (prélèvements locaux, bactériens, virologiques, parasitologiques, sérodiagnostics).

Les examens biologiques sont pratiqués par les laboratoires d'analyses biologiques du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

La remise de résultats

Les résultats sont remis en main propre à l'intéressé, par un médecin ou par une IDE sous la responsabilité médicale.

Les résultats sont disponibles sans rendez-vous, sous 7 à 10 jours, voire plus rapidement en cas d'urgence.

Cette rencontre a également pour objectif le rappel des conseils de prévention sur les Infections Sexuellement Transmissibles.

En cas de résultats positifs VIH ou Hépatites, les patients sont orientés vers leur médecin référent (médecin traitant) et vers une consultation spécialisée pour laquelle le rendez-vous est pris sur place par le secrétariat du CIDDIST.

Concernant les autres IST, le traitement est délivré gratuitement sur place le jour même. Le dépistage et/ou le traitement du ou des éventuel(s) partenaire(s) est recommandé.

Le patient peut également être orienté vers le Centre de Vaccinations Polyvalentes si besoin.

Il est incité à informer et transmettre ses résultats à son médecin référent et/ou gynécologue.

Activités au centre

Les consultations de dépistage sont assurées tous les jours, de préférence sur rendez-vous. Les consultations de prise en charge des IST (dépistage, diagnostic et traitement) sont assurées sur rendez-vous par des médecins dermatologues deux fois par semaine.

La mutualisation avec le CDAG favorise les créneaux décrits ci-après.

Horaires d'ouverture

L'accueil téléphonique du centre est assuré de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h.

L'accueil des usagers est assuré tous les jours aux mêmes horaires et les mardis et jeudis jusqu'à 18h30 et le vendredi de 9h00 à 16h00 sans interruption.

En dehors de ces horaires, un répondeur indique les modalités de prises de rendez-vous, les heures d'ouverture et les numéros utiles à contacter en cas d'urgence.

Les horaires sont affichés de façon apparente à l'intérieur des locaux ; ils sont retranscrits sur papier et mis à disposition pour tous les usagers.

La documentation est mise à disposition dans la salle d'attente ainsi que des préservatifs.

Présence médicale

- le lundi de 9h00 h à 12h00 et de 14h00 à 17h00
- le mardi de 9h00 à 12h00 et de 15h30 à 18h30
- le mercredi de 9h00 h à 12h00 et de 14h00 à 17h00
- le jeudi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 18h30
- le vendredi de 9h00 à 15h00
- un créneau supplémentaire de consultations sans rendez-vous les lundis de 11h00 à 14h00 est en cours d'évaluation (expérimentation d'au moins un semestre en 2012)

En cas d'urgence ou de disponibilité des professionnels, les personnes se présentant sans rendez-vous sont reçues : un entretien et un test de dépistage peuvent être réalisés si nécessaire.

La psychologue reçoit des personnes sur rendez-vous les mardis, jeudis et vendredi matins. Celle-ci peut être amenée à participer à quelques actions hors les murs et contribue aux réflexions d'équipes pluri-disciplinaires (préparation de questionnaires, de documents d'information, formation sur l'annonce d'un résultat, les conduites à risque...).

Des réunions d'équipe sont réalisées tous les deux mois au sein de l'unité avec tous les professionnels du service.

Activités « hors les murs »

Pour toute action « hors les murs » les véhicules et/ou le bus prévention santé sont utilisés. Le matériel du centre permanent ainsi que le matériel spécifique aux actions hors les murs est mis à disposition.

Dépistage

Afin de toucher les populations les plus à risque et d'aller au devant de la population, le Centre Fédératif Prévention et Dépistage s'est doté d'une structure mobile. Cette unité mobile permet de rencontrer des personnes sur leur lieu de vie. Elle est adaptée aux besoins d'information et de prévention.

L'accueil est assuré par un agent d'accueil soignant formé spécifiquement à cet effet.

Cette activité est assurée en partenariat avec les acteurs locaux et associations impliqués en santé publique.

L'activité de prévention est également dirigée vers certains publics ciblés :

- Jeunes (collèges, lycées généraux et professionnels, université et écoles spécialisées, jeunes travailleurs, missions locales ...)
- Migrants, Roms
- Populations vulnérables
- Prévenus et détenus
- Usagers de drogues
- Personnes se prostituant

L'activité de prévention s'adresse également au grand public lors d'évènements : journée mondiale des hépatites, Gay Pride, journée mondiale de lutte contre le VIH, sidaction...

Les objectifs de ces actions sont la sensibilisation, l'information, la prévention et le dépistage du VIH, des hépatites B et C, et des autres IST.

Information et dépistage

Ces actions se font avec des partenaires différents (associatifs ou non et des communes de Loire-Atlantique) et variés.

Les partenaires mettent des salles à disposition pour l'accueil du public et les consultations individuelles. Les prélèvements sanguins sont effectués par les IDE du service dans l'unité mobile ou dans les locaux du partenaire en respectant les règles de confidentialité.

Pour chaque intervention extérieure le déroulement est sensiblement le même :

- Contact téléphonique avec le(s) partenaire(s)

- Réunion préparatoire : choix du lieu et de la date de l'action, des moyens de communication,...
- Réalisation des affiches, flyers, ...
- Présence sur site de l'équipe (médecins et infirmiers du CIDDIST/CDAG, étudiants infirmiers) ; action d'information et réalisation de tests de dépistage de manière anonyme et gratuite ; évaluation de la satisfaction du public (questionnaires)
- Remise des résultats des tests au Centre de Dépistage (Immeuble Le Tourville) sous 7 jours
- Réunion de bilan et d'évaluation de l'action avec tous les partenaires

Formation et information sans dépistage

L'équipe médico-soignante réalise :

- Des interventions d'éducation à la sexualité et d'information sur les IST vers les publics sus-cités
- Des formations auprès de divers professionnels de santé : personnels de soins, médecins généralistes et spécialistes, séances d'actualisation des connaissances aux professionnels hospitaliers
- Des séances d'information et formation auprès de professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, professionnels et bénévoles auprès des publics prioritaires, public associatif
- Cours aux étudiants des différentes filières de santé
- Interventions auprès du grand public lors de manifestations ou d'évènements ponctuels (journée mondiale de lutte contre le VIH, sidaction, journée mondiale des Hépatites, Gay Pride, salons jeunesse...)
- Travail de réseau et en partenariat avec les associations locales travaillant sur les mêmes thématiques

Autres travaux

- Participation et/ou collaboration aux groupes de travail :
 - comité 1er décembre, journée des hépatites, groupe REVIH Hep Précarité, groupe Revih Hep HSH,...
 - commission dépistage du COREVIH des Pays de la Loire
 - groupe de travail sur les TROD du COREVIH
- Participation à des protocoles de recherche nationaux (pour exemple, protocole de vaccination Hépatite B FORMVAC de l'Agence Nationale de Recherche du Sida et des Hépatites, ...)
- Accueil de médecins et infirmières d'autres structures pour stages de comparaison et renforcement du partenariat (Planning familial, SUMPPS)
- Etudes et expérimentation ; exemples
 - Expérimentation des Tests Rapides à Orientation Diagnostic, réalisation lors d'actions ciblant des publics particuliers avec élaboration d'une procédure d'utilisation ; travail en partenariat et en lien avec des associations les utilisant et élaboration d'accord partenarial avec ces structures
 - Etude pilote sur l'intérêt du dépistage systématique Chlamydiae-Gonocoques

- Collaboration avec l'InVS pour la déclaration volontaire des IST
- Publications et présentation de posters ou communication orale (Journée Nationale d'Infectiologie, Journée Dermatologique de Paris, Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, ...)
- Participation à un programme de coopération internationale en quadripartite (Région Pays de La Loire/ESTHER/CHU/SWAA BURUNDI)

E. PROJETS SPECIFIQUES

- Renforcement de la formation :
 - de personnes relais tels que : infirmières scolaires, bénévoles et professionnels associatifs , ... dans l'objectif d'améliorer le dépistage systématique du VIH et des IST dans la population générale (recommandations HAS)
 - partenariat avec le planning familial : stages et élaboration de formations communes
 - formation d'une psychologue et de deux médecins (DIU de Sexologie)
- Réalisation d'actions vers de nouveaux publics (sourds et malentendants, handicap mental,..)
- Vaccination Hépatite B au CDAG/CIDDIST pour les usagers non immunisés
- Réflexion autour de l'utilisation des Tests Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) et de l'élargissement de leur utilisation
 - Utilisation au sein du CDAG/CIDDIST ?
 - Intégration dans une commission du COREVIH Pays de La Loire destinée à échanger sur la pratique des TRODs dans le département et la région Pays de La Loire ; réflexion sur la formation de formateurs
- Intégration aux divers travaux menés autour des dispositifs de santé sexuelle (REVIH, COREVIH,...) initiés par l'ARS
- Elaboration d'un protocole d'utilisation et de conservation des images anonymes pour l'utilisation d'un appareil photo numérique ; visualisation et suivi des lésions d'IST ainsi que pédagogie auprès des professionnels du CFPD et étudiants de la filière santé
- Participation à des études de recherche clinique, en lien avec les services cliniques des hôpitaux, et en particulier avec l'Agence nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites (ANRS)



This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

Rapport annuel d'activité

L'unité de coordination du Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD)

Département : 44

Année : 2011

Nom de l'établissement / structure / service : CHU de Nantes Centre Fédératif Prévention Dépistage	Rédacteurs COUTHERUT Julie GOURAUD Marie-Hélène SEVIN CARPENTIER Nathalie JOUNOT Géraldine
Adresse postale et e-mail : CHU de Nantes, Immeuble Le Tourville, 4 ^{ème} étage, 5 rue du Pr Yves Boquien, 44000 NANTES	
Téléphone : 02.40.08.70.93	
Fax : 02 40 08 71 67	
Responsables : Coordinateur Médical : Dr C. BIRON Coordinateur Para-médical : Mme M.H. GOURAUD Assistant de gestion : Mme N. SEVIN CARPENTIER	

L'unité de coordination du CFPD permet la gestion et l'harmonisation du développement des activités des différentes unités composant ce centre : CVP, CIDDIST et CLAT.

Rôles principaux : création, développement et suivi de réseaux de partenaires en lien avec les problématiques des populations ciblées.

Ce service a également un rôle essentiel de communication et d'information sur les différentes activités.

I. ORGANISATION

Nombre hebdomadaire de jours d'ouverture : 5 jours

Horaires d'accueil : 8h30 / 17h

Particularités d'ouverture :

- Jours non ouvrables : 2 samedis
- Hors horaires accueil : 4 soirées (20h-23h)

Total personnel (en ETP) :

- Médecin coordonnateur : 0.5
- Cadre de santé coordinatrice : 1
- Assistante de gestion : 1
- Infirmière de coordination : 1
- IDE Antennes : 0.60
- Assistante de coordination/communication : 1
- Agent d'accueil pour les actions « hors les murs », logistique et conduite du bus prévention santé : 1
- Agent des services hospitaliers : 1

II. MISSIONS du Centre Fédératif Prévention Dépistage

- promouvoir et développer les activités de prévention et de dépistage à l'échelle départementale
- aller à la rencontre des populations les plus à risques et ayant des difficultés d'accès aux soins économiquement et/ou géographiquement
- aller à la rencontre des professionnels

L'UNITE DE COORDINATION ASSURE :

- Le développement et suivi de réseaux de prévention avec différents partenaires
 - les institutions du territoire
 - les hôpitaux, cliniques et professionnels de santé
 - les organismes de protection sociale
 - les organismes et associations de solidarité, de réinsertion sociale et professionnelle
 - les établissements d'enseignement
 - les professionnels des organismes sus-cités

- Le développement et suivi d'échanges avec différentes disciplines hospitalières
 - les services cliniques tels que l'infectiologie, la pneumologie, la dermatologie, l'hépatologie, les urgences, ...
 - les services médico-techniques tels que les laboratoires (immunologie, virologie ...), la radiologie, ...
 - les services cliniques concernant les publics cibles tels que la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'Unité Gynéco-Obstétrique Médico-Psychosociale (UGOMPS), les centres de planification familiale, le service de soins aux détenus (UCSA), ...
 - d'autres coordinations telles que la Coordination Régionale de lutte contre le VIH (COREVIH), le Réseau Ville-Hôpital VIH-Hépatites (REVIH-HEP), ...

- La mise en œuvre des projets de chaque unité : CVP, CLAT et CIDDIST

- La mise en œuvre, le développement, le suivi des antennes départementales

- La gestion
 - des personnels
 - de l'entretien des locaux (>300 m2)
 - des approvisionnements, du suivi des dépenses
 - du suivi des matériels et véhicules
 - des outils de communication (affiches, diaporamas, ...)
 - du plan d'amélioration de la qualité, de la gestion documentaire (procédures, modes opératoires, ...)
 - du suivi des conventions et protocoles d'organisation
 - des rapports annuels d'activité et de performance des trois unités
 - ...

III. ACTIVITE ANNUELLE de l'Unité de Coordination du CFPD

- Promotion des activités du CFPD**
 - Projets vers les populations précaires :
 - Migrants :
 - Foyers ADOMA
 - Permanence Chaptal (Rroms)
 - ...
 - Médiation de quartiers
 - Bottière
 - Malakoff
 - ...
 - Réinsertion / Hébergement
 - L'Homme Debout, Oser Forêt Vivante, Arbres, Jardins de Cocagne
 - CHR Saint Benoit, Saint-Yves, L'Archipel, Le Logis de l'Amitié
 - ...
 - Projets vers les populations à risque
 - Funambus/Médecins du Monde
 - Antenne à l'UCSA
 - Contribution au SIDACTION

- Utilisation des TROD
- Projets vers les personnes vulnérables : Le Handicap
 - Institut Les Hauts Thébaudières (déficience visuelle et handicap associé)
 - Unité d'Accueil Personnes Sourdes CHU
 - Institut d'Education Motrice La Grillonnais
- **Les Actions « hors les murs »** : l'unité de coordination concoure par la présence d'au moins l'un de ses membres aux actions CVP, CIDDIST et CLAT
 - **± 350 contributions aux réunions et actions**
 - réunions de projets, de préparation et de bilan des actions
 - réalisation des actions (35 % des actions effectuées)
 - **Actions évènementielles**
 - Organisation d'évènement : 1
 - Semaine Européenne de la vaccination : centre organisateur 44 et rédacteur régional des documents d'information (tout public et professionnels de santé)
 - Contribution à l'organisation d'évènements : 5
 - Gay Pride
 - Journée mondiale de lutte contre les hépatites
 - Journée mondiale de lutte contre le SIDA
 - Journée mondiale de lutte contre la Tuberculose
 - Téléthon
- **Précisions de gestion du CFPD**
 - **Gestion du parc automobile** : 3 véhicules : bus aménagé, 2 berlines
 - Suivi de la maintenance mécanique, aménagements et matériels spécifiques
 - Maintenance hygiène et propreté
 - Approvisionnement (carburant) et suivi des carnets de bord :
 - Kilomètres parcourus : 19 844 kms (405 déplacements)
 - Bus Prévention Santé : 3 804 kms (95 déplacements)
 - Clio 1 : 6 691 kms (127 déplacements)
 - Clio 2 : 9 349 kms (183 déplacements)
 - **Réunions organisationnelles de gestion**
 - tutelle ARS : 3
 - directions fonctionnelles du CHU : 11
 - unité de coordination : 14
 - services du CFPD (CVP, CIDDIST, CLAT) : 21
 - bilan des conventions : 6
 - suivi des antennes départementales : 9

PARTENAIRES des projets aboutis ou en cours

Partenaires ayant passé une convention avec le centre

- Ville de Nantes (Mission Santé Publique)
- SUMPPS (Service Universitaire Médecine Préventive et Promotion de la Santé)
- ASAMLA (Association Santé Migrants Loire Atlantique)
- Le Triangle - l'Acothé - le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARRUD)
- CH de Châteaubriant - CH d'Ancenis - CH Loire Vendée Océan (site Machecoul)

Réseaux / partenaires

- Partenaires pluridisciplinaires :

ARS ; IREPS ; INPES ; Conseils Généraux ; CPAM/CARSAT ; MSA ; RSI ; SSTRN (Service Santé au Travail Région Nantaise) ; AMEBAT (médecine du travail du bâtiment) ; Inspection Académique ; Medqual ; URPS ; Conseils départementaux des Ordres

- Partenaires territoriaux :

Blain ; Guéméné Penfao ; Ancenis ; Machecoul ; Saint Nazaire ; Châteaubriant ; Rezé ; Bouguenais ; Nantes ; St Herblain ; Nozay

- Partenaires des populations cibles :

vers les jeunes :: Missions Locales ; PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) ; PMI ; Ecole Centrale ; IFOCOTEP ; Fondation d'Auteuil ; MDE Formation ; CIFAM Ste Luce ; Lycée Jules Verne et Lycée Carcouët à Nantes ; Lycée Notre Dame à Rezé ; Collège Lamoricière à St Philbert de Grand Lieu ; Institut Rural La Charmelière à Carquefou ; Association L'Ancre

vers les migrants : ASAMLA (groupe d'alphabétisation) ; foyers ADOMA ; CADA ; GSF (Gynéco Sans Frontière) ; AIDA (Association pour Demandeurs d'Asile) ; AMI (Association Migrants Intégration) ;

vers les précaires : ActaRom (terrains Roms, permanence Chaptal) ; Soleil Rom ; Médecins du Monde ; CHRIS (St Benoît, St Yves, l'Archipel) ; CCAS (Pierre Landais) ; quartiers prioritaires de la ville de Nantes ; les « Resto du Cœur » ; les « Secours Populaire » ; les Epiceries Sociales ; ANEF Francisco Ferrer ; Association Les Eaux Vives (Claire Fontaine) ; Association l'Homme Debout ; Association Arbres ; Association le Relais ; Association les Jardins de Cocagne Nantais ; Association Oser Forêt Vivante ; Association le Logis de l'Amitié ; Les Ramasseurs de Volailles

vers les usagers de drogues : Association le Triangle (CSAPA)

vers les personnes se prostituant : Médecins du Monde (Funambus)

vers les personnes handicapées : UASPS (Unité d'Accueil et de Soins pour Personnes Sourdes) ;

vers les homosexuels : groupe de travail HSH ; AIDES

vers la thématique spécifique des IST, hépatites et VIH : Sida info service, AIDES, REVIH Hep, COREVIH, SOS Hépatites ; Comité 1^{er} décembre

- Partenaires hospitaliers :

PASS ; UCSA ; CPEF ; infectiologie ; pneumologie ; dermatologie ; virologie ; gynéco-obstétrique ; pédiatrie ; pharmacie ; Ecole de sages-femmes ; Facultés de médecine, pharmacie et odontologie, Nouvelles Cliniques Nantaises, Polyclinique de l'Atlantique, Clinique Brétéché, Clinique Jules Verne, IFSI CHU/Croix Rouge ; Unité de Gestion du Risque Infectieux (UGRI) ; Espace des Usagers

- Nouveaux partenaires/prises de contact :

Journée Défense et Citoyenneté ; Maison familiale horticole à Machecoul ; FJT de Machecoul ; Lycée des Bourdonnières à Saint Sébastien ; Lycée Jean Perrin à Rezé ; Lycée St Gabriel à St Père en Retz ; Collège Petite Lande à Rezé ; CIFAM Saint-Nazaire ; Ecole Polytechnique ; Foyer Adoma Beaulieu ; Resto du cœur Saint-Herblain ; Relais Accueil Proximité ; CCAS-ASU Saint-Nazaire ; SARL Intervolailles ; Part'Agri ; CHRS Petit Port ; l'ACPM (association pour les chômeurs du Pays de la Mée) ; IEM La Grillonnais ; Institut Hauts Thébaudières ; CLIC (Derval, Nozay, Chateaubriant) ; Résodiabète 44 ; CFPD 85 ; Mutualité française

LES ANTENNES DU CFPD

Antenne Prévention Dépistage du Pays d'Ancenis

- Jour d'ouverture : les mardis de 9h à 17h
- Situation des locaux: dans le bâtiment du Centre de Planification et d'Education Familiale - Centre Hospitalier Francis Robert – 160 rue du Verger – 44150 ANCENIS
- Personnel : 1 infirmière de l'antenne tous les mardis + 1 médecin du CFPD les jours de séances de vaccination et dépistage (1 X par mois)
- Activité de l'antenne relevée dans les rapports d'activité et de performance des unités du CFPD

Antenne de Vaccination et de Dépistage de Châteaubriant

- Jour d'ouverture : les vendredis de 9h à 16h30
- Situation des locaux : 1er étage du Centre Hospitalier - Centre Hospitalier – rue de Verdun – 44146 CHATEAUBRIANT cedex
- Personnel : 1 infirmière de l'antenne tous les vendredis + 1 médecin du CFPD les jours de séances de vaccination et dépistage (1 X par mois)
- Activité de l'antenne relevée dans les rapports d'activité et de performance des unités du CFPD

Antenne de Vaccination et de Dépistage de Machecoul

- Jour d'ouverture : le mercredi de 9h à 17h
- Situation des locaux : Rez de chaussée du Centre Hospitalier Loire Vendée Océan – site de Machecoul - Bd des Régents – 44270 MACHECOUL
- Personnel : 1 infirmière de l'antenne tous les mercredis + 1 médecin du CFPD les jours de séances de vaccination et/ou dépistage (1 X par mois)
- Activité de l'antenne relevée dans les rapports d'activité et de performance des unités du CFPD

Antenne vaccination du Service Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé (SUMPPS)

- Situation des locaux : service de médecine préventive, boulevard Michelet
- Personnels référents : SUMPPS (1 médecin ; 1 IDE)
- Activité de l'antenne relevée dans le rapport d'activité et de performance du CVP

Rapport annuel d'activité et de performance (RAP) pour les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)

(Ce questionnaire est à renvoyer à l'ARS de votre région)

N° Département : 44 Région : PDL Année (= N-1) : 2011

Centre habilité : **X** **ou** Centre conventionné (Conseil général) :
(Cochez la case correspondante)

<p>Nom et adresse de la structure/service : CHU de NANTES Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD) CIDDIST/CDAG Adresse : Bâtiment Le Tourville 5 rue du Professeur Yves Boquien 44093 NANTES CEDEX 01 Téléphone : 02 40 08 31 19 Responsables : Professeur RAFFI/Professeur STALDER</p>	<p>Personne ayant rempli le questionnaire</p> <p>Nom : Dr B. BONNET - Médecin Dr J. COUTHERUT - Médecin N. PUAUD - Secrétaire</p> <p>Téléphone : 02 40 08 31 19 Email : benedicte.bonnet@chu-nantes.fr julie.coutherut@chu-nantes.fr nathalie.paud@chu-nantes.fr</p>
---	---

Consignes :

- Le rapport, demandé lors de l'année en cours N, concerne les données de l'année précédente (soit N-1),
- Ne laisser aucun blanc,
- Indiquer « 0 » si la donnée est nulle,
- Indiquer « ND » si la donnée existe mais n'est pas disponible.

1. ORGANISATION

Préciser **par semaine** :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demi-journées d'ouverture par semaine :
(une demi-journée équivaut à 3 heures et demie) • Nombre total d'heures d'ouverture : • Consultation le samedi : (entourer la bonne réponse) : • Le centre est-il ouvert à des plages d'horaires décalés (c'est-à-dire : avant 9h et/ ou entre 12h et 14h et/ou après 18h) ? | <p>10</p> <p><input type="text" value="32"/></p> <p><input type="checkbox"/> Oui ou Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ou Non</p> |
|---|--|

• **Le centre dispose-t-il d'annexes ou d'antennes ?**

(Définition d'annexe ou antenne : autres lieux fixes aménagés, dépendant du centre, garantissant les mêmes conditions d'exercice)

- Si oui, nombre : [3]
- Préciser leurs lieux d'installation (mettre une croix pour les sites concernés) :
 - Milieu scolaire []
 - Milieu universitaire..... []
 - Milieu pénitentiaire..... []
 - Mairies..... []
 - Centres hospitaliers [X]
 - Centres de santé (municipaux ou départementaux) .. []
 - Services de santé au travail []
 - CHRS []
 - CADA..... []
 - Autres : préciser *Collaboration et partenariat avec l'UCSA : antenne en cours de structuration* [X]

Oui ou Non

• **Le centre intervient-il sur d'autres sites de façon ponctuelle ?**

Si oui, nombre de sites d'intervention dans l'année

- Préciser les lieux d'intervention (mettre une croix pour les sites concernés) :
 - Milieu scolaire [X]
 - Milieu universitaire [X]
 - Milieu pénitentiaire (UCSA) [X]
 - Mairies []
 - Maisons de quartier [X]
 - Services de santé au travail / Entreprises [X]
 - CHRS [X]
 - CADA []
 - CSAPA..... [X]
 - Aires d'accueil ou zones de stationnement des gens du voyage []
 - Autres, préciser : [X]

Oui ou Non

[56]

Associations de réinsertion sociale ; associations de solidarité ou sanitaires ; foyers de migrants, Accueils jeunes ; Habitats précaires/atypiques ; Etablissements d'accueil de population vulnérable (handicap) ; centres de formation ; manifestations publiques (évènementiels : journée mondiale contre les hépatites, journée mondiale de lutte contre le SIDA, Gay Pride)

• **Le CIDDIST dispose-t-il d'un véhicule équipé pour intervenir sur ces sites ?**
(camion, bus, camping-car, ...)

Oui ou Non

<ul style="list-style-type: none"> • Autres modalités d'organisation : (par exemple paiements de vacation de médecin pour une autre structure,..) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui, préciser <ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé (municipaux ou départementaux) • Mairies • Cabinets de médecins libéraux • Autres : 	Oui ou <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

2. PERSONNEL

Personnel dédié à l'activité CIDDIST en nombre et équivalent temps plein (ETP)	Nbre	ETP
– médecins	[_5_] [1.10_]	
– cadre infirmier	[_1_] [0.34]	
– infirmiers	[_3_] [2_]	
– aides-soignants	[_0_] [0_]	
– secrétaires	[_1_] [1_]	
– assistants sociaux	[_0_] [0_]	
– coordonnateurs de réseaux santé	[_0_] [0_]	
– gestionnaire informatique	[_0_] [0_]	
– Autre(s) (médiateur santé, interprète, agent de service,...) préciser la fonction, le nombre de personnes et les ETP correspondants :	[_] []	
• Psychologue.....	[_1_] [0.50]	
• Technicien laboratoire	[_1_] [0.50]	
• <i>Le CFPD regroupe les activités CIDDIST, CVP et CLAT. Son organisation est coordonnée et assurée par un personnel commun (coordination médicale, soignante, administrative et logistique (bus prévention santé et entretien des locaux). Par souci de cohérence, ces ETP ont été répartis par tiers dans les trois centres (6.141/3).</i>	[_10_] [2.047]	

3. SYSTEME D'INFORMATION

<ul style="list-style-type: none"> • Le centre dispose-t-il d'un logiciel pour la gestion des dossiers des consultants ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui, préciser lequel : ▪ Permet-il l'agrégation automatique des données pour remplir le rapport d'activité et de performance ? • D'autres logiciels (gestion de stocks, comptabilité, ...) sont-ils disponibles ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui, préciser quel(s) logiciel(s) 	<input type="checkbox"/> Oui ou Non [Base Access] Oui ou <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ou Non [logiciel CHU ; Base Access]
---	--

1. ACTIVITE MEDICALE DU CIDDIST (y compris les antennes)

• Nombre de personnes ayant bénéficié seulement d'une information et/ou d'un conseil préventif (sans examen médical et prélèvements) :	[174]
• Nombre total de consultations médicales :	[7180]
• Nombre de personnes ayant eu au moins une consultation médicale :	[4026]
• Dont nombre d'hommes :	[2174]
• Dont nombre de femmes :	[1852]
• Dont nombre de moins de 18 ans :	[357]
• Nombre de personnes ayant reçu un traitement :	[368]
• Nombre de doses de vaccins injectés contre l'hépatite B :	[0]
• Nombre de doses de vaccins injectés contre l'HPV :	[0]

2. ACTIONS HORS LES MURS

• Nombre d'actions menées dans l'année :	[55]
• Nombre de personnes touchées par les actions :	[nd]
<p>• Description succincte des actions (lieux, publics ciblés, durée (préparation+ action) :</p> <p>Ces actions se font en partenariat. Les prélèvements sanguins sont effectués par les IDE du CIDDIST dans le bus prévention santé du CFPD ou dans les locaux mis à disposition par le partenaire. Pour chaque intervention "hors les murs" le déroulement est sensiblement le même :</p> <p>1-Prise de contact et réunion préparatoire avec les partenaires 2-Présence sur site de l'équipe : Action d'information +/- réalisation de tests de dépistage de manière anonyme et gratuite 3-Remise des résultats des tests au Centre de Dépistage (Immeuble Le Tourville) ou dans le lieu de dépistage sous 7 jours 4-Réunion de bilan avec les partenaires</p> <p><i>Les temps de réunions avec les partenaires et celui des actions "hors les murs" sont recensés ; le nombre d'heures consacrées aux actions en dehors de ces temps formalisés n'est pas quantifié.</i></p> <p>ACTIONS DE SENSIBILISATION + TESTS DE DEPISTAGE</p> <p>MILIEU SCOLAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fondation d'Auteuil (Bouguenais), 32 tests de dépistage + remise des résultats - Lycée des Savarières (St Sébastien Sur Loire), 29 tests de dépistage - Locaux municipaux : dépistage + remise de résultats auprès d'élèves d'un Lycée (Blain) - CIFAM (Ste Luce Sur Loire), 38 tests de dépistage + remise des résultats <p>MILIEU UNIVERSITAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SUMPPS, 2 actions, 82 + 77 tests de dépistage - Ecole Polytechnique (Nantes), 53 tests de dépistage - Ecole Centrale (Nantes), 26 tests de dépistage <p>MAISON DE QUARTIER</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Bouletterie (St Nazaire), tests de dépistage <p>CSAPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Acothé (CAARUD Nantes), 37 tests de dépistage - Le Triangle (Nantes), 14 tests de dépistage <p>ASSOCIATION DE REINSERTION SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jardins de Cocagne (Carquefou), tests de dépistage - Association l'Homme Debout (St Herblain), 6 tests de dépistage 	

FOYER MIGRANTS

- Foyer ADOMA (Nantes – Pont du Cens), 10 tests de dépistage
- Foyer ADOMA (Nantes – La Bottière), 3 tests de dépistage

ASSOCIATIONS DE SOLIDARITE OU SANITAIRES

- « La Maison » (Rezé), 4 tests de dépistage
- Resto du Cœur (St Nazaire), 1 test de dépistage
- Locaux de Sida Info Service (Nantes), population HSH – 7 tests de dépistage
- Lieu de rencontre HSH avec Sida Info Service à St Herblain – La Gournerie, 4 tests de dépistage
- Action de nuit en partenariat avec Médecins du Monde (Nantes, 2 nuits), population : personnes se prostituant, 21 tests de dépistage

HABITATS PRECAIRES/ATYPIQUES

- Terrain Rrom non conventionné, 13 tests de dépistage + remise de résultats

POPULATION VULNERABLE : HANDICAP

- ESAT (Blain), 28 tests de dépistage + remise des résultats

ACTIONS D'EDUCATION A LA SEXUALITE ET D'INFORMATIONS SUR LES IST**MILIEU SCOLAIRE**

- Lycée St Martin (Machecoul) ; Lycée Jules Verne (Nantes) tenue d'un stand ; Lycée Pablo Neruda (Bouguenais) ; Lycée St Gabriel (St Père en Retz) 2 infos ; Lycée Arago (Nantes)
- Collège Notre Dame de l'Abbaye (Nantes-Chantenay) ; Collège de la Petite Lande (Rezé) 2 infos ; Collège Lamoricière (St Philbert de Grand Lieu) 2 infos
- Fondation d'Auteuil (centre d'apprentissage) 3 infos

MILIEU UNIVERSITAIRE : Institut Supérieur Européen de Gestion (ISEG-Nantes)

MILIEU PENITENTIAIRE : Maison d'Arrêt des Hommes (Nantes) 4 infos

CENTRE DE FORMATION ADULTE : MDE Formation, 2 infos

ENTREPRISE : - « Part'Agri » Teillé

CHRS : L'Archipel

ASSOCIATION DE REINSERTION SOCIALE : Association Arbres, 3 infos

ASSOCIATION DE SOLIDARITE OU SANITAIRE : MAJ Francisco Ferrer

ACCUEIL JEUNES : Association L'Ancre

POPULATION VULNERABLE : HANDICAP

- Institut Les Hauts Thébaudières (personnes handicapées), (Vertou)
- IEM-FP La Grillonnais (Basse Goulaine)

ACTIONS D'INFORMATION/FORMATION AUX PROFESSIONNELS**PROFESSIONNELS DE SANTE (CPEF)**

- Echange de pratiques CPEF : CPEF Clinique Jules Verne / CPEF CHU Nantes

PROFESSIONNELS INSTITUTIONNELS

- Informations et mises à jour des connaissances IST envers les IDE de la Commune de Rezé et des professeurs de SVT du Collège Petites Landes
- Education Nationale : formation auprès de 50 personnes (enseignants, infirmières, assistantes sociales) dans le cadre de l'éducation à la sexualité en collège et lycée
- Actualisation de connaissances des personnels du CFPD : VIH et IST
- Professionnels PJJ : Présentation CFPD et CIDDIST aux éducateurs de la PJJ

FORMATIONS INITIALES

- IFSI CHU Nantes (IDE)
- IFSI Croix Rouge Française (IDE et aides soignants)
- Cours sur le parcours VIH, étudiants en médecine
- Cours sur les IST internes de dermatologie
- Cours sur les IST auprès d'étudiants du DIU de sexologie de Nantes
- Cours sur le VIH, école assistants sociaux, site Jean Perrin, Rezé

CONTRIBUTION EVENEMENTS

Le CIDDIST est membre de comités organisateurs de journées événementielles. Dans ce cadre, il est réalisé plusieurs interventions d'information +/- dépistages.

- **JOURNEE MONDIALE DES HEPATITES (Nantes)** : Info et dépistage sur une place publique du centre ville avec le bus Prévention/Santé et le bus le MDM, en partenariat avec SOS hépatite, REVIH-HEP, (53 tests de dépistage)
- **GAY PRIDE (Nantes)** : Info et dépistage sur une place publique du centre ville avec le bus Prévention/Santé, (113 tests de dépistage)
- **JOURNEE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA (Nantes)** : L'équipe du CIDDIST est membre du Comité 1^{er} décembre qui prépare l'évènement lors de 6 réunions préparatoires annuelles avec tous les membres du Comité. En 2011, les différentes interventions du CIDDIST ont été les suivantes :
 - 2 Actions au Self du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
 - Info et dépistage sur une place publique du centre ville avec le bus Prévention/Santé et le bus le MDM (80 tests de dépistage)
 - Informations dans une Cabane de Noël, Place du Commerce, en multi-partenariat

- Ouverture du Centre de Dépistage sans rendez-vous le 1^{er} décembre 2011 de 10 heures à 19 heures : 230 tests de dépistages

AUTRES ACTIVITES ou CONTRIBUTIONS

- Participation à un protocole de vaccination contre l'hépatite B de l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le VIH Sida et les hépatites (Fomvac) : inclusion de 90 personnes
- Expérimentation des TROD ; élaboration d'une procédure, formation à la réalisation, expérimentation lors d'actions hors les murs
- Collaboration avec l'InVS pour la déclaration volontaire des IST
- Mise en œuvre d'une étude pilote sur l'intérêt du dépistage systématique chlamydiae-gonocoques
- Actualisation des protocoles de dépistage des infections sexuellement transmissibles
- Membre du COREVIH PDL, contribution aux travaux : Groupe de travail sur les TRODs ; animation de la Commission Dépistage ; Journée inter COREVIH, échange de pratique sur le dépistage (Région Bretagne)
- Membre du Réseau Ville-Hôpital REVIH HEP ; participation aux travaux : groupe Précarité ; groupe Prévention des risques HSH
- Participation aux congrès nationaux (SFLS Société Française de Lutte contre le SIDA) et internationaux sur le VIH ; Communication orale aux Journées Dermatologiques de Paris
- Participation au groupe thématique MST de la société française de dermatologie en dec 2011
- Participation à un programme de coopération internationale quadripartite (Région Pays de La Loire/ESTHER/CHU/SWAA BURUNDI)

3. ACTIVITE DIAGNOSTIQUE DES IST DANS LES CIDDIST

I) SYPHILIS		
	Hommes	Femmes
Nombre de VDRL-TPHA réalisés	1103	450
Nombre de VDRL-TPHA positifs*	86	9
Nombre de diagnostics positifs de syphilis latentes précoces	9	1
Nombre de diagnostics positifs de syphilis primaires	12	0
Nombre de diagnostics positifs de syphilis secondaires	3	0
Nombre de cicatrices sérologiques	59	8

* les deux tests doivent être positifs

II) HPV		
	Hommes	Femmes
Nombre de frottis cervico-utérin réalisés		0
Nombre de frottis cervico-utérin anormaux ayant nécessité une prise en charge complémentaire		0
Nombre de diagnostics de condylomes	9	10

III) HEPATITES B		
	Hommes	Femmes
Nombre d'Ag HBs réalisés	1671	1336
Dont nombre d'Ag HBs positifs	15	7

IV) GONOCOCCIES		
	Hommes	Femmes
Nombre de personnes ayant eu un examen diagnostique* (culture, PCR...)	1297**	2018**
Nombre de personnes ayant eu un diagnostic positif * (isolement d'au moins une souche de gonocoque ou PCR positive)	12 dont 6 PCR urinaires	15 dont 15 PCR urinaires
Dont nombre de localisations Génitales (dont urètre)	5	0
Dont nombre de localisations anales	1	0
Dont nombre de localisations pharyngées	0	0

* quelque soit le site et le type de prélèvement.

** activité élevée car utilisation de PCR urinaires combinées chlamydiae/gonocoque

V) CHLAMYDIOSES*					
	Femmes		Hommes		TOTAL
	< 25 ans	≥ 25 ans	< 30ans	≥ 30 ans	
Nombre de personnes ayant eu un examen diagnostique direct** (Culture, PCR...)	1386	630	833	465	3314
Dont nombre de patients ayant eu un résultat positif	116	29	82	14	241
Dont nombre de patients asymptomatiques ayant eu un résultat positif	108	27	65	11	211

* ne pas compter les lymphogranulomatoses vénériennes (LGV)

** ne pas compter les sérologies chlamydiae

VI) LYMPHOGRANULOMATOSES VENERIENNES (LGV)	
Nombre d'hommes ayant un diagnostic positif :	0
Nombre de femmes ayant un diagnostic positif :	0

VII) INFECTIONS à VIH*				
		Nombre d'hommes	Nombre de femmes	TOTAL
<20ans	Test -	372	565	937
	Test +	0	0	0
20 à 29 ans	Test -	1044	859	1903
	Test +	5	1	6
30 à 39 ans	Test -	355	165	520
	Test +	3	7	10
40 à 49 ans	Test -	160	59	219
	Test +	3	0	3
50 à 59 ans	Test -	63	38	101
	Test +	0	2	2
60 ans et plus	Test -	27	15	42
	Test +	1	0	1
TOTAL	Test -	2021	1701	3722
	Test +	12	10	22

* ne pas compter les sérologies VIH faites dans le cadre de la CDAG.

VIII) CO-INFECTIONS		
	Nombre d'hommes	Nombre de femmes
Co-infections VIH- syphilis	4	1
Co-infections VIH-herpès	0	0
Co-infections VIH- HPV	0	0
Co-infections VIH- gonocoque	0	0
Co-infections VIH-chlamydia	0	0
Co-infections VIH-VHB	0	0

4. PERFORMANCE / REPARTITION DU BUDGET

Montants alloués au CIDDIST (en euros)

	Année* N-2	Année* N-1
Montant des subventions allouées (Etat et/ou Conseil général)	738375	726165.14
Autres contributions financières allouées	329	47122.32
Montant total des ressources financières du centre	738704	773287.46

* Les données de performance concernent les données des deux années précédentes (soit N-1 et N-2).

Existe-t-il des contributions non valorisées ?	Oui ou <input type="checkbox"/> Non
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, préciser le(s) contributeur(s) : 	

Montant total et Répartition des dépenses de l'année N-1 (en euros)

Type de dépenses	Montant
Montant total des dépenses du centre	789 795.28
Personnels <i>(rémunérations, charges sociales, formation continue/ professionnelle)</i>	366781.95
Achats de produits de santé, réactifs, vaccins et autres (montant total) :	4512.62
<ul style="list-style-type: none"> Produits de santé : Vaccins : Consommables et dispositifs médicaux (<i>adrénaline, petit matériel, compresses, désinfectants, Tests rapides...</i>) 	1212.17 290.32 3300.45
Dépenses pour les actions de promotion pour le public et les professionnels <i>(achats de matériels, frais d'impression, publications, frais de déplacements, etc.)</i>	
Coût de fonctionnement du centre, autres charges ou dépenses <i>(coût de structure, locations, bureautique, mobiliers, fournitures, maintenance informatique, entretien, réparations, assurances, impôts, taxes, charges financières, frais de déplacements hors actions de promotion...)</i>	418500.71

<p>Une convention a-t-elle été passée avec la CPAM pour un cofinancement de la prise en charge des IST ?</p> <p>Si non, est-elle envisagée ?</p> <p>Si oui pour quels types de prestations :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui ou <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Oui ou <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

COMMENTAIRES
<p><i>Il n'est techniquement pas possible de dissocier les coûts d'actions de promotion du coût de fonctionnement du centre.</i></p>

Rapport annuel d'activité et de performance des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (tous départements)

(à adresser au directeur général de l'ARS)

(un questionnaire par site et un synthétique pour le département)

Département : 44

Année : 2011

<p>Nom de l'établissement (habilité ou conventionné) : CHU de Nantes Centre Fédératif Prévention et Dépistage (CFPD) Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT)</p> <p>Adresse : Dispensaire JEAN V 6, rue Hippolyte Durand Gasselins 44000 Nantes</p> <p>Téléphone 02.40.73.18.62</p> <p>Responsable : Pr Magnan/ Dr Valette</p>	<p>Personne ayant rempli le questionnaire</p> <p>Nom : BERNARD Pascale Valérie</p> <p>Fonction : MEDECIN</p> <p>Téléphone. : 02.40.73.18.62</p>
---	---

Consignes :

- Ne laisser aucun blanc,
- Oui / Non : entourer la bonne réponse
- Indiquer « 0 » si la donnée est nulle,
- « ND » si la donnée existe mais n'est pas disponible.

1. ORGANISATION

<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sites (= adresses physiques de lieux d'accueil du public) : 	<input type="text" value="1"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demi-journées d'ouverture par semaine avec accès à un personnel soignant¹ : • Consultation le samedi (si plusieurs site, au moins une consultation le samedi) : • Ouverture après 17 h 00 (si plusieurs site, au moins une consultation après 17h00) : 	<input type="text" value="10"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnel dédié à la LAT en poste (en ETP) dont : <ul style="list-style-type: none"> - médecins : - infirmières : - secrétaires : - assistants sociaux : - manipulateurs radios : <p><small>Le Centre Fédératif Prévention Dépistage regroupe les activités CLAT, CVP et CIDDIST. Son organisation est coordonnée et assurée par un personnel commun (coordination médicale, soignante, administrative, logistique (bus prévention santé et entretien des locaux). Par souci de cohérence, ces ETP ont été répartis par tiers dans les trois centres [7.141 ETP / 3].</small></p>	<input type="text" value="6.16"/> <input type="text" value="1.5"/> <input type="text" value="1.58"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1.08"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Combien de ½ journées avez-vous utilisé un camion de radiographie dans l'année ? • En êtes-vous propriétaire ? : • Disposez vous d'autre dispositif de radiologie mobile, si oui lequel : 	<input type="text" value="6"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

¹ Infirmier (e) ou médecin

2. ACTIVITE ANNUELLE DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

• Nombre d'actes de consultations médicales individuelles :	[_1605_]
• Nombre d'actes de CS infirmières individuelles :	2343
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes pour lesquelles le CLAT a prescrit le traitement antituberculeux initial:.. <ul style="list-style-type: none"> – dont pour tuberculose maladie :..... – dont pour infection tuberculeuse latente :..... • Nombre de patients directement pris en charge et suivis par le CLAT (dès le diagnostic ou en relais d'une autre structure, hôpital par exemple) : – dont pour tuberculose maladie :..... – dont pour infection tuberculeuse latente :..... • Actions d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement de patient sous traitement :..... 	[_158_] [_ 3_] [_155_] [_313_] [_13_] [_300_] <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'IDR : <ul style="list-style-type: none"> - Faites par le CLAT :..... - Lues par le CLAT : 	[_914_] [_823_]
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total de radiographies pulmonaires faites (par le CLAT ou le cas échéant par un centre de radiologie avec lequel le CLAT a passé convention)² : • faites par le CLAT au dispensaire Jean V • faites à l'UCSA : <ul style="list-style-type: none"> - dont par le CLAT - dont dans le cadre d'une enquête autour d'un cas • Camion Radio 	[_1313_] 852 620 298 34 163
• Nombre de prélèvements à visée bactériologique :.....	[_181_]
• Nombre de vaccins BCG pratiqués par le CLAT (ou le cas échéant par un organisme avec lequel le CLAT a passé convention) :	[_31_]
<ul style="list-style-type: none"> • Autres examens complémentaires réalisés ou prescrits par le CLAT (préciser) : Prescription de bilans sanguins (diagnostiques, sérologiques ou suivi de traitement) Prescription de bilan d'imagerie (TDM,...) Prescription d'examens bactériologiques en externe Tests Quantiferon^o réalisés Bilans sanguins réalisés au CLAT 	[_294_] [_109_] [_19_] [_131_] [_460_]
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de signalements reçus par le CLAT pour des personnes résidant dans le département : <ul style="list-style-type: none"> – de tuberculose maladie : – d'infection tuberculeuse latente (chez les moins de 15 ans) :..... • Nombre de signalements reçus par le CLAT pour des personnes résidant hors du département : <ul style="list-style-type: none"> – de tuberculose maladie : – d'infection tuberculeuse latente (chez les moins de 15 ans) : 	[_78_] [_12_] [_52_] [_0_]
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas index de tuberculose maladie résidant dans le département pour lesquels une action d'enquête a été initiée (suite dans tableau 2A) : • Nombre de cas résidant hors du département pour lesquels le CLAT a contribué à l'enquête : 	[_67_]

² Y compris par moyens mobiles (camion ou autre)

	[52]
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas d'infection tuberculeuse latente chez les moins de 15 ans pour lesquels une action d'enquête a été initiée³ : <li style="padding-left: 20px;">– Nombre de sujets source potentiels identifiés :..... <li style="padding-left: 20px;">– Nombre de sujets source potentiels explorés :..... <li style="padding-left: 20px;">– Nombre de tuberculoses maladie identifiées parmi ceux-ci :..... <li style="padding-left: 20px;">– Nombre d'ITL diagnostiquées chez les moins de 15 ans :..... 	 [2] [5] [3] [0] [0]

2. A - Enquêtes réalisées autour des cas de tuberculose – maladie

Les données renseignées concernent les enquêtes dont la visite à 3 mois a été réalisée dans l'année du rapport d'activité (donc pour des cas index pouvant dater de l'année précédente)

Enquête autour d'un cas index	Nombre de sujets contact		Nombre de tuberculoses maladies diagnostiquées au cours des enquêtes	Nombre d'infections tuberculeuses latentes** diagnostiquées au cours des enquêtes
	Identifiés	Explorés*		
En milieu familial & privé	674	375	6	55
En milieu scolaire	113	88	1	13
En milieu professionnel	303	208	0	13
En milieu pénitentiaire	37	17	0	6
En milieu hospitalier	163	76	0	5
En hébergement collectif	180	48	1	11
Autres	369	172	0	31

* explorés = Visite à 3 mois du dernier contact au minimum

** toutes ITL chez les enfants de moins de 15 ans et ITL récentes ou présumées récentes pour les adultes (cf avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif au traitement de la tuberculose-infection (14 mars 2003) et ses annexes (aide à l'interprétation de l'IDR pour la décision thérapeutique) www.sante.gouv.fr (dossier tuberculose)

2. B - Dépistages radiologiques réalisés au sein de populations à risque (hors enquête)

	Centres de détention	Structures d'hébergement et d'accueil des migrants	Centres d'hébergement pour personnes en situation précaire*	Professions exposées**	Autres collectivités ** -Population Rrom -Centre départemental Enfance et Famille
Nombre de personnes ayant bénéficié du dépistage	586	78	60	43	21 (Rroms : 15) (CDEF : 6)
Nombre de	3	1	2	0	3

³ ITL signalées au CLAT ou diagnostiquées par le CLAT, en dehors des ITL diagnostiquées dans le cadre des enquêtes

tuberculoses maladie diagnostiquées					(Rroms et CDEF)
-------------------------------------	--	--	--	--	-----------------

* par exemple : CHRS, CHU, Samu social, Croix rouge, Médecins du monde, PASS...

** les citer si possible

2. C - Pharmacovigilance

Nombre de déclarations au centre régional de pharmacovigilance :	[_5_]
--	---------

2. D - Promotion de la lutte antituberculeuse

<ul style="list-style-type: none"> • Actions d'information du public : • Nombre d'actions d'information du public autour d'un cas : • Nombre d'actions d'information systématique d'un public ciblé : <ul style="list-style-type: none"> - information et dépistage auprès de la communauté ROM, des personnes vivant de la prostitution, - enquête en milieu scolaire ou collectivité, - information en milieu d'accueil et d'hébergement de personnes précaires 	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non [_20_] [_11_]
<ul style="list-style-type: none"> • Nombres d'heures consacrées aux actions d'information du public : <p>Les temps de réunions avec les partenaires et celui des actions "hors les murs" sont recensés, cependant le nombre d'heures consacrées en dehors de ces temps formalisés n'est pas quantifié.</p>	[_ND_]
<ul style="list-style-type: none"> • Actions d'information et formation des professionnels : • Nombre d'actions d'information et formation des professionnels autour d'un cas : • Nombre d'actions de formation des professionnels : 	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non [_4_] [_23_]
<ul style="list-style-type: none"> • Nombres d'heures consacrées aux actions d'information et formation des professionnels : + 1 à 5 avis téléphoniques quotidiens aux professionnels de santé <p>Les temps de réunions avec les partenaires et celui des actions "hors les murs" sont recensés, cependant le nombre d'heures y étant consacrées en dehors de ces temps formalisés n'est pas quantifié</p>	[_ND_]
<ul style="list-style-type: none"> • Description succincte des actions de prévention primaire, hors enquête (lieux, publics, durée) : <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration étroite avec le CVP et la PASS : consultation des personnes dépistées dans ces structures, relecture des radiographies thoraciques, consultation en urgence si besoin. • Collaboration étroite avec partenaires privilégiés : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Information et dépistage auprès des personnes vivant de la prostitution (Médecins du Monde) :</i> - <i>Réservation d'un créneau de consultation privilégiée sans RDV pour faciliter le dépistage</i> - <i>1 sortie avec le Funambus pour sensibiliser les personnes vivant de la prostitution au dépistage puis consultations au CLAT</i> - <i>Information et dépistage auprès des Rroms (Médecins du Monde)</i> - <i>8 (4x2) sorties dans les terrains de Rroms pour dépistage sur place</i> - <i>Dépistage des personnes prises en charge dans les CADA et autres Centres d'Hébergement, et bilan annuel des actions menées.</i> - <i>Consultation et relecture radio des personnes adressées par l'OFII</i> • Réalisation d'outils d'information et pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Affiches de sensibilisation et d'incitation au dépistage autour d'un cas,</i> - <i>Plaquettes d'informations adaptées aux populations à risques,</i> - <i>Jeux de questions-réponses / info-intox, ...</i> - <i>Travail de traduction des outils (anglais, roumain).</i> 	[]

<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres avec les CHRS pour formaliser un dépistage systématique avec consultation et Rx pulmonaire au CLAT et faire le bilan des actions menées. • Collaboration avec l'Unité de Gestion du Risque Infectieux du CHU pour réécrire les protocoles de prévention de la tuberculose en milieu hospitalier (validation en 2011) • Collaboration avec la maison d'arrêt (avis radiologiques, Consultations urgentes, avis téléphoniques, protocole de dépistage écrit en collaboration avec les médecins de l'UCSA) • Travail sur l'exhaustivité et la qualité des D.O et l'épidémiologie locale avec le laboratoire de mycobactériologie et l'ARS • En collaboration avec la Mission Santé Publique de la ville de Nantes et le Centre d'Innovation Social du quartier Bottière : projet d'actions de sensibilisation et d'information des professionnels travaillant auprès des populations à risques et de ces mêmes populations. 	
---	--

3. PARTENARIATS

<ul style="list-style-type: none"> • Liste des partenaires (liste ci-dessous donnée à titre d'exemple) <i>Centres hospitaliers, médecins libéraux, laboratoires, médecine scolaire, médecine du travail, PASS, UCSA, ANAEM, PMI, CHRS, associations, ...</i> <p>Centres hospitaliers universitaires ou généraux, médecins libéraux, laboratoires, médecine scolaire, inspection académique, médecine universitaire, médecine du travail du CHU et de ville, PASS, UGOMPS, UCSA, CADA, PMI, CHRS, associations ... Ville de Nantes (missions santé publique), SUMPPS, ASAMLA, CAARUD, Médecins du monde, OFII, Foyer ADOMA, services de Pédiatrie, Pneumologie, Infectiologie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Liste des partenaires ayant passé une convention : Ville de Nantes (mission santé publique) Association Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA) Conseil général 44 Centres hospitaliers (Châteaubriant - Ancenis - Loire Vendée Océan site Machecoul) 	

4. BUDGET

Budget de fonctionnement	Montant	Commentaire
Dépenses de personnel	391 715.36	
Consommables médicaux	68 387.56	<i>Les montants des consommables ne sont pas séparés : consommables médicaux et de gestion = 68387.56 €</i>
Consommables gestion administrative		
Amortissements	24 353.17	<i>Le montant Amortissement = Amortissement et provisions</i>
Budget d'investissement		
Equipements médicaux (matériel médical)	ND	
Equipements autres (grosses réparations, aménagement)	ND	

Rapport annuel d'activité et de performance (RAP)

Pour les centres de vaccinations

(A adresser au directeur général de l'ARS)

Département : _ 44 Région : Pays de la Loire Année (= N-1) : 2011

Centre habilitéé [X_] ou conventionné (Conseil général) [____]

<p>Nom de l'établissement / structure / service :</p> <p>CHU de Nantes</p> <p>Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD)</p> <p>Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP)</p> <p>Adresse postale</p> <p>Immeuble Le Tourville – 3^{ème} étage</p> <p>5 rue du Professeur Yves Boquien – 44093 NANTES CEDEX 1</p> <p>E-mail</p> <p>Téléphone : 02.40.08.74.57</p> <p>Responsable : Professeur François RAFFI</p>	<p>Personne ayant rempli le questionnaire</p> <p>Nom :</p> <p>Docteur Valérie Briend-Godet</p> <p>Fonction :</p> <p>Médecin Référent CVP</p> <p>Téléphone. :</p> <p>02.40.08.70.88</p> <p>e-mail:</p> <p>valerie.briendgodet@chu-nantes.fr</p>
---	---

Consignes

- Le rapport, demandé lors de l'année en cours N, concerne les données de l'année précédente (soit N-1)
- Ne laisser aucun blanc
- Pour les réponses « Oui ou Non », entourer la bonne réponse
- Indiquer « 0 » si la donnée est nulle ; « ND » si la donnée existe mais n'est pas disponible.

1. ORGANISATION

<p>Le centre est-il ouvert au moins une fois par semaine ? (Définition : le centre est un lieu fixe où, de façon permanente ou à des horaires fixes, des vaccinations sont pratiquées de façon exclusive par du personnel dédié)</p> <p>Si oui, préciser par semaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre total d'heures d'ouverture permettant l'accueil du public (pour les centres calculant en journées de travail, une demi-journée équivaut à 3 heures et demie) • Nombre total d'heures où les personnes peuvent être vaccinées • Consultation le samedi : (entourer la bonne réponse) : • Le centre est-il ouvert en horaires décalés (c'est-à-dire : avant 9h et/ ou entre 12h et 14h et/ou après 18h) ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui, préciser : <p>Si non, préciser par mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jours d'ouverture : • Nombre total d'heures d'ouverture permettant l'accueil du public • Nombre total d'heures d'ouverture où les personnes peuvent être vaccinées • Consultation le samedi : (entourer la bonne réponse) <p>Autres horaires (moins d'une fois par mois) ; si oui, préciser :</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Oui ou Non</p> <p>[40]</p> <p>[10.5]</p> <p>Oui ou <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui ou Non</p> <p>12h-14h</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>Oui ou Non</p> <p>Oui ou Non</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Le centre dispose-t-il d'annexe ou antenne ? (Définition d'annexe ou antenne : autres lieux fixes aménagés, dépendant du centre, garantissant des conditions sécurisées de conservation des vaccins) 	<input type="checkbox"/> Oui ou Non
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui, nombre : 	<input type="text" value="4"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préciser leurs lieux d'installation : 	
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Milieu scolaire 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Milieu universitaire..... 	<input type="text" value="1"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Milieu pénitentiaire 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Mairies..... 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Centres hospitaliers 	<input type="text" value="3"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé (municipaux ou départementaux) .. 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Services de santé au travail 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • CHRS 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • CADA..... 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Autres : préciser <i>Collaboration et partenariat avec l'UCSA : antenne en cours de structuration</i> 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Le centre intervient-il sur des sites mobiles ou sur d'autres lieux de façon ponctuelle? 	<input type="checkbox"/> Oui ou Non
<ul style="list-style-type: none"> (Définition : lieux où le matériel permettant de réaliser les vaccinations doit être transporté par du personnel dépendant du centre) 	
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui, nombre de : - sites mobiles 	<input type="text" value="1"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> - lieux d'intervention ponctuelle dans l'année 	<input type="text" value="40"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préciser les sites ou lieux d'intervention : 	
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Milieu scolaire 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Milieu universitaire 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Milieu pénitentiaire (UCSA) 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Mairies 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Maisons de quartier 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Services de santé au travail / Entreprises 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • CHRS 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • CADA 	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • CSAPA..... 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Aires d'accueil ou zones de stationnement des gens du voyage 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Autres, préciser : 	<input type="text" value="X"/>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Associations Migrants (ex :AMI...); associations de réinsertion sociale (ex : Osez Forêt vivante, Homme debout,...); associations de solidarité (ex :, secours populaire, Logis de l'Amitié, Relais Accueil Proximité,...); foyers de migrants (ex : ADOMA); foyers de jeunes travailleurs (ex : FJT Machecoul); habitats précaires/atypiques (terrains Roms non conventionnés); restaurants sociaux (ex : resto du cœur, « Claire Fontaine »...); épiceries sociales, CLIC et CCAS, manifestations publiques (événementiels : semaine européenne de la vaccination, journée mondiale contre les hépatites,...)</i> 	

<ul style="list-style-type: none"> Le Centre Fédératif Prévention et Dépistage regroupe les activités des CVP, CLAT et CIDDIST. Son organisation est coordonnée et assurée par un personnel commun (coordination médicale, soignante, administrative et logistique (bus prévention santé et entretien des locaux). Par souci de cohérence, ces ETP ont été répartis par tiers dans les trois centres (6.141 ETP/3) 	[__1__] [0.50] [__10__][__2.047]
---	-------------------------------------

3. SYSTEME D'INFORMATION	
<ul style="list-style-type: none"> Le centre dispose-t-il d'un logiciel pour la gestion des dossiers des consultants ? <ul style="list-style-type: none"> Si oui, préciser lequel Permet-il l'agrégation automatique des données pour remplir le rapport d'activité et de performance ? D'autres logiciels (gestion de stocks, comptabilité, ...) sont-ils disponibles ? <ul style="list-style-type: none"> Si oui, préciser quel(s) logiciel(s) 	<input type="checkbox"/> Oui ou Non [logiciel CHU] Oui ou <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ou Non [logiciel CHU ; Base Access]

4. ACTIVITE ANNUELLE DE VACCINATION : PERSONNES VACCINEES									
<p>Tous sites confondus (centre, annexes/antennes, sites mobiles, lieux intervention ponctuelle, partenaires, autres organisations)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre total de consultations médicales : <i>Il correspond au nombre total de personnes ayant consulté et ayant bénéficié ou non d'un acte vaccinal. Ainsi une même personne qui a reçu successivement au cours de l'année écoulée une vaccination complète hépatite B (3 injections), une vaccination diphtérie-tétanos-polio, puis une vaccination contre la grippe est comptée 5 fois si toutes les injections sont réalisées par le centre. Sont également comptabilisées dans ce nombre total toutes les personnes ayant consulté mais non vaccinées.</i> <ul style="list-style-type: none"> Nombre total de personnes vaccinées Nombre total de personnes ayant consulté mais non vaccinées 	[__3161__] [__1940__] [__ND__]								
<p>Tous sites confondus</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre total et pourcentage d'hommes vaccinés Nombre total et pourcentage de femmes vaccinées Non documentés : nombre et pourcentage 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">Nbre</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> <tr> <td>[1002]</td> <td>[51.6]</td> </tr> <tr> <td>[938]</td> <td>[48.4]</td> </tr> <tr> <td>[0]</td> <td>[0]</td> </tr> </table>	Nbre	%	[1002]	[51.6]	[938]	[48.4]	[0]	[0]
Nbre	%								
[1002]	[51.6]								
[938]	[48.4]								
[0]	[0]								
<p>Tous sites confondus</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre total de personnes vaccinées par tranches d'âge : <ul style="list-style-type: none"> 0 - 2 ans > 2 ans - < 7 ans ≥ 7 ans - < 16 ans ≥ 16 ans - < 26 ans ≥ 26 ans - < 65 ans ≥ 65 ans 	[__137__] [__146__] [__283__] [__586__] [__716__]								

<i>≥ 16 ans - < 26 ans et ≥ 26 ans - < 65 ans : les données dont nous disposons pour 2011 sont encore décrites selon les tranches d'âge 16 à 30 ans et 31 à 64 ans inclus</i>	[_72_]
Répartition selon les sites	
<ul style="list-style-type: none"> • Centre de vaccination <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes vaccinées [_1260_] - Nombre total de personnes ayant consulté mais non vaccinées [_ND_] 	
<ul style="list-style-type: none"> • Annexes ou antennes <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes vaccinées [_163_] - Nombre total de personnes ayant consulté mais non vaccinées [_ND_] 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sites mobiles / lieux d'interventions ponctuelles <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes vaccinées [_611_] - Nombre total de personnes ayant consulté mais non vaccinées [_ND_] 	
<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes vaccinées [_ND_] 	
<ul style="list-style-type: none"> • Autres modalités d'organisation (préciser) : ----- ----- ----- - Nombre de personnes vaccinées [_____] 	
Tous sites confondus	Nbre %
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total et pourcentage de personnes vaccinées résidant dans le département [1881][96.9] • Nombre total et pourcentage de personnes vaccinées résidant hors département mais résidant dans la région [_33_][_1.7_] 	
Tous sites confondus	Nbre %
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et pourcentage de personnes vaccinées bénéficiaires de la CMU ou de l'AME ou de la prise en charge pour « soins urgents » [_493_][25.41] • Nombre et pourcentage de personnes vaccinées ne disposant pas de complémentaire santé (assurance ou mutuelle) [_694_][35.77] <i>(ce qui inclut les personnes sans aucune couverture sociale)</i> 	

5. ACTIVITE ANNUELLE DE VACCINATION : VACCINS ADMINISTRES et TESTS PREVACCINAUX	
Tous sites confondus	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total de vaccins administrés [_ND_] <i>(un vaccin est défini comme une injection d'une dose vaccinale quel que soit le nombre de valences contenues dans l'ampoule ; ainsi une injection d'Infanrix Hexa® comptera pour un vaccin administré comme une injection de Prévenar® ou de Gardasil®)</i> 	
Répartition selon les sites	

Diphtérie / Tétanos / Polio / Coqueluche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants : InfanrixTetra / Tétravac acellulaire ▪ Adultes : Boostrixtetra /Repevax 	
Diphtérie / Tétanos / Polio / Coqueluche / Haemophilus Influenzae <ul style="list-style-type: none"> ▪ InfanrixQuinta / Pentavac 	
Diphtérie / Tétanos / Polio / Coqueluche / Haemophilus Influenzae / Hépatite B <ul style="list-style-type: none"> ▪ InfanrixHexa 	
Grippe saisonnière <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agrippal / Fluarix / Fluvirine / Gripguard / Immugrip / Influvac / Mutagrip / Prévigrip / Vaxigrip 	129
Grippe / Tétanos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tétagrip 	0
Haemophilus influenzae <ul style="list-style-type: none"> ▪ Act-Hib 	
Hépatite A <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants : Avaxim 80 / Havrix 720 ▪ Adultes : Avaxim 160 / Havrix 1440 	190
Hépatite B <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants : Engérix B10 / HBVaxpro 5 / Genhévac B / ▪ Adultes : Engérix B20 / HBVaxpro 10 / HBVaxpro 40 / Genhévac B 	
Hépatite A & Hépatite B <ul style="list-style-type: none"> ▪ Twinrix enfant / Twinrix adulte 	0
Méningocoque A, C, Y, W135 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mencevax / Menveo 	354
Méningocoque A & C <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccin méningococcique A+C polysidique 	Vaccins méningococciques <i>(les données disponibles en 2011 ne permettent pas de différencier les vaccins monovalents réalisés entre 1 et 24 ans, des vaccins quadrivalents réalisés plus ponctuellement, selon les recommandations officielles)</i>
Méningocoque C <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningitec / Meninvact / Menjugatekit / Neisvac 	
Papillomavirus humains (HPV) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cervarix / Gardasil 	44
Pneumocoque <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants : Prevenar / Pneumo23 Adultes : Pneumo23 	46
Poliomyélite <ul style="list-style-type: none"> ▪ Imovax Polio 	0
Rougeole <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rouvax 	0
Rougeole / Oreillons / Rubéole <ul style="list-style-type: none"> ▪ MMR Vax / Priorix / ROR Vax 	650
Rubéole <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rudivax 	4
Tétanos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccin tétanique Pasteur 	0
Varicelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Varilrix / Varivax 	9

Autres vaccins (préciser le nom) :	
Tests pré-vaccinaux réalisés par le centre lui-même <i>(ne pas prendre en compte les tests effectués par d'autres structures, même dans le cadre d'une convention avec le centre)</i>	Nombre
Intradermoréaction à la tuberculine	166
Sérologie Hépatite B	632
Autres tests sérologiques, préciser : <i>Hépatite C = 477 ; VIH = 427 ; Tétanos = 107 ; Rubéole = 113 ; Rougeole = 144 ; Varicelle = 153 ; BétaHCG = 18 ; Bilan hépatique = 48 ; PCR VHC = 10 ; PCR VHB = 30</i>	1527

6. PHARMACOVIGILANCE

<ul style="list-style-type: none"> • Nombre annuel de déclarations à votre centre de pharmacovigilance : 	[0]
---	-------

7. ACTIVITE ANNUELLE DE PROMOTION DE LA VACCINATION

Actions d'information, de formation et de communication	
<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux actions de la Semaine Européenne de la Vaccination (SEV) 	<input type="checkbox"/> Oui ou Non
<ul style="list-style-type: none"> • Actions collectives (y compris celles de la SEV) auprès de publics non professionnels (grand public, groupes ciblés) <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le nombre d'actions réalisées par type d'actions (cocher les cases correspondantes) : ▪ Communiqués ou encarts dans la presse écrite ▪ Entretiens radio ou télévisuel ▪ Conférences – débats ▪ Expositions commentées ▪ Distribution de dépliants ou autres supports d'information ▪ Actions de sensibilisation auprès de groupes ciblés ▪ Autres actions, préciser : 	<input type="checkbox"/> Oui ou Non <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>AU TOTAL, 89 ACTIONS 16 ACTIONS D'INFORMATION AUPRES DE TOUT PUBLIC <i>dont : manifestations publiques (événementiels : semaine européenne de la vaccination, journée mondiale contre les hépatites,...)</i> 73 ACTIONS DE SENSIBILISATION AUPRES DE GROUPES CIBLEES, avec les : Associations Migrants et/ou Gens du voyage (ex : AMI, Le Relais,...) ; associations de réinsertion sociale (ex : Osez Forêt vivante, Homme debout,...) ; associations de</p>	

solidarité (ex : resto du cœur, secours populaire, Logis de l'Amitié, Francisco Ferrer, Relais Accueil Proximité,...) ; foyers de migrants (ex : ADOMA) ; foyers de jeunes travailleurs (ex : FJT Machecoul) ; habitats précaires/atypiques (terrains Rroms non conventionnés) ; restaurants sociaux, épiceries sociales, CLIC et CCAS, ...

- Préciser la durée totale (en heures) de temps consacrée à ces actions (ce temps comprend le temps de préparation, de réalisation et d'évaluation des actions menées)

[_ND_]

- **Actions (incluant celles de la SEV) auprès d'étudiants dans les filières de santé, de professionnels de santé ou de personnels dans les structures médicosociales (crèches, établissements pour personnes handicapées, pour personnes âgées, ..)**

Oui ou Non

- Préciser le nombre de ces actions par type d'actions (cocher les cases correspondantes)

- Encarts / articles de presse écrite professionnelle ou institutionnelle ...
- Idem dans newsletters informatiques
- Conférences-débats / EPU
- Séminaires / ateliers de formation / formation continue
- Mailings
- Création et Diffusion d'outils d'information pour les professionnels ...
- Diffusion de documents d'information pour les patients
- Autres actions, préciser :

[_X_]

[_X_]

[]

[_X_]

CONTRIBUTION A L'ENSEIGNEMENT DANS LE CADRE DE FORMATIONS INITIALES

- Facultés Médecine et Pharmacie ; IFSI ; Ecole Sage-femmes
- Encadrement d'internes en médecine, de stagiaires (prof. de santé)
- Encadrement de travaux d'études (thèses, mémoires, ...)
- Avis téléphoniques et courriels aux professionnels de santé
- Elaboration et actualisation de protocoles de vaccinations à destination des professionnels de santé
- Communications affichées en congrès

36 ACTIONS D'INFORMATION OU FORMATION, PROF. DE SANTE :

- AVIS TELEPHONIQUES OU PAR MAILS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE EN 2011: 134 AVIS
- FORMATION INITIALE
 - IFSI Croix Rouge : 5 sessions
 - Faculté de Médecine : 5 sessions
 - Faculté d'Odontologie : 2 sessions
 - Ecole de Sages-femmes : 4 sessions
- FORMATION CONTINUE
 - FMC : Médecine générale et médecins psychiatres : 1 session
 - FMC : Pharmaciens (et préparateurs) : 2 sessions
 - FMC : Journées d'actualités thérapeutiques : 1 session
 - SUMPPS (actualisation des connaissances) : 2 sessions
 - Formation des professionnels CPEF : 1 session
 - Présentation aux professionnels UGRI-ARLIN (procédure Coqueluche) : 1 session
 - Semaine Européenne de la Vaccination (actualisation des connaissances) : Animateurs Stands et partenaires, Personnels CFPD, Médecine du Travail, Prof. Self HD : 5 sessions
 - Formation/Actualisation des connaissances des professionnels CFPD (y compris les internes) : 4 sessions
 - Congrès : GERICH0 ; INPES ; CISS : 3 sessions

[_ND_]

- Préciser la durée totale (en heures) de temps consacrée à ces actions
(ce temps comprend le temps de préparation, de réalisation et d'évaluation
des actions menées)

8. PARTENARIATS

- Nombre de partenaires réguliers :

(partenaire : association, établissement, service ou structure auquel le centre s'est associé pour mener une action concernant les vaccinations, par exemple séance de vaccination, information, ...)

[69]

- Distinguer les partenaires ayant passé ou non une convention avec le centre (cocher les cases correspondantes)

Avec / Sans
convention

- | | | |
|--|-------|-------|
| ▪ Etablissements scolaires | [] | [X] |
| ▪ Services universitaires | [X] | [] |
| ▪ Centres / institutions de formation professionnelle (IFSI, apprentis, ..) | [] | [X] |
| ▪ Centres de santé (départementaux ou municipaux) | [] | [] |
| ▪ Centres / services hospitaliers | [X] | [] |
| ▪ Milieu pénitentiaire (UCSA) | [] | [X] |
| ▪ Services de santé au travail | [] | [X] |
| ▪ CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ... | [X] | [] |
| ▪ CDAG / CIDDIST | [X] | [X] |
| ▪ Mairies (CCAS, maisons de quartier, ..) | [X] | [] |
| ▪ CLAT (centre de lutte antituberculeuse) | [X] | [X] |
| ▪ Centres d'accueil et d'hébergement (CHRS, CADA, foyers de migrants, ...) | [] | [X] |
| ▪ Associations de solidarité | [] | [X] |
| ▪ Etablissements sociaux (épiceries ou restaurants sociaux, centres socio-culturels,...) | [] | [X] |
| ▪ Autres, préciser : ASAMLA | [X] | [] |

Le Centre Fédératif Prévention et Dépistage regroupe le CLAT, le CIDDIST-CDAG et le CVP au sein d'une même structure (CHU). Ainsi, il n'est pas nécessaire d'établir des conventions.

[X] [X]

21 PARTENAIRES REGULIERS (est considéré partenaire régulier, un partenaire avec lequel sont réalisés au moins trois actions dans l'année ou un partenaire avec lequel sont réalisés au moins une action tous les ans) :

ACTIONS DE PROMOTION DE LA VACCINATION, AVEC OU SANS SEANCES DE VACCINATIONS (AUPRES DE POPULATION CIBLEE)

- MAISONS DE QUARTIER : *La Bouletterie (Saint Nazaire) : 2 interventions*
- CHRS : *Foyer Saint Benoît (4 interventions) ; Foyer Saint Yves (4 interventions) ; Foyer Petit Port (4 interventions)*
- CSAPA : *L'Acothé : 1 intervention*
- FOYERS OU ASSOCIATIONS MIGRANTS :
 - *Permanence Chaptal (Roms) : 12 interventions*
 - *Foyers ADOMA La Bottière ; Pont du Cens ; Beaulieu : 12 interventions*
 - *Association Le Relais (Asso. Gens du Voyage) : 6 interventions*

- ASSOCIATION DE REINSERTION SOCIALE :
 - Osez Forêt Vivante : 5 interventions
 - Association Arbres : 3 interventions
- ASSOCIATIONS DE SOLIDARITE OU SANITAIRES :
 - Secours populaire (Blain/Guémené) : 6 interventions
 - Médecins du Monde (Terrains Rroms)
- HABITATS PRECAIRES/ATYPIQUES :
 - Terrains Rrom (Carquefou, Sainte-Luce, Saint-Herblain) : 8 interventions
- EPICERIES/RESTAURANTS SOCIAUX :
 - Bouguenais : Epicerie sociale (3 interventions)
 - Nantes : Restaurant social Pierre Landais (7 interventions) ; restaurant social Claire Fontaine (3 interventions) ; resto du cœur Dalby et Roch (5 interventions)
 - Nozay : Resto du cœur (3 interventions)
 - Saint Nazaire : Resto du cœur (3 interventions)

48 PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

- CHU : UCSA, CPEF, gynécologie-obstétrique, service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT, Consultation d'Infectiologie (ex CISIH), Pédiatrie, Pharmacie, Unité de gestion des risques infectieux (UGRI), service de santé au travail (SST), Laboratoire de virologie, Espace des Usagers
- Conseil général de Loire-Atlantique, Conseil général de la Sarthe, Conseil général de Mayenne, Conseil général de Maine et Loire,
- Médecine scolaire, Inspection Académique, Services de Protection Maternelle et infantile (PMI)
- Conseil de l'ordre des médecins, des Sages-femmes et des pharmaciens, URPS
- Cliniques de Nantes : PCA, NCN, Jules Verne, Brétéché ...
- Mutuelle sociale agricole (MSA), CPAM de Loire-Atlantique, RSI, Mutualité Française, MACSF
- Ville de Nantes et communes du 44 : Ancenis, Blain, Bouguenais, Châteaubriant, Guémené-Penfao, Machecoul, Nozay, Rezé, St Herblain, St Nazaire
- Ecoles/Universités : Facultés de Médecine, Pharmacie, Odontologie ; SUMPPS ; IFSI ; Ecole de Sages-femmes
- Medqual, IREPS (INPES)...
- TAN

- Nombre de partenaires ponctuels

- Les lister :

[19]

19 PARTENAIRES PONCTUELS (est considéré partenaire ponctuel, un partenaire avec lequel ont été réalisées une à deux actions dans l'année N) :

- MILIEU SCOLAIRE :
 - Lycée Jean Perrin de Rezé : 1 intervention
 - Maison familiale horticole de Machecoul : 1 intervention
- ASSOCIATION DE REINSERTION SOCIALE :
 - Association pour les Chômeurs du Pays de la Mée (ACPM) Châteaubriant : 1 intervention
- ACCUEILS/HEBERGEMENTS :
 - ANEF Francisco Ferrer : 1 intervention
 - Logis de l'Amitié : 1 intervention
 - Association Relais Accueil Proximité (Auverné) : 1 intervention
 - Foyer de Jeunes Travailleurs (Machecoul)
- ASSOCIATIONS DE SOLIDARITE OU SANITAIRES :
 - Secours populaire (Châteaubriant, Couëron) : 4 interventions
 - Croix-Rouge de Machecoul : 1 intervention
 - Réseau Diabète 44
- CCAS : CHATEAUBRIANT : 2 interventions

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ CENTRES DE FORMATION ADULTES :- CIFAM : <i>1 intervention</i>- MDE Formation : <i>2 interventions</i>▪ CLIC : <i>Châteaubriand, Derval, Nozay</i>▪ ENTREPRISE : <i>PART'AGRI à Teillé : 1 intervention</i>▪ ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG : <i>Don du sang de Guéméné : 1 intervention</i>▪ EPICERIES/RESTAURANTS SOCIAUX : <i>Machecoul : Resto du cœur (2 interventions) ; Rezé : Epicerie sociale (1 intervention)</i> | |
|--|--|

COMMENTAIRES

Les temps de réunions avec les partenaires et celui des actions "hors les murs" sont recensés, le nombre d'heures consacrées aux actions en dehors de ces temps formalisés n'est pas quantifié.

9. PERFORMANCE / REPARTITION DU BUDGET

Montants alloués au centre de vaccination (en euros)

	Année* N-2	Année* N-1
Montant des subventions allouées (Etat et/ou Conseil général)	369689	459412.63
Autres contributions financières allouées	200	92235.89
Montant total des ressources financières du centre	369889	551648.52

* Les données de performance, demandées lors de l'année en cours N, concernent les données des deux années précédentes (soit N-1 et N-2).

Existe-t-il des contributions non valorisées ? <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, préciser le(s) contributeur(s) : 	Oui ou <input type="checkbox"/> Non
--	-------------------------------------

Montant total et Répartition des dépenses de l'année N-1 (en euros)

Type de dépenses	Montant
Montant total des dépenses du centre	578334.58
Personnels <i>(rémunérations, charges sociales, formation continue/ professionnelle)</i>	413614.29
Achats de vaccins et d'autres produits médicaux (montant total) :	58648.72
<ul style="list-style-type: none"> • Vaccins (montant total) • Autres médicaments et consommables médicaux (<i>adrénaline, petit matériel, compresses, désinfectants, ...</i>) 	57758.75 888.97
Dépenses pour les actions de promotion pour le public et les professionnels <i>(achats de matériels, frais d'impression, publications, frais de déplacements, etc.)</i>	<i>Il n'est techniquement pas possible de dissocier les coûts d'actions de promotion du coût de fonctionnement du centre.</i>

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES

EXERCICE : 2011

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :

CENTRE DE VACCINATIONS (uf 1132)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Charges d'exploitation courante	78 616,00 €	79 534,71 €	129 665,00 €	146 346,67 €
601	Achats stockés de matières premières ou fournitures				
602	Achats stockés, autres approvisionnements	14 147,00 €	39 354,07 €	37 256,00 €	60 396,04 €
603	Variation des stocks de matières premières et fournitures à caractère hôtelier et général				
606	Achats non stockés de matières et fournitures	2 284,00 €	1 763,33 €	1 065,00 €	193,33 €
607	Achats de marchandises				
611	Sous-traitance générale	50 845,00 €	34 416,16 €	34 709,00 €	66 156,31 €
62	Autres services extérieurs (sauf 621, 623, 627 et 629)	11 340,00 €	4 001,15 €	56 635,00 €	19 600,99 €
709	Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement				
71	Production stockée (ou déstockage)				
Titre 2	Charges de personnel	322 831,00 €	410 750,07 €	519 932,23 €	413 614,29 €
621	Personnel extérieur à l'établissement			12 174,04 €	8 915,92 €
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des Impôts)	21 728,00 €	27 473,36 €	39 873,48 €	26 238,26 €
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	7 049,00 €	11 340,75 €	13 774,39 €	11 734,65 €
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413 et 6419)	2 744,00 €	1 960,63 €	12 662,10 €	2 166,44 €
6411	Personnel titulaire et stagiaire	37 282,00 €	127 460,82 €	144 624,83 €	133 777,33 €
6413	Personnel sous CDI	0,00 €	0,00 €	0,00 €	-66,66 €
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6425 et 6429)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	5 798,78 €
6421	Praticiens temps plein et temps partiel	129 949,00 €	96 730,06 €	129 949,00 €	90 760,47 €
6422	Praticiens attachés renouvelables de droit	52 185,00 €	46 901,82 €	52 185,00 €	38 067,87 €
6425	Permanences des soins				
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers non méd)	13 864,00 €	50 913,64 €	52 499,36 €	50 399,39 €
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers méd)	57 313,00 €	45 607,97 €	58 513,00 €	43 099,73 €
647	Autres charges sociales (sauf 6479)	717,00 €	2 361,02 €	3 677,03 €	2 722,11 €
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES
EPRD développé par titres et chapitres

EXERCICE : 2011

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :
CENTRE DE VACCINATIONS (uf 1132)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 3	Charges de la structure	12 390,00 €	18 393,37 €	49 228,00 €	18 373,62 €
61	Services extérieurs (sauf 611 et 619)	864,00 €	618,54 €	41 045,00 €	696,23 €
623	Informations, publications, relations publiques	330,00 €	0,00 €	1 517,00 €	0,00 €
627	Services bancaires et assimilés				
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631 et 633)				
65	Autres charges de gestion courante				
66	Charges financières	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
67	Charges exceptionnelles	0,00 €	353,31 €	0,00 €	5 112,13 €
68	Dotations aux amortissements et provisions	11 196,00 €	17 421,52 €	6 666,00 €	12 565,26 €
	SOLDE EXCEDENTAIRE				0,00 €
	TOTAL DES CHARGES	413 837,00 €	508 678,15 €	698 825,23 €	578 334,58 €

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :

CENTRE DE VACCINATIONS (nf 1132)

CHAPITRES	Initulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Produits de la tarification	369 689,00 €	369 689,00 €	459 412,63 €	459 412,63 €
73	Dotations et produits de tarification	369 689,00 €	369 689,00 €	459 412,63 €	459 412,63 €
Titre 2	Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €	200,00 €	0,00 €	17 255,55 €
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissables	44 148,00 €	0,00 €	0,00 €	74 980,34 €
78	Reprises sur amortissements et provisions	44 148,00 €			74 980,34 €
	SOLDE DEFICITAIRE		138789,15		26 686,06 €
	TOTAL DES PRODUITS	413 837,00 €	508 678,15 €	459 412,63 €	578 334,58 €

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES

EXERCICE : 2011

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :

CENTRE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (uf 1133)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Charges d'exploitation courante	86 249,00 €	44 041,25 €	83 764,00 €	59 986,50 €
601	Achats stockés de matières premières ou fournitures				
602	Achats stockés, autres approvisionnements	30 811,00 €	4 399,70 €	30 535,00 €	7 539,92 €
603	Variation des stocks de matières premières et fournitures à caractère hôtelier et général	7 732,00 €	8 362,06 €	9 454,00 €	6 742,71 €
606	Achats non stockés de matières et fournitures				
607	Achats de marchandises				
611	Sous-traitance générale	14 454,00 €	19 633,33 €	13 870,00 €	35 531,44 €
62	Autres services extérieurs (sauf 621, 623, 627 et 629)	33 252,00 €	11 646,16 €	29 905,00 €	10 172,43 €
709	Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement				
71	Production stockée (ou déstockage)				
Titre 2	Charges de personnel	521 524,00 €	339 024,32 €	455 570,12 €	391 715,36 €
621	Personnel extérieur à l'établissement			15 352,93 €	8 915,92 €
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des Impôts)	31 869,00 €	20 934,93 €	34 417,98 €	22 076,46 €
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	18 104,00 €	11 393,38 €	13 582,81 €	12 738,68 €
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413 et 6419)	12 765,00 €	1 960,63 €	14 772,45 €	2 166,44 €
6411	Personnel titulaire et stagiaire	238 339,00 €	169 173,95 €	182 389,34 €	181 439,18 €
6413	Personnel sous CDI	0,00 €	1 496,75 €	0,00 €	-66,66 €
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6425 et 6429)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	5 760,29 €
6421	Praticiens temps plein et temps partiel	63 088,00 €	30 165,50 €	63 088,00 €	54 547,00 €
6422	Praticiens attachés renouvelables de droit	25 336,00 €	18 316,19 €	30 745,00 €	10 028,20 €
6425	Permanences des soins				
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers non méd)	95 803,00 €	67 187,94 €	65 931,78 €	68 214,49 €
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers méd)	27 825,00 €	15 292,00 €	28 837,00 €	22 502,58 €
647	Autres charges sociales (sauf 6479)	8 270,00 €	2 963,05 €	6 327,83 €	3 242,78 €
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	125,00 €	140,00 €	125,00 €	150,00 €

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES
EPRD développé par titres et chapitres

EXERCICE : 2011

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :
CENTRE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (uf 1133)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 3	Charges de la structure	26 632,00 €	32 296,01 €	29 117,00 €	32 754,56 €
61	Services extérieurs (sauf 611 et 619)	1 831,00 €	1 222,05 €	1 445,00 €	1 361,30 €
623	Informations, publications, relations publiques	510,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
627	Services bancaires et assimilés				
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631 et 633)				
65	Autres charges de gestion courante	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
66	Charges financières	0,00 €	289,53 €	0,00 €	7 040,09 €
67	Charges exceptionnelles				
68	Dotations aux amortissements et provisions	24 291,00 €	30 784,43 €	27 672,00 €	24 353,17 €
	SOLDE EXCEDENTAIRE		151 638,42 €		
	TOTAL DES CHARGES	634 405,00 €	567 000,00 €	568 451,12 €	484 456,42 €

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :

CENTRE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (uf 1133)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Produits de la tarification	566 728,00 €	566 728,00 €	377 511,47 €	377 511,47 €
73	Dotations et produits de tarification	566 728,00 €	566 728,00 €	377 511,47 €	377 511,47 €
Titre 2	Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €	272,00 €	0,00 €	
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissables	67 677,00 €	0,00 €	0,00 €	78 957,34 €
78	Reprises sur amortissements et provisions	67 677,00 €			78 957,34 €
	SOLDE DEFICITAIRE				27 987,61 €
	TOTAL DES PRODUITS	634 405,00 €	567 000,00 €	377 511,47 €	484 456,42 €

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES

EXERCICE : 2011

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :

C.I.D.I.S.T. (uf 1134)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Charges d'exploitation courante	315 497,00 €	288 893,35 €	314 100,00 €	406 379,80 €
601	Achats stockés de matières premières ou fournitures				
602	Achats stockés, autres approvisionnements	7 422,00 €	8 843,99 €	13 402,00 €	5 538,00 €
603	Variation des stocks de matières premières et fournitures à caractère hôtelier et général				
606	Achats non stockés de matières et fournitures	364,00 €	1 036,01 €	0,00 €	192,59 €
607	Achats de marchandises				
611	Sous-traitance générale	300 755,00 €	275 053,77 €	300 000,00 €	394 989,75 €
62	Autres services extérieurs (sauf 621, 623, 627 et 629)	6 956,00 €	3 959,58 €	698,00 €	5 659,46 €
709	Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement				
71	Production stockée (ou déstockage)				
Titre 2	Charges de personnel	500 590,00 €	431 609,61 €	498 276,65 €	366 781,95 €
621	Personnel extérieur à l'établissement			13 811,03 €	8 918,59 €
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des Impôts)	33 090,00 €	26 287,79 €	39 309,54 €	20 035,75 €
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	15 156,00 €	12 964,67 €	15 522,80 €	12 254,80 €
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413 et 6419)	5 027,00 €	1 961,22 €	14 772,45 €	14 186,13 €
6411	Personnel titulaire et stagiaire	170 957,00 €	161 954,57 €	164 071,83 €	156 713,58 €
6413	Personnel sous CDI	34 743,00 €	16 263,38 €	34 953,00 €	16 054,38 €
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6425 et 6429)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	5 973,34 €
6421	Praticiens temps plein et temps partiel	89 545,00 €	63 899,92 €	73 195,00 €	31 994,90 €
6422	Praticiens attachés renouvelables de droit	35 960,00 €	24 658,66 €	35 960,00 €	14 665,47 €
6425	Permanences des soins				
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers non méd)	73 238,00 €	91 656,33 €	66 968,86 €	65 532,12 €
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers méd)	39 493,00 €	27 217,57 €	35 052,00 €	16 806,57 €
647	Autres charges sociales (sauf 6479)	3 381,00 €	4 745,50 €	4 660,14 €	3 646,32 €
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES
EPRD développé par titres et chapitres

EXERCICE : 2011

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :
C.I.D.D.I.S.T. (uf 1134)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 3	Charges de la structure	10 463,00 €	17 904,93 €	11 860,00 €	16 633,53 €
61	Services extérieurs (sauf 611 et 619)	1 223,00 €	645,11 €	1 470,00 €	708,06 €
623	Informations, publications, relations publiques	660,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
627	Services bancaires et assimilés				
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631 et 633)				
65	Autres charges de gestion courante	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
66	Charges financières	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3 931,94 €
67	Charges exceptionnelles				
68	Dotations aux amortissements et provisions	8 580,00 €	17 259,82 €	10 390,00 €	11 993,53 €
	SOLDE EXCEDENTAIRE		296,11 €		
	TOTAL DES CHARGES	826 550,00 €	738 704,00 €	824 236,65 €	789 795,28 €

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :

C.I.D.-D.I.S.-T. (uf 1134)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Produits de la tarification	738 375,00 €	738 375,00 €	726 165,14 €	726 165,14 €
73	Dotations et produits de tarification	738 375,00 €	738 375,00 €	726 165,14 €	726 165,14 €
Titre 2	Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €	329,00 €	0,00 €	740,00 €
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissables	88 175,00 €	0,00 €	0,00 €	46 382,32 €
78	Reprises sur amortissements et provisions	88 175,00 €			46 382,32 €
	SOLDE DEFICITAIRE				16 507,82 €
	TOTAL DES PRODUITS	826 550,00 €	738 704,00 €	726 165,14 €	789 795,28 €

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES

EXERCICE : 2011

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :
CENTRE FEDERATIF (service 1130)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Charges d'exploitation courante	480 362,00 €	412 469,31 €	527 529,00 €	612 712,97 €
601	Achats stockés de matières premières ou fournitures	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
602	Achats stockés, autres approvisionnements	52 380,00 €	52 597,76 €	81 193,00 €	73 473,96 €
603	Variation des stocks de matières premières et fournitures à caractère hôtelier et général	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
606	Achats non stockés de matières et fournitures	10 380,00 €	11 161,40 €	10 519,00 €	7 128,63 €
607	Achats de marchandises	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
611	Sous-traitance générale	366 054,00 €	329 103,26 €	348 579,00 €	496 677,50 €
62	Autres services extérieurs (sauf 621, 623, 627 et 629)	51 548,00 €	19 606,89 €	87 238,00 €	35 432,88 €
709	Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
71	Production stockée (ou déstockage)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Titre 2	Charges de personnel	1 344 945,00 €	1 181 384,00 €	1 473 779,00 €	1 172 111,60 €
621	Personnel extérieur à l'établissement	0,00 €	0,00 €	41 338,00 €	26 750,43 €
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des Impôts)	86 687,00 €	74 696,08 €	113 601,00 €	68 350,47 €
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	40 309,00 €	35 698,80 €	42 880,00 €	36 728,13 €
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413 et 6419)	20 536,00 €	5 882,48 €	42 207,00 €	18 519,01 €
6411	Personnel titulaire et stagiaire	446 578,00 €	458 589,34 €	491 086,00 €	471 930,09 €
6413	Personnel sous CDI	34 743,00 €	17 760,13 €	34 953,00 €	15 921,06 €
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6425 et 6429)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	17 532,41 €
6421	Praticiens temps plein et temps partiel	282 582,00 €	190 795,48 €	266 232,00 €	177 302,37 €
6422	Praticiens attachés renouvelables de droit	113 481,00 €	89 876,67 €	118 890,00 €	62 761,54 €
6425	Permanences des soins	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers non méd)	182 905,00 €	209 757,91 €	185 400,00 €	184 146,00 €
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance (Pers méd)	124 631,00 €	88 117,54 €	122 402,00 €	82 408,88 €
647	Autres charges sociales (sauf 6479)	12 368,00 €	10 069,57 €	14 665,00 €	9 611,21 €
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	125,00 €	140,00 €	125,00 €	150,00 €

ETABLISSEMENT : CHU de NANTES
EPRD développé par titres et chapitres

EXERCICE : 2011

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :
CENTRE FEDERATIF (service 1130)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 3	Charges de la structure	49 485,00 €	68 594,31 €	90 205,00 €	67 761,71 €
61	Services extérieurs (sauf 611 et 619)	3 918,00 €	2 485,70 €	43 960,00 €	2 765,59 €
623	Informations, publications, relations publiques	1 500,00 €	0,00 €	1 517,00 €	0,00 €
627	Services bancaires et assimilés	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631 et 633)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
65	Autres charges de gestion courante	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
66	Charges financières	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
67	Charges exceptionnelles	0,00 €	642,84 €	0,00 €	16 084,16 €
68	Dotations aux amortissements et provisions	44 067,00 €	65 465,77 €	44 728,00 €	48 911,96 €
	SOLDE EXCEDENTAIRE		13 145,38 €		
	TOTAL DES CHARGES	1 874 792,00 €	1 675 593,00 €	2 091 513,00 €	1 852 586,28 €

EPRD développé par titres et chapitres

COMPTE FINANCIER DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE :

CENTRE FEDERATIF (service 1130)

CHAPITRES	Intitulé des chapitres	BUDGET 2010	COMPTE FINANCIER 2010	BUDGET 2011	COMPTE FINANCIER 2011
Titre 1	Produits de la tarification	1 674 792,00 €	1 674 792,00 €	1 563 089,24 €	1 563 089,24 €
73	Dotations et produits de tarification	1 674 792,00 €	1 674 792,00 €	1 563 089,24 €	1 563 089,24 €
Titre 2	Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €	801,00 €	0,00 €	17 995,55 €
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissables	200 000,00 €	0,00 €	0,00 €	200 320,00 €
78	Reprises sur amortissements et provisions	200 000,00 €	0,00 €	0,00 €	200 320,00 €
	SOLDE DEFICITAIRE				71 181,49 €
	TOTAL DES PRODUITS	1 874 792,00 €	1 675 593,00 €	1 563 089,24 €	1 852 586,28 €



Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

DGS
Direction générale de la santé

Rénovation du dispositif CDAG/CIDDIST

Groupe de travail

29 juin 2012

Laurence Caté
Frédérique Delatour
Axelle Romby

DGS – Sous-direction prévention des risques infectieux – Bureau IST/VIH/Hépatites

Rappel des dispositifs actuels (1)

- **Les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)**
 - Créées en 1988
 - Financés par l'Assurance maladie
 - Habilitées par les ARS
 - Missions : **Dépistage du VIH, puis élargissement au VHB et au VHC**. Accueil, information, évaluation des facteurs d'exposition, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin.
 - Dans un établissement de santé, centre de santé habilité CIDDIST , CIDDIST géré par département
 - Rapport d'activité : 4 RA trimestriels pour l'ARS (peu de données d'activité et pas de données budgétaires) ; 1 RA annuel pour l'InVS : données épidémiologiques

Rappel des dispositifs actuels (2)

● Les Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)

- Succèdent au DAV, compétence des départements jusqu'en 2004, puis recentralisation.
- Financés par l'État (2 circuits de financement).
- Habilités par les ARS ou convention avec CG
- Missions : **Diagnostic et dépistage anonyme de toutes les IST.** Accueil, écoute, information, conseil, évaluation du risque, examen physique et test à visée diagnostique, prescription de traitement, orientation pour prise en charge médicale, psychologique, sociale, proposition de dépistage/traitement des partenaires.
- Rapport d'activité et de performance annuel : données d'activité, épidémiologique, budgétaires.

Rappel des dispositifs actuels (3)

LE FINANCEMENT DES CDAG et CIDDIST

(source Rapport IGAS, 2010)

Soit + 50 Millions d'EUROS ainsi répartis:

	CDAG hospitalières	CDAG non hospitalières	CIDDIST gérés par CG	CIDDIST Etat
Enveloppe	AM-Crédits MIGAC	AM-Dotations ONDAM Soins de ville	ETAT Crédits DGD	ETAT Crédits Min Santé-PAP 204 (ARS)
Montant estimé (2009)	18,5 M€	17M€	9M€	8M€

Enveloppe intégrée au FIR en 2012

Enveloppe intégrée au FIR en 2012

Focus Dépistage versus diagnostic

- Dépistage :

Dépister, c'est rechercher une infection chez une personne asymptomatique, faisant partie d'un groupe à risque ou en population générale

- Diagnostic :

Diagnostiquer, c'est rechercher une maladie, chez une personne présentant des symptômes

Dans le dispositif actuel :

- Diagnostic possible des *Chlamydia* et de la Syphilis dans les CIDDIST.
- Dépistage des *Chlamydia* et de la syphilis dans les populations cibles recommandé mais non prévue dans la législation sur les CDAG, et donc non financé.

Rappel des dispositifs actuels (4)

- Deux types de structures, deux circuits de financements, des missions qui se recoupent.
- Une possibilité pour les Conseils Généraux de se voir déléguer la compétence CIDDIST par convention avec l'Etat.

- Dans les faits :

- ◆ De nombreuses structures ayant le double statut et des CDAG qui dépassent au delà des 3 viroses.
- ◆ Des situations complexes : Centres hospitaliers ou non, autorisés par les ARS ou conventionnés avec l'Etat (Conseils généraux)



Source d'une grande complexité de financement :
MIGAC, ONDAM de ville, Crédits 204, DGD.

Avec une partie désormais intégrée au FIR

Rappel des dispositifs actuels (5)

- 382 sites (état des lieux 2007)
 - 244 **CDAG - CIDDIST**, 108 CDAG et 30 CIDDIST
 - 147 sites sont gérés par des conseils généraux, 235 ont une habilitation par le préfet.
 - 198 sont situés en milieu hospitalier, 57 dans des centres de santé, 23 en milieu carcéral, 7 en milieu universitaire et 97 dans d'autres lieux (locaux dédiés pour la plupart).
- Actuellement 38 départements ont une délégation de compétence.
 - Difficultés dans le fléchage des financements, ainsi que dans la rédaction des rapports d'activité.

Remontées de terrain

- Difficultés administratives (pour les structures, les ARS et les CG)
 - Budgets différents et manque de visibilité sur ce qui est accordé au fonctionnement des structures
 - Bilans d 'activité redondants
 - Justification d 'activité sur la base des C + B inadaptée (TROD, dépistages autres que VIH, VHB et VHC, opération hors les murs)
- Difficultés de promotion du dispositif
 - Appellation CIDDIST peu attractive

Remontées de terrain

- Difficultés de fonctionnement
 - Recueil et saisie des dossiers hétérogènes (saisie papier, logiciel maison, achat logiciel)
 - Application hétérogène de l'anonymat et réglementation inadaptée pour la levée
 - Manque d'harmonisation des pratiques : dépistage des *Chlamydiae* dans certains lieux, sérologie type pour VHB, dépistage syphillis, accès variable à la vaccination anti-VHB
 - Formation au counselling inconstante

Face à ce constat... Les recommandations

- Recommandations de plusieurs instances :
 - ◆ Commission des Finances de l'Assemblée sur la mission Santé pour le PLF 2009
 - ◆ Rapport de la HAS sur les stratégies de dépistage du VIH d'octobre 2009
 - ◆ Rapport du groupe d'experts dirigé par le Pr Yéni sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (2010)
 - ◆ Rapport annuel 2010 de la Cour des Comptes (chapitre 24 : politique de lutte contre le VIH/Sida).
 - ◆ Rapport de l'IGAS évaluant la mise en œuvre de la recentralisation des IST, en 2010.

Préconise la réorganisation de ces structures.

Suite à ces recommandations... Intégration d'une action dans le plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014

Action T21 : Réorganiser le dispositif CDAG-CIDDIST

- réviser la cartographie d'implantation
- réorganiser les processus de financement
- articuler le dispositif avec les autres structures (CPEF, centres de santé, centres d'examen de santé)
- redéfinir les missions et le cahier des charges
- élaborer un guide de bonnes pratiques
- organiser la remontée et l'exploitation des données
- définir les formations nécessaires
- communiquer sur le dispositif

Suite à ces recommandations... Les autres actions du plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014

- Élargir les missions des CDAG-CIDDIST et CPEF à vaccination anti-VHB et anti-HPV (T11)
- Étendre l'utilisation des TROD et organiser leur financement (T18)
- Mettre en place dépistage ciblé de chlamydia (T24)
- Améliorer le dépistage de la syphilis et du VHB en CDAG (HSH et LBT 10)
- Organiser des actions hors les murs des CDAG-CIDDIST pour les migrants (M7)
- Organiser des actions hors les murs des CDAG-CIDDIST dans CAARUD et CSAPA (UD3)

Suite à ces recommandations... Les autres actions du plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014

- Améliorer l'accueil des HSH et LBT dans CDAG-CIDDIST (HSH et LBT 13)
- Améliorer le dépistage des personnes qui se prostituent (partenariat et actions hors les murs par CDAG/CIDDIST (P6)
- Engager la prise en charge des personnes infectées (T26)
- Améliorer prise en charge et accès des personnes handicapées (T23)
- Expérimenter les centres de santé sexuelle (action T22)

Démarche de travail et calendrier (1)

- Démarche à deux niveaux :
 - ◆ Législatif : 2 options
 - Article de loi intégré à la proposition de loi du sénateur Doligé sur la simplification des normes applicables aux collectivités (en suspens)
 - Article similaire dans le PLFSS pour 2013 (vecteur privilégié)
 - ◆ Opérationnel : groupe de travail afin de définir :
 - 1) les missions de la future structure,
 - 2) les modalités de fonctionnement (cahier des charges),
 - 3) le modèle économique
 - 4) les modalités de suivi de l'activité (Rapport).

Démarche de travail et calendrier (3)

● Calendrier :

◆ Législatif : Adoption de la loi espérée pour fin 2012.

◆ Opérationnel :

- Septembre 2012 : choix du type de réorganisation et proposition de textes réglementaires correspondants
- Octobre 2012 : écriture du cahier des charges (Délai supplémentaire pour le rapport d'activité)
- Nov-Déc.2012 : phase de consultation/validation des mesures réglementaires (décrets/arrêtés)
- Avril à juin 2013 : procédure d'habilitation des structures par les ARS.
- Janvier 2014 : Mise en œuvre effective.

Un délai de 2 ans est prévu pour une mise à niveau des structures.

Propositions de réorganisation de l'IGAS

- Trois scénarios :
 - ◆ Scénario 1 : Fusion en Centre de Diagnostic, omni-compétents en prévention, dépistage, diagnostic du VIH, des hépatites et des IST, sur l'information sur les risques liés à la sexualité et sur la contraception.
 - ◆ Scénario 2 : Fusion à étages, avec un Centre de Diagnostic référent par territoire et des Consultations de dépistage, aux missions réduites.
 - ◆ Scénario 3 : Fusion en Consultations de dépistage des principales IST chez les personnes asymptomatiques.

Scénario 1

Avis de l'IGAS : ni possible ni souhaitable, médecins non formés au diagnostic des symptomatiques et pas de besoin d'un CIDDIST dans tous les CDAG.

Points positifs

- Une structure unique, bien identifiable par le public.
- Une offre de soins et de prévention globale.

Points négatifs

- Nécessite un nombre de professionnels important et la formation des professionnels en place.
- Offre jugée excessive, si toutes les structures existantes intègrent l'ensemble des nouvelles compétences.

Scénario 2

Avis de l'IGAS : Difficulté de conception des relations entre centres référents et antennes compte tenu des spécificités des structures déjà existantes

Points positifs

- Permettrait une bonne couverture du territoire avec des structures de dépistage simples peu coûteuses et une structure de référence présentant une offre plus large (ou « plus spécialisée »)

Points négatifs

Deux types de structures par territoire, moins de lisibilité pour le public

Impose la réorientation de certains publics, éventuellement loin de leur lieu de vie

Fragmente l'offre, rendant l'accès aux nouvelles compétences (contraception, éducation sexuelle, accompagnement vers le soin...) lié à la sélection d'un « public cible » qui serait orienté vers la structure de référence. Supprime la valeur ajoutée de l'enrichissement des compétences pour une partie de la population

Scénario 3

Avis de l'IGAS : en faveur de ce scénario, pour une plus grande lisibilité de l'offre et une concentration des efforts en direction des publics prioritaires

Points positifs

- Une structure unique, bien identifiable par le public.
- Peu coûteux, permettrait de dégager des moyens pour le dépistage et la prévention des personnes à risque, de réaliser des actions ciblées, hors les murs.

Points négatifs

- Pose la question de l'accès aux soins dans les structures de droits communs
- Supprime la possibilité d'anonymat pour les personnes symptomatiques
- Pose la question de l'effectivité des moyens d'identification des personnes symptomatiques ou non dès l'accueil en CODEP
- Exclu l'approche globale de la santé sexuelle exprimée par le terrain

Synthèse des échanges

- **Public concerné** : population générale uniquement, possibilité de structures dédiées à des publics cibles ?
- **Missions** : diagnostic/dépistage, IST concernées, information, prévention (quel public?), quelles autres missions ?
- **Moyens à mettre en œuvre** :
 - Humains : quels types de professionnels ?
 - Financiers : Postes à financer ?
 - Autres : interprétariat ? Action hors les murs ? TROD ?

LAIGNEL	Laurence	Septembre 2013
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Une antenne de santé publique de prévention et dépistage territoriale Proposition d'une démarche évaluative		
Promotion 2012-2013		
<p>Résumé :</p> <p>La recentralisation de certaines activités de santé publique depuis la loi du 13 août 2004 a conduit l'agence régionale de santé des Pays de la Loire à suggérer à certains établissements de santé de déployer des activités de santé publique.</p> <p>Le centre hospitalier universitaire de Nantes s'est vu confié la création d'un centre fédératif de prévention et de dépistage incluant des activités de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de dépistage des maladies infectieuses et transmissibles. Trois ans après cette création, des antennes rattachées au centre voient le jour.</p> <p>Une des antennes de prévention et dépistage se situe sur la communauté de commune du pays d'Ancenis, rattachée au centre hospitalier de la ville d'Ancenis (44)</p> <p>Une approche conceptuelle de la politique de santé publique centrée sur les populations précaires, les inégalités sociales et la ruralité puis contextuelle de l'antenne permet d'approcher la compréhension de fonctionnement de cette dernière. La mise en perspective au travers d'une proposition d'une démarche évaluative et d'entretiens conduit à des hypothèses et des propositions d'actions d'améliorations afin de renforcer la performance au bénéfice de la réduction des inégalités sociales de santé.</p> <p>L'analyse réflexive ouvre sur le risque des écarts entre l'intentionnalité d'une politique de santé publique et sa mise en œuvre.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Politique de santé publique, santé publique, prévention, dépistage, politique territoriale, démarche évaluative</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		