



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2006

Recentralisation des actions de prévention sanitaire

**Freins et leviers pour sa mise en œuvre dans
le département de Seine et Marne**

Geneviève CONNAULT-LEVAÏ

Remerciements

Nous tenons à remercier :

Madame le docteur Dominique BAUBEAU,

Médecin inspecteur régional à la DRASS d'Ile de France,
pour sa confiance, sa disponibilité et ses encouragements.

Madame le docteur Noëlle PENCIOLELLI,

Médecin inspecteur de santé publique à la DRASS d'Ile de France,
maître de stage, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de cet
apprentissage.

Madame Claudine ROUSSET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale et

Madame Valérie QUERMELIN, infirmière de santé publique en DDASS de Seine et
Marne pour leur appui chaleureux et quotidien dans ce projet.

**Ainsi que toutes les personnes rencontrées, ou interrogées qui ont accepté de
nous recevoir et de consacrer du temps dans le cadre de ce travail.**

Sommaire

INTRODUCTION	3
1 RAPPEL HISTORIQUE, LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	9
1.1 Les définitions	9
1.2 Le legs de la monarchie en France : la centralisation.....	9
1.3 Un processus lent de reconnaissance d'une autonomie juridique.....	9
1.4 En 1982, un cadre législatif et en 1983 un transfert de compétences	10
1.5 Déconcentration de l'Etat en 1992 puis en 2004.....	11
1.6 La loi du 13 août 2004 : décentralisation et recentralisation de certaines actions de santé.....	11
1.6.1 Les fondements de cette recentralisation	12
1.6.2 Les attendus de ce mouvement de recentralisation.....	12
1.6.3 Vers une modernisation de la santé publique et une implication de l'utilisateur.....	13
2 ETAT DES LIEUX.....	15
2.1 Epidémiologie de la tuberculose, du VIH /SIDA et des IST	15
2.1.1 La tuberculose	15
2.1.2 Le VIH, le VHB, le VHC et les IST.....	17
2.2 Etat des lieux de la recentralisation en France au 15 mai 2006	20
2.3 Le contexte de Seine et Marne	23
2.3.1 Le département le plus étendu d'Ile de France.....	23
2.3.2 Un département à la démographie explosive	23
2.3.3 Le paysage social : une très grande hétérogénéité que reflètent mal les chiffres départementaux.....	25
2.3.4 Les différentes structures d'accueil des populations en difficulté	26
2.3.5 L'accès aux soins des personnes détenues.....	28
2.3.6 Les structures dédiées à la prévention : faiblesse en Seine et Marne.....	29

2.3.7	L'offre de soins hors établissements de santé.....	29
2.3.8	L'offre de soins par les établissements de santé	32
2.4	Un choix argumenté.....	34
3	RESULTATS : LES FREINS ET LES LEVIERS.....	35
3.1	Les freins : des craintes et des retards	35
3.1.1	Les moyens dont ils vont disposer : un élément clé	36
3.1.2	L'absence de lieu de consultation entrave la diffusion de l'information	36
3.1.3	La question des dossiers médicaux : un problème inattendu	36
3.1.4	Le déplacement vers les populations prioritaires	37
3.1.5	Les ressources humaines au centre des difficultés ?.....	37
3.1.6	Le travail avec des populations dites précaires.....	38
3.1.7	Des difficultés liées à une représentation culturelle de la prévention ?	39
3.2	Les leviers	40
3.2.1	Les situations concrètes facteurs d'accélération de mise en oeuvre.....	40
3.2.2	Le processus administratif hospitalier à l'œuvre en février 2006	41
3.2.3	Des services déjà engagés auxquels il ne manque que la reconnaissance.....	41
3.2.4	Une place déjà affirmée dans la prévention.....	41
4	LA PLACE DU MISP ET LES PROPOSITIONS.....	44
4.1	Le pilotage collégial des CLAT.....	44
4.1.1	Des outils pour harmoniser les pratiques	44
4.1.2	Vers un programme opérationnel de lutte antituberculeuse	44
4.1.3	La formation	45
4.1.4	L'impact de ces nouvelles missions sur le fonctionnement de la DDASS.....	46
4.2	Les propositions pour améliorer l'insertion des hospitaliers dans la prévention en Seine et Marne	47
4.3	La question des consultations avancées.....	48
4.4	Le suivi et les tableaux de bord : un début d'évaluation.....	48
5	DISCUSSION – CONCLUSION	49
5.1	Discussion.....	49
5.2	Conclusion.....	52

BIBLIOGRAPHIE	55
LISTE DES ANNEXES.....	I
ANNEXE I.....	II
ANNEXE II.....	III
ANNEXE III.....	IV
ANNEXE IV.....	V

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (utilisé pour la vaccination)
BK	Bacille de KOCH (utilisé pour la tuberculose)
CA	Conseil d'administration
CAARUD	Centre d'Accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage des infections sexuellement transmissibles
CLAT	Centre de lutte antituberculeux
CME	Commission médicale d'établissement
CRA	Centre de rétention administrative
CTE	Comité technique d'établissement
CSST	Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DO	Déclaration obligatoire
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
GRSP	Groupement régional de santé publique
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS	Programme régional de prévention et d'accès aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine acquise
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

INTRODUCTION

La France est historiquement un Etat dont le pouvoir est centralisé, n'ayant que récemment commencé à reconnaître comme entités juridiques les communes, les départements et les régions. C'est ce processus que l'on appelle la décentralisation.

Un premier acte, en 1982, a délégué aux conseils généraux des départements de nombreuses compétences notamment en matière de prévention sanitaire des populations, leur confiant la lutte contre les maladies vénériennes, la tuberculose, la lèpre, la politique de vaccination de leur territoire, et la prévention du cancer.

Or, la loi du 13 août 2004 « sur les responsabilités et libertés locales » (deuxième acte de la décentralisation) dans son article 71, a redonné à l'Etat la totalité de ces mêmes compétences, tout en laissant aux conseils généraux qui le souhaitent la possibilité d'assumer l'organisation de tout ou partie de ces missions sur le département, en passant convention avec l'Etat. C'est ce processus qui sera appelé « recentralisation » des actions de prévention sanitaire.

Les délais impartis pour signer cette convention, initialement fixés au 1^{er} janvier 2005, puis repoussés par la loi du 30 décembre 2004 au 31 juillet 2005, avec mise en application au 1^{er} janvier 2006, restent courts, ce d'autant que le décret d'application ne paraît que le 19 décembre 2005.

Il revient à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de préparer la convention qui sera signée entre le préfet et le président du Conseil Général.

Certains conseils généraux ne souhaitent pas continuer cette activité de prévention et ce choix a des conséquences sur l'organisation des actions de prévention sanitaire dans les départements.

La DDASS doit alors organiser le transfert de ces activités de prévention sanitaire vers des structures qui sont à mobiliser sur la question, puis à habiliter. Communes, centres de santé, établissements publics de santé, peuvent s'ils le souhaitent proposer de prendre en charge ces missions.

L'enjeu majeur à moyen terme est de mettre en œuvre un dispositif permettant d'assurer ces missions et de répondre à la politique de prévention sanitaire inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004 qui définit, dans les domaines des maladies infectieuses, des infections sexuellement transmissibles et des vaccinations, des objectifs quantifiés.

C'est dans ce contexte, que le conseil général de Seine et Marne, n'a pas souhaité conserver ces missions de prévention sanitaire.

L'enjeu immédiat pour la DDASS de Seine et Marne est d'éviter la rupture de traitements antituberculeux initiés par les équipes du conseil général, de s'assurer du dépistage effectif des sujets contacts de personnes bacillifères et contagieuses, ainsi que de la mise en œuvre de prophylaxie, quand elle est nécessaire.

L'autre enjeu à court terme, est d'assurer aux usagers une continuité dans les offres de dépistage anonyme et gratuit du VIH ainsi que des IST de façon équitable et accessible sur le département.

La création des centres de vaccination assurant pour la population la plus démunie la gratuité, dans des lieux accessibles, est un point à développer en terme de protection de la population face à des grands fléaux. Il ne sera pas étudié ici car il fait l'objet d'un groupe de travail spécifique.

Le développement du dépistage organisé du cancer, récemment placé sous l'autorité de l'Institut national du cancer, fait partie intégrante du plan national de lutte contre le cancer 2005-2007. Une association départementale en assure la charge, seules ses modalités de financement devraient être affectées par le transfert des responsabilités, aussi, ne sera-t-il pas abordé dans cette étude.

L'organisation de la lutte contre la lèpre dans le département ne justifie que de rappeler les procédures d'orientation vers les services spécialisés de la région et ne sera pas abordée.

L'objet de ce mémoire est d'identifier les freins et les leviers susceptibles de limiter ou au contraire de faciliter la mise en œuvre de la recentralisation dans le département. Compte tenu de l'option choisie de faire reposer le dispositif sur les établissements publics de santé, il s'intéressera aux opportunités liées à cet ancrage hospitalier.

Le choix de ce thème de mémoire m'a paru justifié par l'importance des différents enjeux l'actualité du thème, et son articulation avec les objectifs de la loi de santé publique, dans toutes ses dimensions préventives et curatives.

Dans sa lettre de janvier 2006, le directeur général de la santé a défini comme priorité la réussite de la « recentralisation » et celle de la préparation à la pandémie grippale.

Les médecins inspecteurs de santé publique ont toujours été impliqués dans l'histoire de la santé publique en France et ce, dès la première loi de santé publique en 1902 [1].

Le médecin inspecteur de santé publique peut contribuer à la réorganisation des actions de prévention, son expertise de médecin légitime son implication dans le dispositif.

Sa connaissance des établissements de santé et des services rendus par les associations mais aussi des médecins généralistes et des réseaux de soins lui donne sa place dans la réorganisation du dispositif, dans l'animation des groupes de travail, la recherche des indicateurs et des données comme dans l'évaluation des processus mis en œuvre.

Interlocuteur privilégié des médecins et des professionnels de santé, il peut être promoteur de changement, dans les perceptions des professionnels de santé au regard de la prévention.

Son conseil technique vise à faciliter la prise de décision par le directeur de la DDASS et le préfet.

Ainsi, après analyse de la situation et du fait de possibilités restreintes dans le département (développées infra), la DDASS a dû se tourner vers les établissements publics de santé pour mener à bien ces actions de prévention sanitaire. Pour autant, il ne s'agit pas de dispenser de simples consultations ordinaires, à visée diagnostique et thérapeutique, mais de développer des consultations ouvertes, accessibles, parfois hors murs hospitaliers, adaptées aux particularités des publics à qui ces prestations sont destinées.

Cette nouvelle mission pour les établissements de santé appelle donc tout naturellement la question centrale du mémoire : quels sont les obstacles et les leviers pour la mise en œuvre ?

Dès lors que ces difficultés sont identifiées, quel rôle le médecin inspecteur peut-il jouer pour accompagner le projet ?

Le plan retenu développera cinq parties.

Le premier chapitre a pour objectif de fixer le cadre historique, législatif et réglementaire de la recentralisation ainsi que ses effets attendus.

Le deuxième chapitre fait un état des lieux et présente : la situation épidémiologique des champs sanitaires concernés par la recentralisation, (en montrant que celle-ci va conditionner les modalités de la prévention), mais aussi de l'état des lieux en mai 2006 de la recentralisation des actions de prévention sanitaire en France, et enfin le contexte de la Seine et Marne, dont la spécificité permet d'argumenter le choix qu'a fait la DDASS d'opter pour un dispositif construit sur ses établissements publics de santé.

Le troisième chapitre expose les freins et les leviers susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des actions, tels qu'ils sont identifiés auprès des acteurs hospitaliers départementaux.

Le quatrième chapitre présente les propositions concrètes mises en œuvre ou encore à réaliser pour que le projet d'organisation des actions de prévention puisse aboutir. La place et le rôle du médecin inspecteur y sont particulièrement développés.

La discussion qui suit porte sur la méthode et les résultats des investigations, et les confronte aux expériences similaires rapportées dans la littérature.

Enfin la conclusion synthétise les points essentiels de l'étude et en tire quelques perspectives.

MATERIEL ET METHODE

Le travail fait appel à des recherches bibliographiques, législatives et épidémiologiques pour :

- les définitions et les quelques repères historiques donnant ainsi le cadrage législatif et réglementaire ;
- la situation épidémiologique concernant: la tuberculose, les centres de dépistage anonymes et gratuits et les infections sexuellement transmissibles (IST), les critères qui en découlent et qui s'imposent aux opérateurs.

Il fait également appel à l'analyse des dossiers, comptes-rendus de réunions, bilans annuels des différents services DDASS, Conseil Général, actes de colloques pour ce qui à trait à:

- l'état des lieux de la Seine et Marne, et les particularités du département au moment de la rédaction de ce travail.

Les entretiens semi-directifs de six personnes représentatives des services concernés au sein des trois établissements de santé assurant l'activité depuis le 1^{er} janvier 2006 contribuent à identifier :

- les principaux freins et les différents leviers pour la mise en place de ces actions. Deux directeurs d'établissement public de santé concernés, trois médecins en charge de CDAG et un cadre infirmier ce sont ainsi prêtés à ces entretiens.

Un entretien avec le responsable du dossier à la direction générale de la santé (DGS) sous-direction "pathologies et santé" ainsi que des entretiens téléphoniques avec des personnes en charge du dossier dans un échantillon de cinq DDASS (sur quarante ayant à opérer ce transfert des actions de prévention sanitaire) permettent de dessiner à grands traits :

- La situation en France, les difficultés rencontrées, les pistes de solutions trouvées par d'autres DDASS pour agir.

L'organisation et l'animation de 7 réunions de travail en partenariat avec un inspecteur de l'action sanitaire et sociale IASS, ont fourni des informations complémentaires :

- Ainsi entre février et juin 2006 quatre réunions ont eu lieu avec les pneumologues et pédiatres ainsi que les infirmiers qui travaillent avec eux sur ce sujet. Ces rencontres étaient destinées à cerner les difficultés qu'ils rencontraient et à monter un comité de pilotage départemental pour que les trois services de lutte antituberculeuse aient la même procédure et que l'accès aux soins pour les populations soit équitable sur le département.

- En novembre et décembre 2005 trois rencontres ont été organisées entre les équipes de médecins et infirmières du Conseil Général et les professionnels hospitaliers (directeurs et médecins). Ce faisant il s'agissait de permettre rencontres un échange de pratiques entre les «équipes sortantes » et les «équipes entrantes » dans le dispositif.

Enfin, l'observation et la participation aux réunions organisées

- par la Direction Générale de la Santé, dans le cadre du pilotage national de la recentralisation d'une part,
- par la Société française de pneumologie dans le cadre de la lutte contre la tuberculose d'autre part, ont fourni des éléments comparatifs avec la situation des autres DDASS.

L'ensemble de ces compte rendus de réunions, les résultats d'entretiens semi-directifs sont analysés, classés par thématiques et exploités selon les champs abordés.

Les personnes qui ont accepté les entretiens ont été jointes par téléphone quinze jours avant l'entretien, une présentation du sujet d'étude a été faite, il n'y a eu aucun enregistrement par magnétophone, l'anonymisation complète de leur entretien étant assurée.

Les entretiens se sont déroulés soit sur le site de travail des personnes interrogées, soit par contact téléphonique.

Les comptes rendus de réunions que nous avons organisées en DDASS étaient adressés et validés par les groupes de travail qui ont donné leur accord pour l'exploitation des comptes rendus.

1 RAPPEL HISTORIQUE, LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

1.1 Les définitions

Est dit centralisé un Etat où les compétences administratives sont toutes rassemblées aux mains des organes centraux ou d'agents placés sous leur autorité.

Un Etat où le pouvoir administratif est réparti entre le pouvoir central et des entités locales bénéficiant d'une autonomie est dit décentralisé.

Un Etat qui accorde à ses représentants institutionnels sur le territoire des pouvoirs de décision effectue une déconcentration.

L'organisation des pouvoirs administratifs et politiques en France tend vers la décentralisation au profit des collectivités locales, représentées par des élus et la déconcentration du pouvoir caractérisé par le rapprochement de l'administration vers ses administrés [2].

Le mot « recentralisation » n'existe pas dans le dictionnaire, mais il est compris de façon intuitive comme le phénomène du retour de dossiers ou de missions sous une autorité de compétence centralisée.

1.2 Le legs de la monarchie en France : la centralisation.

La France a été une monarchie jusqu'en 1792 : le roi décide, ordonne, contrôle. Il est entouré de conseillers et de ministres, les vassaux ont des privilèges.

En 1789, a lieu le premier acte de décentralisation : la création des 83 départements, divisés en districts, puis en cantons et enfin en communes. Cette prémisse de décentralisation est fragile car le pouvoir reste très centralisé, et la division du territoire français en administration sous l'autorité des préfets (loi du 28 pluviôse an VIII)¹ est une chaîne d'exécution du pouvoir central [2].

1.3 Un processus lent de reconnaissance d'une autonomie juridique

Même si leur existence est patente depuis le moyen âge, les communes n'ont pas de réalité juridique. A partir de 1837, la personnalité civile de la commune puis des départements est reconnue de façon implicite. La constitution de 1946, puis celle de 1958, consacre communes, départements (et départements d'outre-mer) comme sujets

de droit constitutionnel, dont la République néanmoins une et indivisible reconnaît l'existence.

La politique de l'aménagement du territoire planifiée à partir de 1955 met en place les préfets de région en 1964.

1.4 En 1982, un cadre législatif et en 1983 un transfert de compétences

Désormais, communes, départements et régions s'administrent librement par des conseils élus qui tendent vers une analyse et une réponse au plus près du citoyen.

Le transfert des compétences a été une étape importante de la décentralisation, ce sont les lois des 7 et 22 juillet 1983.

Le principe retenu en est celui de compétences non partagées entre les différents niveaux territoriaux (région, département, commune) et l'absence de tutelle d'un niveau de collectivité à une autre, chacune étant indépendante l'une de l'autre.

Les compétences transférées au conseil régional ne concernent pas la santé mais, portent sur la planification économique, la programmation des équipements, la formation professionnelle et continue, l'apprentissage, la construction, l'entretien et financement des lycées et des établissements d'enseignement agricoles hormis les personnels de gestion et d'entretien.

Les compétences transférées au département sont des responsabilités en terme de solidarité, d'équipement, de construction et gestion des collèges (à l'exception des personnels techniques et de service), de transports scolaires hors périmètres urbains. Toutefois, l'article 37 attribue au département la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, la lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose et maladies vénériennes), la vaccination, la lutte contre la lèpre et le dépistage précoce du cancer assorti de la surveillance après traitement des anciens malades.

Le législateur en attend une gestion au plus près des besoins de santé avérés des populations. La territorialisation de ces actions sanitaires est un point essentiel de ce transfert. C'est le conseil général qui décide de la politique qu'il souhaite mener dans son département.

Les compétences attribuées aux communes portent sur les transports quotidiens, les écoles maternelles et élémentaires, l'urbanisme. Les actions sociales de proximité sont réalisées par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

¹ Cinquième mois du calendrier républicain correspond au 20-22 janvier jusqu'au 18-20 février. Le calendrier républicain a été utilisé de 1793 à 1806.

1.5 Déconcentration de l'Etat en 1992 puis en 2004

La déconcentration intéresse l'administration de l'Etat. C'est le transfert du pouvoir de décision, au sein d'une institution, de la part des autorités les plus élevées au profit d'autorités moins élevées dans la hiérarchie de cette institution [2].

Ainsi, l'Etat par la décentralisation permet l'expression des demandes au plus près des administrés tandis que par la déconcentration il est garant de l'intérêt général, de l'égalité et de la qualité de l'offre du service public.

En 1992, les services extérieurs de l'Etat sont désormais considérés comme les services déconcentrés de l'Etat et il est établi, dès lors, un principe de subsidiarité entre les services concentrés (les ministères) et les services déconcentrés : ce que fait un niveau, n'est pas à faire par un autre. Les préfets de région élargissent leurs compétences, ils assurent la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière économique et sociale, et d'aménagement du territoire. Cette évolution répond à la nécessité de rapprocher les administrés de leur administration et de mettre en face des élus, que ceux-ci soient du département ou de la région, un interlocuteur administratif de proximité représentant de l'Etat. La région devient l'échelon majeur de l'organisation territoriale de l'Etat.

1.6 La loi du 13 août 2004 : décentralisation et recentralisation de certaines actions de santé.

Cette loi complète la décentralisation de 1983 en réalisant le transfert au Conseil Général de la compétence en matière d'aide aux personnes handicapées et personnes âgées, comme en matière de gestion des personnels techniciens, ouvriers de service des collèges, des routes et des équipements.

Mais simultanément, elle centralise les compétences pour les actions de santé et de prévention à l'Etat à l'exception des services de protection maternelle et infantile qui restent de la compétence du Conseil Général. Celui-ci peut, s'il le souhaite garder ses activités de prévention des actions de santé en passant convention avec l'Etat.

En parallèle les régions sont investies de la responsabilité techniciens et ouvriers de service des lycées polyvalents et professionnels, et la possibilité de s'impliquer davantage dans les programmes de l'organisation de l'offre de soins.

Les communes ont des compétences en matière d'urbanisme, d'équipement en particulier des ports de commerce et de pêche, de logements étudiants.

Si elles le demandent elles peuvent également exercer des activités en matière de prévention sanitaire: vaccinations, lutte contre la tuberculose et la lèpre, dépistage des IST.

1.6.1 Les fondements de cette recentralisation

Dès 1994, les départements paraissent s'être investis très diversement dans les missions de santé publique [3].

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 1999, souligne que l'application de la politique de santé publique ne semble pas être homogène dans l'ensemble des départements, que par ailleurs certaines missions sont mal définies et se recoupent avec celles de l'Etat.

Ce rapport constate également que le principe d'organisation territoriale retenu par la loi de 1983 est réalisé de façon inégale. L'IGAS invite à rechercher les moyens permettant à l'Etat de s'assurer de l'application de sa politique en direction des plus démunis et à développer une approche par population, tout en gardant les principes de proximité, de gratuité et d'anonymat.

En janvier 2003, un nouveau rapport portant sur la prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du SIDA et de la tuberculose, l'IGAS fait des recommandations qui portent sur le renforcement de la surveillance des IST et de la tuberculose, sur le rapprochement des dispensaires antivénériens et des CDAG. Il préconise une meilleure prise en compte des migrants et des populations en grande précarité, en particulier par une plus grande accessibilité au dépistage. Ces recommandations obéissent à une logique de santé publique.

Enfin, l'exposé des motifs de la loi relative aux libertés et responsabilités locales devant le sénat fait état « *de la diversité d'implication des départements* »... « *de la difficulté à faire évoluer les pratiques en matière de dépistage de la tuberculose conformément aux données de la science, et à coordonner la prophylaxie, générant ainsi des retards qui peuvent être à l'origine de contaminations secondaires* ».. « *du manque de synergie dans le domaine de la lutte contre les infections à VIH et les IST* ».

1.6.2 Les attendus de ce mouvement de recentralisation

Compte tenu des constats de l'IGAS et de la publication de la loi de santé publique du 9 août 2004, la reprise de cette compétence par l'Etat vise à ce que l'application de la politique au sein des départements soit plus homogène, à mieux répondre aux besoins des populations les plus précaires en matière de lutte contre la tuberculose, le VIH et les IST, de prévention par les vaccinations, de prévention du cancer.

Cette amélioration passe notamment par l'évaluation des actions mises en place, évaluation dont le ministère de la santé doit définir les modalités

Les DDASS ont un rôle important à jouer dans la dimension d'animation, de contrôle et le suivi des programmes.

Les circulaires du 6 mai et du 18 juillet 2005 apportent des précisions concernant les activités que doivent mettre en place les opérateurs et les conditions à remplir pour leur habilitation.

L'opérateur doit en particulier être en mesure d'offrir aux plus précaires l'accessibilité du service, la gratuité, l'information sanitaire adaptée en fonction du contexte et de la langue parlée.

Le développement de réseaux médico-sociaux de nature à décloisonner les activités et les services, fait partie des outils préconisés pour permettre aux personnes concernées par les dépistages d'accéder aux soins.

Les opérateurs sont invités à définir des stratégies pour toucher ces publics spécifiques. La compétence en matière de fixation d'objectifs, de contrôle et d'évaluation relève de l'Etat.

1.6.3 Vers une modernisation de la santé publique et une implication de l'usager.

La loi de santé publique de 1902 avait créé les dispensaires, institutionnalisé les vaccinations obligatoires (comme la variole), puis la lutte contre la tuberculose avec les premiers sanatoriums, à partir d'une approche hygiéniste et populationnelle [4]. La longue période des années 1960 à 1990 a vu s'organiser la carte sanitaire, la modernisation des hôpitaux et la planification ; la prévention et le soin paraissent fortement scindés en deux champs distincts, donnant la priorité au soin et à la technicité médicale [5, 6, 7].

Les ordonnances Juppé, en avril 1996, vont ouvrir le chemin des programmes régionaux de santé et des programmes nationaux de santé publique. Les choix désormais s'opèrent à partir de problématiques propres aux régions.

C'est le processus de recherche d'indicateurs, de priorisation des actions de santé qui se met en place et témoigne du développement progressif des concepts et des méthodes de la santé publique [8].

La force de ces programmes tient à la qualité du processus, la circulation des échanges et l'implication des acteurs, leur faiblesse est liée à une méthodologie encore à perfectionner et à la recherche de l'impact réel sur la santé [9].

Néanmoins la prise en compte de besoins spécifiques de la population, réintroduit une approche qui se veut plus communautaire.

La loi de santé publique de 2004, pour la première fois, définit des priorités et des objectifs à atteindre. Elle consacre l'échelon régional comme le lieu d'harmonisation des projets des différents territoires, mais aussi des arbitrages financiers par la création de Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

Les missions du GRSP portent sur le financement et l'évaluation des actions objectivement justifiées, évaluées et quantifiées inscrites dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), et priorisées par la conférence régionale de santé (CRS).

La loi du 13 août 2004, sur les responsabilités et libertés locales, dans son article 71, est en résonance avec la loi de santé publique du 9 août 2004, puisque toutes les actions de prévention sanitaire doivent être inscrites dans le PRSP.

Enfin l'articulation du Programme Régional de Santé Publique et du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) de la « troisième génération », voulue par le législateur afin de réduire la césure entre soin et prévention implique que l'offre de soins contribue elle aussi à l'atteinte des objectifs de santé au delà des seuls soins curatifs.

2 ETAT DES LIEUX

2.1 Epidémiologie de la tuberculose, du VIH /SIDA et des IST

2.1.1 La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse dont le germe responsable est le bacille de KOCH (BK), qui appartient à la famille des Mycobacteriaceae.

La forme la plus fréquente de la maladie est la tuberculose pulmonaire (73,6%) : elle seule est responsable de la diffusion de la maladie, par les aérosols de gouttelettes en provenance du malade à l'occasion des épisodes de toux ou d'éternuements.

La tuberculose peut présenter deux périodes : la tuberculose infection latente (TIL) et la tuberculose maladie (TM). Dix pour cent des TIL deviennent des TM.

a) La tuberculose, une maladie d'actualité

La maladie à l'échelon de la planète n'est pas maîtrisée et l'Organisation Mondiale de la Santé considère que la tuberculose pourrait entraîner 35 millions de décès en 20 ans².

Maladie à déclaration obligatoire en France (DO), les données de surveillance montrent une baisse continue de l'incidence au niveau national et une incidence divisée par 6 en 30 ans [10]. L'exhaustivité des déclarations est estimée à 65%.

La notification des infections tuberculeuses latentes des enfants de moins de quinze ans et l'association à la déclaration d'items sociaux-économiques permettent de mieux identifier, depuis 2003, le profil épidémiologique de la tuberculose.

La DDASS envoyait jusqu'au 1^{er} janvier 2006 cette déclaration au service de lutte antituberculeuse du Conseil Général chargé de réaliser les enquêtes autour du cas déclaré qu'il s'agisse d'investigations dans les familles ou dans les collectivités.

L'existence des différents niveaux de traitement de la déclaration a été à plusieurs reprises incriminée comme étant un facteur de ralentissement de la prise en charge des sujets contacts [11,12].

b) La tuberculose maladie (TM), une épidémiologie contrastée

En 2004, l'InVS a reçu 5512 déclarations de cas de tuberculose maladie en France [13].

Ainsi l'incidence en France métropolitaine est passée de 11 à 9,2 cas pour 100 000 habitants entre 1997 et 2004 pour les personnes de nationalité française, mais elle est de 73,6 cas pour 100 000 personnes de nationalité étrangère.

² Plan mondial de lutte contre la tuberculose 2005-2016 OMS

En Ile de France, l'incidence de la maladie est passée de 26,7 cas à 20,8 cas pour 100 000 entre 1997 et 2004. La variation moyenne annuelle est de – 3 %, mais son taux d'incidence reste trois fois supérieur à la moyenne nationale.

Paris garde encore une incidence de 34,6 pour 100 000 habitants, affectant particulièrement certains quartiers.

En Seine et Marne, l'incidence est passée de 11 à 9,6 pour 100 000 entre 2003 et 2004. La variation moyenne annuelle est de – 1 % entre 2003 et 2004. Si le taux d'incidence est de moitié inférieur à celui de l'Ile de France, il reste néanmoins légèrement supérieur à la moyenne nationale.

Les caractéristiques épidémiologiques du département de Seine et Marne sont les mêmes qu'en Ile de France : plus de tuberculose chez les personnes âgées d'une part et d'autre part plus de sujets malades d'origine étrangère [13]. En revanche, les cas de tuberculose sont dispersés sur le département comme en témoigne l'analyse des codes postaux des 143 DO anonymisées parvenues en DDASS en 2004 et 2005.

c) Une maladie « écologique »

La promiscuité dans des habitats de faible surface et le plus souvent insalubres, des conditions de vie précaires, l'immunodépression (VIH, traitements immunosuppresseurs, corticoïdes au long cours) sont autant de facteurs favorisant le développement de la tuberculose. Les étrangers même installés en France depuis plus de 5 ans et issus de pays où l'endémie de la tuberculose est forte, les personnes sans domicile fixe, présentent une incidence jusqu'à 16 fois plus importante que dans la population générale.

Le milieu carcéral est considéré à haut risque de transmission de tuberculose [11]. Le dépistage systématique par radiographie pulmonaire des personnes entrant en maison d'arrêt et venant de l'état de liberté est réglementaire³.

d) Des constats qui conditionnent le travail des actions de prévention

Le groupe de travail du Conseil Supérieur d'hygiène publique de France a souligné en 2003, puis en septembre 2005 l'importance de mettre en place une stratégie pour atteindre les populations à risque, en particulier les migrants [14,15].

Ces recommandations émises en 2003 restent d'actualité, elles ont été reprises par le comité de pilotage national de recentralisation installé à la DGS le

³ Circulaire/DGSn°98-538 du 21 août 1998 et circulaire modificative à paraître
Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes retenues du 10 janvier 2005

5 avril 2006 et de nouvelles recommandations viennent d'être formulées par le groupe de travail animé par la DGS portant sur l'enquête autour d'un cas.

Un effort important doit être fait en terme de prise en charge individuelle, prise en compte de la collectivité de vie des personnes et développement des stratégies pour les publics cibles. Ainsi, une circulaire interministérielle, santé – justice, à paraître, reprend les principes de dépistage exhaustif des sujets contacts en milieu carcéral.

2.1.2 Le VIH, le VHB, le VHC et les IST

a) Le Virus de l'immunodéficience humaine acquise

La prévalence des personnes présentant une séroposivité au virus de l'immunodéficience humaine acquise (VIH) en France est estimée par l'InVS aux alentours de 100 000 personnes (à plus ou moins 20 000 personnes près) [16].

Depuis 2003, les données disponibles en France, issues de la déclaration obligatoire, fournissent des informations sur l'évolution de l'épidémie.

Ainsi en 2004 sur l'ensemble du territoire, 6302 personnes ont été nouvellement diagnostiquées séropositives dont 49% en Ile de France [17]. Dans la région Ile de France, le diagnostic de séroposivité établi est de 15 personnes pour 100 000 habitants, mais la situation est hétérogène : il est établi à Paris sur la base de 33,7 pour 100 000 en 2003-2004 et de 9,2 cas de SIDA pour 100 000 habitants⁴. Deuxième département le plus touché, la Seine Saint Denis atteint 20,1 cas de séroposivité pour 100 000 dans la période précitée et 7,5 SIDA avérés pour 100 000 habitants [17].

Dans la grande couronne de l'Ile de France, les Yvelines et la Seine et Marne ont l'incidence la plus faible de la région et présentent des taux de séropositivités respectifs de 5,8 et 6,6 pour 100 000 habitants. Au cours de l'année 2005, les DO parvenues en Seine et Marne sont au nombre de 81 VIH+ et 9 SIDA.

Le retard au diagnostic de SIDA est encore important, en 2002 la moitié des personnes diagnostiquées au stade de SIDA connaissait sa séroposivité depuis moins de trois mois.

Les populations étrangères et en particulier les femmes originaires d'Afrique subsaharienne contaminées par des rapports hétérosexuels sont les personnes les plus touchées par les contaminations (elles représentent la moitié des nouveaux diagnostics

⁴ L'Ile de France ne représente qu'un sixième de la population et compte près de la moitié des personnes présentant une séroconversion.

de VIH). Leur dépistage est plus tardif et la découverte de la séropositivité s'effectue souvent au stade de SIDA.

Les homosexuels représentent 28% des nouvelles contaminations en 2003-2004 et restent une population exposée, et ce sont des contaminations datant de moins de six mois.⁵

La faible proportion d'usagers de drogues intraveineuses parmi les personnes découvrant leur positivité confirme la réduction de la transmission du VIH dans cette population.

La France est le deuxième pays européen où le taux de dépistage par habitant est le plus élevé : 79 tests pour 1000 habitants, en hausse de 4% tous les ans. Les tests de dépistage du VIH peuvent être effectués dans différentes consultations auxquelles les usagers accèdent selon le dispositif de droit commun, ainsi que dans les consultations des centres d'éducation et de planification familiale et les consultations prénatales.

L'instauration du dépistage du VIH-SIDA accessible par des consultations anonymes et gratuites (CDAG) existe depuis 1988⁶ et leurs compétences ont été étendues au dépistage des Virus de l'Hépatite B et C en 1999.

Relevant depuis toujours de la compétence de l'Etat, elles ont été développées soit dans les établissements publics de santé, soit dans les dispensaires antivénéériens sous la responsabilité des conseils généraux auxquels la DDASS donnait un agrément.

En 2003, en France, il y a eu 5 millions de tests effectués, dont 5 pour 1000 se sont révélés positifs. La proportion de tests VIH positifs est deux fois plus importante dans le cadre anonyme et gratuit par rapport à l'ensemble des dépistages VIH en France.⁷

Le plan de lutte contre le SIDA 2005-2008 diffusé en juillet 2005 par le ministère de la santé intègre la lutte contre les Infections sexuellement transmissibles. Il souligne la nécessité de repenser des stratégies de dépistage et de prévention en direction de groupes prioritaires.

b) Les virus de l'hépatite C et de l'hépatite B

Le virus de l'hépatite C n'a été identifié qu'à partir de 1989. La surveillance de l'hépatite C à l'échelon national est faite à partir des pôles de référence volontaires. On estime que le nombre de personnes touchées par l'hépatite C pourrait se situer entre 500 000 et 650 000. Le plan national de dépistage, de lutte et de prévention de l'hépatite C initié en 1999, incite au dépistage les personnes à risque (transfusées avant 1991, usagers de drogue intraveineuse ou pernasale, exposition professionnelle, nosocomiale). L'incidence

⁵ Situation Sida et IST www.invs.sante.fr/publications/2004/vih_sida

⁶ Selon le Ministère de la santé, il y avait 363 CDAG installées en France au 1^{er} Janvier 2005.

⁷ mise en ligne 30 janvier 2006 : <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/cdag.html>

de la découverte de personnes porteuses d'anticorps anti VHC est de l'ordre de 5000 par an⁸. La prévalence de l'infection par le VHC demeure très élevée chez les usagers de drogues : le taux de prévalence estimé d'anticorps anti VHC chez les assurés sociaux du régime général est sensiblement plus élevé en cas de précarité, chez les personnes qui disent avoir utilisé des drogues par voie nasale, qui ont été transfusées avant 1992, qui ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables et celles qui ont eu un épisode d'incarcération. .⁹

Malgré l'existence de la vaccination, le nombre de porteurs d'hépatite B chronique est estimé à 300 000 personnes en France. Ce chiffre avait été sous-estimé jusque là.

Une étude de 2004 a montré que les co-infections des hépatites B et C sont fréquentes dans la population VIH+ et partagent des modes de transmission communs [18].

Il n'y a pas de chiffres spécifiques disponibles pour le département de Seine et Marne en dehors de ceux des dépistages de CDAG, qui font état de 35 sérologies positives pour le VHC et 26 pour le VHB . Il n'y a pas eu de déclaration d'hépatite virale B aiguë en 2005.

c) *Les Infections sexuellement transmissibles*

Les IST telles que les gonococcies et la syphilis, devenues rares dans les années 1990, ont fait l'objet d'un arrêt des DO en 2000 ; ce sont donc les réseaux volontaires et les dispensaires anti-vénériens qui font remonter à l'InVS les informations [19].

Cependant, le réseau de surveillance des gonococcies (RENAGO) et la surveillance par les dispensaires antivénériens ont fait état dès 1998 d'une recrudescence importante des maladies sexuellement transmissibles telles que la gonococcie [19]. Plus récemment en 2004, l'accent a été mis sur la progression importante de souches de gonocoques résistantes à l'antibiotique de choix (ciprofloxacine) [20].

Entre 2002 et 2004 la déclaration de plus de 1200 cas de syphilis effectuée par les réseaux de surveillance, confirme la tendance déjà observée les trois années précédentes. La région Ile de France et en particulier Paris ont été principalement touchés par ces cas. Ce qui a caractérisé cette épidémie est qu'elle concernait à 70% des hommes jeunes, homosexuels, dont 60 % d'entre- eux étaient co- infectés par le VIH [21,22]. Ces informations, et l'apparition en 2003 de lymphogranulomatose vénérienne témoignent d' un relâchement de la prévention dans les milieux homosexuels¹⁰.

Une troisième infection uro-génitale, celle des Chlamydiae fait l'objet d'une surveillance par le réseau «Rénachla» ; Les 82 laboratoires participant au réseau ont identifié en 2002, 1985 infections à Chlamydia trachomatis [23].

⁸ Dossier hépatite C www.sante.gouv.fr

⁹ Enquête en partenariat avec l'IVS CNAMTS Centre technique d'appui et de formation des centres de santé.2004

¹⁰ Enquête Presse Gay site «www.anrs.fr/index.php/articleview »

Il n'y a pas de données spécifiques disponibles dans le département de Seine et Marne en dehors des chiffres du conseil général qui font état de diagnostic de 30 infections à Chlamydiae, 27 syphilis et 1 gonococcie.

L'ensemble des données nationales tend à montrer qu'il y a une montée de la prévalence des IST en France. L'information et le dépistage des groupes à risques doivent être privilégiés. Le dépistage des IST doit être associé à celui du VIH et du VHC.

L'offre de dépistage anonyme et gratuit doit prendre en compte le VIH, les IST et les hépatites B et C, favoriser l'accessibilité aux publics les plus concernés par des dépistages hors murs, à des horaires adaptés à leurs rythmes de vie.

2.2 Etat des lieux de la recentralisation en France au 15 mai 2006

➤ Une recentralisation encore en construction

Au moment où est rédigé ce mémoire, les conditions d'application de la loi du 13 août 2004 sont très variables d'un département à l'autre et encore susceptibles d'évolutions. Certaines conventions entre DDASS et Conseil Général n'ont été signées que pour un an. Quarante départements n'ont signé aucune convention rendant dès lors la totalité des missions à l'Etat.

Pour les 59 départements qui ont signé convention avec l'Etat, leurs engagements portent sur une à plusieurs activités : 45 abandonnent la tuberculose, 52 les IST, 54 le cancer et 41 les vaccinations. Les choix sont variables comme en témoigne le diagramme récapitulatif ci-dessous.

A noter que 85% des départements qui se désengagent de tout ou partie de la prévention sanitaire ont moins de 400 000 habitants.

➤ Chaque département vit de façon inégale cette recentralisation

Certaines DDASS étaient encore à la recherche des opérateurs pendant la semaine où ont eu lieu des entretiens téléphoniques.

Le temps imparti est court et pour la DGS « *les DDASS manquent de recul* ».

Les concertations avec les conseils généraux se sont parfois avérées difficiles.

La mise en route est d'autant plus facilitée que les liens ont été entretenus avec les équipes de prévention du Conseil Général et/ou que les personnels ont réussi à obtenir leur détachement dans les nouvelles structures habilitées.

➤ Le choix des opérateurs assez réduit

Les DDASS peinent à trouver des opérateurs. La DGS estime que les DDASS ont dans 95% des cas sollicité les établissements publics de santé.

Cependant, les entretiens que nous avons pu avoir avec les DDASS et la DGS soulignent que les médecins hospitaliers ne sont pas formés à la prévention, «ce n'est pas leur culture », que l'incidence faible de la tuberculose dans certains départements a provoqué une perte de connaissance technique, des médecins et des infirmiers. Une DDASS a sollicité une association nationale de prévention qui est elle-même en cours de négociation avec un établissement de santé pour une mise à disposition de locaux, personnels et matériels.

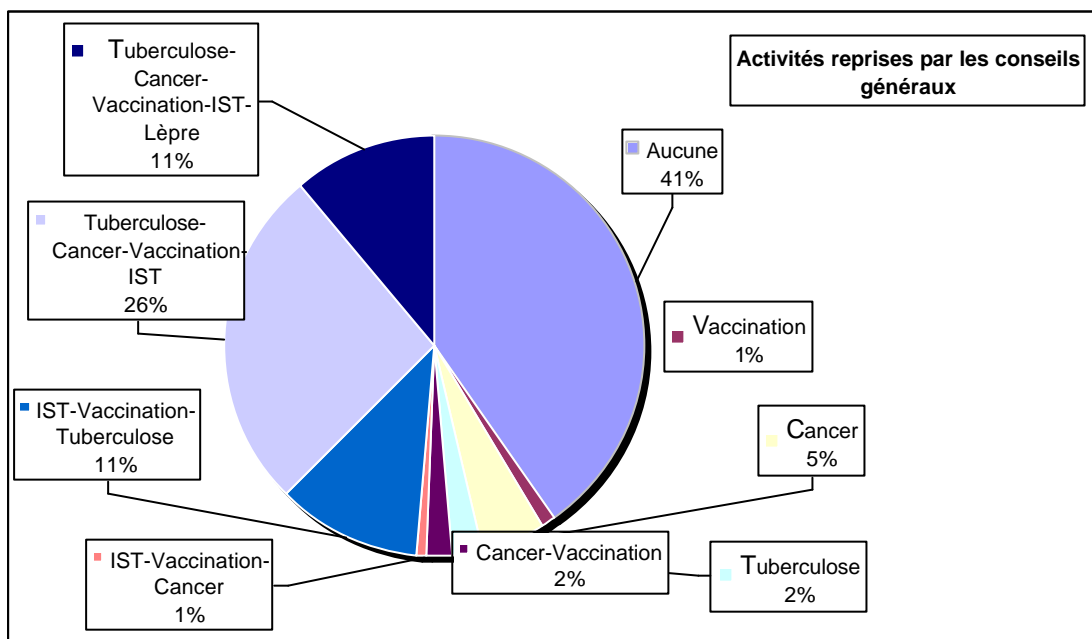


Diagramme 1 activités de santé publique assurées par les conseils généraux

➤ Les dispositifs hors murs hospitaliers

Quelques DDASS ont réussi à négocier des bâtiments en centre ville, l'une d'elle cherche à racheter un bus de dépistage au conseil général qu'elle doit rééquiper et remettre aux normes actuelles. Les dispositifs « hors murs hospitaliers » semblent difficiles à mettre en œuvre.

➤ Les ressources humaines : une pénurie assez générale

Les cinq DDASS interrogées font état de difficultés à trouver des infirmiers ou des médecins que la prévention intéresse. Pour les praticiens hospitaliers, la possibilité de publications scientifiques semble déterminante en particulier dans les CHU.

Les personnels du Conseil Général ont parfois réussi à obtenir leur détachement pour les établissements de santé, mais le processus administratif a souvent été ralenti ou particulièrement compliqué.

➤ **Le financement est au cœur de la problématique**

Les Conseils Généraux qui poursuivent leur action de prévention et ont passé convention perçoivent une dotation globale de fonctionnement intégrale. C'est ainsi que pour leurs actions de prévention 124 millions d'euros leur sont versés au niveau national pour prendre en charge 36 966 000 personnes, soit 3,40€ par personne.

Pour les conseils généraux, qui ne souhaitent pas signer convention, la dotation globale de fonctionnement est réduite d'un montant égal au droit à compensation (actualisé) établi en 1983, attribué alors pour le transfert de compétences.

Pour les autres structures habilitées par les DDASS le montant versé est de 48 769 086 M€ pour une couverture de 23 034 000 personnes soit 2,11€ par personne. Ce financement est de 5,9M€ supérieur au montant de la réfaction (réduction opérée par la loi de rectification de finances de décembre 2004). L'enveloppe de prévention accordée par le ministère de la santé a ainsi été revue à la hausse à la demande des DDASS.

Ces crédits d'Etat ont été délégués aux budgets opérationnels de programme (BOP) régionaux sur le volet santé publique et prévention (SPP).

Certaines DDASS ont gardé la possibilité de piloter leur enveloppe avec une unité opérationnelle (UO), c'est ce qui a été acté en Seine et Marne et dans les Hauts de Seine. Les DRASS responsables des Budgets opérationnels de programme (BOP) supports ont bénéficié de 25 emplois à temps plein au titre de la recentralisation.

➤ **Les procédures à respecter d'un point de vue juridique**

Les conventions entre la DDASS (le préfet) et les opérateurs déterminent le champ d'activité assuré, les modalités de travail, et le budget affecté.

L'habilitation de la structure est effectuée par la DDASS qui vérifie que les conditions techniques sont conformes à la circulaire du 6 mai 2005.

Pour les établissements de santé, le dossier doit être présenté à l'Agence Régionale d'Hospitalisation pour accord. L'arrêté d'habilitation est signé soit par le préfet soit par le préfet conjointement avec le directeur de l'ARH.

Ce n'est qu'une fois ces procédures effectuées que la trésorerie publique générale va effectuer l'affectation budgétaire déterminée par les DDASS, validée par les DRASS et éventuellement les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) quand ils sont installés.

La DGS a délégué dès le mois de janvier 2006 aux DDASS leur budget et entend faire le point sur ce qui est dépensé en fonction des objectifs et des réalisations effectives en juin 2006.

Un certain nombre de démarches sont à mettre en place pour les CDAG qui passent du conseil général au centre hospitalier (transfert de l'ONDAM de ville sur l'ONDAM sanitaire, pour le remboursement des frais de laboratoire engagés).

Cette description du financement montre la complexité du processus, ce premier exercice de recentralisation coïncidant avec le premier exercice de mise en application de la loi organique des lois de finances (LOLF) qui entraîne d'importants changements dans les affectations budgétaires.

2.3 Le contexte de Seine et Marne

Ce contexte permet d'identifier les freins et leviers d'un échelon départemental pour mettre en œuvre les actions de prévention sanitaires de la recentralisation.

2.3.1 Le département le plus étendu d'Ile de France

La Seine et Marne, à l'Est de Paris est un des huit départements qui composent la région Ile de France. Elle s'étend sur 5915 Km², et représente ainsi 49% de la surface de la région Ile de France.

Long de plus de 110 km, large de plus de 70 Km, ce département compte 514 communes et 5 arrondissements : Melun préfecture, Meaux, Torcy, Provins et Fontainebleau en sont les sous-préfectures.

Rural, grand département producteur de céréales, mais aussi département touristique, la Seine et Marne est marquée par de nombreux contrastes.

Si l'on ne considère que les villes en elles-mêmes, une seule est d'une certaine importance et atteint 50 000 habitants, 28 comptent entre 10 000 et 49 000 habitants et 395 communes ont moins de 2000 habitants. Dans les villes de Meaux, Montereau, Melun, les grands immeubles, habitations à loyers modérés, construits dans les années 70, sont souvent relégués dans les quartiers périphériques et isolés.

2.3.2 Un département à la démographie explosive

a) Depuis 1950 une évolution sans précédent

De 453 000 habitants en 1950, la population est estimée au recensement de 1999 à 1.193 767 habitants et à 1 232 467 au 1^{er} janvier 2003, soit près du triple de la population en 50 ans. Cette démographie représente 10,8% de la population d'Ile de France, pour une densité assez faible de 208 habitants au Km². L'évolution annuelle de la population est positive, marquée par un taux de variation annuelle de plus de 1,14%. L'immigration est estimée à 8.6% de la population, soit 132 031 personnes en 1999 et joue un rôle non négligeable dans la démographie.

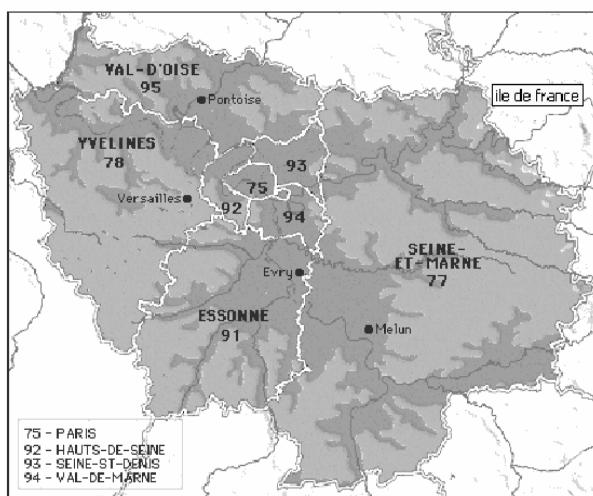
b) Des villages sortis de terre

Deux villes nouvelles nées dans les années 1970, ont apporté cette impulsion démographique : Marne-la-Vallée au nord-ouest et Melun Sénart au sud-ouest du

département. Sous l'effet du contexte économique lié à la construction du parc d'attraction européen de Disneyland Paris, les villages du secteur est de Marne la Vallée, « Val d'Europe », ont vu en quinze ans la population multipliée par dix.¹¹

Entre 1968 et 1999 le nombre de logements recensés a doublé dans le département. L'habitat marqué par l'accession à la propriété, avec des pavillons, dans des petits villages réalise une urbanisation à l'horizontale, tandis que les infrastructures faisant le lien social ne suivent qu'avec retard cette évolution.

c) Une population active qui est amenée à se déplacer pour accéder aux services.



carte 1: cartographie de l'Île de France, source www.tourisme.fr

Les habitants ont besoin des transports pour se rendre sur leur lieu de travail : 60,2% des actifs ayant un emploi utilisent une voiture et seulement 36% d'entre eux travaillent dans le département.

Ceci engendre un mouvement pendulaire biquotidien considérable.

Les autoroutes et départementales forment un réseau très important : 6000 Km de routes départementales, 111 Km d'autoroutes, 620 Km de routes nationales, les transports en train ou Réseau Express Régional (R.E.R A, D, E) desservent Paris.

Malgré cela il existe peu de connexions en transport en commun entre le nord et le sud du département, ni même entre les communes.

d) Une structure démographique particulière

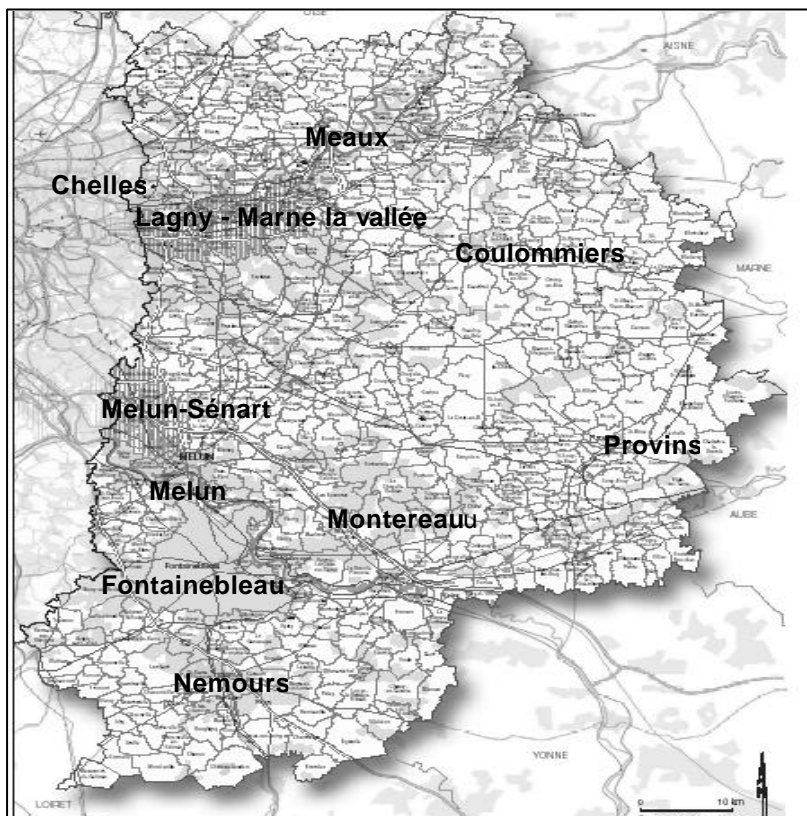
Les jeunes de moins de 20 ans représentent 29% de la population faisant du département un des plus jeunes de France. Les personnes âgées entre 60 et 75 ans représentent 15% de la population. Le taux de natalité est de 14,6 pour 1000, celui de mortalité est de 6,9 pour 1000.

¹¹ Source Préfecture de Seine et Marne

Les retraités habitent plutôt dans le sud et l'est du département, tandis que la population active se répartit le long de la nationale 104, de l'autoroute A4 et dans les périphéries des villes.

2.3.3 Le paysage social : une très grande hétérogénéité que reflètent mal les chiffres départementaux

a) Un paysage social hétérogène



Avec 8,4% de chômage, versus 10,1% en Ile de France, le département semble en meilleure position que les départements franciliens. Au regard du paysage social francilien, la Seine et Marne se caractérise par des revenus moyens par foyer fiscal un peu plus élevés que la Seine- Saint-Denis (15 720 euros en 2000).

carte 2:urbanisation de la Seine et Marne source www.la-seine-et-marne.com

Néanmoins les secteurs de Meaux, Montereau, Nemours, concentrent des populations qui ont un taux de chômage longue durée supérieur à la moyenne nationale, et un taux important de jeunes sans diplômes dans le nord du département.

Dix communes de Seine et Marne connaissent un taux supérieur à 15% de ménages vivant en dessous de seuil de pauvreté¹².

Ainsi, ces îlots de précarité ne transparaissent pas dans des chiffres départementaux pris dans leur globalité.

Au 1^{er} janvier 2004, le taux d'allocataires du Revenu Minima d'insertion en Seine et Marne était de 15,7 pour 1000 adultes de 20 à 59 ans versus 30,8 pour la France métropolitaine.¹³

¹² Atlas de la santé d'Ile de France

b) La protection sociale

La protection et le droit à une couverture universelle du risque maladie est régie en France depuis 1999.¹⁴ Le taux d'allocataires en Seine et Marne en 2004 était de 55 965 personnes et la part de CMU- complémentaire de 4,5%, est une des plus faible d'Ile de France. Elle est de 6,8% pour la totalité de la métropole.¹⁵

Lorsqu'il s'agit de personnes sans aucune protection sociale comme les migrants primo - arrivant, c'est l'Aide Médicale d' Etat (AME) qui les prend en charge, sous réserve qu'ils soient installés sur le territoire depuis plus de 3 mois. Les étrangers présents en France depuis moins de trois mois sont pris en charge gratuitement par les établissements publics de santé.

Pour ces populations on connaît le lien qui existe de façon certaine entre précarité et altération de la santé [24].

2.3.4 Les différentes structures d'accueil des populations en difficulté

a) Les personnes accueillies en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

La Seine et Marne offre 431 places dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Trois d'entre - eux ont organisé un accompagnement « aide et écoute médico-sociale »

Près de Melun, le relais de Sénart réunit régulièrement l'ensemble des structures de soins spécifiques pouvant accueillir les publics. Cette antenne d'écoute médico-sociale a reçu en entretiens 150 personnes en 2004 et réorienté vers les médecins plus de 57 personnes.¹⁶

Le CHRS de la Rose des vents à Meaux et celui de Phare à Marne la Vallée, ont développé un partenariat avec les établissements publics de santé.

La nouvelle disposition de lits halte santé va permettre d'ouvrir éventuellement quatre lits de soins infirmiers à Melun.¹⁷

La Seine et Marne offre par ailleurs, 300 places dans les centres d'accueil non conventionnés Aide sociale et 26 places dans des centres de placement provisoire.

¹³ Documentation IRDES www.irdes.fr

¹⁴ Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre à des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie ou maternité. Lorsque leurs revenus sont inférieurs à un certain seuil, une couverture maladie complémentaire leur est assurée automatiquement.

¹⁵ www.cmu.fr

¹⁶ Source Kalléidoscope « comment se soigner pas cher en Seine et Marne »

¹⁷ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005, relative au financement de la sécurité sociale.

Circulaire n°DGAS /SD1A/2006/47 du 7 février 2006

Le taux d'équipement est de 0,62 pour 1000 adultes de 20 à 59 ans. Ce taux est inférieur à celui de la moyenne de la France Métropolitaine (0.93/00).

b) Les Centres d'accueil et demandeurs d'asile (CADA)

Ils disposent de 440 places. Les personnes étrangères, ayant formulé une demande d'asile, sont accueillies, ont un bilan de santé et une radiographie pulmonaire, réalisée par l'Agence Nationale de l'Accueil des étrangers migrants (ANAEM)¹⁸. Le médecin de l'ANAEM établit un certificat médical de non contagion qui permet à ces personnes de rester sur le territoire français.

Une fois les droits sociaux ouverts, ce public a accès aux dispositifs de droit commun.

c) Les foyers de travailleurs migrants (FTM)

Huit FTM accueillent 1837 personnes en février 2006. Néanmoins il est probable que ces chiffres soient sous évalués, en raison de la tradition d'hospitalité et de l'entraide qui existe chez les migrants.

Ces personnes ont accès au dispositif de droit commun pour les soins.

L'association Migration Santé intervient auprès des foyers de travailleurs migrants, cependant, ces interventions dans le département semblent rester ponctuelles et isolées.

Sensibilisés par la Mutualité Française en 2003 à la notion de promotion de la santé, les directeurs représentent un relais potentiel dans le cadre d'un projet [25].

d) Les personnes qui se prostituent

En Seine et Marne il s'agit d'une population qui se prostituait (en partie) à Paris et qui depuis la loi de sécurité intérieure de 2003¹⁹ interdisant le racolage passif, vient dans les forêts et sur les parkings de passage, dans des camionnettes. La plupart ne semblent pas habiter dans le département. Leurs conditions d'exercice les isole et les rend vulnérables [26,27].

Il n'existe pas de lieu de soins spécifiques pour ces personnes.

Quelques associations, dont AIDES interviennent au titre de la réduction des risques, dans le département. Un projet de prévention visant à la réduction des risques initié par un MISP en 2003 peine à perdurer en raison du manque de ressources humaines dans le secteur associatif.

¹⁸ Le décret 2005-381 du 20 avril 2005 précise son organisation et ses missions

¹⁹ La France a adopté en 1960 la loi de l'abolitionisme de la prostitution : ni réglementée ni interdite

La loi n°2003-239 du 18 mars 2003 fait une grande place à la lutte contre la traite des êtres humains et réprime le racolage actif et passif des racoleurs et des clients sur la voie publique.

e) Les populations qui vivent en caravane

La préfecture estime le nombre d'emplacements pour les caravanes identifiés aux alentours de 1500, mais les associations ont souligné à de multiples reprises le manque d'emplacements réservés pour les grands passages.

Gens du voyage, tsiganes, auxquels s'ajoutent des personnes roumaines « roms », en situation souvent illégale, ignorés ou pourchassés dans leurs pays accèdent aux consultations d'urgence des établissements de santé, mais n'ont pas ou peu de culture de prévention [28]. Ces populations précaires sont peu ou mal vaccinées, souffrent de pathologies cardio-vasculaires ou infectieuses.

Les seuls médecins qui interviennent sont ceux de l'association médecin du monde (MDM).²⁰ Les camps ont souvent des chefs de clan, ou des chefs de famille capables de traduire l'information des soignants et de faire le lien avec les « résidents ».

f) Les Communes relais de l'accès aux soins

Les Centres communaux d'action sociale ont développé l'accompagnement des personnes âgées par des services d'aides diversifiées : aides ménagères, aides aux repas, dispositif d'alerte par téléalarme en cas de chute. Ce type d'action des communes de Seine et Marne est assez proche de celui décrit dans l'enquête DREES réalisée en 2002.²¹

Deux expériences de diagnostic local de santé ont été menées entre 2001 et 2003 dans les villes de Meaux et Montereau, établissant le constat de l'absence de structures de soins à destination du public en situation de précarité.

2.3.5 L'accès aux soins des personnes détenues

Le département de Seine et Marne compte un centre de détention à Melun et un centre pénitentiaire à Meaux, constitué d'un centre de détention et d'une maison d'arrêt. Un peu plus de 1100 personnes y sont détenues. Le Conseil Général avait depuis plusieurs années signé convention avec les deux centres hospitaliers de Meaux et de Melun, et leur versait une subvention destinée à la mise en place des radiographies de dépistage des détenus. De fait, l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) des établissements pénitentiaires effectue l'ensemble des missions de prévention auprès des détenus. Deux cas de tuberculose ont été déclarés sur la période 2005.

²⁰ Le journal du SIDA n°183 mars 2006

²¹ DRESS étude et résultats . L'action sociale des communes . n°195. Octobre 2002

Pour le dépistage du VIH et des hépatites, il a lieu au cours de la consultation ordinaire des détenus, qui perdent ainsi le bénéfice de l'anonymat. Les conditions de détention par elles-mêmes ont été soulignées comme difficilement compatibles avec l'anonymat [29].

2.3.6 Les structures dédiées à la prévention : faiblesse en Seine et Marne

La Seine et Marne n'est pas dotée d'un Comité d'Education à la Santé (CODES), ni de structure spécifique dédiée à la prévention. C'est le Comité Régional d'Education à la Santé d'Ile de France qui assure quelques actions (prison, établissement scolaire).

Les communes de Seine et Marne n'ont pas mis en place de services de vaccination, ni de consultation de prévention.

Les services de promotion de la santé en faveur des élèves sont un relais potentiel pour l'identification des sujets contacts de tuberculose et la prophylaxie de pathologies contagieuses²². En l'absence de service de vaccination, les enfants sont orientés vers le dispositif de droit commun.

Deux centres d'examen de santé de la Caisse Primaire d'assurance maladie proposent aux assurés sociaux un bilan médical et biologique gratuit tous les cinq ans. Une politique d'ouverture de ces bilans aux populations défavorisées est actuellement en cours. Les personnes chez qui sont détectées un problème de santé sont adressées à leur médecin traitant. Les centres d'examens de santé sont un relais vers les structures de soins et ne peuvent pas effectuer de soins, ni distribuer de médicaments.

2.3.7 L'offre de soins hors établissements de santé

a) La démographie médicale la plus faible d'Ile de France

Essentiels dans la prévention de première ligne, les médecins généralistes et les spécialistes libéraux sont peu nombreux, installés plutôt en milieu urbain et assez peu en milieu rural, la moitié d'entre-eux appliquent les tarifs en secteur 2.²³ La densité des médecins généralistes en Seine et Marne est de 90 médecins pour 100 000 habitants.

La permanence des soins n'est pas assurée de façon homogène sur le département.

²² Circulaire sur les missions des services de promotion de la santé en faveur des élèves du 21 janvier 2001

²³ La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés CNAMTS a autorisé un certain nombre de médecins conventionnés à bénéficier de dépassements permanents aux tarifs conventionnels. Convention nationale du 29 mai 1980.

La densité des pédiatres est de 20,3 pour 100 000 habitants de moins de 16 ans²⁴, versus 88,3 à Paris.²⁵ On dénombre 23 pneumologues libéraux susceptibles de travailler en réseau.

A partir de la base de données ADELI, la pyramide des âges fait apparaître un départ à la retraite dans les 5 ans à venir de 5,7% des médecins installés dans le département.

Professions	Ile de France	Seine et Marne	France Métropolitaine
Médecins Généralistes	20 842	1552	99647
Médecins Spécialistes	26 821	1492	103 840
Ensemble	47 663	3044	203 487

Tableau 3 Source DRASS- ADELI

La place des médecins généralistes est entière dans la prévention individuelle, elle a été rappelée à plusieurs reprises dans la loi de santé publique de 2004 et dans la loi de finances de la sécurité sociale de 2004.

Leur place au sein des réseaux de soin et de prévention est inscrite dans la circulaire de la DGS de 1991²⁶ et 12% des médecins généralistes participent à des activités en milieu de soins notamment des établissements pour personnes âgées dépendantes.

Trente médecins généralistes participent à la prise en charge des patients dans le suivi du VIH ou de patients adressés par la consultation précarité du réseau-ville hôpital de Melun. Les contacts établis à l'occasion des prises en charge de malades tuberculeux montrent leur très grand intérêt pour le dispositif à créer. Ils s'inquiètent néanmoins de la surcharge de travail et de leur formation pour le faire.

Le Conseil de l'Ordre dans son bulletin trimestriel est disposé à faire part de la nouvelle organisation. Néanmoins, en matière de tuberculose et de vaccination tout reste à construire.

b) Les centres de santé : une offre très limitée sur le territoire

Le code de sécurité sociale a créé en 1946 les dispensaires dont les conditions de fonctionnement ont été fixées par décret en 1946 modifié en octobre 1991. Ils peuvent concerner les soins médicaux polyvalents, des soins infirmiers ou des soins dentaires. Ils

²⁴ 54 pédiatres libéraux qui sont susceptibles d'intervenir auprès de 401 714 enfants de moins de 16 ans.

²⁵ Site Internet DRASS Ile de France : www.ile-de-France.sante.gouv.fr

²⁶ Circulaire DHOS/DGS 4 -06 -1991

nécessitent d'être assuré social pour en bénéficier. Il n'existe à ce jour qu'un seul centre de santé polyvalent de médecine générale, à Saint Fargeau - Ponthierry, un médecin et une infirmière y consultent et développent des actions de prévention en direction du milieu scolaire ou des personnes âgées.

Les autres tentatives de création en 2003, dans des zones socialement défavorisées, n'ont pas abouti, alors que ce sont les étrangers migrants qui consultent le plus dans ces centres [28].

Ce n'est donc pas sur le maillage départemental des centres de santé ou de maisons de santé que les consultations de santé publique accueillant CDAG/CIDDIST et service de lutte antituberculeuse /vaccination peuvent se fonder.

c) Les services médico-sociaux du Conseil Général, une équipe sortante à ne pas négliger, mais une activité réduite

Avec les lois de décentralisation de 1983, le conseil général de Seine et Marne a mis en place une sectorisation de 14 Unités d'Action Sociale (UAS) qui quadrillent l'ensemble du territoire. Chaque unité d'action sociale est dirigée par un cadre administratif sous l'autorité duquel se trouvent les services de la santé et la petite enfance prenant en charge ces missions de prévention. Ce sont 50 médecins, 100 puéricultrices et 30 infirmières qui travaillent dans ces centres. Trois UAS étaient dédiées aux actions de prévention sanitaire, Lognes, avec deux antennes (Chelles et Lagny), Meaux et Melun avec une antenne active à Provins.

Avant la recentralisation :

Le secrétariat de la DDASS adressait au conseil général la DO de tuberculose. Seules les tuberculoses pulmonaires bacillifères étaient prises en compte par le conseil général.

Un médecin et une infirmière avaient la plupart du temps des missions multiples, la consultation de RMI, la consultation CDAG, la lutte contre la tuberculose et les vaccinations. Le dispositif était conçu pour prendre en charge les consultants dans leur globalité, ceci permettant d'effectuer une consultation polyvalente, de revoir les consultants pour leur proposer un accès à des soins de prévention complémentaires tels que vaccination et dépistage des IST.

CDAG	VIH	VHC	VHB	IST
TOTAL	3740	1966	1246	70
DONT	VIH + 14 Hommes 6 Femmes 8	VHC+ 26 Hommes 15 Femmes 11	VHB+ 23 Hommes 15 Femmes 8	Chlamydiae 30 Syphilis 27 Gonococcies 1

Tableau 3 Activité des CDAG Conseil Général 2004

La lutte antituberculeuse faisait appel depuis 1989 aux pneumologues de l'hôpital de Meaux, Lagny et Melun. Ce sont ces praticiens spécialistes qui lisaient les radiographies et initiaient le traitement antituberculeux dans les locaux même des UAS désignées. Les médecins du Conseil Général assurant pour leur part le dépistage initial des sujets contacts et la lecture des tubertests, sans toutefois assurer le suivi à trois mois.

Les infirmières organisaient la totalité des actions de dépistage (préparation de la consultation des pneumologues dans l'UAS, accueil, location d'un camion de radiophotographies pour les collectivités). Selon les sources du Conseil Général, 2000 personnes ont bénéficié d'une consultation de prévention de la tuberculose et 811 radiographies ont été lues en 2004. Il n'y avait pas de projet départemental de dépistage de publics vulnérables aux infections tuberculeuses.

Depuis la recentralisation :

Les médecins et infirmiers sont redéployés sur des missions de planification familiale et consultation de précarité. Le redéploiement des postes fait espérer la réouverture d'un centre de planification familiale qui avait dû fermer en raison de l'absence de médecin.

2.3.8 L'offre de soins par les établissements de santé

Avec 1618 places d'hospitalisation de médecine, tous services publics et privés confondus, le taux d'équipement en lits et places est de 1,31 pour 1000 habitants, c'est le plus faible d'Ile de France. Si on le compare à la moyenne française (2,09), il est de moitié inférieur. Il n'y a aucun Centre Hospitalier Universitaire dans le département, les plus proches sont ceux du Val de Marne et de la Seine Saint Denis.

a) Les Etablissements publics de santé (EPS)

L'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France, se fondant sur l'activité des services corrélée aux lieux d'habitation des usagers de soins, a défini deux bassins de santé : le territoire nord (77-1) dont les EPS sont Meaux, Lagny et Coulommiers (le bassin de population ainsi desservi représente 660 000 personnes) et le bassin sud (77-2) dont les EPS sont Melun, Fontainebleau, Montereau, Provins et Nemours, la population ainsi desservie représente 540 000 personnes.

Etablissements de santé publics à vocation généralistes, ils ont tous une activité de médecine, chirurgie et obstétrique et d'accueil des urgences.

Leur capacité à mettre en place les activités liées à la recentralisation est analysée ci-dessous.

Les trois établissements les plus importants en nombre de lits et places sont Meaux (870), Lagny (674) et Melun (680). Ils desservent à eux seuls près de 900 000 habitants. Ils offrent une palette diversifiée de soins, comportant pour chacun d'eux:

- un service de médecine accueillant les personnes séropositives pour le VIH ou porteuses du SIDA.

- un service de gastro-entérologie susceptible de prendre en charge les personnes atteintes d'hépatite virale.

- Une consultation de permanence d'accès aux soins (PASS)²⁷ :

Les PASS visent à faciliter l'accès aux soins et l'accès aux droits. Le public qui consulte semble la plupart du temps d'origine étrangère et un tiers ne parle pas français [30].

Dans les CH de Meaux, Lagny, et Melun, il s'agit essentiellement de présence à temps partiel d'une assistante sociale qui évalue la situation et fait accéder les consultants aux droits sociaux. Une seule vacation de médecin a lieu en complément à Meaux. Ce dispositif est assez proche des résultats décrits par l'enquête menée par la DHOS en 2004²⁸.

- Un service de pneumologie, référent du conseil général pour la tuberculose dans le cadre du Service de lutte antituberculeux depuis 1989. Un des pneumologues a connu le service départemental des années 1980, chargé de mettre en œuvre la lutte contre la tuberculose avant la première décentralisation.

- Une CDAG

Un des établissements a une CDAG, le deuxième avait une CDAG que le conseil général finançait en partie et dont le médecin chef de service de médecine interne assurait la consultation. De fait, une seule CDAG est à recréer sur le secteur de Lagny- Marne la Vallée. Le CH de Lagny offre un service d'infectiologie qui prend en charge le VIH et qui assure la consultation d'accident d'exposition au sang.

- Les soins aux détenus : Meaux et Melun gèrent chacun une UCSA, et ont déjà des activités spécifiques de prévention.
- Des consultations spécialisées de soins aux toxicomanes Deux des trois établissements (Meaux et Melun) proposent des soins et assurent la prescription de méthadone. Lagny par convention avec une association proposera une telle consultation dans les mois à venir.
- Les trois établissements sont « tête du réseau ville- hôpital » de leur secteur A Melun le réseau développe une consultation précarité et prochainement un Centre d'Accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

Ces indicateurs d'orientation des services vers la prévention rendent donc crédible leur investissement dans les activités de recentralisation.

²⁷ Créées par la loi du 29 juillet 1998 (code de santé publique article L 6112-6) et financées dans le cadre du Programme Régional de Prévention et d'Accès aux Soins (PRAPS), elles ont un rôle central dans le dispositif d'accès aux soins des plus démunis.

²⁸ DHOS/E1/DW/Etudes PASS 02-2004

Les cinq autres établissements de santé de Coulommiers au Nord et Fontainebleau, Nemours, Montereau, Provins au sud, ont un bassin de population qui représente 300 000 personnes. Ils ont moins de services disponibles, mais leur atout est lié à leur implantation dispersée sur le territoire et rendent possible la création d'antennes annexes des trois hôpitaux principaux dans le cadre d'un réseau.

2.4 Un choix argumenté

Au terme de cet inventaire, compte tenu du nombre limité de structures, de l'absence de centre de santé suffisamment réparti sur le territoire, de l'absence d'associations susceptibles de devenir opérateurs de cette prévention et de façon à satisfaire aux délais impartis, ce sont les établissements publics de santé qui avaient déjà un savoir faire auparavant et des habitudes de travail avec les publics en difficulté qui ont été retenus pour mettre en œuvre ces consultations de prévention. Les CH de Meaux, Lagny et Melun paraissent avoir le potentiel pour développer rapidement ces consultations de prévention.

D'un point de vue juridique, les établissements publics de santé peuvent effectuer des missions de prévention : c'est l'esprit de la loi de 1991²⁹, de la loi du 4 mars 2002 et la loi de santé publique, quant à elle, les place au cœur de la prévention et du curatif. Un décret d'avril 2005 fixe la prévention et l'éducation pour la santé dans la liste des financements possibles au titre de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).³⁰

D'un point de vue des savoirs faire, les pneumologues ont une expérience acquise en tant que référents pour la tuberculose des équipes du conseil général. Les médecins impliqués dans la CDAG de Melun étaient ceux du centre hospitalier et la consultation « précarité » est une ouverture importante sur les publics cibles.

Cette dimension d'expérience permet d'espérer que le transfert des missions soit assuré dans les meilleures conditions.

Les directeurs des établissements de santé et les équipes médicales ont été invités par la DDASS à proposer un projet prenant en compte les publics prioritaires. Les concertations ont permis d'affecter à chaque établissement une population à desservir, assez proche du bassin de population identifié par l'ARH, ainsi qu'un certain nombre de structures prioritaires auprès desquelles des actions de prévention seront à développer. C'est donc dans ce contexte que les freins et les leviers identifiés sont présentés dans le chapitre suivant.

²⁹ Loi 91-748 du 31 juillet 1991

³⁰ Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les missions pouvant être financées dans les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

3 RESULTATS : LES FREINS ET LES LEVIERS

Pour chaque établissement de santé retenu, compte tenu de la population, du nombre estimé de personnes en situation de précarité, du nombre estimé de tuberculose l'année précédente, il est nécessaire d'envisager par site 2 emplois à temps plein d'infirmière (prenant en charge CDAG et tuberculose), 1ETP de secrétariat, 1,5 ETP de temps médical se répartissant entre CDAG, tuberculose et vaccination et 0,5 ETP d'assistant de service social à articuler avec la PASS.

Cependant même si le projet des établissements est conforme à ce cadrage initial, les premiers bilans d'activité de février 2006 sont modestes. Les freins à l'installation sont analysés ci-après.

3.1 Les freins : des craintes et des retards

De septembre 2005 au 1er janvier 2006, les réunions diligentées avec les professionnels pour organiser la recentralisation ont montré que l'effort demandé en si peu de temps est conséquent.

Ils expriment leur inquiétude face à un délai court et soulignent leurs obstacles qui sont nombreux :

Ils ne sont pas prêts matériellement

Ils font état de l'absence de lieu de consultation, de difficultés à trouver des personnels. Ils n'ont pas l'accord de la Commission Médicale de l'Etablissement (CME), du Conseil Technique de l'Etablissement, ni du Conseil d'Administration.

Rappelant que le Conseil Général abandonne des missions investies en vingt ans, ils estiment qu'ils ont besoin de temps.

La spécificité du travail génère des inquiétudes

La rencontre organisée avec les équipes du conseil général pour faciliter les échanges techniques, la passation des informations et des dossiers, permet aux directions et aux médecins de prendre en compte les spécificités de la prestation demandée.

Les personnels hospitaliers expriment leur sentiment d'incapacité à mettre en œuvre rapidement, un dispositif aussi complexe du fait de son adaptabilité apparente aux besoins exprimés des consultants : « *on n'est pas bien équipé pour faire face à ce type de demande* » souligne un médecin.

« *La création du corps de professionnels dédiés à la prévention et de son esprit va prendre de l'énergie et du temps pour sa construction* » souligne un directeur.

« *Les infirmiers ne vont pas à domicile et, sauf la CDAG, n'ont pas de mission extérieure* » rappelle cet autre directeur.

3.1.1 Les moyens dont ils vont disposer : un élément clé

Pour les directeurs, comme pour les médecins la première des difficultés est liée à l'incertitude des financements, la dotation départementale n'ayant été connue que vers la fin du mois de décembre 2005.

Pour un directeur rencontré « *c'est une peur très importante de la part de l'administration de prendre en charge la prévention qui risque de coûter plus cher qu'elle ne rapporte* ».

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A)³¹ fait craindre aux hospitaliers des dépenses imprévues pour le CH. La comptabilité analytique ne paraît pas compatible avec des crédits fléchés de prévention.

Ils s'interrogent sur la part de crédits MIGAC qui leur sera accordée par l'ARH ; dans un des CH les crédits MIGAC sont dédiés aux activités de SAMU-SMUR.

3.1.2 L'absence de lieu de consultation entrave la diffusion de l'information

Aucun des CH retenus n'a de lieu de consultation prévu pour cette nouvelle activité, dans un premier temps.

Des solutions temporaires ont été trouvées mais l'accueil des usagers y est limité, et le développement du service et la diffusion de l'information restent restreints dans la perspective d'un changement à moyen terme.

3.1.3 La question des dossiers médicaux : un problème inattendu

Ils suscitent un débat particulier soulignant une différence fondamentale entre la culture médicale et la culture administrative.

Ils concernent la lutte antituberculeuse et les vaccinations, les CDAG/CIDDIST étant anonymes.

Les dossiers médicaux ont à évoluer pour devenir un outil informatisé pour différentes catégories de professionnels et permettre de rechercher des sujets contacts, des dates de vaccination, des dates de consultation. Il existe des logiciels prévoyant l'ensemble des entrées, mais il faut nécessairement savoir de qui dépend la dépense entre l'Etat ou les CH. La question du dossier médical personnel, comme outil référentiel à venir³², n'est pas évoquée.

Par ailleurs le Conseil Général s'interroge sur le devenir des archives médicales de vingt ans d'exercice. Ses services juridiques sont interpellés et, dans l'attente d'une réponse qui tarde à venir, la transmission des dossiers médicaux aux médecins pneumologues est

³¹ Réforme de l'allocation des ressources, visant à financer les établissements en fonction du volume et de la nature de leur activité.

suspendue. Les personnes atteintes de tuberculose et en cours de traitement sont amenées à demander la photocopie de leur dossier médical pour que le praticien hospitalier puisse assurer la continuité des soins. Cette démarche est facteur de renoncement aux soins pour des populations en difficulté.³³

Cette question a aussi fait l'objet d'interrogations dans d'autres DDASS et a été soulevée auprès du comité de pilotage de la DGS.

Il existe une crainte forte de voir arriver aux archives hospitalières vingt ans d'archives du conseil général.

3.1.4 Le déplacement vers les populations prioritaires

L'immensité du territoire entraîne des déplacements importants pour effectuer les dépistages collectifs des populations dans l'incapacité de se déplacer pour consulter au CH. Les directions doivent organiser l'affectation d'un véhicule, du matériel y compris informatique pour faciliter le recueil des données.

Les infirmiers en groupe de travail ont clairement exprimé leur réticence à aller au devant des populations : « *on est hospitalier et on attend que les gens viennent à nous* ».

Le « hors mur » est tout autant un apprentissage pour les administratifs que pour les soignants.

La résolution de ces questions n'était pas effective au moment des entretiens.

3.1.5 Les ressources humaines au centre des difficultés ?

La pénurie de personnels

L'attente du nouveau directeur dans un des CH a retardé la mise en place des consultations. Cet établissement n'a ouvert l'activité CDAG aux usagers que le 10 avril 2006.

Les directeurs arguent d'une pénurie d'infirmiers et d'assistants sociaux, comme de médecins généralistes pour effectuer des consultations. Par manque de temps, cette information n'a pas été vérifiée.

Dans deux hôpitaux, les pneumologues et le praticien de la CDAG effectuent les prestations des actes de prévention sur leur temps hospitalier. Le recrutement de praticien est en attente ou différé.

³² La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie a créé le dossier médical du patient DMP dont les données permettront de recueillir la totalité des informations nécessaires pour le suivi du malade. Son élaboration passe par un Groupement d'Intérêt public entre ARH/ URML/AP-HP et autres partenaires en Ile de France.

³³ Loi du 4 mars 2004 permet à quiconque de demander la photocopie de son dossier médical.

La surcharge de travail est un facteur de risque de découragement à ne pas négliger pour l'avenir.

3.1.6 Le travail avec des populations dites précaires

a) *La crainte de problèmes sociaux envahissants*

Il y aurait une « *inquiétude du corps médical et administratif vis à vis de la population dite précaire et une crainte de voir les problèmes sociaux envahir l'hôpital* ».

Pour un des médecins cette représentation est déterminante car l'hôpital est habitué à faire des projets « *parfois à partir de rien* ». Sont cités en exemple la Cellule d'urgence médico psychologique (CUMP), l'Unité Médico Judiciaire (UMJ), l'hémodialyse, qui n'avaient pas au départ de support financier, mais bénéficiaient de l'aval total des praticiens sans crainte exprimée de devoir s'occuper de population en difficulté de santé majeure. Est-ce lié au caractère ponctuel et technique des services rendus dans ce cadre ou au caractère plus thérapeutique, et axé sur la prévention des complications qui les rend plus facilement acceptables par les équipes ?

b) *Une méconnaissance du public*

Pour un des directeurs interrogé « *c'est moins une histoire de moyen que de savoir faire avec les publics qui ne sont pas en demande* ».

Les soignants interrogés ne connaissent pas les CADA, les CHRS, les « roms »... Pas non plus vraiment les travailleurs sociaux qui sont susceptibles de faire relais. Les emplacements, les coordonnées, les contacts sont autant de carnets d'adresse à reconstituer

Or, ces nouvelles missions nécessitent une autonomie, ne pas avoir peur d'être confronté à une autre réalité que la réalité des patients auxquels ils sont habitués. « *Ces patients pas sages, ni très patients qui ne demandent rien... Qui ne sont pas dans des lits* ».

c) *Un manque de savoir faire*

On peut même penser dit cet autre directeur que « *pour un soignant, il y a une perte des repères, un flottement face à des populations particulières, un manque de savoir faire plus qu'un manque de technicité propre.* »

Le principal problème est lié au choix d'un recrutement interne de personnel hospitalier n'ayant pas l'expérience de populations difficiles.

Ce sont des infirmiers, techniciens dans leurs domaines qui ont l'habitude de travailler dans un encadrement défini. Les infirmiers recrutés en interne ont travaillé dans des services d'anesthésie, de chirurgie, de gastro-entérologie. Un seul des cadres infirmiers a une expérience avec l'UCSA, des publics difficiles.

Un des pneumologues souligne en réunion que ce sont les « *infirmières du conseil général qui s'occupaient de tout.* » « *En particulier de la logistique, convocations, rappel des personnes quand elles ne venaient pas* ».

Les groupes de travail avec les personnels du Conseil Général ont souligné ces difficultés de prise en charge des publics précaires, dans les situations collectives de lutte contre la tuberculose : la population mouvante, pas compliant aux soins, en situation de légalité variable sur le territoire. Le soin ne va pas de soi. Il y a une certaine volatilité de ces publics.

Les médiateurs, chefs de clan, chefs de tribus sont les premiers interlocuteurs avant d'agir, donnant à ce type de prévention une spécificité dans l'intervention.

La formation aux gestes techniques pour réussir la recentralisation peut être moins déterminante qu'une formation culturelle à l'approche de ces populations.

d) La question de l'éthique

- La gratuité est inscrite dans la loi, cependant pour quelques médecins, il est indispensable de faire entrer les usagers dans le dispositif de droit commun, afin de diminuer leur marginalisation. La question de la gratuité rejoint les préoccupations financières, liées à la crainte de dépenses supérieures à ce qui est supportable pour le CH.
- La délégation des actes de dépistage des sujets contacts de tuberculose à d'autres équipes hospitalières que les CLAT, en raison de leur proximité géographique des sujets contacts à dépister montre vite ses limites : pas de cohérence des techniques, et défaut d'harmonisation des procédures.
- Il est essentiel de créer un réseau, mais réseau ne veut pas signifier délégation aveugle des dépistages à des tiers.
- La question des limites : limites à l'adaptation au public cible, qui, on l'a vu, n'est pas très compliant, limites aussi à l'exercice dans des conditions qui ne respecteraient ni les usagers, ni les professionnels.

Le rappel des objectifs de ces prestations de prévention est à faire régulièrement, fermement et avec pédagogie.

3.1.7 Des difficultés liées à une représentation culturelle de la prévention ?

Un des médecins souligne que ce n'est pas lié à la lourdeur des populations mais à la représentation de la prévention primaire.

Pour deux des médecins interrogés, les hospitaliers craignent d'être dépossédés du soin, qui est "noble" au profit du médico-social.

La spécificité du travail de prévention en direction de la population n'est pas dans la culture hospitalière. « *C'est pourtant une dimension à laquelle on devrait être attentif tout le temps...* ».

Les rencontres avec les médecins du conseil général ont bien montré chaque fois leur positionnement : s'intéresser à la globalité de l'individu et pas uniquement à sa pathologie, suivre sa trajectoire de soins et axer son accompagnement médical au plus près des besoins de la personne consultante. On pourrait presque dire que ces médecins et infirmiers parlaient en tant que « généralistes spécialisés dans la précarité. »

Au terme de cette première période, effectivement, les freins paraissent plus importants qu'attendus : ils sont d'ordre matériel, mais aussi liés à la représentation des populations, au manque « de savoir faire » pour s'occuper de ces populations ou à la crainte que leur poids financier ne soit trop important pour l'établissement de santé.

3.2 Les leviers

3.2.1 Les situations concrètes facteurs d'accélération de mise en oeuvre

Les services en charge de la tuberculose ont été sollicités par la DDASS dès le 2 janvier 2006.

Dans les trois secteurs, les pneumologues sont amenés à réaliser des prises en charge collectives de populations très précaires : ils soulignent lors des entretiens qu'ils « *ne s'attendaient pas à ça* ».

Par ailleurs, ils constatent que les retours d'enquêtes effectués par les relais que sont les médecins du travail ou les médecins des collectivités manquent de précision : « *intradermoréaction normale, sujets tous vu* » ne permettent pas d'avoir de preuve médico-légale.

Les médecins libéraux, de leur côté, confrontés à la réalisation de BCG intradermique et par crainte de mal réaliser un geste technique qu'ils ne dominent pas renvoient aux médecins de PMI ou aux médecins en charge de la lutte contre la tuberculose, les enfants soumis à l'obligation vaccinale par le BCG.

Exprimant leur inquiétude face à ces demandes de plus en plus importantes, les pneumologues explicitent leur besoin de concertation. Le territoire est vaste, ils ressentent de l'isolement dans leurs pratiques et soulignent l'absence totale de pilotage dans le dispositif précédent.

Leur crainte est en effet très forte de devoir assumer seuls et sans moyens la lutte contre la tuberculose. Un comité de pilotage départemental est installé au mois de février 2006, par la DDASS, et les propositions concrètes apportées sont décrites infra.

3.2.2 Le processus administratif hospitalier à l'œuvre en février 2006

Les deux directions interrogées ont le même sentiment : les CME ont accueilli avec plaisir l'idée des consultations de santé publique ou de prévention.

Le terme de consultation de santé publique ne choque pas, serait « *à la mode donnant un côté « moderne » à l'hôpital.* »

Leurs noms varient selon les hôpitaux : l'un d'entre eux pencherait vers la création d'une « fédération de santé publique ».

Pour un médecin de CME, c'est une bonne nouvelle pour les hôpitaux d'avoir à gérer la prévention, « *ça donne du sens à ce que les praticiens font déjà* ».

L'organisation interne a commencé seulement à prendre forme au mois de mars et, dans chaque service concerné, l'activité de prévention s'est structurée sous forme d'unité de prévention rattachée à une unité fonctionnelle (UF). Cet enthousiasme affiché invite cependant à rester prudent car les directions ont le sentiment que les services n'ont pas échangé d'informations et que la synergie recherchée est à construire.

Les directeurs expriment la crainte de l'hospitalo-centrisme, marquée par des consultations tournant sur elles-mêmes sans lien avec l'extérieur et sans lien avec l'intérieur.

3.2.3 Des services déjà engagés auxquels il ne manque que la reconnaissance

Chacun des trois CH est inscrit dans un réseau ville- hôpital dont il est tête de réseau. Il existe déjà une pratique d'accueil des populations en difficulté, une habitude de faire accéder aux soins soit par la consultation PASS soit par la consultation précarité pour l'un d'entre-eux.

La recentralisation est pour l'un des médecins une occasion de faire réellement reconnaître le service rendu par la CDAG et donner une vraie place à la prévention au sein de l'hôpital. «*Souvent parti d'un noyau de personnes volontaires qui ont envie de faire bouger les choses*», me dit ce praticien.

S'il est extrêmement favorable au projet, ce militantisme est à accompagner d'une organisation et d'une reconnaissance de la prévention qui éviterait la rupture en cas de départ en retraite, ou de mutation.

3.2.4 Une place déjà affirmée dans la prévention

Interrogés lors des entretiens et des rencontres dans les groupes de travail sur ce que représente pour eux la prévention, les professionnels de santé estiment qu'ils sont acteurs de prévention à part entière.

- **La prévention individuelle des hospitaliers : technique et orientée vers le soin.**

Telle qu'ils la perçoivent, la prévention est fondée sur du dépistage clinique, biologique et radiographique.

Ce sont les éléments de preuves médicales qui sous tendent leur action. La prévention qu'ils réalisent dans ce cadre est étroitement liée à leur rôle thérapeutique.

Ce qui intéresse le plus les médecins dans la prévention reste la recherche de « cas » malades « *quand on trouve autant de tuberculose infection ou maladie dans les dépistages, c'est encourageant* », ou d'effets déjà délétères de la maladie « *en dix jours on a pu mettre sous traitement trois milliers* ».

L'éducation thérapeutique et la prévention des complications sont dans leurs habitudes de travail : « *éviter les complications, traiter tôt, expliquer la maladie* ».

La prévention est avant tout un espace de dialogue entre les soignants et les soignés.

Pour un des médecins de la CDAG : la prévention est un acte palpable, « *c'est une consultation en tête à tête, une affaire de confidentialité, une expérience unique pour le consultant* ».

Permet de connaître mieux les besoins de la population et de « faire des propositions pour agir »,

La prévention en situation difficile : un apprentissage permanent qui ne passe pas forcément par les livres

Si leur posture est celle de celui qui sait à celui qui apprend, néanmoins elle est évolutive. « *On apprend à examiner autrement des populations comme celles du camp de « X », on apprend où trouver le bon interlocuteur, le relais* » raconte ce pneumologue.

Ils ont dû pour rencontrer ces populations, s'appuyer sur les chefs de camp ou les relais du foyer, faire appel à des interprètes, revenir plusieurs fois, adopter des postures d'aide et d'écoute, différentes de leurs pratiques en milieu hospitalier.

Cependant dans le cadre de la prévention sanitaire, le sujet « dépisté » semble rester encore passif dans le traitement que le centre de lutte antituberculeux met en place pour lui.

- **La prévention collective déclinée par les hospitaliers : plutôt celle de l'expert.**

Lorsqu'ils interviennent auprès du public, ils sont sollicités par des organismes et se positionnent en tant qu'experts. Ils citent ainsi de multiples colloques, forum, actions en milieu scolaire pour lesquels ils sont sollicités, cependant, ces actions grands publics

restent plutôt des informations sanitaires (le VIH de nos jours) ou prennent une dimension technique (mesure du souffle). Ils sont positionnés en tant que conférenciers pour valoriser certaines actions.

En dehors des manifestations particulières « hôpital sans tabac » ou « journée mondiale du SIDA » pour lesquelles ils sont promoteurs dans leurs structures, ils ne mettent pas en place de programme de prévention et ne connaissent pas les Comités d'Education pour la Santé (CESC) des établissements scolaires qui les sollicitent. Les établissements scolaires leur demandent des « *cours pour leurs élèves sur le SIDA, les hépatites, le tabac* ».

Ils ne sont pas (ou peu) impliqués dans le schéma régional d'éducation pour la santé, (SREPS) et les chefs de service n'évoquent pas vraiment le PRSP comme référence régionale pour la prévention.

Si les directeurs de quelques établissements de santé avaient participé au diagnostic partagé du PRSP, très peu de médecins étaient présents : un médecin d'une des CDAG et celui de la consultation précarité.

Leur place dans l'éducation pour la santé est à retravailler avec eux : plutôt formateurs et référents experts que première ligne serait peut-être une place à privilégier?

En compensation des freins précédemment identifiés, les premiers mois d'activité effective ont été facteurs de leviers puissants pour l'action : en particulier les déplacements sur site, les prises en compte des populations extrêmement démunies et ont clairement montré que le dispositif est évolutif et inscrit dans le temps.

En revanche du point de vue de la place des praticiens hospitaliers dans la prévention de première ligne, comme dans l'éducation pour la santé il est nécessaire de réfléchir avec eux à la place et au rôle qu'ils peuvent tenir.

Au terme de ces entretiens effectués, des propositions ont été faites, certaines sont réalisées, d'autres encore à mettre en œuvre. Leur présentation fait l'objet du chapitre suivant.

4 LA PLACE DU MISP ET LES PROPOSITIONS

4.1 Le pilotage collégial des CLAT

En réponse à la demande formulée par les pneumologues, un groupe de travail, d'échange et de mutualisation des expériences et d'harmonisation des procédures, a été mis en place par le directeur du DDASS sur proposition du médecin inspecteur en charge du dossier.

Il a permis la création d'outils validés par tous, d'un programme de dépistage des populations à très haut risque de tuberculose et d'un programme de formation des médecins libéraux.

4.1.1 Des outils pour harmoniser les pratiques

Les praticiens hospitaliers, pneumologues et infirmiers furent conviés, ainsi que les pédiatres hospitaliers de Meaux, Lagny et Melun, en raison de la spécificité de la lutte contre la tuberculose chez l'enfant.

Ces réunions co-animées par le MISP, l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale et l'infirmière d'épidémiologie de la DDASS ont fait systématiquement l'objet de compte rendu, que le groupe a validé à la séance suivante. Ces réunions ont contribué à produire :

- des outils de suivi des situations nécessitant des dépistages collectifs, à remplir par les CLAT et à adresser au MISP en DDASS ;
- des protocoles de saisine des CLAT et un protocole d'intervention au lit du malade puis en direction des familles et des collectivités (si besoin).

Cette étape de création a nécessité un travail de recueil de données validées, de recueil d'outils déjà existant dans d'autres services très investis dans la prévention et la lutte contre la tuberculose (Paris, Strasbourg).

C'est là le rôle du MISP, l'étape suivante étant celle de la diffusion aux établissements de santé, du département. C'est un courrier signé du directeur du DDASS, sur proposition du MISP, qui en assurera la diffusion.

La place du MISP, dans ce contexte, permet de s'assurer de l'harmonisation des pratiques.

4.1.2 Vers un programme opérationnel de lutte antituberculeuse

A la suite de l'identification d'un cas de tuberculose contagieuse chez un adulte d'un camp de « roms », un échéancier pour le dépistage des populations les plus à risque dans le département est acté et sera effectif dès septembre 2006. Des interventions auprès des gens du voyage des camps de Réau, Lieusaint, Nangis puis Brie Comte Robert sont

déjà programmés. C'est l'occasion de rencontrer les associations et des travailleurs sociaux pour leur proposer le projet et les solliciter pour leur médiation.

C'est ainsi que dans ce contexte, un médecin généraliste bénévole de l'association Médecins du Monde a été rencontré par le MISP pour mettre en place les modalités d'intervention dans le camp dont était issu le patient.

L'action de dépistage des 125 résidents de ce camp par le CLAT a pu ainsi aboutir à une identification exhaustive des sujets contacts, parmi lesquels 45 désormais sont sous traitement prophylactique et 7 sous traitement anti-tuberculeux (les patients recevant tous les mois par l'intermédiaire de MDM leur traitement antituberculeux, qui était fourni par le CH).

Dans cette situation sanitaire assez inquiétante, le médecin inspecteur a eu plusieurs fonctions : la veille et l'alerte sanitaire (en s'assurant que les sujets contacts ont été identifiés et les traitements effectifs), le suivi épidémiologique et l'information des différentes instances.

Par ailleurs, son action auprès du préfet a permis l'autorisation permanente de séjour pour soins, sans laquelle les personnes tuberculeuses et contagieuses repartaient dans leur pays, où le traitement n'est pas assuré, essayant ainsi de façon presque certaine le bacille de Koch.

Une autre dimension de son action a porté sur la mobilisation des personnes susceptibles d'être l'interface avec les populations pour lesquelles il a fallu être particulièrement attentif à l'accès aux soins.

Enfin, identifier la situation sanitaire du camp et mobiliser d'autres services pour obtenir une hygiène minimale du camp ont été des aspects non négligeables de l'implication du MISP.

Cette dimension d'animation, d'action et de mise en perspective du projet départemental permet de trouver de nouveaux interlocuteurs et de créer des liens de santé publique dans un territoire dont on a vu qu'il est assez peu riche en intervenants associatifs.

4.1.3 La formation

De façon assez étonnante, les hospitaliers n'ont pas vraiment souhaité être formés à l'approche des populations pour lesquels ils se sentaient démunis.

Par ailleurs, il est à noter que les directeurs, pour les réunions, ne se sont pas fait accompagner par les assistantes sociales plus habituées à accueillir des populations en grande précarité.

S'il n'est pas question d'imposer des contraintes supplémentaires, il appartiendra à la DDASS de veiller à une formation continue adaptée.

Le programme de formation en direction des médecins notamment des libéraux pour la lutte contre la tuberculose et la réalisation des BCG intradermiques est en cours d'écriture pour être effectif avant la rentrée scolaire prochaine.

Les pneumologues des CLAT se connaissent bien à travers l'association nationale des Comités de lutte contre les maladies respiratoires.

Créer un module d'apprentissage rapide du BCG intradermique, valoriser les connaissances autour de la tuberculose, des médecins de ville est un projet qui les intéresse, c'est donc par leur intermédiaire que le projet départemental de formation va prendre forme. Les associations de formation médicale continue du département en sont d'ores et déjà informées et invitées à réfléchir avec la DDASS aux modalités de développement.

Cette dimension de formation des médecins libéraux est une ouverture importante vers la création d'un réseau actif autour de la prise en charge de la tuberculose sur le département. Elle est également facteur de création de culture commune sur le sujet.

Elle va permettre éventuellement dans un deuxième temps de susciter au sein des médecins généralistes des propositions d'intervention de première ligne en lieu et place des pneumologues.

A ces médecins seront associés les praticiens des institutions : établissements pour personnes âgées dépendantes, Education Nationale et médecins du travail en tant que relais des dépistages dans les collectivités.

Les services de la santé et la petite enfance du conseil général ont validé l'idée d'apporter leur appui aux pneumologues pour les ateliers de pratique aux gestes technique des BCG intradermiques.

Dans ce contexte, le MISP a ainsi l'occasion d'accompagner le projet dans toutes ses étapes. Il devient un interlocuteur important des praticiens hospitaliers, et leur apporte une plus value possible par la valorisation du travail effectué.

4.1.4 L'impact de ces nouvelles missions sur le fonctionnement de la DDASS

Toutes les étapes du projet de recentralisation ont mobilisé différents acteurs de la DDASS et ont contribué à modifier certaines habitudes. C'est ainsi que ce fut l'occasion de revisiter l'organisation du circuit des DO dans le service « action de santé publique » et de proposer une organisation plus adaptée à la nouvelle configuration. Un réaménagement des pôles « actions de santé publique » et « social » est en cours avec un rapprochement géographique, et un rôle plus important de suivi des actions mises en

œuvre par les par les CLAT autour des cas contacts par l'infirmière de santé publique de la DDASS.

De plus, le projet invite à un décloisonnement avec le pôle « établissements de santé » : en effet, les actions de prévention sont, jusqu'ici, assurées par le "pôle social".

Dès lors que les opérateurs deviennent des établissements de santé, il va être nécessaire d'inscrire ces missions d'intérêt général dans les contrats d'objectifs et de moyens et de s'assurer que les financements seront assurés ; en l'occurrence, l'enveloppe MIGAC devrait permettre de renforcer les permanences d'accès aux soins et la CDAG pour consolider l'ensemble des actions de prévention. Il y a là matière à collaboration avec les inspecteurs et les MISP chargés du suivi des hôpitaux.

4.2 Les propositions pour améliorer l'insertion des hospitaliers dans la prévention en Seine et Marne

En dehors du champ spécifique de la tuberculose, deux propositions sont susceptibles de modifier la place des hospitaliers dans le paysage du département.

La participation des médecins hospitaliers au Plan Régional de Santé Publique

Si le SROS est connu des praticiens, notamment au travers des créations de lits d'infectiologie pour le VIH, les entretiens ont montré la faible participation des médecins hospitaliers au diagnostic partagé d'Ile de France réalisé en vue du PRSP. Or l'appropriation du PRSP par les praticiens représente une occasion privilégiée pour créer la passerelle entre Soins et prévention.³⁴

La présentation départementale du PRSP d'Ile de France programmée en septembre 2006 devrait être l'occasion unique de les impliquer dans cette démarche de santé publique. Le MISP et l'IASS ont un rôle de préparation chacun dans leurs domaines pour la mise en place de cette journée, en appui des équipes de la DRASS.

Les CDAG : vers une journée de présentation départementale

Les CDAG, ayant un savoir faire acquis ne justifiant pas d'accompagnement (dont ils n'étaient pas demandeurs), la préparation d'une journée départementale de présentation des dispositifs de Seine et Marne à l'ensemble des institutionnels et des associations, dès le mois de septembre 2006, est un projet en cours de préparation.

³⁴ De façon très récente, la ville de Meaux (dont le maire est Jean-François Coppée), vient d'adhérer au GRSP d'Ile de France, donnant une dimension politique nouvelle à la fédération de santé publique du CH récemment créée.

Le rôle des Coordinations régionales de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), destiné à remplacer les Centres d'Information et de soins de l'Immunodéficience humaine (CISIH)³⁵ y sera alors développé et leur présence ainsi que la présentation de leurs futurs travaux sera un moment important de la journée. L'échelon DRASS est essentiel pour y arriver, et le projet sera présenté au médecin inspecteur chargé de mission VIH en DRASS.

4.3 La question des consultations avancées

Les sites de consultation secondaire sont encore en cours de négociation entre les établissements. Cependant les établissements de Coulommiers, Provins et Montereau, associés depuis le début au projet de la DDASS, sont favorables au projet.

La place du MISP est à nouveau, pour ces structures celle du catalyseur des différents acteurs, du rappel constant des objectifs, du respect de l'harmonisation des pratiques et des protocoles et du suivi des réalisations.

Il s'agit de faire connaître et reconnaître les CLAT à travers le service qu'ils peuvent apporter au malade et à son entourage. Les CH de Coulommiers, Provins et Montereau sont désignés comme porteurs des consultations délocalisées. Les chefs de service sont un peu inquiets de ne plus avoir à mettre en place de traitement antituberculeux, perdant ainsi une de leurs prérogatives sont les premiers à rencontrer pour expliciter les protocoles et les inscrire en tant que relais.

4.4 Le suivi et les tableaux de bord : un début d'évaluation

La DGS a prévu d'évaluer le processus dans le courant de l'été 2006, mais pour le MISP il est essentiel d'avoir des tableaux de bord de suivi de plusieurs champs :

de l'engagement des emplois de personnels hospitaliers, des DO de tuberculose et des sujets contacts, des actions hors murs (CLAT et CDAG), des difficultés matérielles et de leur résolution, enfin lorsque c'est possible un tableau de suivi des consultations.

C'est à partir de ces indicateurs que l'on peut avoir un début d'analyse quantitative sur le dispositif, sa pertinence, son efficacité et proposer les ajustements nécessaires. Encore incomplet, il ne peut pas être présenté ici.

Au terme de ces propositions et actions, le projet départemental des actions de prévention sanitaire, commence à prendre forme, il est évolutif semaine après semaine, l'accompagnement du processus reste essentiel.

³⁵ Décret du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
Circulaire DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005

5 DISCUSSION – CONCLUSION

5.1 Discussion

Le choix d'étudier les freins et leviers d'un dispositif en transformation, semaine par semaine, a rendu l'exercice difficile mais aussi particulièrement motivant.

Les résultats des entretiens avec la DGS et quelques unes des DDASS qui sont concernées par la recentralisation donnent une vision générale de l'état des lieux de la recentralisation et limitent une analyse très approfondie.

Ils montrent que les DDASS ont fait face à la commande réglementaire avec les moyens qu'elles avaient, et que le dispositif est encore en construction.

La DDASS de Seine et Marne est dans la « norme » des autres départements qui « recentralisent » : les établissements de santé sont les opérateurs, les six premiers mois de l'année 2006 sont ceux de la construction de la structure. Les conventions et les habilitations sont en cours.

Dans la mesure où les équipes en charge de cette prévention spécifique avant la recentralisation ne portaient pas de projet « spécifique » en direction des publics précaires et vulnérables, une comparaison de l'impact du changement d'équipe est difficilement possible, ce d'autant plus qu'il est difficile de comparer vingt ans d'activité au service des populations et 5 mois de prise en charge par les hospitaliers.

Les entretiens avec les directeurs et les professionnels de santé hospitaliers concernés ne peuvent être que le reflet de leurs perceptions et la connaissance qu'ils ont de leurs établissements. Leur intérêt est cependant de montrer que la place des établissements de santé dans ce dispositif de prévention sanitaire n'est pas aussi facile qu'on aurait pu le penser.

Alors même que ces établissements étaient déjà investis dans la prévention, ils identifient des freins à l'installation du dispositif, tels que l'incertitude des financements et l'inquiétude liée au travail en milieu « hors murs hospitaliers », engendrant une certaine difficulté à se repérer pour organiser le travail.

Les activités que suppose la prise en compte de populations difficiles ne sont pas des consultations comme les autres. Pourtant, pour l'instant, l'impression que l'on retire de ces entretiens avec les différents corps de métiers hospitaliers est plutôt une tentative d'assimiler les prestations attendues à celles d'une consultation ordinaire, en ne cherchant pas trop à dépasser son cadre habituel de « colloque singulier ».

Deux dimensions semblent à renforcer, pour répondre aux besoins spécifiques des populations en difficulté : la nécessaire participation de la personne à sa prise en charge et son appréhension dans son environnement familial et social.

Par ailleurs, les agents hospitaliers restent encore, plutôt dans une position de consultants vis à vis des populations sans chercher à susciter une demande. Ceci n'est pas très surprenant mais nécessite un ajustement rapide : chaque CH doit avoir sa feuille de route des dépistages à effectuer en foyer de travailleur migrant (FTM), en CHRS et dans les camps de gens du voyage.

Trois questions se posent en arrière plan : la réticence des médecins cliniciens à cette démarche pro-active vis à vis des patients, la place des infirmières, sachant qu'au conseil général, c'étaient elles qui jouaient ce rôle³⁶ et l'effacement relatif des travailleurs sociaux dans les hôpitaux concernés.

En Seine et Marne, c'est probablement grâce à l'implication initiale dans la prévention de certains médecins « militants », que le dispositif a pu faire face assez rapidement à la demande. Dans ce contexte, le fait qu'il soit en quelque sorte « personne dépendante » est un facteur de réussite au démarrage, en revanche, c'est un facteur de fragilisation en cas de départ des personnes impliquées.

Le dispositif se construit néanmoins avec le temps sans faire appel pour l'instant à des références théoriques, les équipes soignantes s'adaptant de façon intuitive au contact des populations. Pourtant, il paraît très nécessaire de leur donner une formation à l'approche globale de la personne et aux modes d'intervention chez les publics précaires. Peut-être, est-ce plus sous la forme d'échanges de pratique que sous l'aspect théorique que cette formation est à organiser.³⁷

Des études sur la perception de la prévention par les hospitaliers montrent, que ceux-ci se situent plus dans une démarche visant à réduire les complications des maladies en développant l'éducation thérapeutique que dans une démarche de promotion de la santé [32,33]. Peut-être la prévention sanitaire "de première ligne" est-elle l'occasion pour un établissement de santé de créer une passerelle entre le soin délivré à titre individuel

³⁶ Dans le monde du soin, l'infirmière agit le plus souvent par délégation après le diagnostic médical, dans les dispositifs de santé publique (et déjà dans les services d'urgence), elle a une autonomie bien plus forte et intervient pour dépister et orienter.

³⁷ Les stratégies et contenus de l'approche thérapeutique du patient existent et sont déjà très élaborées. « www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm »

(prévention secondaire ou tertiaire) et la prévention globale systémique, cherchant à intervenir auprès de populations ciblées, dont les problèmes de santé sont considérés aussi avec leur contexte [33, 34,35].

Ainsi, à une culture de prévention basée sur la preuve médicale, opérationnelle et visant à prévenir les nouvelles maladies et les complications, s'ajoint progressivement une culture du savoir être avec des populations dont la réceptivité à la prévention est à construire.

Même si la place de l'hôpital, au cœur de son territoire, en fait un interlocuteur de choix pour devenir « tête » de réseau, cette place ne se décrète pas, elle se construit progressivement avec les acteurs.

La recentralisation des actions de santé pour les établissements qui la prennent en charge est ainsi, malgré la surcharge importante de travail, une plus value et une opportunité de s'inscrire dans leur territoire de santé.³⁸

Elle donne au CH une légitimité pour agir sur des domaines jusque là peu investis : apporter le dépistage et la filière de soins à des publics qui souvent ne fréquentent les structures hospitalières que dans l'urgence, en situation extrême, ou bien renoncent à se soigner en raison du trop grand nombre de démarches à effectuer.

Si dans l'urgence de la commande, l'établissement de santé et ses praticiens hospitaliers ont jusqu'ici assuré les soins et les prophylaxies urgentes, il faut aller plus loin, et se saisir de cette opportunité unique pour réfléchir avec eux à la place des médecins libéraux dans le dispositif de prévention, relais des praticiens hospitaliers ou peut-être mieux encore, associés aux consultations de dépistage.

Peut-être est-ce là aussi une opportunité pour la DDASS de relancer la réflexion abandonnée de centres de santé appuyés sur une structure hospitalière, afin d'accueillir des populations éprouvant des difficultés pour accéder aux soins ?

L'ensemble du projet de recentralisation des actions de santé est fondamentalement inscrit dans le temps, il est évolutif, et il est à souhaiter qu'il le reste.

³⁸ De nombreux établissements de santé sont déjà inscrits dans cette démarche : CHU de Nantes, Hôpital local de Houdan, ils ont ainsi gagné une place auprès de leur territoire.

5.2 Conclusion

Comme pour tout projet d'envergure départementale en Seine et Marne, la commande de transférer les actions de prévention sanitaire du conseil général à l'Etat dans le délai de six mois, s'est heurté aux dimensions du département et à la faiblesse en ressources humaines et en structures associatives. Cette faiblesse a justifié la sollicitation des établissements de santé qui ont accepté d'en être les nouveaux opérateurs.

Cependant, l'expérience et l'étude menée dans le cadre de ce mémoire, ont montré l'existence de certains freins tant matériels que liés à la représentation des publics difficiles, à la nécessité d'un travail hors les murs, à la répartition des compétences entre professionnels hospitaliers et à la perception de la prévention.

C'est un authentique apprentissage qui doit faire appel à la formation, à la mutualisation des expériences, aux relais extérieurs et aux associations intervenant auprès des populations concernées. Le MISp avec les personnels de la DDASS ont un rôle essentiel à jouer dans ce cadre.

La conduite du projet a nécessité également d'impliquer l'ensemble des professionnels hospitaliers concernés dans les réunions de pilotage ; il convient d'élargir désormais le partenariat aux travailleurs sociaux, aux associations, aux médecins libéraux et aux médiateurs de santé et, si possible, aux représentants d'usagers. L'établissement de santé peut devenir tête d'un réseau de prévention sanitaire dans lequel chaque professionnel ou bénévole associatif a une place reconnue.

Si les pratiques des équipes hospitalières en matière de prévention sont réelles, il convient de les reconnaître à travers les instances départementales, qui déclinent le SREPS et le PRSP.

A terme, la reconnaissance de ces établissements de santé en tant que membre du réseau des hôpitaux promoteurs de santé proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé constitue un autre défi.

Pour le médecin inspecteur, l'accompagnement du projet dans toutes les étapes est particulièrement riche d'enseignement et permet aussi de poser des questions d'organisation au sein de la DDASS pour mieux répondre à cet enjeu.

BIBLIOGRAPHIE

1. RAIMONDEAU J., BRECHAT P-H. Cent ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique. *Actualité et dossier en santé publique*, Décembre 2002, n°41, pp.67-71.
2. BONNARD M. *Les Collectivités territoriales en France. Les notices de la documentation française*. Paris : la Documentation Française, 2005.181p.
3. DE MONTRICHER N., BERTHOD-WURMSER M. *Santé publique et territoire : dix ans de décentralisation, actes du colloque*. Rennes : Société Française de Santé Publique, 1995. 183p.
4. ELSHOUD M. *La politique de santé publique en France dans la période de l'entre deux guerres 1920-1940. Mémoire pour le diplôme d'études approfondies d'histoire du droit et de la société : Université Panthéon d'Assas Paris 2*,1992. 190p.
5. THEVENET A. *Les institutions sanitaires et sociales de la France*. Paris : PUF, 2003. 123p. *Que sais-je ?*
6. BONNICI B. *La politique de santé en France*. Paris : PUF, 2004. 123p. *Que sais-je ?*
7. GIRARD J-F., EYMERI J-M. *Quand la santé devient publique*. Hachette littérature. Paris : Hachette, 1998. 258p.
8. HENRARD J.C., BRECHAT P.H., PAICHELER G., et al. *Politiques et Programmes nationaux de santé publique. Actualité et dossier en santé publique*, Mars 2005, n°50, pp. 28-70.
9. HENRARD J.C. *Politiques et Programmes nationaux en santé publique. Actualité et dossiers en santé publique*, Mars 2005, n°50, pp.18-28.
10. *Le point sur la tuberculose. B. E. H.* 2005, n°17-18, p. 65-81.

11. HENRY S. La tuberculose à Paris, une maladie qui reste d'actualité. Mémoire médecin inspecteur de santé publique : ENSP, 2003. 63p.
12. FRAISSE P., CHOUAID C., PORTEL L., et al. La lutte contre la tuberculose en France : évaluation des pratiques par un groupe de travail de la SPLF auprès des services de lutte antituberculeuse. *Revue des maladies respiratoires*. 2005, n°22, pp.45-54.
13. CHE D., BITAR D. Les cas déclarés de tuberculose en France en 2004. *B E H*. Mai 2006, n°18, pp.121-125.
14. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Recommandations du groupe de travail : prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Paris : Ministère de la santé, 2004,143 p.
15. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France. Séance du 30 septembre 2005. [visité le 10 mai 2006] « <http://www.sante.gouv.fr> »
16. DESENCLOS J.C., COSTAGLIOLA D., COMMENGES D., et al. La prévalence de la séropositivité VIH en France. *B.E.H*, Mars 2005, n°11, pp. 41-44.
17. Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. Suivi de l'infection à VIH/SIDA en Ile de France. *Bulletin de santé, épidémiologie d'Ile de France*. Décembre 2005. n°10.
18. LARSEN C., PIALOUX G., SALMON D., et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *B.E.H*, Juin 2004, n°23. pp.109 –113.
19. Surveillance des infections à *Neisseria Gonorrhoeae* par un réseau de laboratoires (RENAGO 1995). *B.E.H*, Juillet1997, n°31. [visite le 15mai 2006] « [http : www.invs.sante.fr/beh/1997/9731/index.html](http://www.invs.sante.fr/beh/1997/9731/index.html) »
20. HERIDA M., BASSELIER B., LAURENT E., et al. Renago 2004, gonococcies en hausse, progression importante de la résistance des souches à la ciprofloxacine. *B.E.H*, Janvier 2006, n°1 pp 1-6.

21. DESENCLOS G. Le retour de la syphilis en France : un signal de plus pour renforcer la prévention ! *B.E.H.*, Août 2001, n°35-36. pp 1-18.
22. BEH. Infections sexuellement transmissibles et VIH : les comportements à risque toujours d'actualité ! 20 juin 2006. n°25.
23. GOULET V., LAURENT E. Les Infections à Chlamydia trachomatis en France en 2002, données du réseau Rénachla. *B.E.H.*, Octobre 2004, n°40-41, pp193-199.
24. UBERT M., CHAUVIN P., FACY F., RINGA V., et al. Précarisation, risques et santé. Paris : INSERM, 2001. 471p.
25. Actes du troisième colloque européen de Migrations Santé. La santé des migrants : état des lieux et prospectives, atelier n°6. France. 2003. 558p.
26. MARTIN G. Le phénomène prostitutionnel en Seine et Marne : de la reconnaissance de la réalité à la création d'une dynamique départementale pour l'accompagnement sanitaire et social de la population concernée. Mémoire médecin inspecteur de santé publique. ENSP, 2003. 53p.
27. PRISSE N., BASSET B. La situation sanitaire des prostituées. Actualités et dossiers en santé publique, Septembre 2005, n° 52, pp. 4-7.
28. ORTMANS C. Dépistage du SIDA et des hépatites ; pertinence et efficacité des dispositifs actuels en maisons d'arrêts. Mémoire médecin inspecteur de santé publique. ENSP, 2005. 58p.
29. COLLET M., MENAHEM G., Paris V., et al. Précarités, risque et santé, enquête menée auprès de consultants de centres de soins gratuits. Bulletin d'information en économie de la santé. Paris : CREDES, Janvier 2003. n°63
30. MICHELETTI P. Les roms étrangers en banlieue parisienne : DDASS et Secteur associatif, quelles interactions pour quel accès aux soins ? Mémoire médecin inspecteur de santé publique : ENSP, 2001. 65p.

31. JOURDAIN A., CHEVALLIER J.L., THEBAULT P., et al. Populations, Politiques et logiques d'intervention : présentation résumée des dispositifs et Analyse critique de leur mise en œuvre. Rennes : ENSP. 2001. 476p.
32. ALBAGNAC K., BERETERBIDE F., CHRISTOPHE A., et al. La promotion de la santé, quel rôle et pour quels établissements ? Module interprofessionnel de santé publique. ENSP. 2004, 95 p.
33. POMMIER J., LAURENT- BEQ A., BEURRIER B., et al. La perception de la santé publique des infirmières à l'hôpital. Actualité et dossier en santé publique. 2004, vol 16, n°2, pp.383-392.
34. KRAJIC K., DIETSCHER C., PELIKAN J. Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital ? La santé de l'homme. Juillet 2002, n°360. pp.18-19.
35. BAUBEAU D., CHAMBAUD L. Un point de vue de professionnels de santé publique. Revue hospitalière de France. Mai 2003, n°492, pp.26-27.
36. BUTET P. L'hôpital promoteur de santé. Revue hospitalière de France. Mai 2004, n°498, pp.46-48.

RAPPORTS ET COMPTE RENDUS NATIONAUX

Inspection Générale des Affaires Sociales

DELOMENIE P., GODARD A. Les compétences sanitaires du département .Rapport n°1999145. Novembre 1999.

Inspection Générale des Affaires Sociales

ROUSSEAU-GIRAL A-C., SCHMIEDER E. La prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du SIDA et de la tuberculose. Rapport n°2002 153. Janvier 2003.

Inspection Générale des Affaires Sociales.

Santé pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003.

Compte rendu de réunion « recentralisation, le comité de pilotage du 5 avril 2006. »

RAPPORTS ET COMPTE-RENDUS DEPARTEMENTAUX

- Rapport d'activité sanitaire du Conseil Général de Seine et Marne, Melun, 2005.
Rapport d'activité du Réseau Ville Hôpital Sud 77, 2004. 50p.
Rapport d'activité de AVIH, Torcy, 2003. 40p.
Rapport d'activité de la CDAG Melun 2004.
Rapport d'activité du CSST de Melun 2005 « le carrousel »
Rapport du PRAPS Ile de France 2004. 200p.
Rapport d'activité UCSA du Centre de détention de Melun 2005 . 40p.
Rapport d'activité UCSA de l'établissement pénitentiaire de Meaux 2005 .45p
Rapport d'activité du service médical de promotion de la santé en faveur des élèves 2005

LITTERATURE GRISE

- Le Kaléidoscope CLICOSS, Ile de France Editions, 2004.180p.

SITES INTERNET

- Visités le 16, 20 mars 2006, 10 et 20 avril 2006, 10 mai 2006,
15 mai, 30 mai 2006

http://www.vie-publique.fr/politiques_-publiques/decentralisation

<http://www.senat.fr/rap>

<http://www.sante.gouv.fr/dress/statiss/1999>

<http://www.ile-de-France.sante.gouv.fr>

<http://www.invs.sante.gouv.fr>

<http://www.splf.org/rmr/acces>

<http://www.irdes.fr>

<http://www.cmu.fr>

http://www.ors-idf.org/etude/pdf/trendrapport_2004

<http://www.anit.asso.fr/download/enqueteasudsoshepatite>

<http://www.wanrs.fr/index.php/articleview>

TEXTES REGLEMENTAIRES

Concernant la décentralisation

- Loi n°82-213, du 2 mars 1982 relative aux droits des communes des départements et des régions.
- Loi n°83-8 du 7 janvier 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
- Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts des compétences en matière d'aide sociale et de santé ;
- Loi d'orientation n°92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la république.
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 portant sur les libertés et les responsabilités locales.
- Décret n°2005-1608 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.
- Décret n°2005-1765 du 30 décembre 2005. relatif à la fourniture de certains médicaments dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et modifiant le code de la santé publique.
- Arrêté du 19 décembre 2005 fixant le contenu des dossiers accompagnant les demandes d'habilitation.
- Circulaires 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 matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles.
- Circulaire N°DGS/SD5A/SD5C/SD6A/2005/ 342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles ;

Concernant la politique de santé

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité de soins.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Décret n°2005- 1234 du 26 septembre 2005 relatif aux Groupements régionaux ou territoriaux de santé publique.

- Décret n°2005- 1235 du 26 septembre 2005 relatif aux conventions constitutives type des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique. JO du 1^{er} octobre 2005.

Concernant les droits sociaux

- Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, texte fondateur de la Couverture Maladie Universelle (CMU).
- Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000, et Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 textes fondateurs de la Couverture Maladie Complémentaire (CMU c).

Concernant le dépistage anonyme et gratuit

- Article L.3121-1 et L.3121-2-1 du Code de la santé publique.
- Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit (JO du 20 octobre 2000).
- Circulaire DGS n°9 du 29 janvier 1993 relative au dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
- Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998, relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou du dépistage de l'immunodéficience humaine.

Concernant la lutte antituberculeuse

- Article L-3112-2 du Code de la santé publique.
- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale - chapitre I.
- Décret n°95-43 du 10 janvier 1995 relatif à la lutte antituberculeuse.
- Décret n°2001-437 du 16 mai 2001 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire des données individuelles concernant les maladies visées à l'article L.3113-1 du code de la santé publique.
- Circulaire N°DGS/SD5C/SD6A/2003/60 du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire.
- Circulaire N°DGS/SD5C/2005/457 du 5 octobre 2005 relative à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG par voie intradermique.

Concernant l'organisation des Soins en milieu pénitentiaire

- Loi n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale chapitre II ; soins en milieu pénitentiaire.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

A l'ENSP

Alain Jourdain département POLITISS

Pour les entretiens

- **A la Direction Générale de la Santé**

DGS bureau SD5 « pathologie et santé »

- **En Seine et Marne :**

Les directeurs adjoints en charge du dossier au centre hospitalier de Meaux et de Melun

Les praticiens hospitaliers en charge du VIH/SIDA dans les CH de Melun, et Lagny

Liste des personnes dans les groupes de travail

Les trois chefs de service de pneumologie

Les 6 infirmières des services et les 3 cadres de santé de Melun, Lagny et Meaux

Les pédiatres des CH de Meaux et Lagny

Liste des structures interrogées sur leur positionnement possible en tant qu'aide ou soutien des consultations de prévention

Réseau ville hôpital sud seine et marne

Associations Emergence (futur CARRUD)

Association AIDES

CSST de Melun

Médecins du Monde.

Liste des DDASS appelées pour les entretiens

- Loire Atlantique
- Meurthe et Moselle
- Meuse
- Haute Garonne
- Aisne

LISTE DES ANNEXES

- Annexe I** **Grille d'entretiens individuels**
- Annexe II** **Guide de réunion n°1 avec les clat**
Grille d'analyse des réunions
- Annexe III** **Guide de réunion n°2 avec les CLAT**
Grille d'analyse des réunions avec les CLAT
- Annexe IV** **Tableau récapitulatif des propositions et procédures**

ANNEXE I

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIFS AVEC LES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS DIRECTEURS, MEDECINS, INFIRMIERS
--

GRILLE D'ENTRETIEN	GRILLE D'ANALYSE
<p>Comment se passe la recentralisation depuis le 1^{er} janvier 2006 ?</p> <p>Comment les instances de l'établissement ont-elles accueillies le projet ? CME ? CTE ? CA ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les chefs de service non concernés y voient-ils un intérêt ? ○ Quelles sont les craintes ? <p>Les locaux de consultations sont-ils mis en place ?</p> <p>Sinon quelles solutions ou alternatives ?</p> <p>Quel temps les professionnels désignés ou recrutés accordent-ils ? Temps de médecin, d'infirmier, d'assistant social de secrétaire ? recrutement ?</p> <p>Avez-vous mis en place une information ? En interne ? (journal, note intranet ?) En externe ? (liens avec la municipalité)</p>	<p>Degré d'appropriation de la démarche de recentralisation</p> <p>Perception de la prévention sanitaire par les instances de l'établissement</p> <p>Mise en œuvre effective du projet</p>
<p>Comment se passe la prévention avec les publics précaires ? Qu'est-ce qui est le plus difficile ? le hors mur ? les conditions techniques ? la barrière culturelle ?</p>	<p>Développement de la spécificité de cette prévention</p>
<p>Quelles sont à votre sens les principaux obstacles pour réussir ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressources humaines ? ○ Populations accueillies ? ○ Freins culturels liés à la notion de prévention ? <p>Formations à acquérir ? de quel type</p>	<p>Perception des obstacles par les hospitaliers</p>
<p>Quels sont à votre sens les principaux leviers Reconnaissance ? valorisation ? publications</p>	<p>Perception des leviers par les hospitaliers</p>

ANNEXE II

GUIDE DE CONDUITE DES REUNIONS AVEC LE COMITE DE PILOTAGE DEPARTEMENTAL DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE REUNION DU 23 FEVRIER 2006

GUIDE DE CONDUITE DE REUNION	GUIDE D'ANALYSE DE LA REUNION
Chaque CH est invité à décrire ses modalités de travail	Qui parle ? en son nom ? au nom du groupe ?
Le point des consultations Locaux Matériel Ressources humaines	Effectivité de l'activité ? Y a-t-il un blocage hospitalier ? Plaintes sur les moyens ?
Le point sur les prises en charge des situations collectives Comment se font les déplacements sur site ? quelles particularités du travail ?	Tableau récapitulatif des sujets contacts dépistés Expression sur la difficulté/ situation sanitaire Trouver la spécificité de la difficulté
Les difficultés Matérielles ? Trouver l'interlocuteur ? S'organiser ?	Relais avec des associations formel / informel Relais en interne du CH ? Relais externe ? Organisation à parfaire ?
Implantations des sites secondaires ? Mise en place des projets en direction des précaires ?	Oui/ Non
Attentes	Propositions

ANNEXE III

**GUIDE DE CONDUITE DES REUNIONS AVEC LE COMITE DE PILOTAGE
DEPARTEMENTAL DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE
REUNION DU 26 AVRIL 2006**

GUIDE DE CONDUITE DE REUNION	GUIDE D'ANALYSE DE LA REUNION
Chaque CH est invité à décrire son activité depuis le 23 Février	Analyse de l'activité Nombre d'interventions Nombre de dépistages collectifs
Evolution des locaux Evolution des emplois Evolution de l'activité	Evolution par rapport au 23 février
Intervention en collectivité Lesquelles Nombres de dépistages Retour sur expérience	Interventions quantitatives
Comment se passent les entretiens avec les Roms ? Avec les FTM ? Avec les Kosovars ?	Interventions qualitatives Discours descendants ? Posture d'échange et de dialogue avec les populations? Relais pour la population parmi les gens

ANNEXE IV

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRODUCTIONS PRODUITES PAR LE COMITE DE PILOTAGE DES CENTRES DE LUTTE ANTITUBERCULEUX	
PRISES EN CHARGE INDIVIDUELLE ET DEPISTAGES COLLECTIFS DE LA TUBERCULOSE	
Objectifs généraux	Actions effectives dans le département du 77
Améliorer la rapidité du diagnostic des sujets contacts Création d'une fiche de recueil et mise en place protocole	L'infirmière commence l'enquête au chevet du malade dans les 48h, si public précaire prioritaire Fiche technique de recueil des informations et protocole
Améliorer le dépistage et tendre vers l'exhaustivité des suivis des sujets contacts par le développement de la qualité de la prise en charge des patients	Déplacement dans les collectivités, Dépistages radiographiques sur site, à des horaires adaptés Accompagnement par les personnes référentes en contact avec le milieu concerné : (médiateur, chef de camp, MDM)
Garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire Gratuité assurée des traitements si besoin	le traitement est prescrit sur site, et les médicaments sont délivrés soit en direct soit par l'intermédiaire des médecins des associations. Protocole
Lutter pour la prise en charge des tuberculoses multi résistantes	Délivrer ou prescrire le traitement le plus adapté, conforme aux références
Développer des outils de suivi des sujets malades	Fiche anonymisée correspondant au patient Reprenant les principaux moments de sa pathologie
Développer des outils de suivi des sujets contacts	Fiche anonymisée reprenant le numéro de DO du sujet malade et des différents sujets contacts
Développer des outils de suivi de l'activité de prévention	Mise en place d'un recueil de données de l'activité de prévention avec les rubriques Consultation, Hors murs, Rencontres partenaires

PROGRAMMER SUR LE DEPARTEMENT UN DEPISTAGE DANS LES MILIEUX PLUS EXPOSES	
Identifier les publics	ROMS ET GENS DU VOYAGE
SOLLICITER LES SERVICES DE LA PREFECTURE POUR CONNAITRE LES EMBLEMENTS	Identifier les personnes référentes de ces populations
Programmer les rencontres préparatoires aux dépistages	Le MISP+ IASS organisent les rencontres avec les services sociaux et médico-sociaux pour faciliter le travail des CLAT
Etablir un échéancier	Suivi effectif du nombre de lieux identifiés et dépistés, et des sujets ayant été pris en charge

DEVELOPPER LA CULTURE DE LA FORMATION AUTOUR DE LA TUBERCULOSE	
Former les personnels sociaux des FTM, gens du voyage, CHRS	Echéancier et programmation avec l'aide la DDASS Juin 2006
<ul style="list-style-type: none"> • Former les médecins • Libéraux • Institutionnels 	Programmation rapide de la technique du BCG intradermique, des tubertests et réactualisation des connaissances sur la tuberculose ; Septembre 2006
Partager la culture commune Faire accepter par tous les services hospitaliers la fiche de procédure en cas de tuberculose	Programmer les rencontres avec les médecins institutionnels pour un relais effectif du dépistage des cas contacts.