

SAINT ROCH

ESPACE DE SANTE PUBLIQUE

DU SOIN A LA SANTE

Relevé : 10 pages
+ Annuaire
+ Diaporama en annexe

Diffusé le 01/06/07 aux
membres présents + Mme
PIQUET, Pr AYRAUD, Dr MARI-
FONTANA, Dr DREKSLER, Dr
TOBAILEM, M. DERRIVES,
M ROMATET, M. BINI, Mme
DUPONT

RELEVÉ DE CONCLUSIONS

COMITE DE PROGRAMMES « VIEILLISSEMENT »

du **MARDI 22 MAI 2007 de 9h00 à 16h00**

Lieu : Conseil Général des Alpes-Maritimes, salle 26

Sommaire

1. Tour de table sur les problématiques prioritaires
2. Proposition de 3 groupes de travail
3. Bases d'un système de gestion des connaissances sur le vieillissement
4. Prochaine rencontre le 19 juin 2007 de 9h à 13h au CCAS de la Ville de Nice

Présents

CONSEIL GENERAL 06 : M. GROUSELLE, Dr JOSSERAN, Dr CAROLI-BOSC, Dr DALFIN, Dr SAOS

DDASS 06 : Dr REFAIT, Dr ARRIGHI

MAIRIE DE NICE : Mme BALLAIRE

CCAS DE LA VILLE DE NICE : Mme JOUFFRE, Mme ANTOINE

CODES DES ALPES-MARITIMES : Pr ZIEGLER, Mme PATUANO

MUTUALITE FRANCAISE DES ALPES-MARITIMES : Dr MUCCHIELLI

Experts : Pr ROCHON, Pr BURY et Mme SCHUSSELE

CHU DE NICE : Pr BROCKER, Dr CAPRIZ-RIBIERE, Dr PRADIER, Mme ASSO-VERLAQUE, Dr BENTZ, Dr LE DUFF, M. MALLEA, Mme PAUMELIN

Absents excusés

Dr MARI-FONTANA, Pr AYRAUD, Dr DREKSLER, Dr TOBAILEM

1 - TOUR DE TABLE SUR LES PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

M. GROUSELLE souhaite la bienvenue, au nom de M. ESTROSI, Président du Conseil Général, à l'ensemble des participants. Rappelant le rôle de chef de file du Département en matière de gérontologie, il formule le vœu que les travaux menés au sein de ce groupe de travail s'inscrivent dans le cadre du **Schéma Gérontologique Départemental 2006-2010** auquel chacun autour de la table a contribué. Il souligne l'importance que ce groupe de travail s'interroge sur la façon dont on vieillit dans le Département des Alpes-Maritimes et propose des solutions innovantes.

M. le Dr PRADIER et **M. le Pr ROCHON** remercient M. GROUSELLE et le Conseil Général et rappellent le plan de travail pour la journée.

IL EST ACTE PAR L'ENSEMBLE DU GROUPE
que les travaux menés prendront comme socle le Schéma Gérontologique Départemental et
contribueront à son évolution.

M. le Dr REFAIT met l'accent sur l'importance du travail en commun et indique que l'une des priorités doit être les **Etablissements**. Il rappelle que la transformation des maisons de retraite en EHPAD a constitué un progrès en terme de prise en charge. Des conventions ont été signées entre les EHPAD et les établissements hospitaliers et il s'agit là d'un gage de qualité. La priorité doit aussi être donnée à la **formation** des personnels, notamment dans le cadre de la prévention de la maltraitance.

Le Dr DALFIN rappelle l'important travail en commun fait dans le cadre du Schéma Gérontologique Départemental.

Mme JOUFFRE et **Mme ANTOINE** précisent que le CCAS de la Ville de Nice souhaite enrichir les problématiques liées au **maintien à domicile**, formule qui à la préférence de bon nombre de personnes âgées. Il a été évoqué lors de la réunion précédente la possible remise en cause du « dogme » du maintien à domicile mais on ne peut que constater aujourd'hui que les demandes de services (repas, aides ménagères, ...) sont en augmentation. Il faut aussi, dans ce cadre, **soutenir les aidants naturels, prévenir et dépister**, en coordination avec la médecine libérale, **les états dépressifs conduisant au suicide** dans des contextes marqués par l'isolement psychologique. Il est regretté l'insuffisance d'outils de dépistage des troubles psychologiques et des risques de suicide. Est également évoquée la nécessité de développer les solidarités inter-générationnelles, de professionnaliser les métiers d'aides à domicile notamment par la validation des acquis et de l'expérience, car il y a un vrai déficit en professionnels formés.

M. le Pr ZIEGLER, Président du CODES, rappelle l'existence de documents essentiels en matière de prise en charge de la personne âgée : outre le schéma gérontologique départemental, le SROS III, le programme pour la gériatrie rédigé par le Pr. Claude JEANDEL. Il évoque ensuite les problèmes médicaux (**Alzheimer** et démences, poly-handicaps) et sociaux (**autonomie et qualité de vie**) auxquels sont confrontées les personnes âgées. Il rappelle sa qualité de membre de l'Observatoire de gérontologie départemental et le besoin d'informations partagées en matière de gérontologie.

Mme le Dr CAROLI-BOSC met l'accent sur la lutte contre l'exclusion, vieillissement et **précarité** étant intimement liés et s'interroge sur les modes de prévention.

M. le Dr JOSSERAN souhaiterait, dans le cadre de la prévention des problèmes liés au vieillissement, que soit mise en place une **évaluation commune des fragilités et de la perte d'autonomie**. La prévention des troubles liés à la **nutrition** paraît essentielle. Par ailleurs, il est

primordial de renforcer la **coordination** et de créer des passerelles. A ce titre, il convient de ne pas oublier les **nouvelles technologies** et ce, d'autant que les Alpes-Maritimes ont été l'un des deux départements choisis par le Ministère pour expérimenter du 1^{er} juillet 2007 au 1^{er} juillet 2008 les nouvelles technologies à domicile.

Mme PATUANO indique que le CODES est souvent sollicité sur les formations en éducation pour la santé et notamment sur la **nutrition**, pour les personnels intervenant à domicile. Elle souligne aussi la problématique liée à la **non valorisation des professionnels intervenant à domicile**. Leur formation n'est ni codifiée, ni validée et leurs expériences et compétences doivent être reconnues.

Mme BALLAIRE cite les problématiques suivantes : **prévention, nutrition et activités physiques** dans le cadre plus général du « Bien Vieillir ».

M. le Pr BROCKER fait part de l'engagement du pôle de gérontologie du CHU en lien avec le Pr ROBERT dans la prise en charge de la **maladie d' Alzheimer**, principale préoccupation aujourd'hui dans le département. Il ajoute qu'une réflexion est en cours avec le Sénateur BALARELLO pour mettre en place une antenne de la « Consultation de la mémoire » à Tende.

Les chiffres sont connus, 16 000 personnes seraient atteintes d'Alzheimer dans les Alpes-Maritimes, mais il ne s'agit là que de données extrapolées à partir de l'étude PAQUID. Il serait probablement opportun de mener des travaux plus approfondis sur l'épidémiologie et la cartographie des cas d'Alzheimer. Il souligne ensuite l'importance de la **nutrition, de l'activité physique**, et prône une action d'éducation/prévention dès le jeune âge.

Une autre préoccupation importante est celle de la **iatrogénie médicamenteuse**, et notamment du mauvais usage des génériques chez la plupart des personnes âgées.

Il souligne également que ne peuvent être négligées les problématiques suivantes : **vieillesse et précarité, tutelles et protections de justice** qui allongent très sensiblement les durées d'hospitalisation.

Enfin, il souligne, pour conclure, la prochaine création d'une société française de géronto-technologies au service des seniors.

M. MALLEA rappelle que le CHU et le Conseil Général travaillent déjà dans un logique partenariale depuis plusieurs années :

- le développement des **nouvelles technologies** au service de la personne se fait également en lien avec le pôle de compétitivité Solutions Communicantes Sécurisées afin d'évaluer l'impact de ces solutions et leur plus-value dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes ainsi que l'impact sur le service rendu.,
- une autre action concerne l'observation des territoires, notamment avec le réseau de pharmaciens Ph@re sur le bon usage des médicaments au travers d'une action dans les officines,
- enfin une action concernera **l'approche du vieillissement en matière de développement durable**, et notamment de l'incidence du climat, de la qualité de l'air, de l'habitat sur la vie des personnes âgées, et ceci en lien avec l'agenda 21.

Mme le Dr CAPRIZ-RIBIERE souligne que la population du département est plus âgée que celle d'autres départements et elle cite quatre thématiques majeures qui sont celles de la **maladie d'Alzheimer** (avec une politique spécifique vis-à-vis des aidants), **santé-environnement, géronto-technologie, onco-gériatrie**.

M. le Dr MUCCHIELLI se demande si le futur pôle de santé publique doit lui-même mener des projets au risque de faire concurrence aux associations qui font beaucoup sur le terrain. Il lui semble que la place de l'Espace St Roch serait plus en amont ou en aval, dans la « **meta-analyse** », de type observatoire, cartographie, aide à l'évaluation (notamment médico-économique) des personnes de terrain, qui manquent cruellement d'outils. L'un des enjeux du pôle partagé de santé publique pourrait être de fournir une **boîte à outils**.

M. GROUSELLE interroge chacun des participants : que voulons nous faire réellement ensemble ? **Voulons nous travailler ensemble pour que les personnes âgées vieillissent mieux qu'ailleurs ou vieillissent autrement dans les Alpes-Maritimes ?** Faut-il améliorer ce qui a déjà été fait ou interroger profondément le dispositif actuel ? S'autorise-t-on à remettre en cause le dogme du maintien à domicile ? Il rappelle que la majorité des personnes âgées entre en maison de retraite de plus en plus tardivement, soit vers 80 ans et n'y reste que de 14 à 15 mois. Il est observé que, dans le cadre de cette politique volontariste, de plus en plus de services ont été mis en place dans le cadre du maintien à domicile, mais tout ceci ne rompt pas l'isolement.. Par ailleurs, les EHPAD deviennent de plus en plus des établissements de soins palliatifs.

La question fondamentale que doit se poser ce groupe de travail est bien la suivante : Voulons nous simplement apporter des améliorations ponctuelles ou remettre **en question le schéma actuel** ? Il rappelle qu'on entend l'expression « Mieux ou Bien Vieillir » depuis une cinquantaine d'années. L'un des enjeux du pôle partagé est de **faire du département un lieu pilote en matière de santé publique**, quitte à heurter des réalités parfois pesantes.

M. le Pr BROCKER signale que certaines personnes âgées refusent d'entrer dans des maisons de retraite car on y trouve trop de vieux et de personnes atteintes d'Alzheimer. On s'oriente en effet et c'est notamment l'un des effets de la coupe PATHOS vers des prises en charge de plus en plus lourdes en maisons de retraite. On peut donc s'interroger : **la conception actuelle des maisons de retraite n'est-elle pas dépassée ?** Pourquoi ne pas envisager plutôt des maisons d'hôtes, le concept de familles d'accueil n'ayant pas fonctionné.

Mme JOUFFRE informe l'assemblée que le CCAS de la Ville de Nice a restructuré ses maisons de retraite pour les regrouper et elle rappelle qu'on ne peut nier une **réalité économique et budgétaire**.

Mme le Dr CAPRIZ-RIBIERE indique que deux problèmes se posent en maison de retraite : la maladie d'Alzheimer et les soins palliatifs. Les maisons de retraite ne sont plus un lieu de vie, à cause d'un environnement de mort cérébrale et de mort psychologique. Par ailleurs, **qu'en est-il des désirs, des volontés, des cultures des personnes qui sont nées au milieu du siècle dernier et qui constitueront les « nouveaux vieux » ?** Ne faudra-t-il pas inventer de nouveaux services car le modèle actuel risque d'être dépassé ?

M. le Pr BURY pense qu'effectivement le schéma actuel a vocation à être bousculé et que le groupe « gaspillerait » son énergie s'il ne s'agissait que de l'améliorer « séquentiellement ». L'ambition du pôle partagé doit être **d'interroger l'existant**.

M. le Dr JOSSERAN souligne qu'il n'existe pas une seule population de personnes âgées, mais de multiples strates, que les **différences générationnelles sont importantes** et qu'on arrive à la fin d'un modèle, voire d'une époque.

M. le Dr REFAIT fait observer qu'il manque les **usagers** au sein de ce groupe de travail et qu'il convient de prendre en compte leurs souhaits. Il ajoute que les EHPAD prennent en charge des personnes de plus en plus dépendantes et qu'on ne peut occulter **les problèmes de coût et les réalités économiques** ainsi que les spécificités des prises en charge du public et du privé. Il souligne aussi que le mot « animation » est vide de sens et que la qualité de vie doit être recherchée. Il signale que l'usage des médicaments chez les personnes âgées a fait l'objet d'une enquête IGAS. Il souhaite également que le présent groupe de travail prenne en compte les **aspects éthiques**. Il conclut en informant l'assemblée qu'a été lancé un « Plan Cerveau » prévoyant la création de neuropôles dans lesquels gériatres et neurologues sont invités à travailler ensemble.

M. le Pr BROCKER jugerait plus pertinent d'obtenir rapidement un **gérontopôle**, à l'image de ce qui a été réalisé dans le service du Pr VELLAS au CHU de Toulouse.

Synthèse par M. le Pr ROCHON des problématiques prioritaires

- 1 – **Prévention** : nutrition – activité physique – bon usage des médicaments (génériques) – suicide
- 2 – **Santé mentale** : Alzheimer – dépression – isolement
- 3 – **Oncologie / Cancérologie**
- 4 - **Précarité / Fragilité**

2 – PROPOSITION DE TROIS GROUPES DE TRAVAIL

Après échanges,

IL EST DECIDE DE METTRE EN PLACE 3 GROUPES DE TRAVAIL

- 1 – **Observatoire / Infocentre**
- 2 – **Recherche/Innovation/Evaluation**
- 3 – **Information/Formation**

2.1. Groupe de travail « Observatoire / Infocentre »

2.1.1. Première ébauche des missions attendues d'un Observatoire / Infocentre

4 fonctions pourraient être distinguées :

- 1/ se donner les moyens d'une meilleure connaissance de la problématique liée au Vieillissement en identifiant **les bases de données** et en les mettant en réseau
- 2/ se doter d'un système de **veille** notamment sur les parcours de vie
- 3/ mettre en place un système de **surveillance**
- 4/ réaliser des enquêtes épidémiologiques

2.1.2. Les grandes lignes du débat

- **M. le Pr BROCKER** rappelle l'existence du rapport qu'il a coordonné à la demande de la DRASS PACA en 2002.
- **M. le Dr REFAIT** confirme la nécessité de se doter au sein de cet Observatoire d'un Comité d'Éthique.
- **M. le Pr ZIEGLER** et **Mme le Dr SAOS** rappellent l'existence de l'Observatoire Gérontologique Départemental.
- **M. le Dr MUCCHIELLI** s'interroge sur la pertinence et l'efficacité actuelle des bases de données. Cet observatoire doit s'inscrire dans une dynamique et constituer une aide à la décision dans le domaine de la santé publique.
- **M. GROUSELLE** rappelle que le Schéma Gérontologique prévoit que 2200 lits supplémentaires seront ouverts d'ici 2010, dont au moins 20 % seront accessibles à l'aide sociale. D'ores et déjà, l'ouverture de 206 lits nouveaux a été autorisée dans ce cadre. Le département des Alpes-Maritimes est le seul en France à faire un effort d'une telle ampleur en faveur de ses personnes âgées. Il faut aussi ajouter la formation de 500 à 600 professionnels d'aide à la personne.

Groupe Observatoire / Infocentre :
1^{ère} ébauche de composition à confirmer par chacun

CG 06, Ville de Nice et CCAS, DDASS 06, Mutualité : représentants à désigner par chaque institution
CODES 06 : Pr ZIEGLER
CODERPA : M. DUMONT + autres représentants d'usagers ?
CHU de Nice : Pôle de gérontologie, Département de Santé Publique
+ Observatoire de Santé Social de Grasse ?
+ Représentants d' Etablissements publics et privés + Caisses d'Assurance Maladie
+ Comité d'Ethique.

2.2. Groupe de travail « Recherche/Innovation/Evaluation »

2.2.1. Le besoin de rechercher

Les participants suggèrent que le pôle partagé de santé publique constitue un creuset pour **étudier l'évolution de l'environnement et donc du modèle social**, les attentes des générations concernées dans le futur par l'avance en âge, les parcours de vie et les questions éthiques.

2.2.2. Le besoin d'évaluer

Tous les participants témoignent de la multiplicité des actions menées sur le département en faveur des personnes âgées mais aussi du fait que certaines d'entre elles sont peu ou pas évaluées.

Par ailleurs, **M. le Dr MUCCHIELLI** souligne la complexité d'évaluer le « Mieux Vieillir dans le département ». De quoi s'agit-il ? Disposons-nous d'outils objectifs de santé publique de mesure de la performance ? Il conviendra de pondérer les thèmes évoqués, en se dotant d'outils méthodologiques éprouvés pour ne pas céder à des évaluations subjectives. Il ajoute qu'à son sens, il s'agit d'évaluation a priori d'opportunités d'actions, d'évaluation de faisabilité d'actions ainsi que l'évaluation de l'action elle-même en termes notamment d'économie, de médico-social et d'organisation car les opérateurs de terrain n'ont ni la méthodologie, ni les moyens, ni le temps pour mener à bien ces actions. Il propose, pour conclure, de développer méthodologie et outils d'évaluation partagés par le groupe.

Mme PATUANO souligne l'intérêt, pour guider la décision, d'audits externes sur les actions menées, comme cela a été le cas dans le cadre du GEPIE pour l'action « Antibios quand il faut ».

M. le Pr BROCKER suggère également d'évaluer l'impact du déficit en médecins dans l'arrière pays.

2.2.3. Le besoin d'innover

Mme le Dr CAPRIZ RIBIERE et **M. le Pr BROCKER** soulignent que les nouvelles générations auront des attentes différentes du fait d'un mode de vie qui n'a plus rien à voir avec celui des personnes nées au début du siècle dernier (recomposition familiale, mobilité accrue, activités salariées plus longues ...) et qu'il convient donc d'anticiper.

Mme le Dr DALFIN fait part, à ce sujet, de l'enquête menée notamment dans le haut et le moyen pays des Alpes-Maritimes sur les futures personnes âgées (domicile, transports, nouvelles technologies, ...).

D'autres participants s'interrogent sur les formules de maintien à domicile comme le portage de repas. Ne faut-il pas inventer d'autres formules : inviter les personnes à manger dans le restaurant de l'école comme cela se pratique dans quelques villages de l'arrière pays, ou dans des restaurants de proximité, comme l'a mis en place le CCAS de la Ville de Nice.

M. GROUSELLE et Mme ASSO-VERLAQUE s'interrogent sur l'impact en matière d'ouverture à la vie des moyens modernes dont disposent aujourd'hui les personnes âgées : la télévision et Internet, notamment.

M. GROUSELLE souligne que les élus et la population attendent des modèles différents, des solutions neuves, pour un département qui se veut novateur et exemplaire. La chance d'être réunis nous donne un devoir d'insolence, d'aller contre les idées reçues pour déboucher sur une interrogation et une vraie remise en cause. L'objectif serait non pas, à son sens, d'accompagner le « Mieux Vieillir », mais de réfléchir plutôt à une autre façon de vieillir en bousculant le modèle actuel pour réorganiser les parcours de vie des plus de 75 ans dans notre département.

En résumé, pourraient être concernés par ce groupe de travail les 6 éléments suivants :

- 1/ l'environnement et le modèle social
- 2/ l'impact sur la santé par rapport aux déterminants de santé
- 3/ les nouvelles technologies en santé
- 4/ l'opportunité et la faisabilité d'actions
- 5/ le développement de méthodes et d'outils d'évaluation
- 6/ l'évaluation interne et externe

Groupe Recherche / Innovation / Evaluation 1^{ère} ébauche de composition à confirmer par chacun

DDASS 06, Mairie de Nice, CCAS de la Ville de Nice et Mutualité Française : représentants à désigner
Conseil Général : Dr CAROLI-BOSC
CHU de Nice : Pôle de Gériatrie, Département de Santé Publique, Direction de l'Evaluation de la Recherche-Innovation et du Développement

2.3. Groupe Formation/Information

Tous les participants soulignent le déficit en formation des personnes impliquées dans l'aide aux personnes âgées.

M. GROUSELLE signale que 8000 des 12 000 allocataires de l'APA ont recours à des proches dans un contrat de gré à gré.

Mme PATUANO ajoute que, par ailleurs, la personne âgée est le parent pauvre de la promotion de la santé.

4 cibles sont citées :

- les professionnels de la santé, les formateurs eux-mêmes ainsi que les responsables d'établissements publics et privés
- les associations et acteurs de proximité
- la population générale
- les aidants naturels et les personnes intervenant au domicile

Groupe Formation /Information
1^{ère} ébauche de composition à confirmer par chacun

CODES : C. PATUANO
Mairie de Nice : M. BALLAIRE
Conseil Général, DDASS 06, Mutualité Française : représentant à désigner
CHU de Nice : Pôle de Gériatrie, Département de Santé Publique

Il est souligné, pour conclure, que les 3 groupes de travail (Observatoire, Recherche/Innovation et Formation/Information) ne vont bien évidemment pas fonctionner de façon cloisonnée.

3 – BASES D'UN SYSTEME DE GESTION DES CONNAISSANCES SUR LE VIEILLISSEMENT

Présentation par J. BURY et S. SCHUSSELE (ADSAN, Genève)

Les auteurs ont construit plusieurs systèmes de ce genre au cours des 5 dernières années. Ils ont produit une ébauche de modèle pour le projet actuel dans l'unique but de faire comprendre l'outil que constitue un système de gestion des connaissances. D'autres prestataires pourraient réaliser le prototype si l'idée est retenue. Si le prototype est alors validé, des partenariats au sein du réseau pourraient et devraient à terme prendre en charge certaines puis toutes les fonctions.

L'ébauche présentée est basée dans son architecture sur le schéma gérontologique départemental. Ce qui est recherché par un système de gestion des connaissances, c'est le développement des compétences et l'amélioration des performances de tous les acteurs, y compris la population. On inclut alors l'utilisation du système par les personnes et leurs contributions potentielles ponctuelles. C'est un investissement dans le capital humain : l'objectif est l'amélioration de la composante « organisation apprenante ».

C'est un outil de construction des réseaux et particulièrement de la confiance réciproque, et de l'approfondissement de la vision commune : c'est pourquoi il faut le construire ensemble et dans le début du processus de travail en réseau.

C'est l'ossature d'une organisation apprenante : il montre la vision stratégique explicite qui correspond à la vision et la mission du réseau.

Il permet l'échange d'informations, le partage et la conservation pour tous de documents, il facilite la recherche de données probantes et leur synthèse dans des notes sur des sujets spécifiques.

Une collaboration immédiate avec l'Observatoire et avec le service documentaire du CODES notamment serait souhaitable.

Au cours du débat, il est souligné l'importance :

- du choix d'une arborescence qui révèle une vision commune de la problématique du Vieillissement et qui soit un outil de cohésion
- d'adhésion à des règles de fonctionnement communes (donc basé comme prévu sur le schéma gérontologique)
- de la définition d'un territoire d'étude et d'action
parce que le but est de disposer d'un outil qui compile les informations utiles à la dimension du territoire concerné.

A la question d'un participant, il est indiqué que le coût de ce dispositif serait environ de 50000 € par an et par thématique, coût correspondant essentiellement à la ressource humaine nécessaire pour la maintenance (documentaliste mi-temps et ressources documentaires et informatiques).

Mme PATUANO informe l'Assemblée que le Centre Régional d'Education pour la Santé (CRES PACA) met à disposition une base de données régionale essentiellement axée sur l'éducation et la promotion à la santé.

Il est suggéré que les participants évoquent ce sujet au sein de leur Institution (le diaporama de la présentation est joint au présent relevé à cet effet).

4 – PROCHAINE REUNION

Dans l'attente de la prochaine réunion le 19 juin de 9h à 13h au CCAS de la Ville de Nice (place Pierre Gauthier dans le Vieux Nice), les participants sont invités à adresser toutes les informations qu'ils souhaitent communiquer ou à demander tout renseignement au secrétariat du projet (paumelin.mc@chu-nice.fr, tél : 04 92 03 43 61).

PROCHAINE REUNION

LE MARDI 19 JUIN de 9H00 à 13h00 AU CCAS DE LA VILLE DE NICE,

4 place Pierre Gautier, à Nice (Vieux Nice)

salle de réunion du 1^{er} étage

SAINT ROCH ESPACE DE SANTE PUBLIQUE

ANNEXE 1 : ANNUAIRE COMITE DE PROGRAMMES VIEILLISSEMENT

Nom/Prénom	Organisme	Téléphone	E-mail
Danièle ANTOINE	CCAS de Nice	04 93 13 51 16	dantoine@ccas-nice.fr
Dr Isabelle ARRIGHI	DDASS 06	06 83 51 12 95	Isabelle.arrighi@sante.gouv.fr
Mariane ASSO-VERLAQUE	CHU de Nice	04 92 03 44 22	asso-verlaque@chu-nice.fr
Pr Noël AYRAUD	Mairie de Nice	04 97 13 35 66	noel..ayraud@ville-nice.fr
Martine BALLAIRE	Mairie de Nice	04 92 47 83 54	martine.ballaire@ville-nice.fr
Dr Laurence BENTZ	CHU de Nice	04 92 03 56 35	bentz.l@chu-nice.fr
Pr Patrice BROCKER	CHU de Nice	04 92 03 43 01	brocker.p@chu-nice.fr
Pr Jacques BURY	ADSAN, Genève	+ 41 79 79 74 152	jacques.bury@adsan.org
Dr Françoise CAPRIZ-RIBIERE	CHU de Nice	04 92 03 40 27	capriz-ribiere.f@chu-nice.fr
Dr Corinne CAROLI-BOSC	CG 06	04 97 18 79 72	ccaroli-bosc@cg06.fr
Dr Michèle DALFIN	CG 06	04 97 18 66 84	mdalfin@cg06.fr
Dr Claude DREKSLER	Mairie de Nice	04 97 13 28 43	claudedreksler@ville-nice.fr
Martine DUPONT	CHU de Nice	04 92 03 40 09	dupont.m@chu-nice.fr
M. Christian GROUSELLE	DGA, CG 06	04 97 18 65 00	cgrouselle@cg06.fr
Dr Fabien JOSSERAN	CG 06	04 97 18 78 04	fjossieran@cg06.fr
Nathalie JOUFFRE	CCAS Nice	04 93 13 52 44	nathalie.jouffre@ccas-nice.fr
Dr Franck LE DUFF	CHU de Nice	04 92 03 56 35	le-duff.f@chu-nice.fr
Patrick MALLEA	CHU de Nice	04 92 03 42 60 06 87 13 47 14	mallea.p@chu-nice.fr
Dr Eliane MARI-FONTANA	Mairie de Nice CCAS de Nice	06 09 88 49 56	eliane.mari-fontana@ccas-nice.fr
Chantal PATUANO	CODES 06	04 93 18 80 78	c.patuano.codes06@wanadoo.fr
Dr Alain MUCCHIELLI	Mutualité Française	06 15 77 03 79 04 93 82 88 44	a.mucchielli@actimut.fr
M-Christine PAUMELIN	CHU de Nice	04 92 03 43 61	paumelin.mc@chu-nice.fr
Dr Denis REFAIT	DDASS 06	04 93 72 27 92	denis.refait@sante.gouv.fr
Pr Jean ROCHON	Expert , Québec	001 418 694 1346	jalrochon@videotron.ca
Dr Jocelyne SAOS	CG 06	04 97 18 68 51	jsaos@cg06.fr
Dr Simone TOBAILEM	Mairie de Nice	06 08 35 81 85	simone.tobailem@ville-nice.fr
Pr Gérard ZIEGLER	CODES 06	04 92 03 56 70 06 89 11 34 35	lziegler@unice.fr

DIAPORAMA

GESTION DES CONNAISSANCES

Une proposition pour la gestion des connaissances (knowledge management)

Une des fonctions
du centre de recherche et évaluation

J.A. Bury et S. Schussselé, mai 07

Concepts : définition et objectifs (1)

.Ce qui est recherché c'est le développement des compétences et l'amélioration des performances de tous les acteurs, y compris la population.

- On inclut alors l'utilisation du système par les personnes et leurs contributions potentielles ponctuelles.
- C'est un investissement dans le capital humain: l'objectif est l'amélioration de la composante « organisation apprenante ».

Concepts : définition et objectifs (2)

- Outil de construction des réseaux et particulièrement de la confiance réciproque, et de l'approfondissement de la vision commune.
- Ossature d'une organisation apprenante : vision stratégique explicite qui correspond à la vision et la mission du réseau.

Conditions de base

1. Vision et leadership de la Direction Générale:
Mandat explicite de développer le KM.
2. Identification et engagement d'un nombre d'agents de changement dans l'institution – projets.
3. Soutiens pour changer la culture administrative pour une culture d'apprentissage (learning organisation), ce qui suppose une confiance de base qui incite à mutualiser.
4. Innovations technologiques régulières (portail).

Besoins des projets

Cycle continu

- Recueillir les besoins des projets
- Organiser l'adaptation des réponses
- Suivre régulièrement l'utilisation
- Effectuer un bilan annuel

Produits pour les projets

- Veille permanente
- Alertes personnalisées
- Lettres d'information (thématiques par priorités)
- Synthèses périodiques (policy briefs, facts sheets)

La coordination en 5 C

pour assurer la **Cohérence** de la politique et de sa mise en oeuvre

dans une perspective de **Convergence** progressive des actions

travailler dans les **Complémentarités** des *acteurs intéressés*

et organisant une **Concertation** régulière avec les *partenaires potentiels*

partant d'une **Consultation** des *parties concernées* aussi large que possible et ouverte en permanence

Perspectives

Etapes avec progression variable

1. Gestion des contributions
2. Formations
3. Autogestion

Outils

■ Sources

- Les responsables des projets
- Les lettres d'informations des organismes listés
- Les sites des organismes listés

■ Critères de qualité des infos

■ Logiciels (à valider)

- Mind Manager et Biblioscape
- Moteur de recherche
- Site internet

Politiques et programmes de prévention des traumatismes des enfants (1)

1 Préambule

2 Introduction

2.1. Promotion de la sécurité

2.2. Définitions

2.3. Les traumatismes d'enfants : un problème majeur de santé publique

2.4. Prévenir les traumatismes

2.5. Les traumatismes chez les 0 – 5 ans en Suisse

2.6. Coût-efficacité de la prévention des traumatismes

2.7. Evaluer la prévention des traumatismes des enfants

2.8. Les freins à l'efficacité de la prévention des traumatismes

2.9. Critères généraux d'efficacité d'un programme

Politiques et programmes de prévention des traumatismes des enfants (2)

3 Politiques et programmes de prévention des traumatismes des enfants

3.1. Bureau suisse de Prévention des Accidents (BPA)

3.2. Union Européenne

3.3. Communauté française de Belgique

3.4. France

3.5. Grande-Bretagne

3.6. Québec

3.7. Etats-Unis

3.8. Organisation Mondiale de la Santé - Genève

Politiques et programmes de prévention des traumatismes des enfants (3)

4 Résumé des données probantes concernant les interventions de prévention des traumatismes non intentionnels d'enfants d'âge préscolaire

4.1. Les différentes stratégies possibles

4.2. Généralités

4.3. Résumé des données probantes efficaces par type de traumatisme non intentionnel

5 Recommandations

Autres exemples

- **Policy briefs** : pour le dépistage du cancer colo-rectal, du cancer de la prostate ou les chutes chez les personnes âgées.
- **Site** du programme de Genève : www.psq.ch : les réseaux
- la **lettre d'information** et le **site** de 50 + santé : www.50plussante.ch