



SCHÉMA RÉGIONAL DE PREVENTION

Révision 2014

SOMMAIRE

I. La prévention : un nouvel élan dans la Stratégie Nationale de Santé	3
II. Un bilan : bilan des interventions, bilan budgétaires, bilan territorial	5
A. Bilan budgétaire par type de financement	5
B. Bilan budgétaire par territoire	6
C. Focus sur des opérateurs régionaux (autres que les structures de dépistage du cancer, CIDDIST et CLAT)	9
III. Le fardeau de la santé en Poitou Charentes ; approches de la mortalité prématurée évitable par la prévention.....	10
IV. La gouvernance par projets des politiques publiques de prévention : les plateformes	12
A. Un changement essentiel et nécessaire.....	12
- les constats: du national au régional	
- réaffirmation du leadership de l'ARS en matière de politiques de santé publiques	
B. Un changement accompagné et progressif.....	14
V. La stratégie de prévention : objectifs des politiques publiques de prévention	16
A. Santé et environnement.....	16
- Situation	
- Enjeux et objectifs	
B. Plateformes « santé » mises en œuvre pendant le premier semestre 2014 : situations, enjeux et objectifs.....	21
- Plateforme Santé mentale (situation, enjeux et objectifs)	
- Plateforme Nutrition, Maladies chroniques, Obésité, Activité physique (situation, enjeux et objectifs)	
- Plateforme Prévention de la perte de l'autonomie (situation, enjeux et objectifs)	
- Plateforme Prévention des risques associés aux soins	
- Plateformes à venir	
VI. Lutte contre la précarité et santé pour tous	43
A. Situation en Poitou-Charentes :.....	43
B. La politique régionale de prévention participe à l'effort de réduction des inégalités sociales de santé :	44
C. Quels leviers pour agir contre les inégalités sociales de santé en région ?.....	45

ANNEXES

I. La prévention : un nouvel élan dans la Stratégie Nationale de Santé

« *Soigner, c'est aussi une politique* » a dit Paul Valéry.

Jusqu'à présent, l'économie générale des plans de santé publique était disséminée au travers d'une multitude de mesures à décliner qu'il s'agisse d'addictions, de la santé des jeunes, du cancer, des infections associées aux soins, de l'autisme ou bien encore de la santé-environnement, etc...

Or, force est de constater qu'une somme de programmes de santé ne fait pas une politique publique toujours cohérente et pertinente.

La Cour des Comptes, en 2011, avait déjà fait ce constat. Elle avait ainsi affirmé que la politique de prévention exige des choix politiques forts validés par des méthodologies rigoureuses et des analyses medico-économiques systématiques.

Ce faisant, elle ouvrait plusieurs pistes en vue d'atteindre cet objectif. Ainsi, elle préconisait notamment la définition de priorités afin d'éviter la multiplication des objectifs, la simplification des schémas de prévention, le développement de la coordination des politiques publiques de prévention, une meilleure évaluation de celles-ci et le développement des données probantes et de la recherche. La stratégie nationale de santé décidée au niveau national a souhaité, pour améliorer l'état de santé des Français, fixer de grandes priorités de santé publique et que soit investi le champ de la promotion de la santé et de la prévention.

Plus précisément, la stratégie nationale de santé retient comme premier axe de « *faire le choix de la prévention et d'agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé* ».

Levier majeur de la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables et de la prise en considération des déterminants de santé qui agissent sur l'évolution de notre état de santé, la prévention devient un outil prioritaire.

Les objectifs recherchés sont clairs :

- Réduire les inégalités sociales de santé
- Diminuer la mortalité prématurée
- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- Améliorer l'évaluation et la gestion des risques sanitaires.

La démarche est fondée sur le choix de grandes priorités de santé publique et le choix d'approches globales et quantifiées. Il s'agit d'intervenir sur les déterminants de santé, de développer la prévention individualisée, médicalisée et partant la participation à la gestion de sa santé, sans oublier de disposer d'une expertise scientifique solide.

Qu'en est-il en région Poitou-Charentes ?

Naturellement les grandes orientations nationales sont reprises et déclinées au niveau de la région Poitou-Charentes mais plus encore, le présent schéma régional de prévention ambitionne la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance.

En effet, en matière de prévention, une priorisation est indispensable. Celle-ci dépend d'une part de la forte prévalence de la pathologie envisagée et d'autre part, de l'importance du marqueur social qu'elle engendre.

Ce sont ainsi des critères de perception, d'acceptation sociale, d'évitabilité, de hiérarchisation et enfin de territorialisation qui doivent conduire à la définition d'une politique de prévention de la santé.

L'expérience a montré un certain nombre d'écueils dans la mise en pratique du précédent schéma de prévention.

L'évaluation a en effet montré une faible priorisation et une difficulté à trouver une vision d'ensemble des politiques préventives de prévention. De la même manière, la répartition thématique et territoriale a parfois pu s'avérer aléatoire. Ce sont également des difficultés à promouvoir des approches rationnelles et comparatives tout comme des difficultés à l'expérimentation et au projet multidisciplinaire qui se font faites jour.

Le présent schéma régional de prévention tire les enseignements de ces différents constats et se fonde sur une gouvernance centrée sur un petit nombre de politiques publiques, une répartition thématique et territoriale raisonnée tout comme une rationalisation de la programmation.

Est également prévu un développement des fonctions d'évaluation, d'innovation et d'analyse économique.

Dès lors, le présent schéma régional de prévention s'inscrit dans la droite ligne du nouvel élan porté pour la prévention dans la stratégie nationale de santé.

II. Un bilan : bilan des interventions, bilan budgétaires, bilan territorial

Le 26 novembre 2012, le Directeur de la Santé Publique de l'ARS a annoncé la mise en place d'une nouvelle gouvernance des politiques publiques de prévention axée sur :

- Des coordinations fonctionnelles d'opérateurs
- Une territorialisation centrée sur la construction des « parcours de prévention » tout au long de la vie
- Un entrainement des pratiques des corps professionnels vers la prévention
- Une animation de notre gouvernance régionale
- Une évaluation d'efficience
- Une veille/alerte/prospective des nouveaux risques ou des aspects nouveaux des anciens risques
- Un conseil scientifique
- Un espace médiatique sur chacun de nos territoires

2013 a donc été une année de transition, un modèle par thématique/plateforme a débuté et doit être étendu à l'ensemble des politiques en promotion de la santé et en prévention des risques avec la création de 3 plateformes dès 2014 (« Nutrition, obésité et activité physique », « Perte de l'autonomie de la personne âgée » et « Santé mentale, prévention du suicide et addictions »).

La nomenclature thématique des plateformes de santé publique est la suivante :

- Nutrition, obésité et activité physique
- Perte de l'autonomie de la personne âgée
- Santé mentale, prévention du suicide et addictions
- Précarité (accès aux droits, à la prévention et aux soins)
- Education thérapeutique du patient (ETP)
- Prévention des risques liés à l'environnement et aux milieux
- Santé reproductive et sexuelle (dont les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles)
- Prévention et dépistage du cancer (dont les structures de dépistage du cancer)
- Prévention des maladies et des risques (dont les centres de lutte antituberculeuse)

Les financements des plateformes intégreront les crédits relatifs à leur pilotage (réalisation de l'état des lieux, conduite de projets) et les crédits des contrats locaux de santé.

A. Bilan budgétaire par type de financement

L'enveloppe allouée aux actions de promotion de la santé et de prévention des risques en 2013 se monte à 4 324 197 € (soit 1 % de plus qu'en 2012). Quatre types de financement coexistent

- Appels à projets : 18 %
- Conventions d'objectifs et de moyens (COM) : 39 %
- Subventions dédiées (CISS, IVG, actions recentralisées et cancer) : 42 %
- Autres subventions : 01 % (cf. figure 1 infra) :

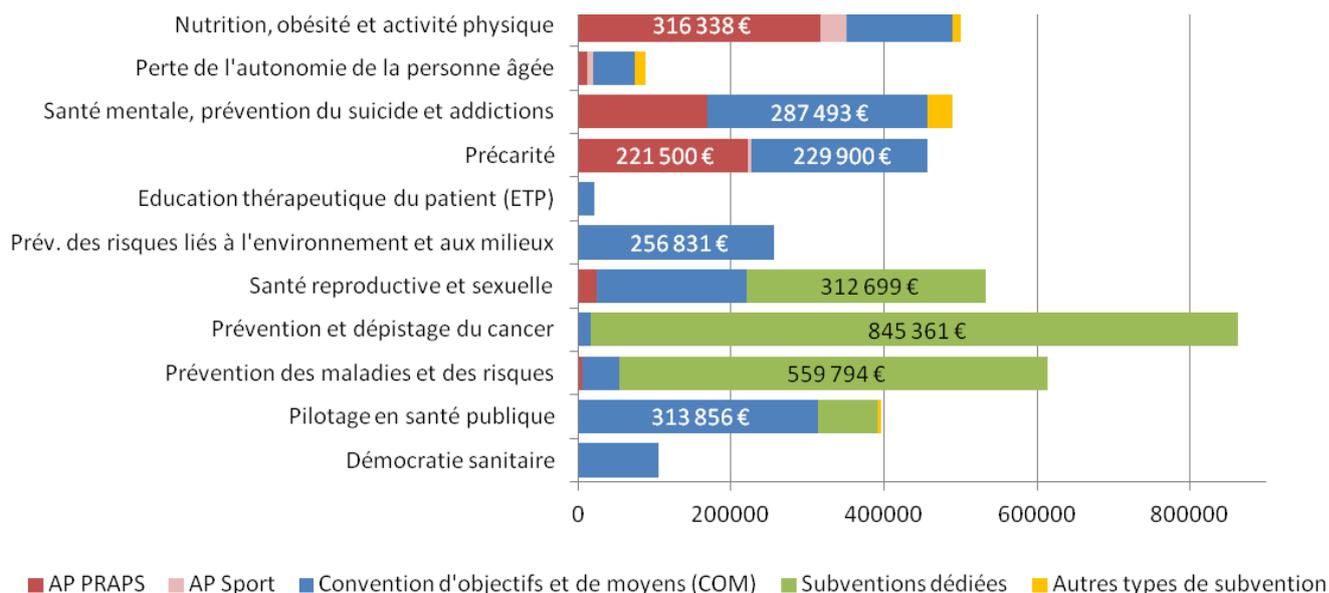


Fig. 1

Il faut souligner que l'appel à projets PRAPS (Programme Régional d'Accès aux Droits et aux Soins) est exclusivement en direction des publics précaires et touchent plusieurs thématiques.

B. Bilan budgétaire par territoire

La part des actions intervenant sur plusieurs départements ou sur l'ensemble de la région est constante par rapport à 2012, soit 40 % des financements alloués (cf. figure 2 – Infra).

La différence de financements alloués entre la Vienne et les autres départements s'expliquent par les moyens alloués au Centre de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT, par la suite) du Centre hospitalier universitaire de Poitiers et des 3 Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), soit 48 %.

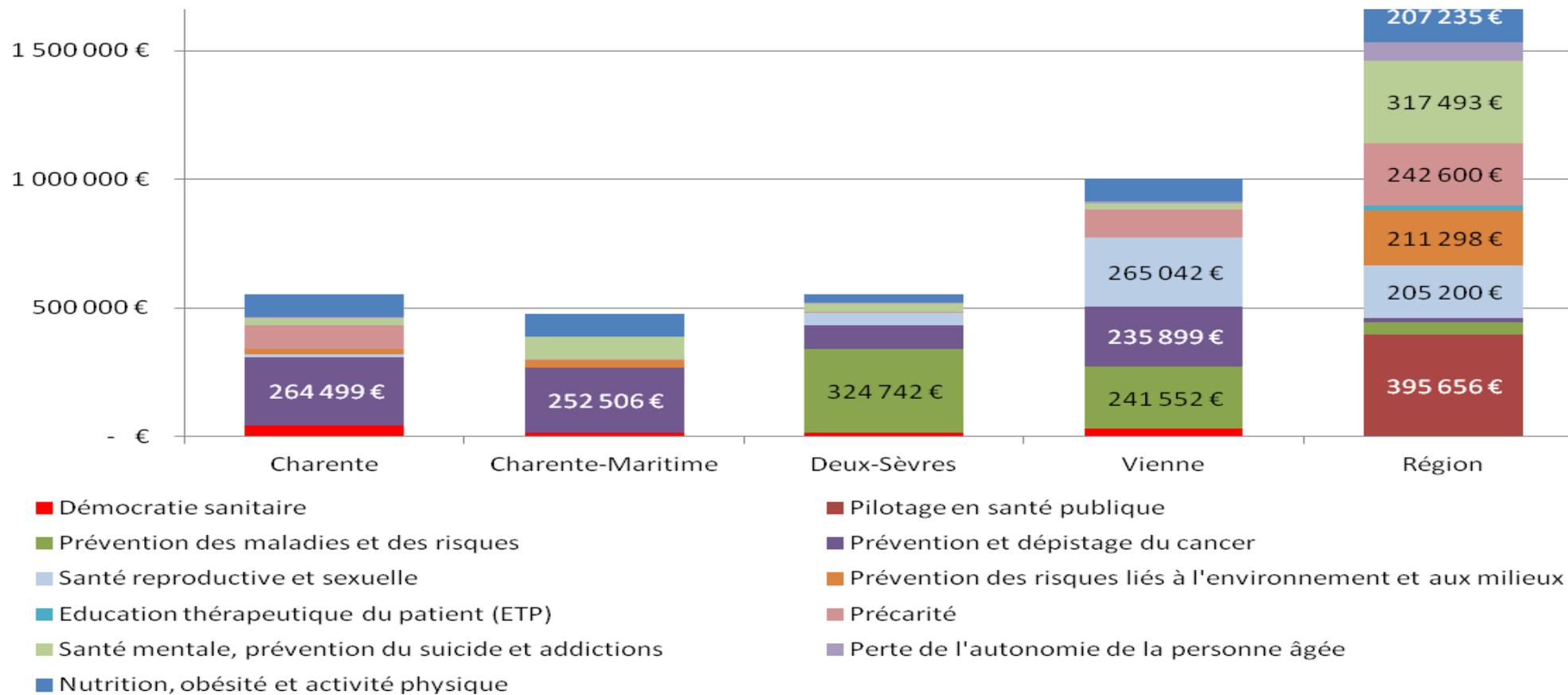


Fig. 2

Nutrition, obésité et activité physique : La part des actions sur le territoire « Région » est de 41 % notamment avec une part importante de crédits (un peu plus de 66%, représentant 128 735 euros) alloués à une étude réalisée par l'ORS (Observatoire Régionale de Santé) et au soutien au développement d'actions par l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé).

Santé mentale, prévention du suicide et addictions : 80 % des crédits sont en direction de la lutte contre les addictions dont 55 % pour l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) qui intervient sur l'ensemble de la région. Les crédits en « Santé mentale et prévention du suicide » concernent notamment le financement de 7 points d'écoute psychologique.

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

Cette association est financée à hauteur de 212 955 € pour l'animation de réseaux et pour des actions de prévention dans la lutte contre les addictions en direction des :

- Jeunes extrascolaires et en milieu festif
- Jeunes milieux scolaires et étudiants
- Personnes détenues et sous main de justice
- Personnes en situation de précarité
- Femmes en âge de procréer

Précarité : 50 % de la somme totale allouée permet de financer une action ayant pour objectif « la diffusion d'une culture de promotion de la santé » (IREPS)

Santé reproductive et sexuelle : 55 % des crédits sont pour le fonctionnement des Centres de Dépistage Départementaux des Infections Sexuellement Transmissibles – CIDDIST – (3 sur la Vienne et 1 sur les Deux-Sèvres) et 37 % pour les actions menées par l'association AIDES, sur l'ensemble de la région.

AIDES

196 000 € ont été alloués à cette association pour financer les actions suivantes :

- Animer et développer des lieux d'accueil, soutien et qualité de vie des personnes vivant avec une ou des pathologies chroniques évolutives (VIH et/ou Hépatites) et offre de Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD, par la suite) pour le public séro-ignorant
- Diffuser une culture de promotion de la santé
- Favoriser le développement de programmes et d'actions de promotion de la santé dans le cadre des dispositifs territoriaux de santé – Ateliers Santé Ville (ASV) et CLS
- Soutenir le développement de programmes de promotion de la santé répondant à des besoins populationnels et territoriaux définis pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)
- Soutenir le développement de programmes de promotion de la santé répondant à des besoins populationnels et territoriaux définis pour les personnes issues de l'immigration
- Développer les actions en milieu pénitentiaire en lien avec chaque **unité de consultation et de soins** ambulatoires (UCSA par la suite) référent et en coordination avec les autres opérateurs en promotion de la santé

Prévention des maladies et des risques : 91 % des crédits sont alloués pour le fonctionnement des Centres de Lutte Anti-Tuberculose – CLAT – (2 en Deux-Sèvres et un en Vienne)

Prévention et dépistage du cancer : 20 % des crédits alloués en 2013 sont en direction de cette thématique (un centre de dépistage par département)

Démocratie sanitaire : Les financements sont pour la coordination des Contrats Locaux de Santé (CLS par la suite), soit :

- Angoulême, Cognac et Soyaux en Charente
- La Rochelle en Charente-Maritime
- Le pays Thouarsais en Deux-Sèvres
- Poitiers et la communauté de communes du Montmorillonnais en Vienne

C. Focus sur des opérateurs régionaux (autres que les structures de dépistage du cancer, CIDDIST et CLAT)

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS)

607 832 € ont été octroyés à l'IREPS dans plusieurs domaines notamment pour diffuser une culture de promotion de la santé, pour soutenir des programmes ou animer des réseaux :

Education thérapeutique du patient (ETP)	21 900 €
Nutrition, obésité et activité physique	57 010 €
Pilotage en santé publique	178 900 €
Précarité	229 900 €
Prévention des maladies et des risques	5 000 €
Prévention des risques liés à l'environnement et aux milieux	59 022 €
Santé mentale, prévention du suicide et addictions	56 100 €

Observatoire Régional de la Santé (ORS)

L'Observatoire Régional de la Santé est financé à hauteur de 355 K€ pour effectuer des études, états des lieux, tableaux de bord et également pour accompagner la mise en place des plateformes au sein de la Direction de Santé Publique de l'ARS :

Nutrition, obésité et activité physique	81 725 €
Perte de l'autonomie de la personne âgée	54 619 €
Pilotage en santé publique	134 956 €
Prévention des maladies et des risques	47 690 €
Prévention et dépistage du cancer	17 121 €
Santé mentale, prévention du suicide et addictions	18 438 €

III. Le fardeau de la santé en Poitou-Charentes ; approches de la mortalité prématurée évitable par la prévention

Marquée par de forts enjeux, tels que le continuum de la santé – ce bien tout à la fois individuel et collectif gérable, le développement social et la maîtrise des déterminants de santé, la réappropriation de la gestion de la santé, la prévention est une alternative efficace au modèle du tout soin.

Le tableau ci-après détermine au niveau européen la mortalité prématurée et évitable par la prévention primaire (taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitants en 2010 chez les hommes avant 65 ans) au regard de certaines pathologies.

En Poitou-Charentes, ce sont 214 585 « dalys » qui sont perdus chaque année, soit l'équivalent 2 524 vies de 85 ans.

Le DALY (Disability-Adjusted Life Year / « Année en bonne santé ») est le seul indicateur quantitatif, (exprimé en années) du fardeau réel d'une maladie donnée ; il reflète, sur une période de temps donnée la somme totale des années de bonne santé perdues résultant soit de mortalité prématurée, soit d'invalidité (disability).

Pour 37,7% d'entre eux, ces dalys sont en lien avec la santé mentale ; pour 18,2%, ils sont en lien avec les cancers et enfin pour 11,53%, ce sont des maladies cardiovasculaires qui sont en cause.

Par ailleurs, sont présentés en annexe au présent schéma les travaux réalisés par l'Observatoire Régional de Santé visant à dresser l'état des lieux concernant les grandes thématiques de santé publiques suivantes :

- Santé mentale et lutte contre le suicide (annexe 1)
- Addictions (annexes 2)
- Autonomie des personnes âgées (annexe 3)
- Nutrition, obésité, activités physiques (annexe 4).

Taux de morbidité prématurée évitable pour 100 000 habitants

Cancer poumon		Cancer VADS		Maladies chroniques du foie		Suicide		Accidents de transport	
France	31,0	Portugal	12,4	Finlande	24,1	Finlande	25,1	Grèce	18,9
Espagne	30,1	France	10,6	Autriche	16,5	France	20,3	Portugal	11,6
Grèce	29,0	Allemagne	8,6	Danemark*	14,6	Irlande	18,7	Italie*	11,4
Portugal	25,5	Autriche	7,8	Allemagne	13,1	Autriche	17,3	France	9,6
Autriche	22,2	Royaume-Uni	7,7	Portugal	13,0	Suède	15,2	Autriche	9,0
Allemagne	21,2	Pays-Bas	7,4	Royaume-Uni	12,7	Luxembourg	14,7	Finlande	8,4
Luxembourg	21,1	Espagne	7,3	France	11,0	Suisse	14,2	Danemark*	7,7
Pays-Bas	20,3	Danemark*	7,1	Luxembourg	10,6	Norvège	14,1	Espagne	7,6
Italie*	20,1	Suisse	6,5	Espagne	8,9	Danemark*	13,7	Norvège	7,1
Danemark*	18,4	Irlande	5,7	Irlande	6,8	Allemagne	13,3	Irlande	6,3
Suisse	15,8	Luxembourg	5,2	Italie*	6,6	Pays-Bas	12,2	Luxembourg	6,3
Irlande	15,5	Finlande	4,3	Suisse	5,9	Royaume-Uni	10,2	Allemagne	6,3
Royaume-Uni	15,4	Italie*	4,3	Grèce	5,4	Portugal	9,9	Suisse	5,8
Finlande	14,7	Norvège	3,3	Suède	4,7	Espagne	7,8	Royaume-Uni	5,1
Norvège	14,2	Suède	2,9	Pays-Bas	3,7	Italie*	7,4	Pays-Bas	4,9
Suède	8,8	Grèce	2,3	Norvège	3,4	Grèce	4,8	Suède	4,2

IV. La gouvernance par projets des politiques publiques de prévention : les plateformes

La mise en œuvre des politiques de santé publique vise fondamentalement l'amélioration de l'état de santé de la population. Leur déclinaison s'opère via les actions et interventions à finalité curative, préventive et promotionnelle ou de réhabilitation / réadaptation.

Jusqu'à fin 2012, la politique de prévention dans notre région a été menée par trois services distincts au sein de la Direction de la Santé Publique (DSP), interagissant peu. Elle reposait sur une logique de service, générateur d'inefficience, alors que les budgets à disposition pour la déclinaison des politiques de prévention s'amenuisent.

Les insuffisances et incohérences relevées par le rapport de la Cour des comptes (CDC) sur la prévention sanitaire en France ainsi que les recommandations y afférentes (CDC, 2011), ont conforté l'analyse de la situation locale faite par le DSP.

Ainsi, la nécessité de passage *vers une logique de projet pour conduire et développer les politiques publiques de prévention et promotion de la santé* s'est imposée. En conséquence,

- une mutation structurelle a été mise en œuvre au sein de la DSP depuis 2012 et se poursuit actuellement
- un fonctionnement en mode projet a été adopté.

Cette nouvelle gouvernance se réalise désormais à travers des plateformes thématiques, dont la finalité est d'asseoir une réelle politique publique de santé, fédérant tous les acteurs de prévention et de promotion de la santé potentiels à l'échelon régional.

A. Un changement essentiel et nécessaire

1. Les constats : du national au régional

Il est traditionnellement admis que la prévention sanitaire occupe une place subsidiaire dans le système de santé français. Ce concept reste difficile à définir tant dans ses objectifs, dans sa mise en œuvre que dans son évaluation. L'efficacité de la politique actuelle pose question. La Cour des comptes souligne, (i) une dépense en la matière mal connue, (ii) un pilotage des orientations qui s'effectue au travers d'une trentaine de plans mal articulés entre eux, (iii) une absence de vision cohérente de la politique reposant sur une insuffisance de pilotage ainsi que (iv) l'absence d'une approche pluridisciplinaire (CDC, 2011).

En réponse à ce constat, la DSP de l'ARS Poitou-Charentes a pris l'option de la mise en adéquation de nos objectifs avec les moyens alloués et ce, sous un angle prioritaire. Les efforts de chacun ont débouché sur la mise en œuvre de partenariats importants, dans une logique d'organisation et de fonctionnement en réseau, permettant à la population régionale de bénéficier d'interventions efficaces. Celles-ci sont décidées de façon consensuelle.

2. Réaffirmation du leadership de l'ARS en matière de politiques de santé publique

L'ARS a entre autres pour mission de **définir une politique régionale de prévention** en disposant des moyens d'une meilleure animation du réseau des acteurs locaux de la prévention.

Parmi les documents de planification élaborés par l'agence, le Schéma régional de prévention (SRP) constitue le document opérationnel de mise en œuvre des orientations et objectifs de santé pour la région dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

Lors de la création des plateformes, l'Agence a fixé ses priorités en matière de prévention notamment dans les thématiques de la nutrition et de la santé mentale, entraînant de fait un double mouvement au sein des services préexistants.

Les trois services ont été fusionnés au sein d'un pôle « *Promotion – Prévention – Protection de la santé* ». Ce pôle Promotion de la santé et prévention des risques en santé (PSPR) est aujourd'hui constitué de deux grandes unités fonctionnelles, l'une chargée des politiques publiques de santé, l'autre chargée de l'organisation, des contrats du financement, de la communication et de la valorisation.

S'agissant de la première entité « *politiques publiques de santé* », celle-ci se subdivise au regard des deux axes-force que sont les politiques publiques de prévention des risques en santé en général et celles des risques liés à l'environnement et aux milieux en particulier. Chaque entité est placée sous la responsabilité d'un agent de l'ARS, directement rattaché au directeur de la santé publique (DSP), chargé d'assurer le management des équipes la composant et de mettre en œuvre dans le ressort de la région la politique publique de prévention.

La seconde entité « *budget, administration, contractualisation, communication* », se trouve également placée sous l'autorité d'un responsable également rattaché au DSP et assure toutes les fonctions supports juridiques, financières et administratives nécessaires au bon fonctionnement de la cellule « *politiques publiques de santé* ». Cette unité est pilotée comme un service gestionnaire de ressources.

Les missions de l'entité « *politiques publiques de santé* », quant à elles, se développent progressivement en *mode projet* autour de grandes thématiques dans la mesure où les plus grandes pertes d'espérance de vie en bonne santé (mortalité prématurée évitable) ne sont dues qu'à un nombre restreint de grandes expositions liés aux déterminants de santé, à des facteurs de risques sociaux, économiques, nutritionnels, pollutions, addictions, etc....

Aujourd'hui, la mise en œuvre des politiques publiques se concrétisent par les plateformes concernant les thèmes suivant :

- nutrition,
- santé mentale,
- perte d'autonomie,
- risques liés aux soins et aux médicaments,
- risques liés à l'environnement et aux milieux.

D'autres plateformes dédiées aux thèmes cités ci-dessous devraient être constituées au cours des prochains mois :

- reproduction et sexualité
- cancers.

Chaque responsable de projet plateforme est épaulé par une « *caution scientifique* » (personnalités reconnues et issues souvent des opérateurs ou personnalités qualifiées). Participent au travail de ces plateformes des opérateurs ainsi que des institutionnels.

B. Un changement accompagné et progressif

Les principes directeurs de ce changement ont été les suivants.

D'abord, la construction des plateformes de prévention avec les offreurs d'action de prévention, les représentants des usagers, les partenaires de l'ARS au sein de la Commission de Coordination des Politiques Publiques (volet prévention) a été le premier temps fort.

Ensuite, l'indispensable état des lieux a été réalisé pour chaque plateforme. Il s'agissait ici, de faire le bilan des actions menées, de leur efficacité et, partant d'amorcer la phase suivante.

En effet, les données étant posées, la définition des priorités à atteindre a été faite en concertation avec l'ensemble des interlocuteurs pour chaque plateforme.

Enfin, il a fallu affiner par territoire le développement des actions de prévention sur la Région Poitou-Charentes.

C'est ainsi que début 2014, la création des trois plateformes relatives à la nutrition, à la santé mentale et à l'autonomie des personnes âgées, repose sur des points communs, à savoir une argumentation identique, des objectifs partagés entre tous ainsi qu'un processus commun.

Une **motivation commune** reposant sur les **principes** suivants :

- Un engagement des acteurs de terrain dans l'élaboration d'une politique régionale concertée ;
- une mutualisation des moyens existants
- une adhésion et une coordination des acteurs autour d'un projet commun à l'échelle locale et régional.

A l'issue d'un travail réalisé en équipe concernant l'identification d'un ou de plusieurs problèmes prioritaires, des objectifs reconnus et partagés par tous sont élaborés dans chaque champ d'action retenu (nutrition, santé mentale, autonomie). Un mode de priorité est décidé. Une *Convention d'adhésion* est signée ensuite par l'ensemble des acteurs.

Cette convention traduit l'engagement des acteurs dans la politique publique mise en œuvre à l'échelon régional pour une durée de trois ans. *En réponse aux besoins identifiés, la présente convention a pour objet de porter à la connaissance des parties les priorités d'actions d'intérêt général dans lesquelles l'acteur peut s'inscrire dans le respect de ses dispositions statutaires.* L'ARS s'engage à recevoir toute participation de « l'Acteur » et à lui ouvrir des droits en ce sens au sein de l'espace collaboratif WSS dédié à la promotion de la santé.

L'objectif de réduction des Inégalités Sociales de Santé devra être pris en compte dans la mise en œuvre des projets.

Les projets de promotion de la santé devront s'inscrire dans des démarches telles que définies par la Charte d'Ottawa : l'élaboration d'une politique publique saine, le renforcement de l'action communautaire, le développement d'aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé, la création de milieux favorables.

La capacité des acteurs-opérateurs à s'inscrire dans un projet commun, dans des démarches plurisectorielles permettant de développer des collaborations entre les champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de l'insertion.

Les projets de promotion de la santé sont construits selon la méthodologie suivante :

- Des modalités d'intervention validées (référencées à des données probantes, validées et reconnues) reposant sur des intervenants qualifiés
- Des actions devant s'inscrire dans la durée et s'intégrer aux projets des structures
- Des actions favorisant le recours aux dispositifs de santé de droit commun
- La démarche évaluative devra être construite dès la définition du projet
- Des actions favorisant une vision globale et positive de la santé.

Les projets faisant l'objet de cofinancement seront privilégiés.

Des objectifs communs de réalisation :

- faire adhérer les différents acteurs et partenaires à une politique régionale thématique concertée ;
- définir les objectifs opérationnels à développer au niveau régional ;
- identifier les territoires d'intervention prioritaires,
- mettre en place des actions coordonnées entre différents acteurs à l'échelle locale,
- définir les allocations de ressource,
- suivre la mise en œuvre des orientations,
- mettre en place des indicateurs de suivi des orientations proposées.

Un processus aux étapes communes :

- recueillir des éléments de diagnostic,
- organiser des groupes de travail d'acteurs pour la définition des objectifs,
- repérer les acteurs souhaitant s'impliquer dans cette programmation par l'élaboration d'une fiche partenaire,
- organiser un temps d'échanges dans un premier temps avec les Délégations Territoriales de l'ARS pour la priorisation des territoires et dans un second temps avec les acteurs par l'élaboration d'une convention de partenariat ;
- allouer les financements aux acteurs concernés suite à un dépôt de projets,
- définir les modalités de recueil, de suivi et d'analyse des indicateurs définis en lien avec les objectifs.

En dehors des temps d'échanges lors des réunions prévues et planifiées, les échanges continuent pour chaque plateforme en s'inscrivant sur un espace collaboratif WSS (*Windows SharePoint services*). Le participant intégré dans cet espace dispose d'un identifiant et d'un mot de passe lui permettant d'avoir accès aux documents partagés et aux restitutions des groupes de travail.

V. La stratégie de prévention : objectifs des politiques publiques de prévention

Seront ici évoquées les grandes thématiques de santé publique retenues ainsi que les objectifs de prévention qui y sont liés.

A. Santé et environnement

La multiplicité des facteurs environnementaux susceptibles d'avoir un effet sur la santé est telle qu'il n'est pas possible de les mentionner de façon exhaustive dans ce focus.

1. Situation

- **Environnement extérieur :**

- **Emission de particules**

Le lien entre santé et qualité de l'air est démontré. Les activités humaines, notamment les installations de chauffage et les transports routiers, génèrent des **particules** de taille et de composition diverses à effets pathogènes. Les particules fines (2,5 micromètres au plus) représentent l'un des principaux facteurs de risque liés à la pollution de l'air en milieu urbain. Elles sont facteur d'aggravation des allergies auprès de 30% de la population française et à l'origine de 42.000 décès anticipés chaque année. En Poitou-Charentes, le bilan publié par ATMOPC en juin 2014 montre que les émissions proviennent essentiellement de la consommation énergétique et sont dues notamment à la combustion du bois pour le chauffage domestique.

- **Allergie et air extérieur**

L'air que nous respirons peut contenir des allergènes qui sont susceptibles de provoquer des réactions au niveau du système respiratoire, de la peau et des yeux.

Auparavant, la majorité des symptômes provoqués par le contact avec les pollens était due aux graminées ; actuellement, d'autres pollens voient leur responsabilité progresser, notamment **l'ambrosie**. En Poitou-Charentes, des mesures de concentration polliniques sont réalisées dont les résultats sont diffusés aux professionnels de santé. Des recensements périodiques perfectibles permettent de cartographier le développement de la présence d'ambrosie.

- **Aménagement du territoire**

L'urbanisme et les projets d'aménagement ont un impact sur la santé des populations (risques identifiés et prise en compte de leur bien-être) qui doit être appréhendé le plus en amont possible à travers l'intégration des déterminants environnementaux de la santé dans les processus.

- **Espaces intérieurs et lieux de vie**

Le temps passé au quotidien dans des locaux et espaces intérieurs (autour de 80% vie entière) fait de la qualité de l'air intérieur une préoccupation majeure de santé publique qui concerne l'ensemble de la population, dans les différentes activités du quotidien : lieux de travail, écoles, commerces, habitat, loisirs.

L'air intérieur est, dans certains cas, 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur. Des centaines de composés volatils ont été détectés, parmi lesquels certains peuvent être toxiques, mutagènes ou cancérigènes.

L'air respiré dans ces espaces peut avoir des effets sur le confort et la santé, depuis la simple gêne à l'irritation des yeux et de la peau, jusqu'aux intoxications (monoxyde de carbone, plomb...) et au développement de pathologies.

Les effets de la pollution intérieure sur la santé ne sont aujourd'hui que partiellement connus. Les liens entre l'exposition aux polluants et le développement de maladies ou symptômes n'ont pas encore été suffisamment étudiés.

Les logements peuvent être déclarés insalubres au titre du code de la santé publique lorsqu'ils s'avèrent dangereux pour la santé de leurs occupants du fait de leur état ou de leurs conditions d'occupation. En Poitou-Charentes, des Pôles (régional et départementaux) de lutte contre l'habitat indigne ont été mis en place pour la mise en œuvre de plans d'actions opérationnels traitant des risques de l'habitat qui exposent à des problèmes de santé.

- **Des pathologies et intoxications plus ou moins connues du grand public**

Leur origine peut être liée aux appareils utilisés dans les locaux (chaudière, poêle...) pour l'intoxication au monoxyde de carbone (CO), au circuit de distribution d'eau chaude pour la légionellose.

Le radon lié au contexte géologique est présent en Poitou-Charentes avec 3 zones plus particulièrement concernées : le centre et le nord-ouest des Deux-Sèvres, le sud-est de la Vienne et le nord-est de la Charente. Ce gaz radioactif constitue avec les expositions à finalité médicale, la première source d'exposition aux rayonnements ionisants de la population et le deuxième facteur de risque de cancer du poumon derrière le tabac.

- **Ressources en eau potable**

- **Ressources en eau**

La région Poitou-Charentes, située sur deux grands bassins hydrographiques, Adour-Garonne au sud et Loire-Bretagne au nord, se caractérise par des nappes d'eaux souterraines de milieux essentiellement calcaires, fissurés et/ou karstifiés, en relation étroite avec les rivières. Les principales problématiques résultent d'un déséquilibre, en période d'étiage, entre la ressource en eau exploitable et la demande d'utilisation, pouvant conduire à des conflits d'usage (irrigation, l'alimentation en eau potable...). Les ressources en eau sont ainsi très largement sollicitées par l'irrigation des cultures et localement l'élevage.

Une autre problématique est constituée par la forte dégradation des ressources en eau, tant superficielles que souterraines (du fait de la relative vulnérabilité des nappes, en lien avec la surface), et des écosystèmes aquatiques (zones humides littorales et continentales) en lien avec les pratiques agricoles.

- **L'eau potable : une priorité**

Le volume global annuel de prélèvement d'eau à l'échelle régionale est de 480 millions de m³ d'eau dont le tiers soit 143 millions de m³ est prélevé pour la production d'eau destinée à la distribution

publique. Pour maintenir la qualité et distribuer une eau conforme malgré une dégradation lente mais continue des eaux brutes, des actions palliatives et correctives sont nécessaires.

La sécurité sanitaire de l'eau d'alimentation livrée au robinet résulte :

- d'une gestion optimale à chaque étape de la filière (ressource, captage, traitement, stockage, distribution, usager),
- de la maîtrise des éléments extérieurs (ressource en eau, produits de traitement, matériaux en contact),
- des différentes caractéristiques du système (management, procédures d'exploitation et de pilotage, formation des personnels,...),
- ainsi que de plans d'actions et d'une surveillance adaptée aux dangers identifiés.

Toute modification volontaire ou imprévue d'une de ces composantes peut avoir un effet en cascade sur la qualité de l'eau fournie au consommateur.

Même si globalement l'eau distribuée en Poitou-Charentes est de bonne qualité, des défauts de qualité ou des défaillances liés à une carence de sécurité sanitaire sont encore observés.

Une journée régionale a été organisée par l'ARS en 2012 afin de sensibiliser les acteurs de l'eau potable aux enjeux, leur présenter la démarche de sécurité sanitaire « SéSanE » et la façon dont elle sera déclinée pour maîtriser les dangers et proposer une politique de prévention adaptée à chaque territoire.

▪ **Nuisances et pollutions**

→ **Les pesticides**

Les expositions aux résidus de pesticides se caractérisent par la multiplicité des voies d'exposition : ingestion, inhalation et contact cutané. Différents travaux et notamment ceux de l'observatoire des résidus de pesticides (ORP) témoignent de la présence des résidus de pesticides dans les différents compartiments de notre environnement. Pour autant, les nombreuses données disponibles ne permettent pas de connaître précisément l'exposition alimentaire de la population régionale aux résidus de pesticides pourtant reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la principale source d'exposition pour les non professionnels.

En Poitou-Charentes, l'ensemble des cours d'eau et les nappes les plus vulnérables sont concernés par la présence de substances actives. Plusieurs composés volatils sont présents également dans l'air, en milieu rural comme en milieu urbain. Plusieurs actions du PRSE2 visent à améliorer les connaissances concernant l'exposition des populations à ces risques.

→ **Le bruit**

Le bruit est un thème environnemental majeur depuis plusieurs années, inscrit au Grenelle de l'Environnement, il fait l'objet d'un plan gouvernemental de réduction des nuisances sonores. Il est considéré comme une atteinte à la qualité de vie. C'est une nuisance qui se retrouve sur le lieu de travail, dans la rue ou à domicile et les transports en seraient la source principale (80 %). Les adolescents pratiquent l'écoute prolongée de musique amplifiée à partir de système individuel (lecteurs, baladeurs) et fréquentent des lieux musicaux où sont générés des niveaux sonores très élevés (discothèques, salles de concerts...). L'oreille est un organe très fragile qui ne peut pas supporter pendant de longues périodes des sons à niveau très élevé. L'apparition d'acouphènes peut alors survenir et s'accompagner de pertes auditives sévères, parfois irréversibles. Ce danger est méconnu des jeunes qui peuvent, en cas de déficit auditif acquis, se voir écarter de toute vie sociale ou professionnelle.

2. Enjeux et Objectifs

▪ **Elaboration et mise en œuvre d'un 3^{ème} Plan Régional Santé Environnement (PRSE3)**

Conformément au code de santé publique, le Plan National Santé Environnement (PNSE) doit être renouvelé tous les cinq ans. Les travaux d'élaboration ont commencé en début d'année 2014.

Compte tenu des actions déjà développées dans le cadre du PRSE2 et en fonction des résultats de son évaluation, plusieurs points du projet de plan national pourraient être déclinés dans le plan régional (PRSE3) comme :

- la promotion de la démarche de sécurité sanitaire de l'eau potable inspirée des « water safety plans » (WSP) – cf ci-après « L'amélioration de la sécurité sanitaire de l'eau potable ».
- le développement des recherches de pesticides dans l'air et la documentation des expositions des populations vivant à proximité des zones d'application des pesticides
- la prévention des allergies liées à l'ambroisie
- le développement des réflexions sur l'urbanisme favorable à la santé (lien PF nutrition - mobilité active) avec l'intégration d'une nouvelle dimension de la santé dans les avis sanitaires
- la prise en compte de la lutte anti-vectorielle (*aedes albopictus*)
- la mise en place d'appels à projets ARS/DREAL/CR pour le soutien d'initiatives locales en SE
- la poursuite des efforts en éducation en santé-environnementale.

▪ **La promotion de l'habitat favorable à la santé**

En complément des actions menées sur l'habitat indigne et sur la qualité de l'air intérieur, un travail sur la faisabilité de la création d'un indice de favorabilité de l'habitat sera engagé. A partir des connaissances actuelles des effets défavorables à la santé que peuvent présenter des habitats, humides, mal chauffés et mal ventilés, il convient de rechercher la manière de qualifier de façon globale un habitat qui apporterait des garanties suffisantes et durables de ne pas produire d'effets néfastes à la santé de ses occupants. Un indice composite comportant plusieurs niveaux de qualité (apparenté aux étiquetages de produits ou matériaux) pourrait ainsi intégrer les qualités des composantes de l'habitat.

▪ **L'amélioration de la sécurité sanitaire de l'eau potable**

Sur la base des WSP de l'Organisation mondiale de la santé et en s'appuyant sur l'expérimentation de la démarche de sécurité sanitaire des eaux menée en 2010-2012 sur la totalité des syndicats d'eau des Deux-Sèvres, l'ARS Poitou-Charentes est engagée dans une action opérationnelle pour étendre cette démarche à l'ensemble des syndicats d'eau potable des trois autres départements, en tenant compte des spécificités locales.

La démarche s'appuie sur :

- Un changement d'approche à travers une stratégie globale de la sécurité sanitaire.
- Une incitation à une consultation collective par les personnes responsables de la production distribution de l'eau (PRPDE) pour des économies d'échelle et une vision partagée,
- Une analyse de l'ensemble des facteurs qui concourent à la fiabilité de la distribution d'eau de bonne qualité
- Une amélioration continue (roue de progrès, suivi en continu des indicateurs)
- Une approche patrimoniale et organisationnelle

Pour aider à sa mise en œuvre l'ARS propose aux Personnes Responsables de la Production ou de la Distribution d'Eau (PRPDE) une aide technique et un accompagnement tout le long de la démarche, ainsi que des outils :

- un cahier des charges type pour conduire la consultation pour le choix du bureau d'études chargé de caractériser la zone d'étude, de faire un diagnostic complet et de proposer un plan d'actions chiffré avec un échéancier de réalisation et des indicateurs de suivi,
- un outil informatique en cours d'élaboration, accessible via internet, permettant de suivre la mise en œuvre des plans d'actions.

Pour en savoir plus site Internet ARS : www.ars.poitou-charentes.sante.fr.

▪ **L'approche transversale du risque « pesticides »**

Compte tenu de la présence des pesticides dans toutes les dimensions de notre environnement, différentes actions ont été définies et sont à poursuivre pour développer les connaissances et prévenir les risques en :

- Etudiant l'imprégnation aux pesticides de la population générale et particulièrement celle vivant à proximité des zones d'épandage agricole ;
- Renforçant la connaissance de la concentration en pesticides dans l'air au niveau régional ;
- Améliorant le suivi des pesticides dans l'eau potable ;
- Estimant l'exposition dans l'assiette du consommateur.

B. Plateformes « santé » mises en œuvre pendant le premier semestre 2014 : situations, enjeux et objectifs.

1. Plateforme « Santé mentale – prévention du suicide et addictions » : situation, enjeux et objectifs¹

Le processus de concertation, initié depuis mars 2014, entre les différents acteurs de la région a permis de définir la nouvelle politique régionale de l'Agence régionale de Santé en matière de santé mentale-prévention du suicide et addictions pour les trois ans à venir.

Les axes stratégiques et objectifs opérationnels de la plateforme « santé mentale, prévention du suicide et addictions » ont été déterminés lors de groupes travail territoriaux ou régionaux en lien avec des démarches déjà engagées, dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, des Ateliers Santé Ville, de la Politique de la Ville ; ceux ci s'appuyant sur les différents plans, programmes, et données épidémiologiques existants. Ces axes et objectifs ont été validés par le Directeur de la santé publique.

L'approche populationnelle a été privilégiée. A terme, il conviendra de retenir les objectifs prioritaires.

OBJECTIFS GENERAUX DE LA PLATEFORME

OBJECTIF commun aux deux volets « santé mentale et prévention du suicide » et « addictions » :

- **Développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge jusqu'à l'adolescence (0-12 ans)**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement »

- **OBJECTIF 1 : Renforcer la cohérence des actions en matière de compétences psychosociales sur la région Poitou-Charentes à destination des publics (0 – 12 ans)**

Objectifs opérationnels

1. Faire un état des lieux des acteurs et des actions pour repérer les territoires prioritaires et définir des populations cibles/tranche d'âge.
2. Réaliser une veille documentaire régionale et centralisée sur la thématique des compétences psychosociales (ressources, lettre d'information...).

¹ Source : note de cadrage *Plateforme santé mentale* pour dépôt de projet, Pôle PSPR/DSP-ARS PCH, juin 2014.

→ OBJECTIF 2 : Développer une culture commune des compétences psycho-sociales

Objectifs opérationnels

1. Développer des partenariats, des réseaux sur la thématique des compétences psychosociales ;
2. Mettre en place des actions de sensibilisation et de formation collectives : les parents, professionnels (crèches, assistantes maternelles, PMI, établissements accueillant des enfants par tranche d'âge...), collectivités (élus, décideurs) et enfants/ados sur les compétences psychosociales (conférence, information descendante) ;
3. Mettre en place des groupes d'analyse de la pratique
4. Réaliser un référentiel de « bonnes pratiques » adressé aux professionnels (éducateurs de jeunes enfants, assistantes maternelles, professionnels de l'enseignement, éducateurs PJJ...).

→ OBJECTIF 3 : Développer des programmes de promotion des compétences psychosociales chez les enfants dès le plus jeune âge, et soutenir la parentalité.

Objectifs opérationnels

1. Mettre en place des programmes/modules multi partenariaux en fonction des classes d'âge définis, associant parents, professionnels et enfants dans une démarche de développement des compétences psychosociales.

OBJECTIFS VOLET DES ADDICTIONS :

- ***Eviter l'usage régulier de produits psycho actifs auprès des publics prioritaires : jeunes scolarisés- Education Nationale, université, lycée agricole, Protection Judiciaire Jeunesse, Maisons Familiales et Rurales Centres de formation des apprentis, Instituts médico-éducatifs /Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques***

Objectifs opérationnels :

1. Développer des projets d'éducation pour la santé à destination du public cible
2. Mettre en place des formations en addictologie à destination des professionnels encadrant les jeunes.
3. Assurer la concertation des acteurs sur chaque territoire.
4. Favoriser l'orientation des jeunes vers les dispositifs existants

Public prioritaire : les jeunes de 16-25 ans.

- ***Eviter l'usage à risque de tous produits psycho actifs et réduire les risques sanitaires auprès des publics prioritaires PRAPS* et femmes** (en désir de grossesse ou enceintes)***

Objectifs opérationnels :

1. Développer les compétences des professionnels exerçant en périnatalité pour améliorer le repérage et l'orientation des publics cibles,

2. Mettre en place un programme de formation/sensibilisation en direction des professionnels exerçant auprès des publics PRAPS et femmes,
3. Renforcer les démarches d'intervention précoce pour les publics du PRAPS et les femmes,
4. Développer la diffusion des messages de prévention à destination de femmes.

Public prioritaire : publics PRAPS* et Femmes (désir grossesse ou début grossesse)**

*Public PRAPS : Adultes en insertion, familles monoparentales, jeunes en difficultés, sortis du système scolaire, gens du voyage, migrants, grands marginaux, détenus...

**Sources : consommation alcool et Tabac pendant la grossesse - DRESS ; Enquête nationale périnatale 2010 INSERM/DGS ; Grossesse et tabac /HAS - Plan MILDT 2013-2017

- ***Prévenir l'usage à risque et réduire les risques (Alcoolisation Ponctuelle Importante)***

Objectifs opérationnels :

1. Développer le repérage des consommateurs à risques par les encadrant / référents santé, conseillers d'orientation, médiateurs etc.,
2. Renforcer la cohérence et le travail en réseau des acteurs de prévention, d'urgences, soins, justice, de l'enseignement et de sécurité,
3. Sensibiliser les parents, professionnels, et le public cible sur les risques à courts et longs termes.

Public prioritaire : jeunes 17-30 ans (lycéens, étudiants, apprentis, jeunes insérés)

- ***Prévenir l'usage à risque et réduire les risques en milieux festifs (festivals, fêtes de la musique, regroupements festifs en centre ville ; soirées étudiantes free/rave party, Sound system, foire, événements sportifs, etc. ...)***

Objectifs opérationnels :

1. Responsabiliser les organisateurs de tout évènement festif à la prévention et réduction des risques en milieux festifs (festivals, soirées étudiantes, free party, foire, sportif...),
2. Sensibiliser les collectivités (élus et techniciens) à l'importance de la mise en place de mesures de prévention lors d'évènements festifs,
3. Renforcer les dispositifs actuels de prévention et de réduction des risques en milieux festifs.

Public prioritaire : les élus, les présidents d'associations, étudiants, les débitants de boissons et commerçants, CFA /apprentis, organisateurs d'évènements festifs, jeunes en errance, poly-consommateurs.

OBJECTIFS VOLET DE LA SANTE MENTALE ET PREVENTION DU SUICIDE

- ***Eviter la tentative de suicide, la récurrence et réduire le nombre de suicides chez les « nouveaux » publics (apprentis, agriculteurs, chefs d'entreprises et personnes endeuillées par le suicide)***

- **OBJECTIF 1 : Mettre en place des sensibilisations et des formations pluridisciplinaires et inter-institutionnelles au repérage précoce de la souffrance psychique et du risque suicidaire à destination des acteurs « sentinelles »**

NB : un acteur « sentinelle » est un acteur en contact direct avec le public cible.

- **OBJECTIF 2 : Développer une culture commune en matière de prévention du suicide sur ces publics cibles**

Objectifs opérationnels :

1. Mettre en place des réunions de réseau entre les différents acteurs ;
2. Créer des cellules de veille ;
3. Mettre en place des groupes d'échange d'analyse de pratiques ;
4. Organiser des ateliers thématiques ;
5. Créer des outils facilitant la transmission d'informations interprofessionnelles (priorité pour les personnes endeuillées par le suicide)

- **OBJECTIF 3 : Faciliter l'orientation et l'accès aux soins des publics cibles**

Objectifs opérationnels :

1. Faciliter l'articulation entre les cellules de veille et les structures de prise en charge ;
2. Créer et diffuser des supports d'information en direction des publics sur les ressources de proximité
3. Informer les professionnels de première ligne (collectivités territoriales, gendarmes, pompiers, ...) pour favoriser l'orientation
4. Renforcer le soutien aux sentinelles/acteurs de première ligne en recensant les ressources de proximité (élaboration d'un annuaire, liste de contacts).
5. Mettre en place une ligne téléphonique dédiée au public cible
6. Créer des groupes parole à destination des publics cibles.
7. Proposer des entretiens de prévention et de soutien psychologique

- **OBJECTIF 4 : Renforcer le soutien à l'entourage**

Objectifs opérationnels :

1. Mettre en place des groupes d'échanges
2. Mettre en place des temps d'informations
3. Diffuser des informations auprès des familles endeuillées par un suicide sur les dispositifs existant
4. Proposer des entretiens de prévention et de soutien psychologique

- **OBJECTIF 5 : Soutenir les projets expérimentaux permettant de contribuer au développement de la recherche sur la prévention du suicide en région Poitou-Charentes.**

- **Renforcer le repérage précoce de la souffrance psychique, l'écoute et l'orientation des publics du PRAPS**

Les publics cibles du PRAPS sont : les jeunes adultes et adultes en insertion sociale ou situation professionnelle particulières (travailleurs saisonniers-intérim), les jeunes en difficulté et particulièrement les jeunes sortis du système scolaire sans aucune qualification, les ruraux isolés , les

familles monoparentales, les gens du voyage, les grands marginaux, les jeunes en errance, les SDF, les migrants, les personnes sous main de justice, les détenus et anciens détenus en démarche de réinsertion, les personnes se prostituant, ...

Objectifs opérationnels :

1. Renforcer le repérage précoce des publics « PRAPS » en souffrance psychique
2. Favoriser l'accès des publics « PRAPS » en souffrance psychique aux dispositifs d'écoute
3. Développer des formations et / ou sensibilisations pluridisciplinaires pour les professionnels de 1ère ligne sur les spécificités, la souffrance psychique et la santé mentale des publics « PRAPS »

Soutenir le travail en réseau et intersectoriel entre les professionnels de santé et du social

2. Plateforme « Nutrition, Maladies chroniques, Obésité, Activité physique »

Les axes stratégiques régionaux retenus sont les suivants :

- réduire les inégalités sociales de santé en matière de nutrition
- développer la pratique d'activités physiques quotidiennes et sportives et limiter la sédentarité.

Le processus de concertation, initié depuis février 2014, entre les différents acteurs de la région a permis de définir la nouvelle politique régionale en matière de nutrition pour les 3 ans à venir.

Les territoires d'intervention prioritaires ont été définis en fonction des statuts socio-économiques et sanitaires les plus défavorables de la région et des démarches déjà engagées, en lien avec l'ARS, en matière de nutrition dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, des Ateliers Santé Ville, de la Politique de la Ville et des Comités d'Acteurs.

Les orientations de la plateforme intègrent le plan régional sport santé bien-être Poitou-Charentes 2014-2016.

OBJECTIFS GENERAUX

I- Les publics précaires

- **Développer, chez les personnes en situation de précarité, l'envie d'être acteur de sa santé par l'acquisition de comportements nutritionnels adaptés**

Objectifs opérationnels :

- Sensibiliser, par la découverte d'activités, les familles en situation de précarité sur l'intérêt d'une pratique d'activités physiques sur la santé, le bien-être, l'estime de soi
- Contribuer à promouvoir des représentations positives des bénévoles et bénéficiaires de l'aide alimentaire face à l'alimentation par l'organisation de temps d'échanges
- Informer les personnes en situation de précarité par une communication adaptée et tenant compte des connaissances scientifiques, pour une meilleure appréhension des messages nutritionnels et la connaissance des produits
- Développer des ateliers de découverte de produits et d'éducation aux goûts auprès des personnes en situation de précarité
- Valoriser les compétences par la mutualisation des savoirs culinaires, par la proposition de recettes, par la découverte d'une culture ou d'un produit, par des ateliers intergénérationnels parents/enfants, grands-parents/petits enfants
- Former les bénévoles et salariés de l'aide alimentaire sur des messages de prévention simples et adaptés
- Mobiliser les acteurs par des espaces de concertation et de partage en vue de créer un maillage territorial d'acteurs pour mieux repérer les personnes en rupture relationnelle, identifier leur problème afin de proposer des actions adaptées.

- **Contribuer à stabiliser la prévalence de l'obésité et à réduire en 3 ans la prévalence du surpoids des populations en situation de précarité de 5 %**

Objectifs opérationnels :

- Inscrire dans un parcours de prévention adapté aux besoins de l'individu en situation de précarité des ateliers ou modules d'information nutritionnelle et des programmes d'accompagnement vers une pratique d'activité physique régulière et pérenne (atelier d'apprentissage culinaire, information, ateliers d'échanges culturels, éducation au goût, alimentation équilibrée et petit budget...)
 - Faciliter, aux personnes en situation de précarité, l'accessibilité aux actions nutritionnelles menées à l'échelle locale par l'établissement de partenariats entre structures (Centre sociaux, maisons de quartier, maison de la santé, structures d'aide alimentaire...)
 - Favoriser chez les professionnels ou bénévoles le partage d'expériences sur les actions menées et la mutualisation des moyens
 - Proposer et faire connaître aux professionnels de santé en charge du dépistage du surpoids et de l'obésité une offre d'ateliers.
- **Accompagner les personnes en situation de précarité pour concilier alimentation équilibrée et petit budget**

Objectifs opérationnels :

- Identifier, par une démarche personnalisée auprès de la personne en situation de précarité, les problèmes rencontrés pour arriver à concilier alimentation et petit budget
 - Mettre en place des actions adaptées aux problèmes rencontrés par les personnes en situation de précarité (apprendre à cuisiner avec des aliments de base et les produits de proximité, développer l'art d'accommoder les restes, proposer différentes recettes pour un même produit, aider à mieux gérer ses courses et choisir les aliments en fonction de la saisonnalité et de la qualité nutritionnelle, optimiser la gestion de son budget, identifier les astuces et bons plans d'achats, apporter des notions d'hygiène, de transformation et de conservation des aliments, développer l'esprit critique par rapport à la publicité, développer la compréhension de l'étiquetage nutritionnel, partage d'expériences...)
 - Favoriser l'envie de cultiver chez la personne en situation de précarité dans les espaces collectifs partagés de jardinage
 - Organiser les visites de producteurs, maraîchers locaux pour les personnes en situation de précarité.
- **Viser sur 6 ans une équité territoriale de l'offre alimentaire de qualité et diversifiée de l'aide alimentaire en Poitou-Charentes**

Objectifs opérationnels :

- Mettre en place des assises de l'aide alimentaire à destination des financeurs pour travailler sur une offre alimentaire adaptée (composée de 3 collèges : financeurs, associations d'aide alimentaire, donateurs).

- Créer une instance de coordination régionale sur la thématique de l'approvisionnement des structures d'aide alimentaire qui aura pour mission de définir les priorités régionales annuelles. (Priorité 2014 : identifier les besoins et développer les dons et systèmes logistiques permettant l'acheminement).

- **Favoriser la prise de conscience des Gens du Voyage entre leurs pratiques nutritionnelles et les conséquences sur leur santé**

Objectifs opérationnels :

- Identifier, avec les familles des gens du voyage, les pratiques alimentaires (où, quand, comment, pourquoi) et leurs activités physiques,
- Mettre en évidence avec les familles leurs problèmes liés aux pratiques alimentaires
- Faire émerger les conséquences positives et négatives sur leur santé
- Accompagner les familles sur ce qu'elles souhaitent ou peuvent modifier dans leurs pratiques alimentaires et activités physiques.

- **Améliorer les apports alimentaires des détenus par l'amélioration de la qualité des repas servis et par le développement d'actions de sensibilisation**

Objectifs opérationnels :

- Construire, avec la participation des détenus, 2 supports de formation à l'apprentissage de la cuisine d'ici 1 an
- Intégrer l'implication des personnes détenues dans des commissions « menus ».
- Orienter les personnes détenues « primo-arrivantes » vers des choix éclairés de consommation (messages de prévention sur la composition des repas, sur l'hygiène alimentaire et sur la pratique du « cantinage ») par la création d'un guide adapté.
- Etendre le comité de pilotage départemental 17 « Santé des détenus » à l'échelle régionale afin de poursuivre et faciliter la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé auprès des détenus au sein des établissements pénitentiaires.

II- Enfance, jeunesse

- **Favoriser la cohérence des messages en petite enfance entre les différents professionnels et entre les professionnels et les familles sur l'alimentation, l'activité physique, les écrans et le sommeil afin d'avoir des éléments communs de dialogue.**

Objectifs opérationnels :

- Co construire avec les acteurs concernés un module annuel régional actualisant les ressources et les messages sur « Alimentation, activité physique, écrans, sommeil pour la petite enfance » et destinée aux formateurs (formation initiale et continue) des professions d'accueil collectif du jeune enfant, des professions de santé, des assistantes maternelles, des assistants familiaux et de toute profession autour de l'enfant de 0 à 3 ans.
- Poursuivre et développer sur les 5 territoires de santé les modules d'échanges « Nutrition petite enfance » entre familles et professionnels de la petite enfance et de

santé sur le modèle expérimenté par la MSA / ASEPT Poitou-Charentes en milieu rural auprès des relais d'assistantes maternelles et des centres sociaux en élargissant aux autres thématiques liées à la nutrition (activité physique, écrans, sommeil)

- Poursuivre les journées d'échanges interprofessionnels sur les pratiques en offre alimentaire collective en petite enfance sur les 5 territoires de santé en priorisant les professionnels des structures concernées par la mise en place de repas [2015 (texte PSU/CAF) et en élargissant aux autres thématiques liées à la nutrition (activité physique, écrans, sommeil)
 - Insérer la thématique « nutrition et petite enfance » (ressources, besoins, obligations) dans le programme des journées de sensibilisation à la promotion de la santé organisées par l'IREPS dans la région auprès des élus.
- **Assurer une bonne communication auprès des bons interlocuteurs en matière de nutrition**

Objectifs Opérationnels :

- Sensibiliser les décideurs et les équipes (scolaire, périscolaire, protection de l'enfance –ASE et PJJ- et autres milieux) à l'intérêt en **santé publique** du **développement de jardins potagers et de plantations fruitières** autour de l'enfant dans tous ses milieux de vie
 - Valoriser les programmes d'éducation pour la santé dans le domaine de la nutrition (alimentation, activité physique, temps d'écran, sommeil), qui sont menés avec les **ressources actualisées du PNNS**, et qui sont inscrits dans le **projet de l'établissement** (projet d'école, projet éducatif et pédagogique, projet éducatif territorial, etc.) des structures accueillant des jeunes enfants, des enfants, des adolescents et des jeunes
 - Faire (et actualiser le cas échéant) un diagnostic sur les contenus des formations des animateurs, éducateurs, ATSEM, personnel communal du temps de repas, maitresse de maison, familles d'accueil, etc., portant sur l'offre et les temps alimentaires, la **compréhension et l'appropriation des repères PNNS de consommation par ces professionnels**, les ressources pour l'interactivité et l'impact positif sur le comportement des jeunes enfants et des enfants.
 - Insérer les exigences du décret sur l'offre alimentaire en restauration scolaire, le référentiel nutritionnel du GEM RCN et la norme AFNOR « temps du repas » dans le programme des **journées de sensibilisation à la promotion de la santé** organisées par l'IREPS dans la région auprès des **élus**.
 - Avec l'appui d'un groupe d'acteurs concernés par « **promotion de la santé, prévention des risques, handicap, enfance et adolescence** » et en lien avec le Comité d'Entente Régional, réaliser un diagnostic repérant les besoins en « nutrition santé » et un plan d'actions.
 - Promouvoir auprès des décideurs et équipes concernés les ressources régionales en **compétences** techniques et les **outils nutritionnels de la DRAAF destinés à la restauration collective** notamment pour l'application du décret du 30.09.2011 sur la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire.
- **Développer et promouvoir le réseau des collectivités actives PNNS.**

PRIORITES

1. Publics cibles

- Les publics en situation de précarité : les jeunes en difficulté et sortis du système scolaire, les jeunes sous protection judiciaire, les jeunes et adultes en insertion sociale et/ou professionnelle, les familles monoparentales, les personnes en errance, les grands marginaux, les gens du voyage, les migrants, les personnes sous main de justice, les personnes ayant recours à l'aide alimentaire, les travailleurs pauvres.
- Les enfants et jeunes âgés de 0 à 25 ans avec une attention particulière pour les enfants dès le plus jeune âge.
- Les personnes relais, les acteurs de première ligne en contact avec ces publics : professionnels et bénévoles du secteur sanitaire, social, sportif, éducatif et de l'insertion, de la restauration, etc...

2. Territoires prioritaires

En Deux-Sèvres :

- CLS de la Communauté d'Agglomération de Niort
- CLS du Pays Thouarsais
- Pays de Gâtine
- L'ensemble du territoire de santé

En Charente-Maritime :

- CLS/ASV de La Rochelle
- ASV de Rochefort
- Saintes
- Pays Haute Saintonge
- Pays Vals de Saintonge

En Vienne :

- CLS/ASV de Poitiers
- CLS/ASV de Châtellerauld
- Pays Montmorillonais
- Pays Loudunais

En Charente :

- CLS/ASV d'Angoulême
- CLS/ASV de Cognac
- CLS/ASV de Soyaux
- CLS du Pays Sud Charente
- CLS du Ruffécois (à venir)
- Pays Charente-Limousine

3. Stratégies d'intervention à privilégier

Proposer, à l'échelle locale (sur les territoires prioritaires), une stratégie concertée et coordonnée d'actions répondant aux objectifs cités précédemment.

Proposer un projet multi partenarial avec une perspective sur 3 ans.

3. Plateforme « Prévention de la perte de l'autonomie des personnes âgées » : contexte et objectifs

LES ENJEUX

- **Faire face à la triple transition : démographique, sanitaire et sociologique.**
 - ✓ **Transition démographique** de par le processus de vieillissement de la population qui entraîne une modification profonde et rapide de notre société, en transformant sa structure d'âge. Selon les projections démographiques de l'INSEE, un habitant sur 5 est âgé de 60 ans ou plus en 2005. Cette proportion passera à un sur trois en 2050.

Pour la région Poitou-Charentes, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 38% entre 2010 et 2030. La Charente maritime serait le territoire le plus marqué par cette évolution.
 - ✓ **Transition sociologique** du fait de la modification de la famille, de la place et du rôle de la génération pivot (45 ans à 64 ans) et l'évolution des liens intergénérationnels.
 - ✓ **Transition sanitaire**, au-delà de la transition épidémiologique, du fait de l'évolution sociale et des changements de comportement.
- **Prendre en compte l'espérance de vie sans incapacité, enjeu majeur de Santé publique.**

L'EFSI dans les années 1980 progressait plus vite que l'espérance de vie globale. Elle stagne depuis les années 2000 autour de 61,5 ans pour les hommes comme pour les femmes, alors que l'espérance de vie globale continue de progresser.

Les trois axes-pivots de la stratégie nationale de santé : miser sur la prévention, organiser les soins autour du patient et renforcer l'information et les droits des patients viennent donner la tonalité aux travaux en cours du législateur.

CONTEXTE LEGISLATIF

- **La future loi sur l'autonomie** a pour ambition de porter un projet de société embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge : l'**anticipation** par une prévention individuelle et collective ; l'**adaptation** de la société au vieillissement ; l'**accompagnement** des personnes âgées et de leurs familles lors de la perte d'autonomie.
- **La première orientation stratégique de la future loi de santé publique** inscrit la prévention comme un des socles de notre politique de santé.

LES MISSIONS

La plateforme dédiée à la Préservation de l'**Autonomie des Personnes avançant en âge**.

Susciter la rencontre et le partage des différents acteurs :

- Construire une logique d'intervention partagée par la recherche du consensus

- Identifier les ressources disponibles et négocier la participation aux projets, tout en prenant en compte les contraintes.
- Déployer sur les territoires, des actions pertinentes, efficaces et de qualité.
- Lancer des actions de recherche, de formation et de transfert liés au maintien de l'autonomie de la personne âgée.

La plateforme est ouverte à l'ensemble des acteurs qui adhèrent aux principes directeurs tels que formulés dans la convention d'adhésion à la Plateforme proposée aux différents acteurs : la dignité, la participation, l'autonomie au sens de pouvoir d'agir, l'équité. En outre, les acteurs dont les actions visent à prévenir l'autonomie des personnes âgées, interviennent dans un cadre stratégique défini.

LE CADRE STRATEGIQUE DE LA PLATEFORME

Le cadre stratégique se réfère au périmètre de la Plateforme tel qu'il a été défini lors de son inauguration **(1)** et mobilise plusieurs concepts-clefs **(2)**. Les moyens stratégiques, pour une réflexion partagée, ont consisté à mobiliser des groupes de travail **(3)** permettant d'approcher le problème global de la perte d'autonomie, selon différents angles d'approche.

1. Le périmètre de la plateforme

Le périmètre de la plateforme est déterminé par la démarche, les approches et le positionnement vis-à-vis du critère d'âge.

- Une démarche globale, interministérielle.
- Une approche visant à prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne se produisent et à promouvoir le maintien de la santé et du bien être.
- Une « approche écologique » prenant en compte les déterminants socio-environnementaux.
- La plateforme s'appuie sur les approches de promotion et d'éducation pour la santé et sur la prévention primaire et secondaire des risques.
- La plateforme intervient en amont des différents seuils d'âge fixés par construction sociale et qui déclenchent les prestations sociales. L'âge n'est pas le seul critère à prendre en compte pour discriminer des groupes de population.

2. Les concepts mobilisés

Les concepts et modèles issus des travaux de recherche permettent de renouveler les approches d'interventions.

- **Le concept de fragilité** donne un ancrage important à la notion de repérage, de détection des situations délétères.
- **Le concept de compensation**

La compensation est une aide ou ensemble d'aides de toute nature apportées à une personne subissant des altérations substantielles et durables de son état physique, intellectuel ou psychique afin d'améliorer les activités de la vie courante et de la vie sociale. Et ce, quels que soient l'âge et le facteur explicatif du besoin d'aide à l'autonomie de la personne. *(CNSA dans mots clefs de la perte d'autonomie)*.

- **Les modèles écologiques du vieillissement basés sur la relation entre la personne et son environnement**
- **Le concept de vieillissement selon une perspective positive** soutenu par les organisations de santé et les pouvoirs politiques fait référence à trois modèles : le vieillissement en santé, le vieillissement actif et le vieillissement réussi. Il s'agit de mettre l'accent sur le potentiel des personnes âgées et sur les façons de retrouver, de maintenir ou d'augmenter ses capacités.

3. Les groupes de travail

Les travaux des groupes de travail ont visé à questionner, selon divers angles d'approche, les problèmes de la préservation de l'autonomie. Trois groupes ont été constitués, prenant en compte les données épidémiologiques et les ressources sociologiques disponibles. Les trois rapports remis au Premier Ministre en mars 2013 pour la préparation de la future loi autonomie, complétant une importante littérature sur le sujet de la perte d'autonomie, ont été pris en compte dans la réflexion. **Les trois auteurs (Docteur Aquino, Luc Broussy et la Députée Martine Pinville) appellent à ne pas se focaliser sur la dépendance mais à adopter « une autre vision de l'avancée en âge ».**

- Ainsi, MME Martine Pinville, rapporteur de la loi « adaptation de la société au vieillissement » considère qu'en complément des démarches fondées sur de stricts critères d'âge, la promotion du vieillissement actif devrait aussi intervenir dans les moments de « rupture » et qu'il y a lieu de cibler les moments de « rupture » dans les trajectoires individuelles.

Le groupe de travail « l'avancée en âge confrontée aux événements de la vie » a permis d'approcher le Problème de la Préservation de l'autonomie selon un angle d'analyse sociologique en s'intéressant aux moments de rupture biographique.

- Plusieurs rapports ont souligné la nécessité de repérer la fragilité chez la personne âgée à domicile. La fragilité (ou vulnérabilité) confrontée à une situation à Risques engendre l'accident. Les accidents de la vie courante (AcVc) sont la troisième cause de mortalité en France, après les cancers et les maladies cardio-vasculaire. En outre, la réalisation du Risque provoque des pathologies en cascade, l'allongement des durées d'hospitalisation, un taux de ré-hospitalisation élevé, une institutionnalisation prématurée.

Le groupe de travail « les risques évitables à domicile », a permis d'approcher le Problème de la Préservation de l'autonomie au moyen des concepts de vulnérabilité ou fragilité et de facteur de risque.

- La forte prévalence de l'incontinence urinaire associée à un marqueur social important (conséquences) désigne l'incontinence urinaire comme un sujet de santé publique prioritaire. Cependant, ce sujet se révèle être mal défini et méconnu. Il est absent du paysage sanitaire. Les conséquences de l'incontinence sont insuffisamment connues : accidents de la vie courante, conséquences physiologiques, conséquences psychologiques, conséquences sur la vie affective, conséquences financières du fait de l'achat de protections onéreuses et non remboursées par la sécurité sociale. Les conséquences sociales doivent être soulignées puisque les contraintes quotidiennes et professionnelles, la stigmatisation sont source d'isolement social.

Le groupe de travail « l'incontinence urinaire, facteur d'isolement social » a questionné ce sujet de santé publique.

Les objectifs, prenant en compte le cadre stratégique, le périmètre de la plateforme, les ressources disponibles font l'objet d'une priorisation, sur chaque niveau : général, intermédiaire et opérationnel. Le niveau opérationnel est défini, quand à lui, dans une lettre de cadrage annuelle permettant aux promoteurs de déposer des projets.

DIFFERENTS NIVEAUX D'OBJECTIFS

Un des motifs de la création des plateformes de santé publique est de faire rencontrer la démarche descendante sous tendue par le niveau national, sous l'impulsion des instruments juridiques, avec celle ascendante soutenue par une réflexion croisée des acteurs de terrain.

Le projet de loi « adaptation de la société au vieillissement » adopté le 17 septembre 2014, en première lecture par l'assemblée nationale, fournit les grandes lignes stratégiques telles que souhaité par le législateur. La réflexion régionale des trois groupes de travaux vient enrichir, compléter et préciser la production impulsée par le niveau national.

1. Les impacts ultimes en santé recherchés

La préservation de l'autonomie suppose la recherche à long terme des effets suivants :

- **Une réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Les ISS sont accentuées par le vieillissement. Il y a lieu de noter, en effet, une grande hétérogénéité des situations personnelles à un âge identique.** On constate des différences selon le genre, selon le niveau d'autonomie, selon les conditions socioéconomiques, selon les générations, selon le lieu de résidence, selon le milieu culturel.
 - Un environnement socio-économique favorable à la santé
 - Une société tournée vers la recherche et l'innovation (cf Silver économie)
 - Des services de santé et des services sociaux répartis et organisés adéquatement
 - Un nouveau paradigme de santé se substituant au « tout thérapeutique »
 - Un environnement personnel sûr et favorable à la santé
 - Un renforcement du lien social, de la citoyenneté et du rôle politique des aînés
 - Une préservation du pouvoir d'agir des personnes

2. L'objectif général priorisé de la plateforme

- **Anticiper l'avancée en âge**
 - Permettre une avancée en âge en santé, dans un état de bien-être physique, mental et social.
 - Permettre à la personne âgée de maintenir son capital social et sa place dans la société

3. Les objectifs intermédiaires priorisés de la Plateforme

- **Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie**
 - Faire de la prévention l'affaire de tous
 - *Déconstruire les représentations de tous sur les personnes âgées*
 - *Favoriser l'appropriation et l'application des messages de prévention*

- *Améliorer la lisibilité et déconstruire les représentations sur l'incontinence urinaire*
- Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du bien-être des personnes âgées.
- Permettre aux personnes avançant en âge de mieux faire face aux événements de la vie et à la disparition de leurs entours sociaux.
 - Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière.
- **Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités**
 - Améliorer le repérage des risques de la perte d'autonomie et des fragilités.
 - *Promouvoir un environnement personnel sûr et favorable à la santé.*
 - Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement.
 - *Favoriser la participation sociale des aînés et l'entretien des réseaux sociaux ou de connaissances.*
 - Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés (PF nutrition et activités physiques -Plan régional sport santé bien être).
 - Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés (en lien avec la plateforme santé mentale).
- **Favoriser l'accès aux droits et aux services de proximité pour les personnes âgées**
 - Faire connaître les aides techniques et développer les actions collectives de prévention.

4. La plateforme « prévention des risques associés aux soins »

Les vigilances sanitaires restent diverses, de par leur champ de compétence, leur réglementation propre et leur organisation. Leur finalité est pourtant commune et vise la réduction des risques liés aux produits et aux pratiques, le plus souvent en milieu de soins (hospitalier et ambulatoire) mais aussi dans la communauté.

L'organisation régionalisée des vigilances n'est développée que pour la pharmacovigilance, la toxicovigilance et la pharmacovigilance, l'hématovigilance, l'infectiovigilance et la radiovigilance.

Il semble pourtant y avoir un intérêt majeur des vigilants régionaux à travailler ensemble dans des espaces dédiés.

Les objectifs cible d'une coordination des vigilances sanitaires et des structures d'appui sont de faciliter et de renforcer ce travail en commun des vigilants et des structures d'appui : partage d'informations, coordination des actions, gestion commune d'évènements...

La plateforme « *prévention des risques liés aux soins* » est animée par l'ARS depuis juin 2012 et fait participer l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT), le centre régional de pharmacovigilance (CRPV), l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), ainsi que les réseaux onco Poitou-Charentes et périnatal.

A ce titre, elle préfigure l'organisation attendue dans la prochaine loi de santé.

Il est également prévu d'étendre le périmètre de la plateforme aux ordres professionnels ainsi qu'aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS).

OBJECTIFS

- **Objectif 1** : L'objectif principal de la plateforme est d'assurer la coordination des actions contribuant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et partant à décliner les programmes nationaux au travers d'un programme régional de prévention des risques associés aux soins.

Objectifs opérationnels et principaux axes de travail :

- l'information du patient co-acteur de sa sécurité
- la gestion des évènements indésirables graves
- la formation, l'appui, la culture de sécurité
- la stratégie de juste utilisation des antibiotiques
- la prévention du risque infectieux

REALISATIONS

Les travaux de la plateforme ont d'ores et déjà commencé à porter leurs fruits.

C'est ainsi qu'ont été menées des actions individuelles ou collectives de formation et d'information : professionnels de santé, usagers, représentants des usagers (retour d'expérience, patient traceur, simulation...).

De la même manière, la construction – diffusion d'outils à destination des professionnels a permis notamment de diffuser une fiche de déclaration commune pour la pharmacovigilance, un livret de prescription et d'administration des médicaments à la personne âgée (Geriamed), un guide régional sur le bon usage des antibiotiques, une plaquette identitovigilance, des *serious games*, des scénarios...

Il convient également de citer la promotion des déclarations événements indésirables graves (EIG) tout comme un suivi et un accompagnement des signalements de ces EIG : analyse, plan d'actions.

Enfin, la plateforme a participé à la promotion et à l'accompagnement des événements nationaux via, en particulier, la semaine « sécurité des patients » et la journée « hygiène des mains ».

PERSPECTIVES

La plateforme prévoit les perspectives suivantes :

- Poursuivre l'accompagnement des établissements sanitaires et médico-sociaux pour améliorer la gestion des risques : actions communes et coordonnées de formation, information, sensibilisation, mise à disposition d'outils (groupes de travail pluridisciplinaires, structure régionale d'appui) et poursuite de la promotion de la déclaration des EIG.
- Renforcer les actions auprès des usagers.
- Mettre en place, en lien avec les ordres et URPS, un programme d'actions régional dans le secteur ambulatoire.

5. Plateformes à venir

1. Plateforme de la Santé reproductive et sexuelle (SSR)

Le périmètre de travail défini concerne

- Promotion SSR : différents aspects de la santé des femmes : santé maternelle et infantile, prévention et prise en charge des grossesses non désirées (ex. planification familiale), lutte contre les infections sexuellement transmissibles, prévention de la transmission mère-enfant du VIH.
- Promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire

Handicap et école, comportements addictifs et dépendances, santé des adolescents scolarisés (obésité, santé bucco-dentaire), Sida et hépatites.

Thématiques et périmètre identifiés

- IST (hépatites, VIH Sida)
- IVG
- Réseau périnatalité
- Surdité de l'enfant
- Questions du genre (violences)
- Vaccinations

OBJECTIFS

Les objectifs de cette plateforme seront construits à travers une dynamique analogue à celle des autres plateformes. Pour ce faire, le futur responsable de projet animera la plateforme et en assurera son organisation en vue d'elaborer et de proposer une stratégie régionale triennale de mise en oeuvre d'une politique publique propre à ce champ d'intervention (objectifs, actions opérationnelles, publics, territoires indicateurs).

2. Prévention et contrôle du désavantage induit par le cancer

Contexte général

Il conforte la nouvelle organisation et le fonctionnement en mode projet mis en oeuvre depuis 2013 au sein de la Direction de santé publique.

On note ainsi au point de vue,

Institutionnel :

- une Stratégie nationale de santé (SNS) mettant en avant la prévention, l'innovation, la cohérence technique et organisationnelle dans une démarche intersectorielle, afin d'optimiser les performances du système de santé,
- un plan cancer visant la réduction de l'impact socio-sanitaire et économique de la maladie, par une approche de prise en charge globale et intégrée,
- une gouvernance des politiques régionales de prévention des risques sanitaires et de promotion de la santé s'inscrivant dans le cadre de la Modernisation de l'action publique (MAP).

Sanitaire :

Une augmentation de la prévalence du cancer en France, avec une survie nette meilleure chez la femme d'une part et chez les plus jeunes (15 à 44 ans) d'autre part. *Aussi assiste-t-on à un changement de paradigme en ce qui concerne la vie avec un cancer, soit le passage d'une logique de durée de vie à une problématique de qualité de vie* (Inca, Les cancers en France. Edition 2013).

Approches et orientations stratégiques en Poitou-Charentes

Une politique de lutte contre le cancer, axée sur la prévention de la maladie et de ses conséquences en termes d'altération du bien-être individuel et collectif via le développement d'un dispositif de prise en charge régional global intégré (approche holistique),

- selon une logique de proximité territoriale et de continuité des parcours ;
- prenant en compte les préférences des usagers.

Elle vise :

- le renforcement des capacités institutionnelles en termes de pilotage avec l'appui de compétences complémentaires au sein de l'agence (transversalité), et organisationnelles en termes d'optimisation des parcours par une offre de santé globale et intégrée ;
- la réduction du désavantage (perte d'opportunités ou *capabilities*) et coûts induits par la maladie cancéreuse pour l'individu et la société ;
- la promotion et le renforcement de la responsabilité individuelle et collective (*empowerment*) par l'information et une implication effective de la population dans le processus décisionnel (choix stratégiques et opérationnels).

Champs de travail retenus pour la région

- Prévention primaire si en rapport avec l'innovation technologique uniquement (oncogénétique et mécanismes épigénétiques, biologie moléculaire, ...) ou prise en compte des aspects environnementaux,
- Prévention secondaire (qualité des moyens & tests de détection, et de prise en charge) et tertiaire (qualité de vie avec et après cancer)

Objectifs

Les objectifs à poursuivre à l'échelon régional seront définis et construits selon les modalités communes à toutes plateformes de politiques publiques de prévention de l'Agence.

Horizon temporel

Cycle de programmation triennal comme pour les autres plateformes de politiques publiques de prévention de l'Agence.

3. Education thérapeutique du patient (ETP)

73 programmes locaux en ETP étaient autorisés par l'ARS de Poitou-Charentes au 31 décembre 2013 (contre 66 en 2012 et 59 en 2011).

Après 3 ans de fonctionnement, un bilan des programmes autorisés, et particulièrement de ceux autorisés après la publication des décrets d'août fin 2010, peut être dressé et permet, à partir des enseignements tirés, de fixer des orientations de la politique régionale de développement.

Principales caractéristiques de l'offre en ETP en Poitou-Charentes

➤ *Un développement de l'ETP toujours hospitalo centré*

En moyenne sur 3 ans, près de 80 % des programmes sont réalisés à l'hôpital. Bien que l'année 2012 ait connu une amorce de développement des programmes ambulatoires, la part des programmes hospitaliers est toujours conséquente. Le mode de recrutement, quant à lui, reste principalement hospitalier, la proportion des patients en suivi ambulatoire en ville ou en consultation à l'hôpital étant de 43 % sur l'année 2013.

➤ *Une couverture inégale des territoires en ETP persistante*

Certaines zones ne sont pas couvertes par une offre d'éducation thérapeutique locale comme le nord des territoires de santé des Deux-Sèvres (Thouarsais, Bocage Bressuirais), de la Vienne (Loudunais), et de la Charente (Ruffécois). De même, le sud des Deux-Sèvres (Mellois), de la Vienne (Civraisien, Montmorillonnais) et de la Charente sont dépourvus d'offre en programmes d'éducation thérapeutique du patient. Les deux territoires de santé situés en Charente-Maritime disposent d'une offre qui apparaît un peu mieux répartie, bien qu'elle soit également hospitalo centrée.

➤ *Les priorités régionales de santé représentent 82% des programmes autorisés*

Sur les 11 groupes pathologiques recensés, les priorités représentent 82 % des programmes en 2013 (évolution de 4 points en 3 ans) et portent sur :

- Les maladies endocrinologiques et de la nutrition : diabète, obésité, insuffisance rénale chronique ;
- Les maladies respiratoires chroniques : asthme et Broncho Pneumopathie Obstructive ;
- Les maladies cardiovasculaires : hypertension artérielle (HTA), insuffisance cardiaque, coronaropathies et anticoagulants anti-vitamine K (AVK) ;
- Les cancers ;
- Les maladies en santé mentale : schizophrénie et troubles bipolaires.

➤ *Les bénéficiaires des programmes : en majorité les patients diabétiques*

Le diabète demeure la pathologie pour laquelle l'éducation thérapeutique est la plus pratiquée. Cette offre représente 28 % des programmes d'ETP et près de 52 % de la file active totale des programmes en 2012 et 2013. Elle apparaît cependant insuffisante en ambulatoire au regard du nombre de malades diabétiques non compliqués identifiés sur chaque territoire. Comme pour les autres pathologies, elle est inégalement répartie sur les territoires de santé.

➤ *L'émergence de nouveaux programmes prioritaires mais des difficultés à développer des programmes d'ETP portant sur les cancers*

Aucun programme n'était en œuvre au bénéfice des patients obèses jusqu'en 2011. C'est pourquoi l'agence a lancé un appel à projets "obésité" en février 2012 qui a abouti à l'autorisation de 9 programmes et d'un programme portant sur la mise en route du traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil destiné notamment aux personnes obèses.

3 programmes en santé mentale ont vu le jour en 2013 portés par deux structures hospitalières spécialisées sur les territoires de la Vienne et de la Charente.

Seul un programme concernant spécifiquement les patients cancéreux est autorisé depuis novembre 2013 à se mettre en œuvre au CHU de Poitiers (programme interrégional concernant plusieurs établissements). Il a pour objectif de mieux vivre avec sa thérapie orale au quotidien.

➤ *Le suivi des étapes de la démarche éducative est inégal entre programmes*

En moyenne, 1 patient sur 2 bénéficie d'un diagnostic éducatif et un peu plus d'1 patient sur 4 recevait une séance d'évaluation de fin de programme en 2013.

➤ *De plus en plus d'intervenants impliqués dans les programmes d'ETP*

En 2013, 573 personnes sont intervenues dans les programmes d'ETP contre 493 en 2012. Les infirmiers sont particulièrement impliqués dans cette démarche (37%). On observe une progression des diététiciens ainsi que des pharmaciens en 2013 dans l'implication des programmes et dans la formation spécifique à l'ETP. L'ETP fait appel à une diversité de professionnels de santé tels que des psychomotriciens, des ergothérapeutes, des orthophonistes, mais également à des assistants de service social, des éducateurs sportifs. Les programmes impliquent également des patients ressources et des associations de patients (essentiellement pour les pathologies du diabète).

Orientations de la politique régionale de développement de l'ETP

- Développement des programmes en ambulatoire sur des territoires non couverts
- Action de sensibilisation à l'ETP destinée aux professionnels libéraux sur un territoire ne disposant pas d'offre qui consisterait en une mise en situation de faire de l'ETP (en partenariat avec l'IREPS et un expert).
- Accompagnement méthodologique au montage de dossier par l'IREPS réservé aux structures libérales (financement par l'ARS).
- Aide financière à la formation de professionnels libéraux est prévue dans l'appel à projets 2014 relatif aux maisons de santé pluridisciplinaires (financée par l'agence).

➤ *Organisation des temps de travail avec les coordonnateurs de programmes*

Une demi-journée est prévue à Poitiers le 26 septembre prochain à l'attention des coordonnateurs de programmes au cours de laquelle l'évaluation quadriennale des programmes leur sera présentée par la Haute-Autorité de Santé.

➤ *Soutien aux initiatives de l'INCa pour faire émerger les programmes d'ETP en cancérologie*

- Le Plan Cancer 2014-2019 préconise le développement de programmes en ETP
- 2 appels à projets de l'Institut National du Cancer pour développer les programmes d'ETP en cancérologie afin d'aider les patients à mieux s'impliquer dans leur prise en charge pour une meilleure qualité de vie.

Cette initiative a été relayée par l'agence auprès des structures susceptibles d'être intéressées (communication sur le site internet de l'ARS Poitou-Charentes et promotion des appels à projets auprès des structures de santé de la région).

- Impulsion la dynamique de mise en œuvre des ateliers collectifs d'activité physique au sein des programmes

Dans le cadre du plan régional Sport Santé Bien être de Poitou-Charentes 2013-2016, il est prévu d'identifier les programmes d'ETP intégrant la pratique d'activité physique ainsi que les compétences mobilisées en activité physique.

27 programmes proposant 31 ateliers d'activité physique ont été identifiés ; les pathologies concernées étant le diabète, l'obésité, les maladies cardio vasculaires et les troubles bipolaires. Le recensement des compétences des animateurs est prévu à l'aide d'un questionnaire à transmettre aux coordonnateurs des programmes concernés. Au vu de l'exploitation des réponses, les éventuelles difficultés de mise en place des ateliers seront examinées en vue de rechercher des solutions.

- Poursuite du soutien à la formation ETP des associations de patients agréées

Depuis 2013, l'ARS finance la formation spécifique à l'éducation thérapeutique du patient destinée à des représentants d'associations de patients agréées (3 places). Une communication est prévue à l'intention du CISS qui relaye l'information aux associations locales. La sélection des demandes est effectuée conjointement entre l'IREPS et l'ARS.

- Adoption de nouvelles modalités de financement de l'ETP

Un travail conjoint entre deux directions de l'ARS, la Direction de l'Offre Sanitaire et Médico-Social et la Direction de la Santé Publique, devrait permettre d'instaurer des règles spécifiques pour favoriser les programmes dans le secteur ambulatoire ainsi que ceux ayant suivi les 4 étapes de la démarche éducative (aspect qualité du programme). L'adoption d'un nouveau système de financement fera l'objet d'une communication auprès des structures porteuses des programmes en amont (application à partir de 2015).

VI. Lutte contre la précarité et santé pour tous

Les difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins, observées chez les personnes en situation de grande précarité sont les plus évidentes. Il existe également au sein de la population générale, un lien entre état de santé et position dans la hiérarchie sociale. Ainsi, dans chaque catégorie sociale, le niveau de morbi-mortalité est plus élevé que dans le groupe immédiatement supérieur. Ce phénomène est appelé « gradient social » des inégalités de santé.

A. Situation en Poitou-Charentes :

Les données ci après (« Etat des lieux de la pauvreté en Poitou-Charentes » Les nouveaux géographes, septembre 2013) visent à rappeler les principales caractéristiques de la région au regard de la pauvreté et de la précarité. En ce qui concerne l'observation des inégalités sociales de santé, il faut se référer principalement à des études menées à l'échelle nationale.

▪ La population :

Le taux de pauvreté monétaire en Poitou-Charentes en 2010 est de 14,3 % **soit 0,2 % de plus que la France Métropolitaine** : 246 700 personnes vivent sous le seuil de pauvreté fixé à 60% du revenu médian (environ 964 € par mois).

La région Poitou-Charentes est la 10^{ème} région où le taux de pauvreté est le plus important et la 5^{ème} région si l'on considère ce taux chez **les personnes âgées**.

La pauvreté touche principalement les « profils » suivants : les personnes isolées en milieu rural, les habitants de certains quartiers urbains, les jeunes, les familles monoparentales, les personnes âgées.

A noter, en ce qui concerne **les jeunes**, (Cereq, enquête Génération 2007 sur les sortants du système scolaire en région Poitou-Charentes, exploitation Conseil régional du Poitou-Charentes) que 2 jeunes sur 10 sont sortis du système scolaire sans diplôme en 2007. Ce taux semble en augmentation et à un niveau supérieur à celui observé au niveau national. Cela représente près de 4 000 personnes pour la génération 2007.

L'illettrisme touche 113 500 adultes (dont 30% dans les deux Sèvres) et de très nombreux jeunes sont en difficulté avec l'écrit.

Le Poitou-Charentes n'est pas épargné par la crise économique : 53 220 personnes étaient au chômage depuis plus d'un an au 31 mars 2013 auxquelles s'ajoutent 50 000 travailleurs pauvres.

Selon **le baromètre santé Poitou-Charentes 2010**, près de 9% des 15-85 ans ont déclaré qu'ils avaient renoncé à des soins pour des raisons financières. Chez les personnes ayant un emploi, cette proportion représente 9,4%, elle est de 7,4% pour les étudiants, de 6,5% pour les retraités, 13,7% pour les autres inactifs et de 14,2% pour les chômeurs.

Pour mémoire, **les publics cibles du Programme Régional d'Accès aux droits et à la prévention et aux soins** sont : les jeunes en difficulté et en particulier ceux sortis du système scolaire sans aucune qualification, les jeunes sous protection judiciaire, les adultes en insertion sociale et/ou professionnelle, les travailleurs pauvres, les familles monoparentales, les grands marginaux, les gens du voyage, les migrants, les personnes sous mains de justice.

- **Les territoires:**

Parmi les 246 700 personnes sous le seuil de pauvreté, 87 000 vivent en Charente- Maritime, 58 500 en Vienne, 53 000 en Charente (taux le plus élevé) et 47 800 dans les deux Sèvres (taux le moins élevé).

Pour apprécier les inégalités entre les territoires, il est possible de s'appuyer sur deux études :

- une **typologie socio-sanitaire des cantons** de Poitou-Charentes (travaux menés par l'ORS en 2007) permettant d'identifier des territoires prioritaires (cantons de classe 1 et 2 cumulant des indicateurs de mortalité et des indicateurs socio démographiques moins favorables) et mettant en évidence des profils différents selon le territoire (urbains périurbains, ruraux).

- un essai de **typologie des EPCI** (établissements publics de coopération intercommunale) **au regard des indicateurs de risque de pauvreté** (Les « nouveaux géographes », en 2013). Ainsi, à l'échelle locale, plusieurs phénomènes se conjuguent et viennent fragiliser certaines populations, et donc certains territoires qui concentrent les populations les plus fragiles. Parmi ces facteurs, on peut relever : le fort taux de chômage et d'inactivité, la proportion des travailleurs dits « pauvres » ou à bas revenus, la part de la population vivant dans une commune très rurale (hors influence des pôles urbains), la part des retraités dans la population, la part des familles monoparentales dans l'ensemble des familles, la part des plus de 15 ans sans diplôme ou qualification.

Il convient également de prendre en compte les **nouveaux territoires de la politique de la Ville** retenus sur la base des bas revenus des habitants. La publication d'un décret est prévue en octobre 2014 et devrait permettre de cibler : Angoulême, La Couronne, Soyaux, Cognac (Charente) ; La Rochelle, Saintes, Rochefort et Royan (Charente Maritime), Niort, Bressuire et Thouars (Deux-Sèvres) et Poitiers, Châtelleraut (Vienne).

B. La politique régionale de prévention participe à l'effort de réduction des inégalités sociales de santé :

- **la nouvelle gouvernance des politiques publiques de prévention engagée en Poitou-Charentes doit bénéficier à tous :**

Cet enjeu repose sur plusieurs démarches complémentaires :

- une **approche globale de santé** qui prend en compte les déterminants sociaux de santé,
- une **approche territoriale** facilitant l'implication des personnes et la coordination des acteurs,
- une **approche populationnelle** pour garantir l'accès à la santé pour tous (y compris pour les personnes en situation de vulnérabilité que celle-ci soit liée à la précarité, à l'âge, au handicap, aux troubles psychiques, ...)

- **les efforts en matière de réduction des inégalités de santé au sein des politiques publiques de prévention doivent être visibles :**

L'effort en matière de réduction des inégalités de santé doit être apprécié dans le cadre :

- de **priorités populationnelles et territoriales** mieux ciblées et partagées, fondées sur les déterminants de santé et sur une observation continue de l'état de santé de la population,
- de **mesures d'impact** des décisions de politique publique sur la santé,
- d'une **utilisation optimale des ressources** (FIR, MIGAC, crédits fléchés, ...)
-

C. Quels leviers pour agir contre les inégalités sociales de santé en région ?

La prévention a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé, ceci en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé (cf. SFSP).

Les plateformes de prévention :

Elles constituent un bon levier pour la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé. La réduction des ISS peut être appréhendée comme un objectif transversal. Pour soutenir l'effort de réduction des inégalités sociales de santé et à titre d'exemple, on peut envisager un engagement commun sur cet objectif dans le cadre de la convention d'adhésion, des possibilités de formation des acteurs et décideurs à la prise en compte des déterminants de santé, une identification avec les partenaires de leviers d'actions, des travaux d'étude ou expérimentations ...

C'est notamment le cas pour les plateformes Nutrition, santé mentale qui ont prévu des actions spécifiquement orientées vers les catégories sociales défavorisées. Ce critère a également joué pour la sélection des territoires à privilégier pour nos actions prioritaires.

Les dynamiques sur les territoires (CLS, contrats Ville, ...) :

Elles permettent à l'ARS de traduire les orientations régionales et les priorités en matière de prévention, en actions pertinentes et concrètes sur les différents territoires. Les démarches de réduction des inégalités sociales de santé s'appuient aujourd'hui sur les Contrats Locaux de Santé, les futurs contrats Ville et autres démarches territoriales.

La coordination institutionnelle (CCPP) :

Elle peut notamment être un levier pour mieux cibler les acteurs de prévention et leur place dans les dispositifs financés par l'Ars.



SCHÉMA RÉGIONAL DE PREVENTION

Annexe 1

Synthèse des Travaux de l'Observatoire Régional de Santé Poitou-Charentes sur la thématique Santé mentale et suicide (2014)

Erreur ! Liaison incorrecte.



SCHÉMA RÉGIONAL DE PREVENTION

Annexe 2

**Synthèse des Travaux de l'Observatoire Régional de Santé
Poitou-Charentes sur la thématique
Addictions
(2014)**

Erreur ! Liaison incorrecte.



SCHÉMA RÉGIONAL DE PREVENTION

Annexe 3

**Synthèse des Travaux de l'Observatoire Régional de Santé
Poitou-Charentes sur la thématique
Autonomie des Personnes âgées
(2014)**

Erreur ! Liaison incorrecte.



SCHÉMA RÉGIONAL DE PREVENTION

Annexe 4

Synthèse des Travaux de l'Observatoire Régional de Santé Poitou-Charentes sur la thématique Nutrition, Obésité, Activités Physiques (2014)

Erreur ! Liaison incorrecte.