

SRP

Schémas régionaux

Schéma régional
de prévention (SRP)



Sommaire



➤ Rappel des cadres de référence, des objectifs du PSRS et du champ du SRP	5
➤ VAGUSAN	9
➤ Volet prévention promotion de la santé	47
➤ Annexes	103
> annexe 1 Vagusan	103
> annexe 2 Volet prévention et promotion de la santé .	107





Rappel des cadres de référence, des objectifs du PSRS et du champ du SRP



Sommaire

- 1. Le projet régional de santé6
- 2. Le plan stratégique régional de santé6
- 3. Le schéma régional de prévention6

1. LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Comme le prévoit le décret du 18 mai 2010, le projet régional de santé (PRS) d'Aquitaine définit la politique régionale de santé pour la période 2012-2016, dans le double objectif d'améliorer la santé des Aquitains et l'efficacité du système de santé.

Le PRS se compose :

- > d'un plan stratégique régional de santé (PSRS) qui définit les principes, les orientations et les objectifs régionaux de santé ;
- > de trois schémas organisant la prévention (SRP), l'offre de soins (SROS) et l'offre médico-sociale (SROMS) ;
- > de programmes d'actions, dont certains sont obligatoires, et d'autres spécifiques à la région. Les programmes déclinent les plans et programmes nationaux.

2. LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

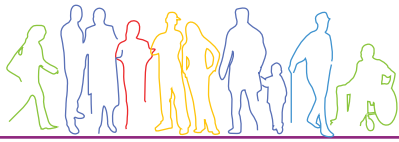
Le PSRS a défini quatre orientations stratégiques prioritaires et transversales pour organiser la politique de santé en Aquitaine :

- Orientation n°1** : Développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé.
- Orientation n°2** : Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge médico-sociales.
- Orientation n°3** : Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises.
- Orientation n°4** : Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional.

Ces quatre orientations doivent se développer dans les trois schémas et dans l'ensemble des programmes régionaux.

3. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Comme le précise le guide méthodologique élaboré par le ministère de la santé et des sports et le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, le schéma régional de prévention (SRP) constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires. Il vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances, etc. Il cherche également à améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités.



Le SRP s'inscrit dans les trois finalités poursuivies par la politique nationale de santé :

- > promouvoir l'égalité devant la santé, dès les âges les plus jeunes de la vie ;
- > préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun ;
- > renforcer la protection de la santé face aux évolutions des enjeux sanitaires.

Il s'appuie sur les principes suivants :

- > une approche globale : approche intersectorielle prenant en compte les déterminants de la santé, approche intégrée et personnalisée des situations de santé ;
- > une réponse fondée sur des connaissances scientifiquement validées ;
- > une prise en charge adaptée aux situations de santé ;
- > une politique pilotée et évaluée ;
- > une action lisible et en mesure de susciter l'adhésion de la population.

Le code de la santé publique précise dans son article R.1434-3 que le schéma régional de prévention comporte :

- 1.** Des actions, médicales ou non, concourant à :
 - la promotion de la santé de l'ensemble de la population,
 - la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage,
 - la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique.
- 2.** Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;
- 3.** Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;
- 4.** Les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;
- 5.** Les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

Les autres actions de prévention et de promotion de la santé menées par les collectivités, organismes et services ministériels, mises en œuvre dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile doivent être prises en compte par les SRP.

Le SRP est constitué de deux volets :

- > le volet « veille, alerte et gestion des urgences sanitaires » (VAGUSAN),
- > le volet prévention – promotion de la santé.





VAGUSAN



Sommaire

► Introduction	10	► III. Programme d'action / Evaluation / Fiches opérationnelles	40
► I. Etat des lieux	14	> Objectif Stratégique 1 : Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires en Aquitaine	40
> 1. Risques sanitaires : Généralités	14	> Objectif stratégique 2 : Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes	41
> 2. Risques sanitaires : Spécificités en Aquitaine	16	> Objectif stratégique 3 : Développer le signalement	42
> 3. Organisation de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires en Aquitaine	18	> Objectif stratégique 4 : améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires.	43
► II. Objectifs	22	> Objectif stratégique 5 : améliorer la communication sur les urgences sanitaires et la gestion de crise	45
> 1. Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires en Aquitaine	22	► Annexe	103
> 2. Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes	29		
> 3. Développer le signalement	31		
> 4. Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires	34		
> 5. Développer la communication sur les urgences sanitaires	38		

INTRODUCTION¹

Ces dernières décennies ont été marquées par la survenue de crises sanitaires de grande ampleur telles que l'affaire du sang contaminé en 1983, la « vache folle » en 1995, l'affaire de l'amiante à la fin des années 90, la canicule et l'épidémie de SRAS en 2003, la grippe aviaire de 2004, le Chikungunya en 2006, la grippe A (H1N1) en 2009 et les infections à Escherichia Coli O104 : H4 en 2011. Ces crises sanitaires ont conduit à des réformes institutionnelles qui ont accompagné une évolution du dispositif de veille et de sécurité sanitaire.

Jusqu'en 1984, le dispositif français d'alerte reposait sur la notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO). En 1985, cette stratégie a été révisée² conduisant à la création de réseaux de professionnels de santé, ainsi qu'à une meilleure utilisation des informations provenant des laboratoires nationaux de référence.

Ce dispositif s'est enrichi, en 1988, par la mise en place de comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) et, en 1992, par des structures de coordination (les Centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (Cclin) et le Comité technique national des infections nosocomiales). Enfin, en 1995, une cellule ministérielle était rattachée à la Direction générale de la santé (DGS) et à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

En juin 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP) est créé. Il a pour mission de coordonner, d'animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologique des organismes en charge de la politique de santé publique.

En 1994, l'action du RNSP est renforcée par la création de Cellules interrégionales d'épidémiologie devenues aujourd'hui Cellules de l'InVS en région (Cire) dans le but d'appuyer les services déconcentrés pour l'accomplissement de leurs missions d'investigation et de gestion des alertes sanitaires.

L'apparition de nouvelles menaces et la modification de la situation épidémiologique de maladies conduisent le RNSP et la DGS, en 1994-1995, à réviser la stratégie de surveillance des maladies transmissibles.

En 1998, l'Institut de veille sanitaire (InVS) est créé. Ses missions de « veille et vigilance sanitaires » et d'« alerte sanitaire » ont été réaffirmées dans la loi de santé publique d'août 2004.

En parallèle à cette évolution de la veille sanitaire en France, des réseaux internationaux sur les maladies transmissibles en Europe se développent au cours des années 90.

Par ailleurs, la loi de Santé publique du 9 août 2004 a prévu l'élaboration par chaque Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) d'un Plan régional de santé publique. Celui-ci comprenait un volet portant sur la veille et la sécurité sanitaire (VSS) : le Plan régional d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire (Pragsus). En Aquitaine, les priorités retenues étaient de renforcer l'organisation des structures responsables de la veille sanitaire et animer un réseau actif dans chaque département et au niveau régional ; d'adopter une stratégie de développement et de renforcement de la veille sanitaire commune pour l'ensemble des départements ; d'optimiser la gestion des situations d'urgence sanitaire ; de renforcer les stratégies de communication et de formation en matière de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires et des crises.

1. Historique jusqu'en 2006 : Plan régional d'alerte et de gestion des urgences sanitaires (Pragsus) Aquitain (2006-2010)

2. E.Bouvet - Une nouvelle conception de la surveillance des maladies transmissibles. BEH 20/1985:81-82



La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a créé les Agences régionales de santé (ARS), mises en place le 1^{er} avril 2010. Celles-ci ont dû se munir d'un dispositif de VSS permettant une continuité de la réception et du traitement des signaux. Pour ce faire, elles se sont dotées d'une plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires, organisée autour de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) et de la Cellule de l'InVS en région (Cire). Ce nouveau dispositif doit permettre une plus grande professionnalisation des personnes en charge de la veille et bénéficie de la mobilisation systématique et permanente des compétences d'évaluation et d'investigation de l'InVS³. Il prend en compte les liens entre environnement et santé, et, entre travail et santé (cf. encadré).

Conformément à l'article L 1430-1 du Code de la santé publique, chaque ARS élabore un Projet régional de santé (PRS) : « *Le Projet Régional de Santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.* »

Ainsi, le PRS est adopté pour 5 ans (2012 – 2016). Il se compose d'un Plan stratégique régional de santé (PSRS) fixant les orientations et objectifs de santé pour la région, de trois schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention (Schéma régional de prévention – SRP), d'organisation des soins (Schéma régional d'organisation des soins – SROS) et d'organisation médico-sociale (Schéma régional de l'organisation médico-sociale – SROMS), et de programmes spécifiques d'application de ces schémas.

Le Schéma régional de prévention (SRP) se compose de deux parties :

- > Un volet relatif à la Veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (Vagusan).
- > Un volet relatif à la Prévention et à la promotion de la santé, et à la santé environnementale (PPS).

Le Vagusan s'inscrit dans la continuité du Pragsus. Bien plus qu'une mise à jour de ce dernier, il tire les conséquences de la création des Plateformes régionales de veille et d'urgences sanitaires au sein des ARS, il s'attache à renforcer les liens avec les acteurs territoriaux de la santé publique et plus particulièrement de la VSS tout en respectant un continuum prévention – alerte – gestion des situations sanitaires. En Aquitaine, il intègre les compétences zonales de l'ARS qui est également ARS de zone de défense Sud-ouest (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes).

Après avoir balayé les risques sanitaires en Aquitaine et avoir dressé un état des lieux régional des dispositifs de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, seront présentés les objectifs retenus pour renforcer ces dispositifs. Ces objectifs seront ensuite déclinés dans un programme d'action accompagné des modalités d'évaluation.

3. Note du 20 avril 2010 du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et du Directeur général de la santé, à l'attention des directeurs généraux des ARS, relative à la veille et à l'urgence sanitaire dans les ARS – aux principes d'organisation et de fonctionnement

Contexte spécifique de la Santé environnementale

L'impact de l'environnement sur la santé humaine fait partie des préoccupations majeures de Santé Publique. Introduite en France, dès le XIX^{ème} siècle, la prise en compte du lien santé-environnement n'a cessé de progresser. D'abord sectorielle et segmentée, puis transverse, l'approche s'est développée au travers de la qualité des milieux (eau, air, sol, aliments...), des conditions de vie (habitat, travail, loisirs...), de l'impact des activités humaines (installations classées, police de l'eau, déchets...), de contaminants spécifiques (bactériologie, nitrates, pesticides, amiante, plomb, ..), par une approche des pathologies environnementales (légiionelloses, cancer...) ou dans les plans de secours pour limiter les conséquences des catastrophes naturelles (inondations, tempêtes, canicule, grand froid...) ou technologiques (marées noires, accident sur installations SEVESO...).

Dans cette évolution, la législation et la réglementation ont été et sont des moyens opérationnels pour connaître, contrôler, maintenir ou corriger l'état de l'environnement en vue de protéger et améliorer la santé humaine. La mise en œuvre de ces outils réglementaires reste une mission et une responsabilité importantes inscrite, parfois, dans des obligations internationales (directives européennes sur la qualité de l'air, des eaux potables, des eaux de baignade...). Dans ce cadre, l'information sur l'état des milieux est devenue une obligation, un droit du citoyen et un levier pour les individus qui peuvent devenir acteur de leur santé en adaptant leur comportement (dispositif d'alerte aux pollutions de l'air, de l'eau...).

Par ailleurs, prévu par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le PNSE (Plan National Santé Environnement) est un des cinq grands plans de santé publique, à renouveler tous les cinq ans. Il constitue une réponse de la France, à son engagement à élaborer un PNSE pour l'enfant, engagement pris à Londres en 1999, lors de la conférence des pays de la zone Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé, comme 42 autres pays. Le PNSE 1 (2003-2008) a permis l'émergence de la santé environnement en tant que thématique à part entière, en coordonnant les actions communes des différents services de l'État. Il a été élaboré sur la base d'un rapport d'une commission d'orientation qui a réalisé un diagnostic scientifique et émis des recommandations sur les risques sanitaires liés à l'environnement dans tous les milieux de vie (y compris le milieu professionnel). Le PNSE 2 (2009-2013) s'inscrit dans la continuité du premier plan, bénéficiant de ses enseignements. Il retient des engagements pertinents élaborés à la suite des tables rondes du Grenelle de l'environnement. D'autre part, le PNSE 2 s'inscrit également dans l'ensemble des plans mis en œuvre par les pouvoirs publics pour réduire les agressions de l'homme sur son environnement ou pour le protéger de l'impact sanitaire qu'elles engendrent.

La loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit aussi l'élaboration, tous les 5 ans, d'un Programme Régional Santé Environnement (PRSE). Ce PRSE est la déclinaison régionale du PNSE. Il est aussi la prise en compte des particularités régionales. Il constitue le volet environnement du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). En Aquitaine, le PRSE 2 a été adopté par le Préfet de Région le 29 novembre 2010. Ce plan prévoit un programme d'actions opérationnelles s'articulant autour d'un principe général de « Réduire les inégalités environnementales en Aquitaine », avec un fil conducteur « Agir mieux pour vivre mieux » et visant un public prioritaire : les enfants et les jeunes.



Contexte spécifique de la Santé au travail

A la croisée des politiques du travail, de santé et d'emploi, la santé au travail est au cœur des préoccupations du ministère chargé du travail, de l'emploi et de la santé. Dans un contexte marqué par des restructurations d'entreprises, de constantes mutations techniques et économiques ou encore par la nécessité du maintien dans l'emploi des seniors ainsi que par des exigences fortes en matière de qualité de l'emploi, la nouvelle programmation présentée dans le plan de santé travail constitue un enjeu fort.

Afin de mettre en application ces politiques de santé au travail, le ministère a élaboré un premier Plan National de Santé au Travail (PNST) décliné en région en Plan Régional de Santé au Travail (PRST) depuis 2005. Actuellement, le PRST 2 (2010-2014) définit les orientations de la politique de santé au travail en recherchant une cohérence d'ensemble des stratégies et des actions menées par tous les intervenants de la santé au travail. Il passe par la mise en œuvre d'actions visant à prévenir les risques professionnels et le mal-être au travail, à réduire les accidents et maladies professionnels et à prévenir la pénibilité, l'usure prématurée due au travail et la dégradation de santé ainsi que leurs conséquences en termes de désinsertion professionnelle et de départs précoces de l'entreprise. Cela suppose d'améliorer les conditions de travail tout au long de la vie et de savoir s'adapter et répondre à l'apparition de nouveaux risques.

Le PRST 2 est structuré autour de quatre axes : améliorer la connaissance en santé au travail ; poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels ; encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises notamment les PME et les TPE ; assurer le pilotage du plan, la communication, le développement et la diversification des outils pour une effectivité du droit. Son contenu reprend certaines mesures des plans nationaux, en particulier du plan cancer 2 (2009-2013) pour la connaissance des cancers professionnels et du Plan national santé environnement 2 (PNSE 2009-2013) pour la prévention du risque Cancérogène, mutagène et toxique pour la reproduction.

L'organisation de la santé au travail en France est régie par le code du travail. La surveillance médicale des salariés est sous la responsabilité des employeurs, elle est effectuée par les Services de santé au travail (SST) au sein desquels collaborent des équipes pluridisciplinaires constituées des médecins du travail, des Intervenants en Prévention des risques professionnels et des infirmiers. La mission exclusive des SST est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils conduisent des actions de santé au travail sur le milieu de travail ; conseillent les employeurs et les travailleurs sur les mesures nécessaires pour diminuer les risques professionnels, améliorer les conditions de travail, prévenir ou réduire la consommation de drogues ou alcool, la pénibilité, la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs ; et participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire

Les Direccte (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) sont chargées du contrôle de ces SST, ils bénéficient de l'appui technique des médecins inspecteur régionaux du travail. Ces derniers sont chargés aussi de l'animation des SST, ils donnent des avis aux inspecteurs du travail, participent à la veille sanitaire et aux études épidémiologiques.

I. ETAT DES LIEUX

1. RISQUES SANITAIRES : GÉNÉRALITÉS

Les risques sanitaires sont les risques susceptibles d'affecter la santé de la population. Ils sont liés à divers facteurs permettant leur regroupement en catégories.

Risques infectieux

Les risques infectieux peuvent être à l'origine d'une alerte ou d'une situation d'urgence sanitaire en raison de la gravité de la pathologie, de son potentiel épidémique ou de sa fréquence. Ainsi, l'urgence sanitaire peut être liée au caractère rare ou inhabituel de la maladie (ex : un seul cas de rage), ou, à l'inverse, à son caractère fréquent (ex : nombre élevé de bronchiolites ou de gastro-entérites saturant les systèmes de soins).

Parmi eux, le risque nosocomial (staphylococcies, streptococcies, aspergillose, bactéries multi-résistantes (BMR), entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)) et le risque lié aux zoonoses⁴ en sont des formes particulières.

Risques naturels et environnementaux

Les risques liés à l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou anthropogénique⁵, ne cessent de progresser dans leur prise en compte, motivée par l'amélioration de la connaissance de ces risques, par une meilleure prise de conscience collective et par une exigence citoyenne croissante.

Dans un domaine où les incertitudes restent nombreuses, l'apport des connaissances scientifiques, notamment l'épidémiologie, la toxicologie, les techniques de traitement de l'information et de modélisation, permettent de mieux objectiver l'évaluation des impacts et/ou des risques sanitaires liés à l'environnement.

Aujourd'hui, l'entrée du champ santé environnement est multiple, la qualité des milieux où l'homme vit et puise sa nourriture (eau, air, sol, aliments...), les conditions et les modes de vie (habitat, travail, loisirs, ...), l'impact cumulé des activités humaines (pollutions urbaines, industrielles, agricoles, les déchets, ..), les contaminants de l'environnement (microorganismes, nitrates, pesticides, amiante, plomb, PCB ..), les pathologies environnementales (légionelloses, cancer, ...), les conséquences des catastrophes naturelles (inondations, tempêtes, canicule, grand froid, ...) ou technologiques (marées noires, accident sur installations SEVESO, ...). Comme exposé en introduction, la qualité des milieux (eau, air, sol, déchets, ..) relève d'obligations légales construites pour la plupart dans des engagements internationaux, l'information du citoyen y est considérée comme une composante fondamentale. Dès lors, le non respect de ces obligations, de moyens et de résultats, présente des risques de contentieux et d'engagement des responsabilités, pénales ou financières.

Risques technologiques

Les principaux risques technologiques sont liés à l'activité industrielle, aux nouvelles technologies, au parc nucléaire et au transport de matières dangereuses (TMD).

Le risque industriel majeur est en lien avec un accident se produisant sur un site industriel et entraînant des conséquences immédiates graves pour le personnel, les riverains, les biens et l'environnement. Le risque industriel et chimique est un risque permanent susceptible d'être accru par des facteurs humains (malveillance, terrorisme, conflits sociaux) ou naturels (séismes, tempêtes).

4. Maladie touchant essentiellement les animaux, pouvant être transmise de l'animal à l'homme

5. Causé ou généré par l'être humain



Le risque radiologique et nucléaire est en lien avec la survenue éventuelle d'accidents, conduisant à un rejet d'éléments radioactifs à l'extérieur des conteneurs et enceintes prévus pour les contenir (cf. risque NRBC-E).

Le risque lié au transport de matières dangereuses (TMD). Un accident survenant lors d'un TMD peut avoir des conséquences graves pour la population, les biens et l'environnement, immédiatement (incendie, explosion, déversement) ou secondairement (pollution des eaux et des sols). Les conséquences sont directement liées au mode de transport (routier, ferroviaire, aérien, fluviale, maritime ou par canalisation).

Risques liés aux produits de santé

Les produits de santé, ainsi que les risques qui leur sont liés, sont de nature de plus en plus complexe. En effet, on compte parmi les produits de santé les médicaments, les dispositifs médicaux, les vaccins, mais également le lait maternel en provenance de lactariums, les médicaments dérivés du sang, les médicaments de thérapie génique, les tissus et organes d'origine animale et humaine, ou plus simplement les produits cosmétiques et les produits de tatouage.

Risques Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique et Explosif (NRBC – E)

Les risques NRBC – E, peuvent être d'origine accidentelle ou intentionnelle (malveillance, terrorisme).

Les attentats du 11 septembre 2001 et la crise de l'anthrax (lettres contaminées par du charbon) qui s'en est suivie ont amené à modifier l'approche de ces risques. L'objectif final du terrorisme NRBC – E est de déstabiliser les Etats. Pour y faire face, ceux-ci, doivent mettre en place des dispositifs de vigilance, de protection et de secours des populations.

Le risque nucléaire et radiologique

Il peut être lié à l'utilisation médicale ou industrielle de radioéléments, à leur transport ou à un dysfonctionnement grave sur une installation nucléaire industrielle. Qu'il ait un caractère accidentel ou malveillant (ou terroriste), le risque nucléaire ou radiologique se rapporte à une émission de matières radioactives ou à un niveau de radioactivité susceptible de porter atteinte à la santé publique.

Le risque biologique

Le bioterrorisme est l'utilisation ou la menace d'utilisation de virus, de bactéries, de champignons, de parasites ou de toxines comme armes biologiques dans le but de propager des maladies pour mettre en danger la santé de la population, des animaux et des végétaux.

Le risque chimique

Le risque chimique intéresse aussi bien les toxiques chimiques industriels que les agressifs de guerre.

Ces toxiques peuvent être à l'origine d'une pollution atmosphérique, d'une contamination des eaux superficielles ou souterraines, dont le danger est souvent d'expression immédiate (intoxication aiguë).

Le risque explosif

Le risque explosif a été rajouté aux risques NRBC. Il peut avoir des conséquences propres ou associées aux effets nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques.

2. RISQUES SANITAIRES : SPÉCIFICITÉS EN AQUITAINE

L'Aquitaine, en raison de son contexte géographique, démographique et socio-économique, présente certains risques particuliers. Ils évoluent en lien avec l'émergence de nouvelles pathologies, l'augmentation de la circulation des personnes, l'apparition croissante de résistance aux antibiotiques, le changement climatique, l'utilisation de nouvelles technologies, le vieillissement de la population et le contexte international.

Ce chapitre s'intéressera aux risques sanitaires susceptibles d'être à l'origine d'alertes ou de situations d'urgence sanitaire et plus particulièrement aux risques émergents.

Risques infectieux

On rencontre en Aquitaine, les pathologies que connaissent habituellement les grandes agglomérations (épidémies de grippe, de gastro-entérite, de bronchiolite, etc.).

La région a cependant connu des épidémies de pathologies plus rares mais à risque sanitaire élevé (cas groupés d'infection invasives à méningocoque du groupe C, épidémies de légionellose en 2002 et 2004, un cas d'importation de rage canine en 2004, épidémie de syndrome hémolytique et urémique (SHU) en lien avec la consommation de steak hachés en 2005, cas groupés d'infection invasive à méningocoque B dans les Landes en 2009, épidémie de SHU en lien avec la consommation de graines germées en 2011 à Bordeaux...).

La région est également touchée par les infections nosocomiales. Elles font l'objet d'une moyenne de 70 signalements à l'ARS chaque année. On compte ainsi plusieurs cas d'aspergilloses en chirurgie (2010), des cas de streptococcie A en maternité et des infections par bactéries multi-résistantes en réanimation (2008, 2010 et 2011).

Risques naturels et environnementaux

Les risques environnementaux sont liés aux caractéristiques naturelles et humaines de l'Aquitaine avec :

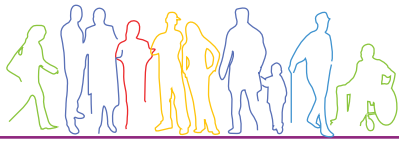
- > sa géographie : la plaine, la mer et la montagne, territoire charnière vers l'Europe du sud et l'Afrique du Nord,
- > sa population : plus concentrée sur 3 grands pôles urbains et la frange littorale, et plus dispersée sur un vaste espace rural avec des villes-centres,
- > son attrait important pour une population saisonnière, en séjour ou de passage, qui génère une activité économique conséquente sur l'ensemble du territoire,
- > une agriculture souvent intensive (vignobles, maïs, maraichage, élevages, forêt...),
- > des activités industrielles parfois fortement concentrées autour de l'agro-alimentaire, de la chimie, de la métallurgie, des activités portuaires,
- > des activités liées à la richesse en eau de l'Aquitaine (eaux de boisson, de loisirs, de jeux, de soins thermaux, de remise en forme, de thalassothérapie...).

En raison de ces caractéristiques tous les aspects du champ des risques environnementaux sont à considérer en Aquitaine : la qualité des milieux (eau, air, sol, aliments...), les conditions et les modes de vie (habitat, travail, loisirs...), l'impact ponctuel et cumulé des activités humaines (pôles urbains, pôles industriels, les déchets...), les contaminants de l'environnement (bactériologie, nitrates, pesticides, amiante, plomb, PCB...), les pathologies environnementales (légionelloses, cancer...).

La région est particulièrement soumise aux risques naturels. Elle a été fortement touchée par la tempête « Klaus » (2009), et à un moindre degré, par la tempête « Xynthia » (2010). Avec 270 km de côtes, elle est exposée à la pollution maritime.

Les risques d'inondation et de feux de forêts sont très présents. Elle est également soumise aux mouvements de terrain, séismes, avalanches et érosion côtière.

Le naufrage du « Prestige » et la marée noire qui s'en suivit en 2002 représente une catastrophe majeure sur le plan environnemental.



Risques technologiques

Les principaux risques technologiques en Aquitaine sont liés à l'activité industrielle, aux nouvelles technologies, au parc nucléaire et au transport de matières dangereuses (TMD).

La région compte près de 2 330 installations soumises à autorisation d'exploiter. Elle représente ainsi environ 5 % du parc national et se situe au 5^{ème} rang des régions françaises en termes d'environnement industriel. Parmi les établissements les plus à risque, 48 sont classés Seveso seuil haut et 33 Seveso seuil bas.

L'Aquitaine compte une installation nucléaire : la centrale du Blayais en Gironde. Un de ses départements, le Lot et Garonne, est également exposé à la centrale de Golfech située en région Midi-Pyrénées.

La région compte des axes routiers et ferroviaires très fréquentés notamment pour les échanges avec la péninsule ibérique. La région est aussi exposée sur sa façade maritime. Ainsi le risque lié au T.M.D. est particulièrement présent dans la région.

Risques liés aux produits de santé

Au-delà des risques présents comme dans le reste de la France, l'Aquitaine compte un lactarium. La collecte se fait dans 16 départements et les services de pédiatrie qui bénéficient de cette activité sortent des frontières de la région. L'ARS a traité en 2011, un évènement indésirable de fabrication de lait maternel lyophilisé à partir de la collecte d'une donneuse.

Risques émergents

L'Aquitaine compte quatre aéroports internationaux (Bordeaux, Biarritz, Pau et Bergerac) et deux grands ports (Bordeaux et Bayonne). La région est ainsi directement concernée par le risque d'apparition de maladies émergentes et de maladies d'importation (paludisme, SRAS, Chikungunya, grippe aviaire...).

Les épidémies de la dernière décennie (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) en 2003, Chikungunya en 2006, Grippe A : H1N1 en 2009) témoignent de la nécessité d'une coordination internationale.

Les changements climatiques sont probablement à l'origine de nouveaux types de risques émergents. L'Aquitaine subit l'invasion progressive de ses plages, pendant la période estivale, par des physalies à l'origine d'une augmentation très importante du taux d'envenimations depuis 2010. Les canicules de 2003 et de 2006 n'ont pas épargné la région.

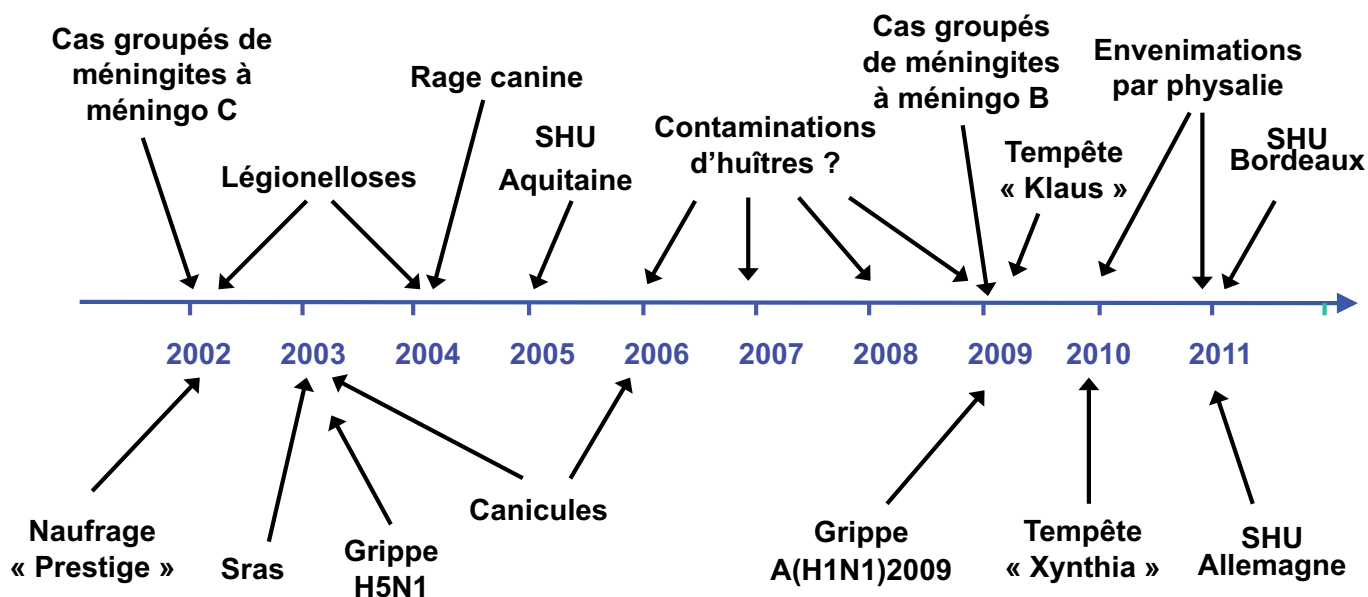
Autres risques

Le retentissement régional d'un évènement à dimension sociale ou politique, qu'il soit international (adoption d'enfants en provenance d'Haïti suite au séisme de 2010), national (blocage d'approvisionnement de carburants lors de mouvements sociaux) ou local (suicide dans un établissement de santé) peut aboutir à une crise dont l'aspect sanitaire, notamment psychologique, doit être pris en compte.

Les grands rassemblements de population sont aussi susceptibles de générer des risques sanitaires particuliers, principalement épidémiques (exemple coupe du monde de rugby en 2007).

En 2011, certains réseaux d'eau potable de Gironde et du Lot-et-Garonne présentaient une contamination par du perchlorate d'ammonium.

Figure 1. Evènements sanitaires marquants survenus en Aquitaine ou ayant impacté la région



La plupart de ces évènements ont fait l'objet de Retours d'expérience (Retex). Les leçons tirées ont été partagées au moyen de bulletins sanitaires régionaux (Bulletins de veille sanitaire) ou de conférences (Journées régionales de veille sanitaire) rassemblant les acteurs de la veille sanitaire.

3. ORGANISATION DE LA VEILLE ET DE LA RÉPONSE AUX URGENCES SANITAIRES EN AQUITAINE

La création des ARS le 1^{er} avril 2010 s'est accompagnée d'un changement profond de l'organisation de la veille sanitaire au niveau régional.

Organisation de la réponse aux signalements

Avant la création des ARS

Avant les ARS, la veille sanitaire était organisée autour de deux pôles : les Ddass, en charge de la mise en place des mesures de gestion pour leur département, et la Cire, aux missions d'évaluation pour toute la région. Les signaux sanitaires pouvaient arriver soit au niveau des Ddass soit au niveau de la Cire.

Au sein des Ddass, les signaux pouvaient parvenir dans différents services (direction, services de santé publique, de santé environnement, de l'offre de soin ou de l'offre médico-sociale). Ils étaient ensuite transmis au(x) service(s) en charge de la mise en place des mesures de gestion. L'expertise de la Cire pouvait être sollicitée lorsqu'une validation, une évaluation ou une investigation du signal étaient nécessaires.

Au sein de la Cire, les signaux arrivaient au standard et étaient transmis au « veilleur » du service (épidémiologiste responsable de la réception et de la régulation des signaux au sein de la Cire). Après évaluation, le signal était le plus souvent transmis à la Ddass concernée pour la mise en place des mesures de gestion. La Cire pouvait être amenée à y contribuer.

Bien que ce dispositif ait pendant longtemps permis de faire face aux signalements et aux crises sanitaires, il pouvait manquer de sécurité et d'homogénéité. En effet, les points d'entrées étaient multiples et la régulation des signaux ne suivait pas ou peu de protocoles, les échanges d'information entre les Ddass et la Cire n'étaient pas ou peu organisés. En outre, il n'y avait pas de service responsable des mesures de gestion à l'échelon régional.



Depuis la création des ARS

En terme de veille sanitaire, les ARS ont repris l'essentiel des missions des Ddass, qui, de leur côté, sont devenues au sein de chaque département, les Délégations Territoriales (DT) de l'ARS. Chaque ARS a dû mettre en place une nouvelle organisation afin de permettre d'améliorer l'efficacité de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires.

La Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires a ainsi été créée. Elle est organisée autour de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS)⁶ et de la Cire. Cette plateforme a des liens étroits avec les autres départements de la VSS de l'ARS, le Département sécurité des soins et des produits de santé (DSSPS) et le Département sécurité santé environnement (DSSE). En Aquitaine, du fait de sa qualité d'ARS de Zone, la plateforme a des liens étroits avec le Service zonal de défense sanitaire (SZDS).

Cette plateforme est dotée d'un Point Focal avec un numéro de téléphone, un numéro de fax et une adresse de messagerie électronique uniques. Il est le point où doivent converger tous les signalements. Il a vocation à recevoir tous les signalements sanitaires. Le point focal est armé par du personnel de la CVAGS.

Le signal est ensuite transmis au veilleur de la CVAGS. Il est alors régulé vers la Délégation Territoriale concernée qui en assure les mesures de gestion. Lorsque l'évènement nécessite des mesures de gestion d'ampleur zonale, il est transmis au SZDS qui en assure la mise œuvre en lien avec la préfecture de zone et les ARS concernées. L'utilisation de nouveaux outils de partage de l'information permet à l'ensemble des acteurs de la VSS de l'ARS d'être informé en temps réels des signaux sanitaires entrants.

La création d'un point focal permet la sécurisation de la réception et de la circulation de l'information. Les outils de partage permettent l'information simultanée des deux acteurs principaux de la veille sanitaire de la plateforme (CVAGS et Cire). La gestion est assurée préférentiellement par les DT, acteurs de proximité. L'harmonisation des pratiques et la coordination par le niveau régional permet de tendre vers une égalité de traitement au sein de la région. Ainsi, lorsque l'évènement relève du champ de la sécurité des soins (vigilances, évènements indésirables graves), le DSSPS en assure la coordination et la cohérence des modalités de réponse entre les différentes DT. De la même façon lorsque le signalement relève de la santé environnementale, le DSSE en assure le suivi.

Ce nouveau dispositif permet la réception des signaux 24H/24 et 7J/7, la circulation de l'information parmi les différents acteurs, une séparation entre l'évaluation et la gestion tout en garantissant un continuum, une coordination entre les différents acteurs et une harmonisation des pratiques.

Les systèmes de surveillance sanitaires

Les systèmes de surveillance spécifiques

Les signaux sanitaires peuvent être liés à des maladies prédéfinies, ils sont alors dits spécifiques.

Il s'agit des **maladies à déclaration obligatoire** (MDO) au nombre de 31⁷. Elles étaient jusqu'à présent adressées par les praticiens (libéraux ou hospitaliers) à la Ddass. Celle-ci avait en charge les mesures de gestion et transmettait la DO au siège de l'InVS à Saint-Maurice. Le circuit du signalement se voit impacté par le nouveau dispositif⁸. Il permet l'information simultanée des équipes de la CVAGS du siège et des DT, et de la Cire.

Par ailleurs, certaines maladies font l'objet d'un signalement à la Cire. Il s'agit le plus souvent de **maladies infectieuses** demandant une surveillance épidémiologique ou la mise en place de mesures de gestion particulières. Parmi elles, on citera la surveillance de la maladie de Lyme, des infections sexuellement transmissibles (IST), des infections respiratoires aiguës et les gastro-entérites aiguës en Ehpad. Dans le champ environnemental, les intoxications au monoxyde de carbone (CO) et l'impact sur la santé de la qualité de l'air font également l'objet d'une surveillance épidémiologique.

Le réseau unifié, associant les médecins du réseau Sentinelles et ceux du Grog, permet le suivi de l'épidémie de grippe saisonnière.

6. Cf infra : organisation de la CVAGS

7. Depuis le 16 janvier 2012, le mésothéliome est la 31^{ème} maladie à déclaration obligatoire

8. Cf. infra : améliorer la déclaration des MDO

Enfin, le dispositif est complété par les systèmes de surveillance spécifiques à chaque **vigilance** : pharmacovigilance, hémovigilance, toxicovigilance, matériovigilance, l'infectiovigilance (surveillance des infections liées aux soins : enquête annuelle d'incidence et de prévalence par le CClin Sud-Ouest en lien avec le réseau de surveillance national⁹), etc. Certains de ces signaux ont vocation à être transmis à la plateforme régionale. Les mesures de prévention (en amont) et la mise en place des mesures de gestion des événements sont alors de la compétence du DSSPS en lien avec les DT concernées.

Les systèmes de surveillance syndromiques (non spécifiques)

Les signaux sanitaires peuvent être détectés à partir de l'activité de certains professionnels de santé mais aussi des données de l'état civil. Ils sont alors issus de systèmes de surveillance non spécifiques (ou syndromiques) pilotés par l'InVS et relayés par la Cire en région.

L'enregistrement et l'analyse des consultations de SOS médecins (Bordeaux, Biarritz-Anglet-Bayonne, et Pau) permettent le suivi de l'activité de ce dispositif dans les zones couvertes. Le dispositif Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) est renseigné, au 31 décembre 2011, par 16 services d'urgence de la région (parmi un total de 35). L'activité du Réseau aquitain bronchiolite et asthme du nourrisson (AquiRespi), constitué par des masseurs-kinésithérapeutes, permet de suivre l'épidémie de bronchiolite. Les services d'Etat civil de 113 communes de la région transmettent tous les jours le nombre de décès. Ils reflètent 80 % de la mortalité régionale. Ils permettent d'identifier très rapidement des phénomènes de surmortalité.

Le contrôle sanitaire environnemental

Le dispositif de contrôle sanitaire environnemental, est partenarial et partagé entre l'Etat, en interministériel, et les collectivités locales. Il repose sur divers outils et diverses vigilances. Le socle du dispositif s'appuie sur des obligations législatives et réglementaires parfois d'essence européenne.

Ainsi, l'ARS a la charge du contrôle sanitaire de l'usage des eaux (eaux destinées à la consommation humaine, eaux conditionnées, eaux de baignade, eaux de piscine, eaux thermales, ...) et de la protection de ses ressources.

La qualité sanitaire de l'air est surveillée par des organismes agréés spécialisés, AIRAQ en Aquitaine. L'ARS est destinataire des résultats lui permettant, en situation de pointe de pollution, de participer à la diffusion de messages sanitaires. La Cire assure l'évaluation de l'impact sanitaire des pollutions urbaines.

L'ARS établit aussi un programme de contrôle, à sa propre initiative ou pour le compte du préfet, notamment dans le cadre d'un protocole Préfet-DGARS. Ce programme concerne les conditions environnementales ou de salubrité de l'habitat, des établissements sanitaires et médico-sociaux, de certains établissements recevant du public, les investigations et les mesures de gestion des pathologies environnementales dans le cadre des divers systèmes de vigilance (MDO, RSI...). L'ARS contribue, par des avis sur la prise en compte des aspects sanitaires, à l'élaboration des décisions administratives des installations et projets soumis à étude d'impact environnementale préalable, qu'il s'agisse de projets d'activités classées ou d'aménagement du territoire, de sites ou sols pollués ou autres situations particulières exigeant avis sanitaire.

Dans ce champ santé-environnement où des incertitudes demeurent, des problématiques émergent, des sensibilités se déplacent, les interrogations et les sollicitations sont nombreuses, exigeant considération, vérification et information, nécessitant la mobilisation et le relai de positions sanitaires en s'appuyant sur les veilles et les expertises scientifiques existantes, les agences nationales de sécurité sanitaire notamment (InVS, ANSES, INERIS, ...).

9. Réseau d'alerte et d'investigation de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN)



La préparation à la gestion de crise

Aux échelons départemental et régional

Les préfets de département sont responsables de l'ordre public. Ils exercent des compétences en matière de veille, sécurité et police sanitaire, ainsi que de salubrité et d'hygiène publique. Ils s'appuient sur les moyens de l'ARS pour mettre en œuvre ses compétences.¹⁰

Ainsi, l'ARS assure l'élaboration du volet sanitaire des plans de secours et de défense. Elle rédige les fiches actions, elle participe aux exercices et aux retours d'expérience qui s'en suivent.

Par ailleurs, l'ARS suit les Plans blancs hospitaliers et élabore le Plan blanc élargi de chaque département. Après avoir présenté les risques de chaque département et ceux auxquels sont soumis les établissements, le Plan blanc élargi recense les moyens relevant du champ de la santé et précise le rôle des établissements et les modalités de leur mobilisation. Dans ce contexte, il a été demandé en 2011 à chaque établissement de santé de préparer un plan local de prévention des épidémies.

L'ARS élabore des procédures, définit une organisation interne de gestion de crise, se dote de moyens adaptés pour répondre aux situations de crise et organise des retours d'expériences suite à la survenue d'évènements.

A l'échelon zonal

En sa qualité d'ARS de zone sud-ouest, l'ARS Aquitaine assiste le préfet de zone. Elle participe, dans son domaine d'attribution, à la préparation des mesures concourant à la défense et à la sécurité nationale et contribue à la gestion des crises majeures, notamment sanitaires¹¹.

Elle assure également l'animation et la coordination des missions de défense et sécurité pour les quatre ARS de la zone.

A l'échelon national

De nombreux plans nationaux de préparation à la réponse aux situations de crise sont déclinés au niveau départemental ou zonal. Parmi eux, on compte le plan canicule, le plan grand froid, le plan grippe aviaire, le plan NRBC, le plan iode, etc. Ces plans doivent, pour la plupart, être réorganisés par type de réponse (plutôt que par pathologie ou par évènement) afin d'être plus opérationnels (ex : vaccination de grande ampleur, distribution de masse de médicaments...).

A l'échelon international

Le Règlement sanitaire international (RSI) a été révisé en 2005. 194 états dans le monde ont convenu de le mettre en œuvre. Il doit pouvoir faire face à l'émergence de nouvelles maladies dans un contexte où les flux de personnes et de marchandises à travers le monde se développent de manière exponentielle.

Le RSI doit permettre de « prévenir la propagation internationale de maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».

Deux étapes principales ont été définies : chaque pays devait évaluer ses capacités en matière de surveillance et d'action avant juin 2009 et doit établir et mettre en œuvre des plans d'action garantissant que ces capacités seront opérationnelles d'ici 2012.

10. Protocoles organisant les modalités de coopération entre les préfets de département et la directrice générale de l'ARS

11. Protocole relatif aux procédures de coordination entre le représentant de l'état dans la zone et la directrice générale de l'ARS de zone

II. OBJECTIFS

Le Vagusan est élaboré autour de 5 axes :

- > Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires en Aquitaine
- > Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes
- > Développer le signalement
- > Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires
- > Développer la communication sur les urgences sanitaires

Afin d'améliorer l'efficacité du dispositif de Veille et de sécurité sanitaires et de répondre au mieux aux urgences sanitaires, l'ARS déclinera ces 5 objectifs généraux, en objectifs spécifiques adaptés au contexte régional (caractéristiques démographiques et géographiques, organisation de l'ARS en Aquitaine, partenaires et professionnels de santé, risques spécifiques à la région,...), avant de les intégrer dans un plan d'action.

1. STRUCTURER L'ORGANISATION DE LA VEILLE ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRES EN AQUITAINE ¹²

La mise en place des ARS a entraîné un bouleversement important de l'organisation de la VSS. En effet, la création d'une Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires dotée d'un point focal destiné à recevoir l'ensemble des signalements et le maintien d'un échelon départemental fort – les délégations territoriales (DT) – garant des mesures de gestion de proximité, imposent de définir une articulation entre les différents échelons, de mettre en place des outils permettant le partage de l'information entre les différents acteurs et d'assurer la traçabilité des signalements reçus et de leur traitement.

De même, l'articulation avec les échelons zonal et national doit être redéfinie en tirant les conséquences de cette nouvelle organisation au niveau de la région.

Enfin, dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP), les autres services déconcentrés de l'Etat, ont connu des modifications structurelles importantes. A l'échelon départemental, ils ont été réorganisés en Directions départementales interministérielles (DDI). Ainsi les relations avec les Préfectures et les DDI doivent être repensées.

Afin de structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire dans la région, l'ARS a fixé les objectifs suivants :

Organiser la gestion des alertes sanitaires en région

L'organisation de la gestion des alertes sanitaires consiste à poursuivre la mise en place de la Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires.

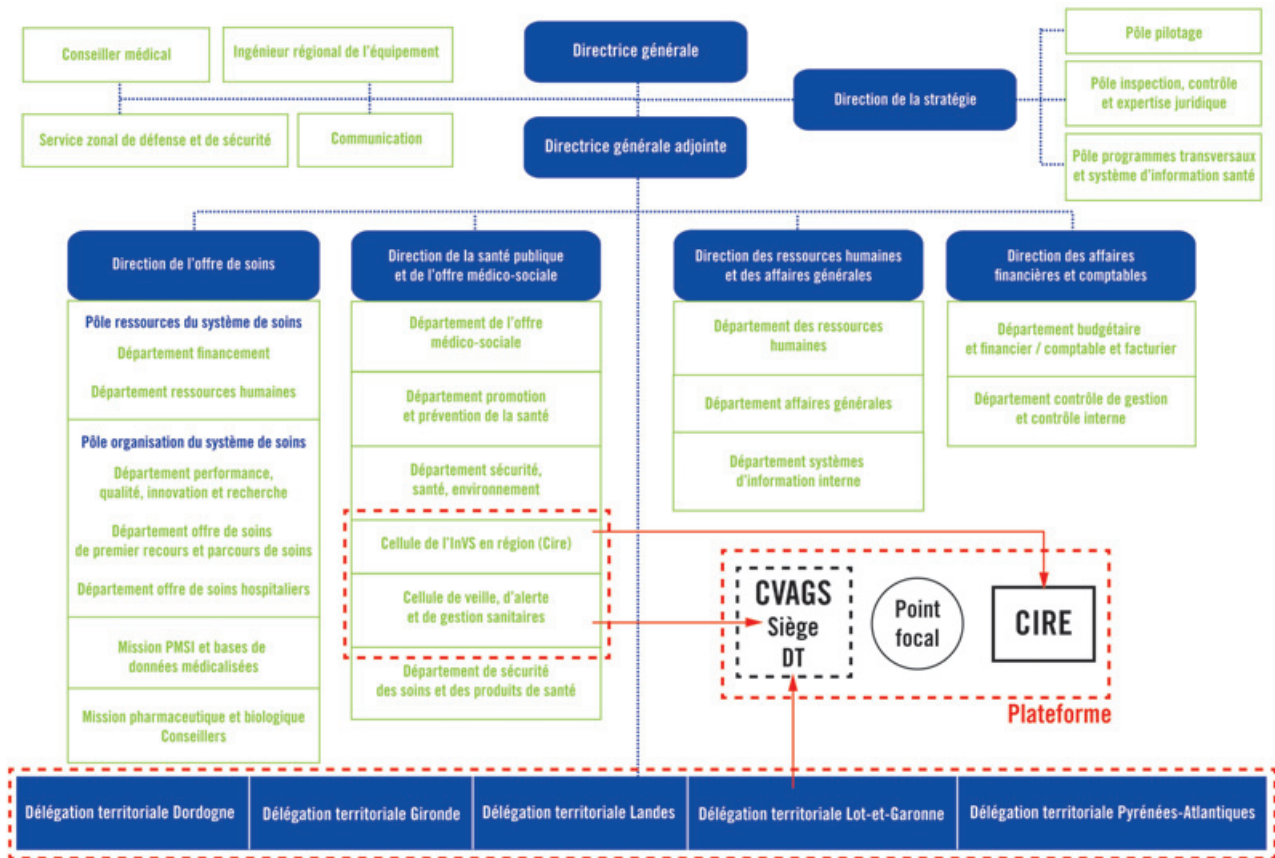
La plateforme est une organisation fonctionnelle, autour d'un point focal, entre la CVAGS et la Cire.

Elle est sous la responsabilité de la Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale (DSPOMS) et assure la fonction de cabinet d'urgence sanitaire pour la Directrice Générale (DG) de l'ARS. Sa coordination est assurée par les responsables de la CVAGS et de la Cire.

12. Protocole d'organisation et de fonctionnement de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires



Figure 2. La plateforme = une organisation fonctionnelle



La CVAGS : une équipe au siège et des agents en DT

La CVAGS est au sein de la DSPOMS. Elle est composée d'agents au siège et d'agents identifiés en DT avec du temps dédié aux missions de VSS.

Au siège, la CVAGS est composée de 7 personnes (au 31/12/11) : une adjointe administrative, un infirmier, un ingénieur, une gestionnaire des dossiers, deux médecins et un pharmacien.

En DT, la CVAGS bénéficie de compétences administratives, médicales et santé environnementales.

La CVAGS (siège et DT) est garante de l'ensemble des actions visant à limiter la menace représentée par une alerte sanitaire, en particulier de la mise en œuvre des mesures de gestion.

La Cire : le niveau régional de l'InVS

La Cellule de l'InVS en région (Cire) a pour missions de surveiller l'état de santé de la population en Aquitaine et d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique.

Dans le cadre de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires, elle est garante de l'évaluation et des investigations des situations. Elle appuie son expertise sur celle des départements scientifiques de l'InVS.

La Cire est une unité du Département de coordination des alertes et des régions (Dcar) de l'InVS. Au 31/12/11, elle est composée de 8 personnes, avec une assistante et 7 épidémiologistes (dont un ingénieur et 2 médecins).

Elle est localisée au sein de la Direction de santé publique et de l'offre médico-sociale (Dspoms) de l'ARS et constitue le lien entre l'ARS (siège et DT) et le siège de l'InVS basé à Saint-Maurice (94).

Assurer la réception et la régulation des signalements 24h/24

La plateforme est dotée d'un point focal basé au siège de l'ARS. Il est le support technique de la plateforme. Il est opérationnel 24h/24.

Il a pour mission de réceptionner et de réguler tous les évènements sanitaires pouvant présenter un impact sur la santé, signalés par toute personne physique ou morale. Il est le point de départ de la diffusion des alertes à la DGS. Pour les alertes relevant de ses missions, la Cire les transmet au siège de l'InVS.

Elle dispose d'un n° de téléphone, d'un n° de fax et d'une adresse de messagerie électronique (bal) uniques.

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires *

Point focal (24h/24) : Tél. : 05 57 01 47 90

Fax : 05 67 76 70 12

ars33-alerte@ars.sante.fr

Adresse postale : ARS Aquitaine, Espace Rodesse
103 bis rue Belleville, CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

* pour les correspondants zonaux¹³ : arszone33-alerte@ars.sante.fr

Du fait de sa situation au sein d'une ARS de zone, le point focal de l'ARS Aquitaine réceptionne et régule vers le Service zonal de défense et de sécurité (SZDS) les signalements relevant de son champ de compétence. Les appels téléphoniques et fax sont réceptionnés aux mêmes numéros. Une adresse électronique est dédiée à la transmission d'alerte par les correspondants zonaux :

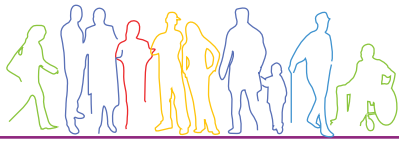
arszone33-alerte@ars.sante.fr

En heures ouvrées, le point focal est armé par du personnel du siège de la CVAGS, avec un « permanencier » à la réception et un « veilleur » qui assure notamment la régulation. Le « veilleur » de la Cire, peut être amené à apporter un appui, ainsi que toute autre équipe de l'ARS.

De son côté, chaque DT organise un point de réception unique afin de faciliter et sécuriser les échanges entre le point focal et les DT.

Le Point focal est en charge de l'administration des systèmes de traçabilité (application intranet « Main courante ») et de partage (application internet « Voozalerte ») des évènements relevant de la plateforme.

13. CHU de référence, laboratoire biotox-eau, Préfecture de zone (Etat major interministériel de zone de défense et de sécurité — EMIZDS), les autres ARS de la zone sud ouest (Limousin, Midi Pyrénées, Poitou Charentes)



En dehors des heures ouvrées, le relais est pris par le dispositif d'astreinte de l'ARS.

Le cadre administratif d'astreinte de Bordeaux prend la relève du point focal. Il assure la veille de la messagerie et réceptionne les fax. Le téléphone du point focal est transféré sur le téléphone d'astreinte :

semaine : de 18h00 à 09h00

week-end : du vendredi 16h00 au lundi 09h00

Le cadre administratif d'astreinte réceptionne les signalements qui selon leur nature et leur provenance seront soit traités par lui, soit régulés vers les autres cadres d'astreinte. Ceux-ci sont :

- > un cadre A dans chacune des quatre DT : 24, 40, 47, 64. Ils assurent l'astreinte de proximité, le soir en semaine et le weekend. Parmi eux, il y a toujours au moins un médecin et un ingénieur ;
- > un médecin et un ingénieur sur Bordeaux, le weekend. Ils assurent une astreinte technique pour la région et interviennent, dans le cadre de leur champ de compétence, dans les départements où le cadre d'astreinte n'est pas du corps de métier requis pour répondre au signalement ;
- > un épidémiologiste de la Cire Aquitaine la semaine. Le weekend, un épidémiologiste localisé soit en Aquitaine, soit en Midi-Pyrénées, soit en Poitou-Charentes ;
- > un pharmacien sur la zone sud ouest le weekend ;

Ce dispositif est renforcé par la présence, en semaine et weekend, d'un Directeur Comex d'astreinte.

En période de crise, une astreinte communication est mise en place.

Le cadre administratif d'astreinte de Bordeaux étant également le point d'entrée zonal, il peut être amené à réceptionner et réguler des signalements vers les cadres administratifs d'astreinte des trois autres régions de la zone.

Décrire l'articulation siège / DT

La plateforme dispose de liens étroits avec les DT du fait de la configuration de la CVAGS.

Chaque DT organise, en heure ouvrée, une veille autour de son point de réception.

Tout signalement provenant au point focal est régulé vers la (les) DT concernée(s). La transmission du signalement se fait par mél (adresses dédiées). Si l'évènement revêt un caractère urgent, elle est toujours doublée d'un appel téléphonique.

Lorsqu'un signalement arrive en DT, celle-ci en informe le point focal via les outils de partage (cf. infra).

Le niveau départemental est l'échelon privilégié pour la mise en place des mesures de gestion.

Lorsqu'il s'agit d'évènement relatif à la sécurité des soins et des produits de santé, le DSSPS définit le plan d'action et coordonne les différents acteurs (établissement de santé, office du médicament et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), CClin,...)

Le niveau régional assure la coordination lorsque plusieurs départements sont concernés. Il est en appui des DT lorsque cela s'avère nécessaire.

Le partage de l'information est la base de la coordination entre l'échelon régional et départemental. Il doit être respecté afin de ne pas être à l'origine de pertes ou de retards dans la transmission des signalements.

L'évaluation de cette articulation, basée notamment sur le nombre de signalements reçus et traités par le point focal et par chaque DT, permettra de proposer des voies d'amélioration.

Décrire l'articulation de la plateforme avec le Département de la sécurité des soins et des produits de santé, le Département sécurité santé environnement et le Service zonal de défense sanitaire

La plateforme a des liens privilégiés avec les deux autres départements du pôle VSS, le Département de la sécurité des soins et des produits de santé (DSSPS) et le Département de sécurité santé environnementale (DSSE), ainsi que le Service zonal de défense et de sécurité (SZDS).

Lorsqu'un signalement relatif à la sécurité des soins (incident dans un établissement, infections nosocomiales, etc.) arrive au point focal, il est transmis au DSSPS et à la (aux) DT concernée(s). Le DSSPS informe le point focal des signalements¹⁴ qui lui sont directement adressés.

Lorsqu'un signalement relatif à la santé environnementale (pollutions de l'air, de l'eau, accidents industriels, légionelles, ...) arrive au point focal, il est transmis au DSSE et à la (aux) DT concernée(s). Le DSSE informe le point focal des signalements¹⁴ qui lui sont directement adressés.

Lorsqu'un signalement de compétence zonale (risque NRBC, signalement concernant plusieurs régions de la zone sud-ouest, ...) arrive au point focal, il est transmis au SZDS. Le SZDS informe le point focal des signalements¹⁴ qui lui sont directement adressés lorsqu'ils concernent l'Aquitaine.

Décrire l'articulation avec les Préfectures et les Directions départementales interministérielles (DDI)

Les modalités de coopération entre l'ARS et les Préfets de département sont définies par des protocoles.

Ainsi, le Préfet de département s'appuie sur les moyens de l'ARS pour mettre en œuvre ses compétences en matière de veille, sécurité et police sanitaire notamment (art.2). La Directrice générale de l'ARS (DG ARS) et le Préfet de département s'informent mutuellement et sans délai de tout événement sanitaire, dont ils ont connaissance, présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public (art.4).

En termes de gestion de crise sanitaire, en lien avec des maladies potentiellement transmissibles ou des risques environnementaux (eau potable, risques climatiques, risques NRBC, risques émergents, ...), l'ARS alerte et informe le Préfet, aide à la décision, organise la chaîne de décision et met en œuvre les actions de prévention (art.12).

Le Directeur de la DT est le correspondant de proximité du Préfet de département et peut être saisi sur tout sujet sanitaire d'intérêt local par ce dernier. La DG ARS en est informée (art.5).

Cette coopération peut se faire avec la préfecture ou avec les services déconcentrés de l'Etat réunis en DDI. Parmi eux, les services des Directions départementales de la protection des personnes et de la cohésion sociale sont des interlocuteurs privilégiés dans le champ de la VSS pour le signalement d'événements sanitaires et leur traitement.

En astreinte, les standards des préfectures départementales de la région sont transférés sur le Forum, plateforme localisée à la Préfecture de la Gironde. Elle est armée d'agents de la Préfecture qui assurent une permanence sur place, jour et nuit. Ainsi les appels et les fax adressés aux Préfectures de département sont réceptionnés par le Forum qui sollicite l'astreinte de l'ARS (cadre administratif de Bordeaux notamment) lorsque le signalement relève de sa compétence.

Par ailleurs, dans chaque région, le comité régional de sécurité sanitaire est présidé par le préfet de région. Il réunit les préfets de département de la région et le directeur général de l'agence régionale de santé. Il se réunit au moins une fois par an et, notamment en cas d'urgence, sur demande de l'un de ses membres. Il est consulté sur les projets de protocoles établis entre les préfets de département de la région et l'agence régionale de santé, et les conditions de leur mise en œuvre. Ce comité est, en outre, chargé de développer les échanges d'information sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'événements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population et de coordonner, à l'échelle de la région, les moyens mis en œuvre par l'agence régionale de santé pour l'exercice des compétences des préfets de département (Art. R. 1435-6 du CSP).

Ainsi, la description des liens entre l'ARS d'une part, et les Préfectures et les DDI d'autre part, doit tenir compte des nouvelles organisations, notamment de la création de la Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires et de son point focal. Elle doit également tirer les conséquences de la restructuration des services déconcentrés de l'Etat.

14. Cf. liste des événements relevant de la plateforme



Des échanges entre les différents services, éventuellement par le biais de réunions, permettront de redéfinir les circuits de signalement et de partage d'information au niveau départemental et régional.

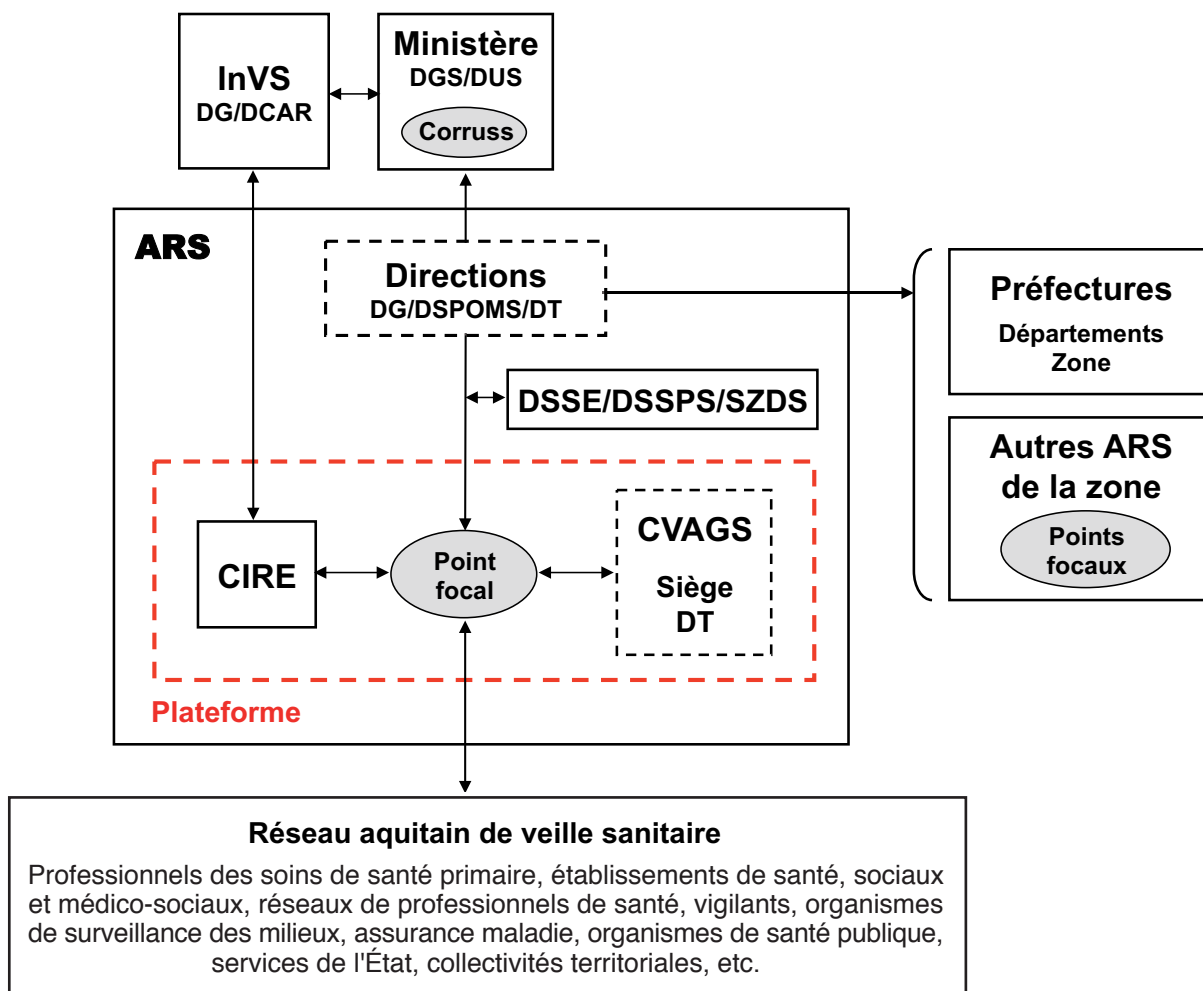
Définir l'articulation avec les autres acteurs de la VSS (acteurs locaux, acteurs zonaux, acteurs nationaux)

La plateforme assure ses missions en lien avec les différents acteurs de la VSS au niveau des différents échelons départemental, régional, zonal et national (Figure 3).

Outre les liens en interne avec les autres départements et services de l'ARS, la plateforme s'articule :

- > au niveau départemental et régional, avec le réseau aquitain de veille sanitaire¹⁵ et, comme vu plus haut, les préfetures de département et les DDI ;
- > au niveau zonal, avec les correspondants zonaux (cf. supra) ;
- > au niveau national, avec le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (DGS, DUS, Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales — Corruss) et le siège de l'InVS (DG, Dcar).

Figure 3. Liens entre la plateforme et les différents acteurs



15. Professionnels des soins de santé primaire, établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, réseaux de professionnels de santé, vigilants, organismes de surveillance des milieux, assurance maladie, organismes de santé publique, services de l'Etat (DDI, Inspection académique), collectivités territoriales, etc.

Préciser les missions des différents niveaux : départemental (DT), régional (siège) et zonal

Lorsque le signalement arrive dans un autre service, l'agent qui le reçoit doit en informer systématiquement le point focal en privilégiant l'utilisation des outils de partage (cf. infra). En cas d'urgence, le signalement est systématiquement doublé d'un appel téléphonique.

Le traitement des événements est réalisé en priorité par les agents en DT de la CVAGS. Si besoin, le siège de la CVAGS et la Cire sont en appui. La CVAGS est garante de la mise en œuvre des mesures de gestion, et la Cire, de l'évaluation et des investigations des situations. Le siège de la CVAGS et la Cire peuvent s'autosaisir lorsque la situation le justifie.

Tout événement de compétence zonale est régulé vers le SZDS.

Assurer la traçabilité des signalements et des actions de gestion mises en œuvre : mise en place d'un outil de traçabilité (main courante) et de partage du traitement (Voozalerte)

Afin de garantir ses missions, la plateforme s'est dotée d'outils de partage, une Main courante et Voozalerte, et d'outils de communication usuels (téléphone, fax et messagerie électronique).

- > la **Main courante** a vocation à tracer tous les signalements relevant de la plateforme. Elle est renseignée notamment par le permanencier du point focal. Elle est consultable par tout autre acteur de la plateforme – CVAGS siège et DT, et la Cire – et permet ainsi d'avoir une vision exhaustive des événements signalés à l'ARS. Tout agent de la plateforme peut être amené à y effectuer des saisies.
- > **Voozalerte** a vocation à partager les mesures d'investigation et de gestion des événements de catégorie 1 (champ ARS – InVS ; cf. annexe 1) le nécessitant. Voozalerte garantit en temps réel un niveau d'information identique entre les acteurs.

Ce dispositif doit permettre :

- > d'enregistrer et tracer les événements relevant de la plateforme afin de quantifier et valoriser l'activité de veille sanitaire, faciliter l'information des partenaires et des autorités sanitaires, permettre l'auto-évaluation des pratiques, alimenter les échanges d'expérience, et répondre à l'obligation de traçabilité ;
- > d'améliorer l'évaluation des situations et la réponse aux alertes sanitaires (mesures d'investigation et de gestion) en détectant de manière précoce des événements et en favorisant l'analyse d'impact sur la population ;
- > de partager en temps réel les événements au sein de l'ARS et de la Cire ; ceci permet d'assurer une circulation actualisée des informations sur les investigations et les mesures de gestion, la continuité en astreinte en facilitant l'information des cadres d'astreinte, et la rétro-information des partenaires et des autorités sanitaires.

Préciser les règles de communication

Les modalités de communication au sein de l'ARS suivent des règles qui seront détaillées lors du 5ème axe « développer la communication sur les urgences sanitaires ». Elles reposent sur deux principes de base : la coordination par le service de communication de l'ARS et la validation par la DG ARS.

Lorsqu'il s'agit d'un sujet entrant dans le domaine de compétence partagé par l'ARS et l'InVS et que la communication est assurée par la Cire, le service communication de l'InVS assure la coordination avec le service communication de l'ARS. La validation est effectuée par les DG de l'InVS et de l'ARS.



2. HOMOGENÉISER LE CADRE DE RÉCEPTION ET DE TRAITEMENT DES SIGNAUX ET DE GESTION DES ALERTES

Développer des procédures partagées de traitements de signaux

Les événements ayant vocation à être signalés à la plateforme peuvent être classés en trois catégories (cf. annexe 1). La première appartient au champ de compétences commun à l'ARS et à l'InVS. Les deux autres ne relèvent que de l'ARS.

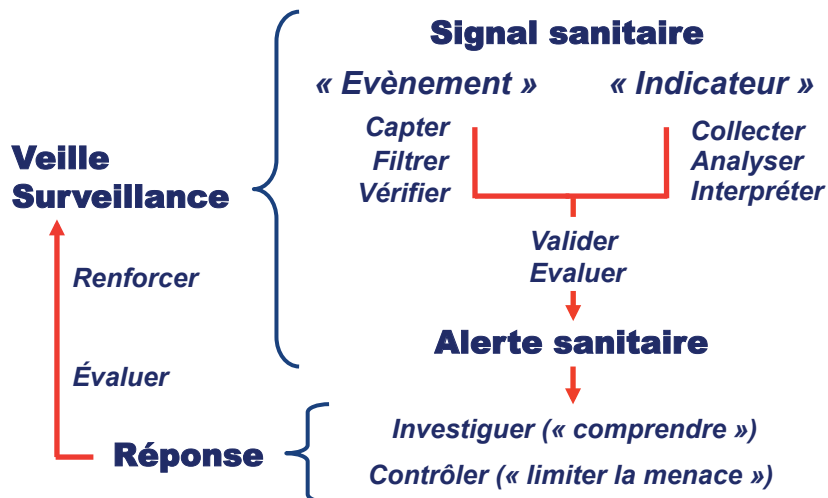
Quel que soit le territoire de santé concerné, un événement doit pouvoir bénéficier des mêmes modalités de traitement. Des groupes de travail régionaux, réunissant les différents acteurs de la VSS au sein de l'ARS, permettront d'élaborer des procédures reprenant les différentes étapes du traitement des signalements : les étapes de « veille » qui permettent le déclenchement de l'alerte sanitaire, et les étapes en lien avec la « réponse ».

Les trois étapes de la veille sont : 1) la réception des signalements en lien avec un événement ou la perturbation d'indicateurs suivie de leur régulation ; 2) la vérification en vue de leur validation, et ; 3) l'évaluation de la menace et, le cas échéant, le déclenchement d'une alerte sanitaire.

Suivent les deux étapes simultanées de la réponse qui interagissent entre elles : les investigations (pour comprendre) et les mesures de gestion (pour limiter la menace).

Ces étapes sont représentées dans la figure ci-dessous et développées en Annexe II.

Figure 4. Les différentes étapes de la veille



Effectuer des points périodiques entre les différents acteurs de la VSS

Afin d'assurer une vision permanente de la situation sanitaire en Aquitaine à l'ensemble des agents en charge de la VSS au sein de l'ARS et aux partenaires de la région, plusieurs vecteurs de rétro-information ont été mis en place ou sont en cours d'élaboration :

- > Un point de situation hebdomadaire, se tenant le vendredi, réunissant la CVAGS et la Cire. Il s'agit d'un échange sur les événements de la semaine et de l'état d'avancement de leur traitement. Le SZDS participe au point de situation lorsque des événements de compétence zonale ont eu lieu (cf. infra). Le Bulletin sanitaire interne (BSI) est élaboré par la Cire. Il retrace les faits marquants de la semaine retenus et constitue un bilan actualisé en début d'astreinte.

- > Le bilan hebdomadaire de l'astreinte est élaboré par le veilleur du siège de la CVAGS chaque lundi.
- > Le point épidémiologique est un bulletin hebdomadaire élaboré par la Cire retraçant les événements marquants de la semaine écoulée. Il est diffusé le jeudi par mail au réseau de veille sanitaire et aux préfetures. Il est mis en ligne sur les sites ARS/InVS.
- > Le Petit-déjeuner des vigilants (PDV) est une réunion mensuelle, animée par la Cire, rassemblant les acteurs de la plateforme, le DSSPS, l'OMEDIT et les correspondants régionaux des vigilances¹⁶ afin de revenir sur les signalements reçus, et si nécessaire, de proposer la mise en place d'actions spécifiques.
- > Le Bulletin de veille sanitaire (BVS), trimestriel, est publié par la Cire et diffusé au réseau de veille sanitaire. Il est mis en ligne sur les sites ARS/InVS. Il rassemble des articles scientifiques rédigés par les épidémiologistes de la Cire, les acteurs de la plateforme et du réseau de veille sanitaire. Ils portent sur des investigations menées, les résultats d'une surveillance donnée ou encore sur un nouveau dispositif.
- > Le rapport annuel d'activité de la plateforme sera élaboré par le siège de la CVAGS et la Cire, avec le bilan de l'année écoulée sur le fonctionnement de la plateforme, les événements reçus et traités, et les perspectives.
- > Journée régionale de veille sanitaire (JRVS) (biennale) organisée par la Cire en collaboration avec l'ARS. Cette journée permet de rassembler les acteurs du réseau aquitain de veille sanitaire autour d'un état des lieux sur l'organisation, les événements et les enjeux à venir.
- > Sites ARS www.ars.aquitaine.sante.fr et InVS www.invs.sante.fr : les informations sur la veille et les urgences sanitaires en Aquitaine sont mises en ligne sur ces sites. En cas d'alerte et de crise sanitaire, un dossier thématique actualisé est ouvert. Il permet le suivi de la situation. L'actualisation des informations est assurée par les services communications ARS/InVS, sur propositions des coordonnateurs de la plateforme.

Proposer aux acteurs de la VSS et aux cadres effectuant des astreintes, une formation à la gestion des signalements et à l'utilisation des outils (outils de partage, procédures nationales, etc.)

Afin de développer une culture commune, une formation a été proposée à tous les cadres effectuant des astreintes au sein de l'ARS. Quatre sessions de cette formation ont été mises en place en 2010 et 2011. Elles abordaient notamment le cadre général de l'astreinte (organisation et réglementation), les étapes du traitement d'un signal, les principaux outils d'aide à la gestion et les points essentiels sur les plans de défense et de sécurité. Chaque session était complétée par un module « métier », plus opérationnel, administratif, médical et santé environnementale.

Ces formations doivent être complétées par une formation pratique avec cas concrets et maniement des outils notamment pour les cadres administratifs et médicaux du siège n'ayant pas une pratique courante de la VSS.

Organiser des séances de formation continue – échange de pratiques dans le domaine de la veille sanitaire

Pour les agents en charge de la VSS en DT et au siège, des formations pouvant revêtir la forme d'échanges de pratiques, doivent contribuer à harmoniser les modalités de traitement des signalements au sein de la région. Ces séances de formation continue constitueront, avec les groupes de travail régionaux (cf. supra), la base de l'élaboration des procédures de traitement des signalements. Elles s'attacheront à faire le lien entre les recommandations nationales et leur application locale.

Organiser des formations à la gestion de crise

La gestion de crise est un enjeu majeur. Des formations à la préparation de crise, au pilotage d'une cellule de crise et à la gestion de crise seront organisées pour le personnel dédié à la veille sanitaire.

16. Pharmacovigilance, CAPTV, CClin et Biovigilance du CHU Bordeaux



Proposer des exercices et des Retours d'expérience (Rétex) sur la gestion notamment en situation de crise

Chaque épisode ayant mobilisé de façon inhabituelle l'ARS, soit par la nature de l'évènement (inhabituel, grave), soit par sa durée, soit par son impact (réel ou possible) sur l'ARS ou le système de soins, doit être suivi d'un retour d'expérience (Rétex). Il permet une analyse a posteriori de la situation et la proposition de voies d'amélioration.

En dehors de tout épisode, l'ARS continue à participer aux exercices organisés par les préfectures ou le niveau national dans son champ de compétences. Elle peut être amenée à organiser des exercices pour éprouver les procédures qu'elle aura élaborées notamment en termes de préparation à la gestion de crise.

3. DÉVELOPPER LE SIGNALEMENT

Le traitement des évènements de santé par l'ARS ne peut se faire qu'après son signalement. La mise en place du point focal permet une réception 24h/24 et 7jrs/7. En effet, l'astreinte régionale assure la continuité de la réponse en dehors des heures ouvrées. Cependant, se doter d'un dispositif de réception efficace ne suffit pas. Les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou qu'ils exercent au sein d'un établissement de santé ou médico-social, ainsi que les autres partenaires locaux, doivent signaler à l'ARS les évènements pouvant avoir un impact sur la santé. Certaines pathologies sont à déclaration obligatoire ; d'autres, du fait de leur contexte – survenue en collectivité, en milieu de soins, etc. – doivent être signalées pour permettre leur traitement. Par ailleurs, des dispositifs de surveillance sont source d'indicateurs pouvant générer des signaux sanitaires.

Améliorer le signalement des évènements susceptibles d'avoir un impact sur la santé

Tout évènement pouvant avoir un impact sur la santé de la population doit être signalé le plus rapidement possible au point focal afin de procéder à son évaluation et à la mise en place des mesures de gestion éventuelles. Pour ce faire, il faut que les partenaires soient sensibilisés à l'intérêt du signalement et qu'ils sachent comment procéder.

Informers les acteurs de santé de la région de la situation épidémiologique et diffuser les recommandations relatives au signalement et aux mesures de gestion

Afin de sensibiliser les professionnels de santé, il faut qu'ils puissent bénéficier de données sur la situation épidémiologique, notamment locale, des pathologies demandant un intérêt particulier, soit du fait du contexte de leur survenue (en collectivité par ex.), soit du fait de leur résurgence (épidémie de rougeole par ex.). Cette information est notamment réalisée par le point épidémiologique de la Cire et par les sites internet de l'ARS, de l'InVS et du Ministère de la Santé. Elle peut être complétée par des courriers plus ciblés à l'attention de certains professionnels de santé ou des établissements sur une situation particulière. Le développement du partenariat avec les instances ordinales (conseil départemental et régional de l'ordre des professions de santé) et avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) permettra une meilleure information des partenaires locaux.

Assurer une information aux partenaires (aquitains et de la zone SO) des coordonnées du centre de réception de la plateforme et de l'organisation du dispositif de VSS de l'ARS

Le point focal permet un signalement simplifié (numéro, fax, mél uniques). La bonne information des partenaires sur le nouveau dispositif est un enjeu primordial. Elle doit se faire en partenariat avec les conseils ordinaux et les URPS, mais également par tous les moyens d'information que possèdent l'ARS et la Cire (site internet, point épidémiologique, JRVs, etc.). Elle sera complétée par une diffusion aux partenaires locaux d'un support regroupant les coordonnées de la plateforme.

Améliorer la déclaration des MDO et sécuriser le système de remontées des MDO

Les maladies à déclaration obligatoire sont au nombre de 31¹⁷. Elles doivent faire l'objet d'un signalement et/ou d'une notification à la plateforme, par les médecins et biologistes (hospitaliers et libéraux) qui diagnostiquent une MDO.

Assurer une information (site de l'ARS notamment) sur le dispositif de déclaration et mettre sur le site des liens vers les fiches de notification des MDO

Le signalement des MDO suit une procédure commune à tous les événements relevant de la plateforme. Il s'agit d'une procédure d'urgence et d'alerte à effectuer sans délai (excepté pour VIH, sida, hépatite B aiguë, tétanos), afin que la CVAGS (siège et DT) mette en place rapidement les mesures de prévention et les investigations avec la Cire.

La notification des MDO est une procédure de transmission de données individuelles à la plateforme sur la base d'une fiche de notification par MDO disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>. Le suivi au niveau national par le Département des maladies infectieuses (DMI) et au niveau local par la Cire permet de suivre l'évolution de ces maladies et d'évaluer les situations inhabituelles (cas groupés notamment) afin de mieux cibler les actions de prévention.

Cette organisation doit faire l'objet d'une information notamment sur le site internet de l'ARS. Un lien vers le site de l'InVS doit permettre de télécharger rapidement les fiches de notification. Par ailleurs, le renforcement du partenariat avec les conseils ordinaires et les URPS doit là aussi permettre une meilleure sensibilisation des professionnels de santé.

Désigner au sein de l'ARS, le rôle du siège et des DT, dans la réception des MDO, la mise en place des mesures de gestion et la transmission des fiches de notification à l'InVS

La déclaration par les professionnels de santé doit s'effectuer auprès du point focal, le plus souvent par fax, doublée d'un appel téléphonique dans les situations urgentes (infection invasive à méningocoque par ex.). Le permanencier, après saisie dans le système d'information (Main courante +/- Voozalerte), la transmet au veilleur du siège de la CVAGS qui analyse et régule le signalement vers la DT concernée. Cette dernière assure la mise en place des mesures de gestion et la transmission à l'InVS de la fiche de notification après anonymisation.

Lorsque la déclaration est effectuée auprès de la DT, celle-ci en informe systématiquement le point focal.

Développer et consolider les dispositifs de surveillance spécifique existants (hors MDO)

En dehors des MDO, d'autres maladies doivent être signalées à la plateforme. Il s'agit le plus souvent de maladies infectieuses demandant une surveillance épidémiologique particulière ou la mise en place de mesures de gestion particulières. Parmi ces maladies, on citera la surveillance de la maladie de Lyme, des infections sexuellement transmissibles (IST), des infections respiratoires aiguës et les gastro-entérites aiguës en Ehpad.

Définir et sécuriser le circuit du signalement et de la gestion des événements survenant dans les établissements de santé et médico-sociaux

Les Ehpad signalent à la plateforme régionale la survenue de cas groupés d'IRA ou de GEA. Lorsqu'il s'agit d'un Ehpad rattaché à un établissement de santé, le signalement est également adressé au CClin. La plateforme régule le signalement vers la DT concernée. Elle s'assure de la mise en place de mesures de contrôle adaptées. Suite au signalement, conseil et assistance peuvent être apportés à l'établissement pour la prise en charge de l'épisode. De plus, une investigation des épidémies particulièrement sévères ou non contrôlées par les mesures habituelles peut être mise en place par la DT et/ou la Cire. Le signalement est saisi sur une application dédiée par les DT. La Cire en assure le suivi épidémiologique.

Les infections associées aux soins et les événements indésirables graves survenant dans des établissements de santé et des établissements médico-sociaux sont surveillés et analysés par le DSSPS et chaque DT concernée. Les plans d'action priorisant les mesures correctrices sont suivis par les DT.

17. Depuis le 16 janvier 2012, le mésothéliome est la 31^{ème} maladie à déclaration obligatoire.



D'autres systèmes de surveillance spécifiques doivent être mis en place, notamment la surveillance des épidémies de gale en collectivité. En effet, la fréquence de survenue de celles-ci est croissante dans notre région. Elle nécessite la mise en place de mesures de gestion précoces.

D'autres maladies bénéficient d'un système de surveillance spécifique.

Depuis juin 2009, la Cire assure la coordination régionale du Réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles (RéSIST). Sont concernés par cette surveillance, la syphilis, les gonococcies et la lymphogranulomatose vénérienne. Les déclarants potentiels sont les cliniciens des structures de dépistage (Ciddist, CDAG) en structure hospitalière ou en ville. La Cire reçoit les signalements, assure la validation et la transmission des données à l'InVS.

La maladie de Lyme fait également l'objet d'un système de surveillance reposant sur un réseau de médecins (généralistes et hospitaliers). Le signalement est fait auprès de la Cire qui en assure le suivi au niveau de la région.

Par ailleurs, il existe en Aquitaine une recrudescence des envenimements par physalie. Un système de surveillance dédié ad hoc a été mis en place par la Cire et le CAPTV en collaboration avec l'ARS.

Promouvoir le signalement des maladies infectieuses hors MDO et des évènements de santé relevant de l'environnement général faisant l'objet d'un système de surveillance

Ces systèmes de surveillance permettent le suivi et la mise en place des mesures de contrôle des maladies concernées. Afin qu'ils puissent être efficaces, une bonne information des acteurs de terrain est nécessaire. Ainsi, chaque année est organisée par le CCLin, la Cire et l'ARS la journée de prévention du risque infectieux en Ehpad. Celle-ci rassemble des représentants des Ehpad de la région. Des présentations sur le dispositif de signalement, sur les recommandations actualisées relatives aux mesures de gestion et sur le suivi épidémiologique en région permettent la sensibilisation des acteurs.

Par ailleurs, les Journées régionales de veille sanitaire (biennales) contribuent à l'information et la sensibilisation des acteurs de terrain.

Enfin, des communications ciblées vers les professionnels participant au signalement permettent une rétro-information des acteurs.

Renforcer la surveillance de la grippe via la participation à l'animation du réseau régional unifié (Sentinelles/Grog/InVS) et la consolidation du réseau des réanimateurs

Le réseau unifié est composé de médecins libéraux du réseau Sentinelles (www.sentiweb.fr) et du réseau des Grog (Groupes régionaux d'observation de la grippe) (www.grog.org) qui assurent la surveillance communautaire de la grippe. A partir de la saison 2011-2012, un co-pilotage régional Cire/Sentinelles/Grog sera mis en place en Aquitaine.

Par ailleurs, la Cire assure la surveillance des cas graves de grippe grâce à un réseau de réanimateurs aquitains.

Développer et consolider les dispositifs de surveillance syndromique (non spécifique)

D'autres systèmes de surveillance dits, non spécifiques, ou syndromiques permettent d'alerter sur des situations particulières telles que l'augmentation du nombre de consultations et de passages aux urgences, de la consommation de certains médicaments, de l'absence scolaire ou de la mortalité. Ces dispositifs sont très importants pour détecter le « non prévu » par les systèmes de surveillance spécifiques. Ils reposent sur l'adhésion de nombreux acteurs dont certains sortent du champ sanitaire tels que les services d'état civil des mairies.

Promouvoir l'adhésion des 35 services d'urgence de la région au dispositif Oscour®

Au 31 décembre 2011, 16 services d'urgence sur les 35 existants en Aquitaine participent au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), couvrant ainsi 25 % des passages aux urgences en Aquitaine. Un an auparavant, ils n'étaient que 7 à appartenir à ce réseau. Cette montée en puissance repose principalement

sur l'informatisation des services d'urgences, obligation réglementaire pour les établissements rappelée dans le chapitre médecine d'urgence du Schéma Régional de l'Organisation des Soins-programme régional de santé (SROS-PRS), Cette informatisation permet un recueil, par extraction directe, d'informations anonymisées, issues du dossier médical informatisé du patient constitué lors de son passage aux urgences. Sont ainsi collectées des variables démographiques (sexe, âge), administratives et médicales (diagnostic principal, diagnostics associés, degré de gravité, mode de transport...).

Elargir le recueil de la mortalité quotidienne auprès d'un nombre croissant de communes de la région afin d'augmenter la sensibilité du système de surveillance

Les services d'Etat civil de 113 communes de la région transmettent quotidiennement le nombre de décès. Ils reflètent 80 % de la mortalité régionale. Ces données permettent d'identifier des phénomènes de surmortalité ponctuels, analysables par tranches d'âge. A noter cependant que cette source est peu réactive car il faut environ 7 jours pour bénéficier de données consolidées et que les motifs de décès ne sont pas indiqués.

Mettre en place de nouveaux systèmes de surveillance

Une réflexion est actuellement menée afin d'élargir le type d'indicateurs surveillés et d'intégrer aux systèmes déjà en place des indicateurs complémentaires, plus particulièrement des indicateurs correspondant à des événements de santé ne nécessitant pas systématiquement un recours à un service d'urgence médicales.

Deux projets ont été envisagés afin d'enrichir la surveillance syndromique :

- > d'une part, un suivi des ventes de médicaments à partir d'un réseau de pharmaciens volontaires et de l'exploitation de la base du Dossier pharmaceutique, l'objectif étant d'estimer la pertinence de ce suivi pour détecter et suivre les épidémies saisonnières et tout événement inhabituel ;
- > et d'autre part, le suivi des données d'absence scolaire à partir d'un réseau sentinelle d'écoles volontaires afin de suivre les épidémies saisonnières et identifier des événements inhabituels auprès de la population d'âge scolaire.

Enfin, l'été 2010 a été marqué par la présence massive de physalies sur le littoral aquitain. Étant donné l'impact potentiel important sur la santé de la population, une alerte régionale avait été déclenchée le 30 juillet 2010, entraînant la mise en place d'une série d'actions visant à sensibiliser le public et les professionnels de santé à ce phénomène sanitaire nouveau. Suite à cet événement, un dispositif pilote de surveillance relatif aux envenimations par physalies a été mis en place sur le littoral aquitain durant la saison estivale 2011. Ce dispositif repose sur la participation de plusieurs acteurs, dont les postes de secours ventilés le long des plages, les services d'urgences (SAMU, SAU), le CAPTV 33, l'ARS, la Cire et le Département santé environnement (DSE) de l'InVS.

4. AMÉLIORER LE DISPOSITIF DE PRÉPARATION ET DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES

La préparation de la réponse aux situations exceptionnelles, notamment aux situations de crise représente une préoccupation croissante. La création des ARS a impacté l'organisation de cette préparation. En effet, si l'élaboration des plans de défense départementaux relève de la responsabilité des Préfets, l'ARS a en charge la rédaction des volets santé de ces plans et a la responsabilité de l'élaboration du plan blanc élargi de chaque département.

Mettre en cohérence les volets sanitaires des plans départementaux selon un angle régional

Les plans de défense sont, pour l'essentiel, sous la responsabilité des Préfets de département. Bien qu'étant une organisation régionale, l'ARS a des interlocuteurs privilégiés de proximité, que sont les DT, pour l'articulation avec les préfetures de département et les acteurs de santé de terrain. La recherche d'une homogénéisation de la préparation de la réponse pour la région doit cependant respecter le champ de compétence des Préfets de département.



Elaborer une trame régionale du plan blanc élargi, déclinée ensuite territorialement

Le plan blanc élargi, outil central de la gestion d'une crise sanitaire de grande ampleur, a une portée départementale. Sa rédaction est de la responsabilité de la DG ARS. Une trame régionale est en cours d'élaboration. Elle sera déclinée dans chaque département de la région, tenant compte ainsi de la particularité de chacun, notamment en termes d'offre de soins et d'organisation territoriale. Le Plan blanc élargi doit ainsi constituer l'organisation des soins en situation d'urgence.

Elaborer une fiche régionale pour le volet sanitaire du plan canicule et autres plans d'urgence et la décliner dans chaque département en considérant les inégalités territoriales et sociales

De nombreux plans de défense nationaux sont déclinés dans chaque département, sous la responsabilité du Préfet. Les volets santé sont élaborés par l'ARS. Une fiche régionale commune est rédigée par le siège en lien étroit avec les DT. Chaque DT adapte ensuite la fiche régionale à l'organisation retenue par le Préfet et aux particularités territoriales de son département, en veillant à une égalité de traitement pour l'ensemble de la population.

Actualiser les plans et procédures au regard de la création des ARS

Elaborer des schémas d'organisation interne en région tenant compte de la structuration de l'ARS en siège et Délégations territoriales

Au-delà de l'élaboration de fiches régionales traduisant une réflexion commune sur les actions qui dépendent de l'ARS, il est nécessaire de préciser les modalités internes d'organisation au sein-même de l'ARS. En effet, si le siège et les DT sont liés car faisant partie d'une même entité, le défi est de préciser le rôle de chacun en complémentarité et en coordination mais sans alourdir le dispositif.

Instaurer une coordination en astreinte

Les astreintes étaient organisées et effectuées antérieurement, de façon autonome dans chaque DDASS et au sein de l'ARH, même s'il existait un niveau de recours de couverture zonale qui venait en appui. Ces astreintes étaient réalisées en s'appuyant sur des procédures et des moyens propres à chaque structure. Aussi, si une organisation régionale et un fonctionnement unique des astreintes ont été mis en place, une formation doit être proposée. Un suivi du nouveau dispositif est nécessaire ainsi qu'une harmonisation des outils.

Elaborer un Plan de Continuité d'Activité (PCA) de l'ARS

Un PCA avait été élaboré par chaque DDASS, la DRASS et l'ARH de façon indépendante. Ce plan destiné à être déclenché lors de crises de longue durée devra être commun à l'ensemble de l'ARS. Il doit préciser l'ensemble des moyens matériels et humains disponibles et les modalités de leur mutualisation éventuelle.

Porter l'accent sur l'opérationnalité des plans de réponse

Développer la sensibilisation à la gestion de crise

La crise de par sa nature, va venir perturber le fonctionnement des structures et rendre inopérantes certaines procédures ou inadaptés certains comportements. Elle peut aussi avoir des conséquences sanitaires ou un retentissement médiatique important gênant la bonne gestion de l'événement. Aussi, sa gestion est difficile et peut requérir de nombreux cadres de l'ARS non forcément préparés car intervenant dans d'autres domaines. Il est donc indispensable de développer en interne la culture de la gestion de crise.

Intégrer la problématique de la préparation à la gestion de crise dans les autres schémas du PRS

La gestion de crise nécessite la participation des dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Ainsi, le SROS intègre la problématique des Plans blancs et Plans blancs élargis. Le secteur médico-social doit également être pris en compte dans les plans de défense. Enfin, les plans vaccination nécessitent des liens très étroits avec les dispositifs de prévention intégrés dans le volet Prévention promotion de la santé du Schéma régional de prévention.

Rendre les données plus facilement actualisables

Les plans et dispositifs d'urgence étant multiples, et les données dans le champ de la santé publique nombreuses et très évolutives, l'actualisation de celles-ci est complexe et chronophage. Aussi, une réflexion va s'engager sur les moyens de rendre cette action plus efficace car celle-ci est primordiale dans l'opérationnalité.

Prendre l'attache des professionnels de terrain de première ligne

L'ARS est une structure administrative, or la gestion de crise repose essentiellement sur les acteurs de terrain, notamment les SAMU, les services d'urgence et les professionnels de santé libéraux. Aussi, la vision administrative de la gestion doit être confrontée à celle de ces acteurs qui sont en première ligne.

Participer à des exercices

La préparation à la gestion de crise, impose la construction d'une réflexion en amont et l'élaboration d'organisations spécifiques, de procédures et la création d'outils adaptés. L'objectif général est de coller au plus près de ce que l'on sait faire, c'est-à-dire du quotidien. Cependant, même en tenant compte de cet axe de travail, il s'avère souvent que ces moyens ne sont pas opérationnels. La meilleure façon pour le savoir est de participer à des exercices permettant de tester nos outils et nos schémas organisationnels et de faire évoluer en conséquence notre réflexion théorique.

Faire des retours d'expérience commune

L'ARS est appelée à gérer un certain nombre de situations d'urgences sanitaires en coordination entre la DT concernée et le siège. Les échanges que l'on peut avoir sur l'analyse de nos actions et mode organisationnel permettent de proposer des actions correctrices visant à renforcer notre réactivité et notre efficacité.

Veiller à la préparation des établissements de santé et des professionnels à la gestion de crise

Intégrer la problématique des plans blancs dans le SROS

Les Plans blancs élaborés par les établissements de santé reposent en grande partie sur leurs ressources. Par ailleurs, dans le chapitre médecine d'urgence du SROS-PRS, il est fait mention du développement du ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources). Aussi les Plans blancs et le Plan blanc élargi recensant également ces moyens, il est important de mettre en cohérence le SROS, les Plans Blancs et le Plan Blanc élargi et de prioriser la gestion de crise.

Communiquer sur le plan blanc élargi avec les établissements et professionnels

La préparation à la gestion de crise ne constitue par en général une priorité pour les acteurs de terrain de la santé. Or l'opérationnalité des dispositifs et plans que nous élaborons ne peuvent être utiles en situation de crise que si tous les acteurs qui auront à les mettre en œuvre, les connaissent. Par ailleurs la préparation doit être cohérente entre les établissements et le dispositif départemental.



Développer une organisation de gestion des crises en appui du Centre opérationnel départemental (COD)

Constituer un pool de personnes formées à la gestion de crise

La gestion de crise sanitaire est dans la grande majorité des situations, coordonnée par le Préfet de département qui sollicite ses différents services et l'ARS. Par ailleurs, le ou les représentants de l'ARS présents au COD ne peuvent pas en général répondre à toutes les sollicitations en situation de crise. De nombreux agents vont être impliqués, ce qui rend nécessaire une formation adaptée préalable.

Définir une organisation de la cellule d'appui en interne

Les représentants au COD sont préférentiellement des cadres exerçant en DT. Cependant, selon la nature de l'événement, il sera indispensable de leur apporter un appui. Aussi, une réflexion commune de schémas organisationnels selon différents scénarii, doit être élaborée en amont.

Définir une coordination et une articulation entre les différents niveaux

L'ARS Aquitaine étant également ARS de zone, trois niveaux de compétence territoriale coexistent : départemental, régional et zonal, qui peuvent dans certains cas rendre encore plus difficile la coordination de la gestion. En conséquence, les compétences de chaque niveau doivent être définies et bien articulées afin de favoriser une gestion de qualité d'événements majeurs.

Définir des moyens affectés à la cellule de crise ARS

Les membres d'une cellule de crise ne peuvent intervenir de façon optimale que si les besoins fondamentaux sont couverts. Différents aspects devront être pris en compte tels les effectifs, les compétences requises, les moyens logistiques, etc.

Préparer des outils

La gestion de crise ne peut s'opérer sans outils adaptés et adaptables à la configuration de la situation. Ces outils sont constitués notamment de moyens de communication, de messages préformatés, de références etc.

Répertorier les moyens d'intervention

Identifier les compétences au sein de l'ARS

Outre les compétences techniques attachées à leur corps d'origine, les agents de l'ARS peuvent posséder des compétences spécifiques d'un domaine particulier. L'objectif est ici de repérer en amont ces compétences qui peuvent être cruciales à une bonne gestion de crise. Ces compétences peuvent relever de connaissances acquises, d'une expérience antérieure, d'un savoir-faire ou d'un savoir-être.

Identifier les personnes ressources pour l'ARS

Les compétences internes de l'ARS bien que multiples peuvent se révéler insuffisantes à une bonne prise de décisions dans un contexte très technique. En effet, les cadres de l'ARS même s'ils sont affectés à la VSS, ne sont pas pour autant des experts. Aussi le dispositif régional ne peut-pas se reposer que sur eux seulement mais prévoir des partenaires référents pouvant intervenir autant que de besoin dans une situation de crise.

5. DÉVELOPPER LA COMMUNICATION SUR LES URGENCES SANITAIRES

La communication dans le domaine des urgences sanitaires est un enjeu important. Il doit répondre à la demande croissante de la population à être informée des situations sanitaires, et ce d'autant plus en situation d'urgences sanitaires, mais aussi à la nécessité de diffuser des messages de prévention soit ciblés soit à la population générale.

Pour les urgences sanitaires, la compétence, en termes de communication, est partagée entre les Préfectures et l'ARS.

Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires

La communication comprend la rétro-information sur la situation sanitaire régionale d'une part, et la communication à l'initiative de l'ARS et de l'InVS ou à la demande des médias, de la préfecture et des partenaires locaux, d'autre part.

L'ARS et l'InVS disposent de leur propre service de communication. Pour les sujets de compétence commune, les deux services assurent une collaboration étroite. Le service communication de l'ARS assure le lien avec les acteurs locaux et leur service de communication. En situation de crise, une astreinte communication est mise en place.

La procédure, commune aux différents types de communication, comporte pour l'ARS, quatre étapes : 1) accord préalable de la DG ARS ; 2) préparation de la communication ; 3) réalisation de la communication ; 4) rétro-information au service communication :

1 - Accord préalable DG ARS

Toute communication est soumise à l'accord de la DG ARS. Lorsque la communication relève de la Cire, l'accord conjoint des DG ARS/InVS est nécessaire. La demande est adressée au service communication. L'accord prend en compte l'opportunité de communiquer, la validation des modalités de communication (type de communication, communiquant, etc.).

En astreinte, la demande de communication est adressée au directeur Comex.

En cas d'alerte ou de crise, le préfet décide des principes et des modalités de communication. La coordination de la communication est assurée par les services communication de la préfecture et de l'ARS.

2 - Préparation de la communication

Lorsque la Préfecture assure la communication, les messages sanitaires sont préparés par l'ARS.

Lorsque l'ARS assure la communication, la DG ARS désigne un (des) communiquant(s) qui prépare(nt) les éléments de langage avec l'appui du service communication. Au niveau national, la Mission information et communication (Mi-com) de la DGS et/ou le service communication de l'InVS peuvent être sollicités. Les éléments de langage sont soumis à validation par la/les DG ARS/InVS.

3 - Réalisation de la communication

Le communiquant désigné est celui qui est le mieux placé pour assurer la communication (directeur, champ de compétence, agent de proximité en DT...). Il bénéficie de l'appui des services communications ARS/InVS ou en astreinte du directeur Comex.

4 - Rétro-information au service communication ARS

Il s'agit d'une étape systématique. Elle permet d'informer de la réalisation effective de la communication, à débriefer sur son déroulement et à préciser les modalités de diffusion.

Développer des stratégies de communication et préparer des plans de communication

De nombreuses situations sont prévisibles ; pour certaines, elles font l'objet de plans de défense, comme pour la canicule, le grand froid, etc. Pour chacune de ses situations, le service communication en lien avec la Direction et la plateforme définit



une stratégie de communication en définissant les informations à diffuser et la population cible. Un plan de communication décrivant les modalités de mise en œuvre (courrier, mise en ligne sur le site internet, communiqué de presse, etc.) est ensuite élaboré. Il peut être fait appel à un appui du niveau national (services communications de la DGS et de l'InVS).

Préparer les outils de communication de crise

Pour chaque situation prévisible, des outils de communication doivent être préparés. Il peut s'agir de modèles de communiqués de presse, mais également d'éléments de langages formatés qui seront adaptés à la situation.

Développer des outils de sensibilisation des professionnels de santé à la gestion des urgences sanitaires

Afin de sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des urgences sanitaires, une information doit être mise en ligne sur l'espace qui leur est dédié sur le site internet de l'ARS. Seront accessibles les grandes lignes des plans de défense, mais aussi des informations et liens relatifs aux conduites à tenir dans le cadre d'accident industriel ou nucléaire.

Développer des outils permettant d'informer rapidement les professionnels de santé, les maires et les populations à risque en cas de menace sanitaire

La diffusion rapide de l'information reste un enjeu important dans la communication en situation de crise. Cette information peut se faire par le biais de la presse lorsqu'elle est destinée à la population générale. Lorsque l'information est destinée à une population plus ciblée (professionnels de santé, établissements de soins ou médico-sociaux, mairies, etc.) il est nécessaire de détenir des listes de diffusion à jour, prêtes à l'emploi.

Par ailleurs, les préconisations pour faire face à une urgence sanitaire donnée seront élaborées en lien avec des référents, notamment des spécialistes du CHU. Des échanges avec ces référents et la mise en place d'un annuaire permettront l'élaboration et la diffusion rapide des recommandations.

Développer les liens avec les relais territoriaux (URPS, maires...)

Certaines institutions peuvent servir de relais territoriaux pour la diffusion d'une information. Ainsi, il est nécessaire d'avoir défini en lien avec les conseils départementaux des ordres professionnels et les unions régionales des professionnels de santé une organisation permettant une diffusion rapide de l'information vers les professionnels de santé. De la même façon, une organisation avec les mairies, les conseils généraux, les inspections académiques doit permettre une diffusion rapide de l'information aux écoles, collèges, lycées, PMI, notamment.

Présenter régulièrement les résultats de la veille et de la sécurité sanitaire aux professionnels de santé et aux instances de démocratie sanitaire

L'activité de veille sanitaire doit faire l'objet d'un rapport d'activité annuel. Une synthèse de ce rapport d'activité doit faire l'objet d'une diffusion vers les partenaires, notamment les Conseils départementaux des ordres professionnels, les URPS, mais aussi les commissions sanitaires de territoire. Elles permettent ainsi la rétro-information des acteurs et la proposition de nouvelles pistes de travail.

Sensibiliser la population à prévenir le risque et à la gestion de l'incertitude

L'information de la population sur les risques émergents permet de les sensibiliser aux mesures de prévention. Ainsi, l'apparition croissante de physalies sur nos côtes fait l'objet en parallèle de la mise en place d'un système de surveillance, d'information via le site internet de l'ARS et des médias, sur le risque que représentent les envenimements et sur les mesures à prendre lorsqu'elles surviennent.

L'intoxication estivale par des champignons liés à la confusion entre différentes espèces ou la survenue d'infection par une souche E. Coli productrice de shigatoxines sont à l'origine d'information à la population sur les risques, sur les manières de les prévenir et les conduites à tenir en cas d'intoxication.

III.

PROGRAMME D'ACTION / EVALUATION / FICHES OPERATIONNELLES

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 :

Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires en Aquitaine

OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D'ACTIONS	PILOTE	CONTRIBUTEURS	PARTENAIRES	ECHÉANCE	INDICATEURS D'ÉVALUATION
Organiser la gestion des alertes sanitaires	Poursuivre la mise en place en place de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires	CVAGS * Cire	DSSE DSSPS SZDS DOS DOMS ICAE		2011	Fait / Non fait
Assurer la réception et la régulation des signalements 24h/24	Rendre opérationnel le point focal régional avec une articulation avec le dispositif d'astreintes	CVAGS * Cire	SZDS		2011	Fait / Non fait
Décrire l'articulation siège / DT	Mettre en place un groupe de travail avec les DT, le DSSPS, le DSSE et le SZDS pour définir le protocole d'organisation de la plateforme	CVAGS * Cire	DSSE DSSPS SZDS DOS DOMS ICAE		2011	Fait / Non fait
Décrire l'articulation de la plateforme avec le DSSPS, le DSSE et le SZDS						Fait / Non fait
Décrire l'articulation avec les Préfectures et les DDI	Organiser des réunions avec les Préfectures de départements et les DDI afin de définir les circuits de signalement et de diffusion de l'information	DT		Préfecture département DDI	2011 - 2012	Fait / Non fait
Définir l'articulation avec les autres acteurs de la VSS	Organiser des échanges avec les acteurs locaux de la VSS pour définir les circuits de signalement et de diffusion de l'information	CVAGS * Cire	DSSE DSSPS	ES et EMS Réseaux de professionnels de santé Vigilants Santé Travail Services de l'État Collectivités Territoriales	2012	Fait / Non fait
	Définir dans le protocole d'organisation de la plateforme les modalités d'échange avec l'échelon national	CVAGS * Cire	DSSE DSSPS SZDS		2011	Fait / Non fait
Préciser les missions des différents niveaux	Mettre en place un groupe de travail avec les DT, le DSSPS, le DSSE et le SZDS pour définir le rôle des niveaux départemental, régional et zonal (protocole d'organisation de la plateforme)	CVAGS * Cire	DSSE DSSPS SZDS		2011	Fait / Non fait
Assurer la traçabilité des signalements et des actions de gestion mises en oeuvre	Mettre en place des outils permettant la traçabilité et le partage d'information	CVAGS * Cire			2011	Fait / Non fait

* CVAGS : siège + Délégations Territoriales



OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes

OBJECTIF OPÉRATIONNEL	PLAN D'ACTIONS	PILOTE	CONTRIBU-TEURS	PARTENAIRES	ECHÉANCE	INDICATEURS D'ÉVALUATION
Développer des procédures partagées de traitement de signaux	Mettre en place un groupe de travail ayant pour objet de développer des procédures communes pour le traitement des signalements dans la région	CVAGS * Cire			2011 – 2012	Nombre de procédures écrites
Effectuer des points périodiques entre les différents acteurs de la VSS	Assurer l'information des acteurs de la VSS au moyen de : > Point de situation hebdomadaire + BSI Point Epidémio (hebdomadaire) > Petit déjeuner des vigilants (mensuel) > Bulletin de veille sanitaire (trimestriel) > Rapport d'activité de la plateforme (annuel) > Journée régionale de veille sanitaire (biennale) > Sites ARS - InVS	Cire CVAGS *	DSSPS DOS PPS	Pharmaco vigilance CAPTV Omedit Arlin Coordination des vigilances du CHU Biovigilance	2011 – 2015	Fait / Non fait
Proposer aux acteurs de la VSS et aux cadres effectuant des astreintes, une formation à la gestion des signalements et à l'utilisation des outils	Organiser des formations internes aux cadres effectuant des astreintes	CVAGS * Cire SZDS			2010 – 2011	Nombre de formations organisées
	Former les nouveaux arrivants				2011 – 2015	Nombre de personnes formées
Organiser des formations à la gestion de crise	Mettre en place une formation > sur la communication en période de crise > sur le pilotage d'une cellule de crise				2011 – 2012	
Proposer des exercices et des Retex sur la gestion notamment en situation de crise	Organiser des exercices éprouvant les plans relevant du champ d'intervention de l'ARS	CVAGS * SZDS Cire			2012 – 2015	
	Organiser des rétex après tout événement important impliquant des moyens importants de l'ARS				2011 – 2015	

* CVAGS : siège + Délégations Territoriales

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : Développer le signalement

OBJECTIF OPÉRATIONNEL	PLAN D' ACTIONS	PILOTE	CONTRIBUTEUR	PARTENAIRES	ECHÉANCES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
Améliorer le signalement des événements susceptibles d'avoir un impact sur la santé	> Assurer l'information des acteurs de santé sur la situation épidémiologique et la diffusion de recommandations	Cire CVAGS *			2011 – 2015	Fait / Non fait
	> Informer les partenaires de la VSS des coordonnées du centre de réception de la plateforme				2011 – 2012	Fait / Non fait
Améliorer la déclaration des MDO et sécuriser le système de remontées des MDO	> Promouvoir la déclaration des MDO en lien avec les représentants institutionnels des professionnels de santé	Cire CVAGS *		CDOM URPS	2011 – 2015	Nombre d'informations faites
	> Informer les partenaires de la VSS des coordonnées du centre de réception de la plateforme				2011 – 2012	Fait / Non fait
Développer et consolider les dispositifs de surveillance spécifique existants (hors MDO)	> Définir le circuit du signalement et de la gestion des événements survenant dans les ES et les EMS	Cire CVAGS *	DSSPS	ES EMS	2011 – 2012	Fait / Non fait
	> Promouvoir le signalement des maladies infectieuses			ES EMS	2011 – 2015	Nombre de signalements faits
	> Renforcer la surveillance de la grippe			Réseau sentinelle GROG Réseau des réanimateurs	2011 – 2015	
Développer et consolider les dispositifs de surveillance syndromique (non spécifique)	> Promouvoir l'adhésion des services d'urgence au dispositif Oscour	Cire		ES		Nombre d'ES rattachés au dispositif
	> Elargir le recueil de la mortalité quotidienne			Services d'état civil des communes		Pourcentage de communes participants
	> Mettre en place de nouveaux systèmes de surveillance					Nombre de nouveaux systèmes mis en place

* CVAGS : siège + Délégations Territoriales



OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 : Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires

OBJECTIF OPÉRATIONNEL	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PLAN D'ACTIONS	PILOTE	CONTRIBUTEURS	PARTENAIRES	ECHÉANCES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
Mettre en cohérence les volets sanitaires des plans départementaux selon un angle régional	Elaborer une trame régionale du PBE, déclinée ensuite territorialement	> constituer un groupe de travail siège/DT	CVAGS*	DOS Cire SZDS	Samu Resura	2011	Fait/ non fait
		> élaborer une trame régionale	CVAGS*	DOMS DSSPS ESP		2011	Fait/ non fait
	Elaborer une fiche régionale pour le volet sanitaire du Plan canicule et une harmonisation régionale des autres plans	> élaborer une fiche action ARS canicule	CVAGS*	DT		2011 - 2015	Fait/ non fait
		> élaborer une trame zonale/régionale du plan iode	SZDS	CVAGS		2011	Fait/ non fait
		> élaborer une trame zonale/régionale de la déclinaison santé du plan NRBC	SZDS	CVAGS		2012	Fait/ non fait
		> élaborer une trame zonale/régionale des annexes NRBC/ PBE	SZDS	CVAGS		2011 - 2012	Fait/ non fait
	Actualiser les plans et procédures au regard de la création des ARS	Elaborer des schémas d'organisation interne en région siège/DT	> définir le contenu d'une boîte à outils	CVAGS*	SZDS		2012
> rédiger des fiches			CVAGS*	SZDS	2012 - 2015		Nb fiches rédigées
Instaurer une coordination des astreintes		> mener une réflexion en concertation	CVAGS*	SZDS	2010- 2011		Fait/ non fait
		> mettre en place une formation	CVAGS* Cire SZDS		2011		Fait/ non fait
		> rédiger un règlement	CVAGS*		2011		Fait/ non fait
		> assurer un suivi et une évaluation du dispositif	CVAGS*		2011 - 2015		Fait/ non fait
Elaborer des outils communs régionaux		> créer une architecture pour la valise commune	CVAGS*	SZDS	2011		Fait/ non fait
		> élaborer des procédures communes	CVAGS*		2011 - 2015		Nb CAT ou procédures rédigées
Elaborer un PCA unique		> analyser les PCA existants	RH	CVAGS* SZDS	2013		Fait/ non fait
		> mener une réflexion en concertation			2013		Fait/ non fait
		> rédiger le PCA « ARS »			2014		Fait/ non fait

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 : SUITE

OBJECTIF OPÉRATIONNEL	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PLAN D' ACTIONS	PILOTE	CONTRIBUTEURS	PARTENAIRES	ECHÉANCES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
Porter l'accent sur l'opérationnalité des plans	Développer la sensibilisation à la gestion de crise en interne	> écrire des articles sur Intranet	CVAGS* SZDS			2011	Fait/ non fait
		> réaliser une sensibilisation en interne	CVAGS* SZDS			2014	Fait/ non fait
	Participer à des exercices		CVAGS* SZDS Cire	Autres services	Préfectures, établissements	2011 – 2015	Nb exercices
	Faire des retours d'expérience communs		CVAGS* SZDS Cire		Réseau VSS	2011 – 2015	Nb retours d'expérience communs
Veiller à la préparation des ES et PS à la gestion de crise	> intégrer la problématique des PB dans le SROS					2011	Fait/ non fait
	> communiquer sur le PBE et PB					2013 – 2015	Nb PB actualisés Nb articles sur le site Internet
Développer une organisation de gestion de crise en appui du COD	> constituer un pool de personnes formées à la gestion de crise	CVAGS* SZDS			Préfectures de département, préfecture de zone	2012	Fait/ non fait
	> définir la cellule régionale d'appui en articulation avec les COD et la CZA					2012	Fait/ non fait
Développer une organisation de gestion de crise en interne	> définir des moyens affectés à la CRA						2013
Répertorier les moyens d'intervention	> identifier des compétences au sein de l'ARS					2012	Fait/ non fait
	> identifier des personnes ressources externes				ES, université	2013	Fait/ non fait

* CVAGS : siège + Délégations Territoriales



OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 : Améliorer la communication sur les urgences sanitaires et la gestion de crise

OBJECTIF OPÉRATIONNEL	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PLAN D'ACTIONS	PILOTE	CONTRIBU-TEURS	PARTENAIRES	ECHÉANCES	INDICATEURS ÉVALUATION
Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires		> Définir les étapes de la procédure de communication externe	COM CVAGS* Cire			2011	Fait/non fait
		> Préciser les modalités de l'identification du service responsable de la stratégie de communication	COM CVAG* Cire SZDS				
		> Préciser les modalités d'identification du communicant	CVAGS* Cire COM SZDS				
Développer les stratégies de communication et préparer les plans de communication	Définir un plan de communication en lien avec un plan d'urgence	> Plan canicule	COM	CVAGS*		2011	Fait/ non fait
		> Plan grand froid/ CO				2011	
		> Plan blanc Elargi				2012	
	Définir un plan de communication pour certaines urgences sanitaires	> Physalies	COM	CVAGS* Cire DSSE		2011	Fait/ non fait
		> Epidémie				2012	
		> Pollution environnementale				2013	
Préparer des outils de communication	Avoir des messages types	> Lister les situations sanitaires	CVAGS* Cire			2012	Fait/ non fait
		> Rédiger les différents types de modèles de messages	CVAGS* Cire			2012 - 2015	Nb modèles types rédigés
	Etre en capacité d'envoyer en nombre un message d'alerte	> Avoir des fichiers de destinataires uniques mis à jour au fil de l'eau et accessibles	DG	Tous les services de l'ARS		2012	Fait/ non fait
		> Rédiger une procédure d'envoi en nombre	ESP CVAGS* DSSI				
		> Former les cadres aux envois au nombre					



OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 : SUITE

OBJECTIF OPÉRATIONNEL	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PLAN D'ACTIONS	PILOTE	CONTRIBUTEURS	PARTENAIRES	ECHÉANCES	INDICATEURS ÉVALUATION
Développer les outils de sensibilisation des professionnels de santé à la gestion des urgences sanitaires	Sensibiliser les professionnels de santé sur les MDO	> créer un espace spécifique pour les PS	Dir Stratégie	CVAGS* Cire		2012	Fait/ non fait
		> rédiger une info sur les MDO	CVAGS* Cire				
		> mettre un lien vers le site Internet InVS	CVAGS* Cire				
	Sensibiliser les professionnels de santé sur les autres maladies	> rédiger une info sur les M non à DO	CVAGS* Cire		2012	Fait/ non fait	
		> mettre un lien vers les sites Internet utiles : InVS, CCLIN, AFSSAPS, ...					
	Rédiger une information sur les vigilances et la sécurité des soins	> rédiger une info sur les vigilances	DSSPS		2012	Fait/ non fait	
		> rédiger une info sur la sécurité des soins					
		> mettre un lien vers les sites utiles					
	Rédiger une information sur les plans de défense	> rédiger une information générale sur le plan blanc élargi	CVAGS*		2012	Fait/ non fait	
		> rédiger une info sur les autres plans	CVAGS* SZDS		2013		
		> rédiger une fiche sur les sources d'information en situation de crise	CVAGS* SZDS		2014		
	Développer des liens avec les relais territoriaux		> Instaurer un partenariat avec les acteurs locaux	DT	CVAGS*, Cire	Préfectures, CG, SCHS, CUB...	
Sensibiliser la population à prévenir le risque et à la gestion de l'incertitude	> Sensibiliser la population au travers du site Internet ARS	CVAGS* Cire	DSSE, DSSPS	CHU/ SAMU 33	2011 - 2015	Nb thématiques traitées et articles	
	> Sensibiliser la population au travers de documents papier					Nb documents réalisés	
	> Sensibiliser la population en recourant aux média					Nb recours aux média	

* CVAGS : siège + Délégations Territoriales



Volet prévention promotion de la santé

Sommaire

> 1. Concepts clés	48	> Objectif n°6 : Déployer la prévention dans les politiques ayant un impact sur la santé.	75
> 2. Axes et objectifs en Prévention et Promotion de la santé	50	> Objectif n°7 : Renforcer l'accessibilité et la lisibilité des dispositifs, la visibilité des acteurs et des actions	81
> Axe 1 : Agir sur les déterminants de la santé et favoriser l'accès au parcours de santé.	54	> Objectif n°8 : Optimiser l'allocation des moyens en prévention	83
> Objectif n°1 : Faciliter les comportements favorables à la santé	56	> Axe 3 Réduire les inégalités de santé dans chaque territoire.	84
> Objectif n°2 : Développer la prévention des maladies et favoriser l'accès aux soins.	61	> Territoire de santé de Dordogne.	86
> Objectif n°3 : Promouvoir l'éducation thérapeutique	65	> Territoire de santé de Gironde	88
> Axe 2 Structurer une offre de prévention de proximité et de qualité dans les territoires de santé	68	> Territoire de santé des Landes	90
> Objectif n°4 : Organiser la mise en œuvre du SRP au niveau infra territorial.	72	> Territoire de santé de Lot-et-Garonne	92
> Objectif n°5 : Renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques.	73	> Territoire de santé de Béarn - Soule	94
		> Territoire de santé de Navarre - Côte basque	96
		> 3. Suivi et évaluation	98
		> Annexe	107

1. CONCEPTS CLÉS¹

L'absence de consensus sur les définitions nuit au développement de la prévention et de la promotion de la santé, comme en témoigne cet extrait de l'état des lieux réalisé par l'ORS : « *Il n'existe pas actuellement de vision partagée en matière de prévention. La confusion règne entre la prévention primaire, la prévention secondaire et tertiaire, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, et plus globalement dans le champ de la santé. Les définitions de la prévention étant diffuses, elles sont inopérantes, ce qui affecte toutes les autres thématiques...* ». Il apparaît nécessaire de clarifier les termes utilisés et de définir précisément la façon dont ils seront utilisés dans les documents produits par l'ARS.

Les définitions de l'approche préventive ont évolué au fil du temps, en même temps que les définitions de la santé, envisagée d'abord sous l'angle de la santé somatique, puis dans une acception médico-psycho-sociale et plus récemment intégrée dans une approche sociétale.

Prévention : approche médicale, datant des années 1950. La santé est observée depuis les services hospitaliers, le cabinet du médecin. Il s'agit de prévenir :

- > l'apparition de la pathologie : **prévention primaire**
- > l'aggravation de la pathologie : **prévention secondaire**
- > l'apparition de complications, de répercussions sociales de la pathologie et de favoriser la réinsertion du patient : **prévention tertiaire**

L'analyse des facteurs de risque est à la base de la prévention et détermine en grande partie les actions à mener. Les actions de prévention visent les adaptations des comportements aux risques encourus, mais incluent également la **prévention médicalisée** (dépistage, vaccination), les actions de formation des professionnels de santé et des acteurs relais et les actions de sécurisation (comme par exemple la législation sur la délivrance de médicaments ou la sécurisation des ponts pour prévenir les suicides).

Promotion de la santé : approche sociale, systémique, développée dans les années 1970. La santé se vit dans la cité, dans les communautés ou groupes humains. Il s'agit de fédérer professionnels, habitants et décideurs pour agir sur plusieurs déterminants de la santé. Cette approche s'appuie sur la participation active des usagers, dès la définition des priorités.

L'analyse des facteurs de risque se complète par un travail de renforcement des facteurs de protection, non spécifiques d'une ou l'autre pathologie (estime de soi, capacité à faire des choix, à demander de l'aide, inscription sociale...).

Dans les années 1990, en pleine épidémie de sida, s'est développée une approche pragmatique de la prévention, centrée sur les possibilités de chaque personne exposée à gérer le risque et sur l'accès aux moyens de protection. La **réduction des risques** s'est fondée sur une vision strictement technique de la santé publique (comment limiter au maximum les risques de transmission virale) sans porter de jugement sur les modes de vie des individus (consommation de drogues, sexualité).

A partir des années 2000 s'est développée une **approche dite « écologique » de la santé**. Elle s'appuie sur un modèle développé à la fin des années 1990, mettant en évidence l'impact des aspects économiques (emploi, revenus, précarité...), sociaux et environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, environnement sonore...) sur la santé des individus (cf schéma 1 page 55). C'est cette dernière approche de la santé qui sous-tend la nouvelle politique de santé publique et qui doit être mise en œuvre pour ce qui concerne les actions en amont des soins.

1. Pour en savoir plus : Glossaire européen des termes de santé publique internationaux, <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>



C'est également dans les dix dernières années que s'est développée une **approche populationnelle de l'action préventive**, à partir des programmes internationaux de lutte contre la dépendance et la toxicomanie. Cette définition distingue :

- > la **prévention universelle** : qui s'applique à toute la population (il s'agit essentiellement de sensibilisation, d'apport de connaissances et de compétences)
- > la **prévention sélective (ou orientée)** : en fonction de facteurs de risque (actions spécifiques à certaines populations, repérage précoce et intervention brève...)
- > la **prévention indiquée (ou ciblée)** : pour des personnes définies, présentant des antécédents (dont l'éducation thérapeutique)

L'éducation pour la santé : est une technique utilisée quelle que soit l'approche utilisée. Il s'agit de permettre à des individus ou à des groupes d'élaborer des réponses favorables à leur santé selon les principes de l'éducation : appropriation de savoirs validés et apprentissage d'attitudes et de pratiques adaptés aux possibilités de chacun, aux risques et aux situations rencontrés. Quand elle s'adresse à des patients ou à leur entourage, cette technique prend le nom d'**éducation thérapeutique**.

Loin de se succéder l'une à l'autre, ces différentes conceptions de la prévention se superposent, et l'absence de consensus et de culture commune compliquent la définition de priorités et d'objectifs ainsi que la mise en œuvre des programmes.

Le schéma régional de prévention d'Aquitaine considère trois niveaux d'intervention, détaillés dans l'axe 1.

L'action sur les déterminants de la santé :

Il s'agit de renforcer facteurs de protection et compétences de l'ensemble de la population, sur le plan de la santé physique, mentale et sociale, pour favoriser les choix de comportements favorables à la santé. Cela passe par des actions sur les déterminants de la santé incriminés dans l'apparition de pathologies chroniques (nutrition, activité physique, consommation d'alcool et de tabac) Pour tous ces comportements, les dimensions psychologiques et sociales sont aussi importantes à prendre en compte que l'apport de connaissances. Il faut agir également sur les déterminants de la santé qui ne relèvent pas de l'utilisateur lui-même, mais de son environnement et de son cadre de vie (politique de santé, qualité et accessibilité des dispositifs, environnement social...). Cette stratégie passe par la mobilisation de nombreux partenaires politiques, institutionnels et associatifs.

La prévention de certaines maladies ou de certains risques :

Les priorités sont définies à partir de données fournies par des études épidémiologiques ou médico-économiques qui permettent de repérer les principales problématiques de santé, ainsi que par des données issues d'observatoires capables d'identifier les problématiques émergentes ou en évolution rapide. Elles diffèrent d'un territoire de santé à l'autre.

Les actions peuvent concerner toute la population ou des segments spécifiquement exposés aux pathologies concernées. Elles sont définies à partir des déterminants et des facteurs susceptibles de limiter les risques de survenue de la pathologie. Elles ne se limitent pas à la seule prévention primaire, mais incluent le repérage précoce et le dépistage et veillent à établir les liens avec les soins si nécessaire.

La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage

L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage a pour finalité d'optimiser leur prise en charge (meilleure compréhension de la maladie et des traitements) et d'améliorer leur qualité de vie (prise en compte des aspects psycho-sociaux).

2. AXES ET OBJECTIFS EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Les éléments de contexte ci-après ont été pris en compte pour l'élaboration du Schéma régional de prévention.

L'importance des maladies chroniques²

Si l'on compare l'Aquitaine aux autres régions françaises, les problèmes de santé les plus importants sont la mortalité prématurée due aux maladies cardio-neuro-vasculaires et aux cancers. De plus, les cancers sont la cause de près de la moitié des décès entre 65 et 74 ans. Ces pathologies résultent de déterminants comportementaux communs : alimentation inadaptée, activité physique insuffisante, consommation d'alcool et de tabac.

La qualité des aliments, de l'air, l'exposition à des agents chimiques ou biologiques sont également des facteurs que l'on retrouve dans les chaînes de causalité conduisant à des pathologies chroniques et à des allergies.

Agir sur l'ensemble de ces déterminants dès le plus jeune âge contribuera à diminuer l'impact des maladies chroniques.

Les inégalités territoriales de santé

Couvrant plus de 41000 kms², l'Aquitaine est l'une des plus vastes régions de France avec trois de ses cinq départements parmi les plus étendus de France (Gironde, Landes et Dordogne), avec la moitié du territoire occupée par des zones naturelles, et plus d'un tiers par des zones agricoles. Cette particularité géographique ainsi que la faible densité de population compliquent particulièrement l'accès aux soins.

Les problématiques de santé ne sont pas également réparties sur le territoire aquitain. Certaines d'entre elles, comme le suicide par exemple, sont préoccupantes dans certains territoires et nettement en-dessous des valeurs nationales dans d'autres. La surmorbidity et la surmortalité spécifiques aux différents âges de la vie sont des critères de sélection des thématiques prioritaires, dans les six territoires de santé de la région.³

Les inégalités sociales de santé

Afin de réduire les inégalités sociales de santé, une attention spécifique en direction des populations en situation de précarité devra être concrétisée dans les actions menées pour chacune des thématiques de santé jugées prioritaires.

Mais les inégalités sociales de santé traversent l'ensemble de la population selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations en situation de précarité ne représente que l'extrême, la partie immergée de l'iceberg. La réduction des inégalités sociales de santé doit donc s'appuyer sur une vision dynamique des liens entre populations « insérées », en précarisation, en précarité et en exclusion⁴. Cette vision appelle des stratégies imbriquant différents niveaux d'intervention dans chacune des thématiques de santé.

Multiplicité des plans et programmes

La multiplicité des plans et programmes nationaux centrés sur une thématique ou sur une population complique l'élaboration d'un projet de santé exposant clairement les priorités régionales et leur déclinaison territoriale. Le schéma régional de prévention est le cadre à l'intérieur duquel ces plans et programmes vont se décliner. Il n'a pas pour vocation de détailler l'ensemble des actions à mettre en œuvre. Pour chacun des objectifs de l'axe 1, les programmations de références sont citées.

2. Cf. ci-après le Tableau n° 1 – Synthèse régionale de l'état des lieux des problématiques de santé – page 55

3. Cf. ci-après le Tableau n° 1 – Synthèse régionale de l'état des lieux des problématiques de santé – page 55

4. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, HCSP 2009



Un foisonnement d'acteurs intervenant en prévention et promotion de la santé⁵

Le diagnostic régional préalable à la rédaction du PSRS a fait le double constat :

- > d'un pilotage difficile : « En Aquitaine de nombreux acteurs participent à la promotion de la santé et à la prévention : institutionnels des réseaux d'Assurance maladie, des collectivités territoriales, des différents services de l'Etat, associations, structures de soins, médico-sociales et sociales. La richesse de cette diversité a pour corollaire une difficulté de pilotage, liée au fait que de nombreuses initiatives et actions ne sont pas financées par l'ARS, qu'elles relèvent d'une autre source de financement ou qu'elles soient effectuées sur les fonds propres des structures. Le système d'information actuellement en place ne peut donc prendre en compte toutes ces actions ; il ne permet pas non plus de disposer de données géographiques infra-départementales ».
- > d'une inégalité entre les territoires qui a tendance à augmenter :
 - La multiplicité des décideurs et des financeurs de la prévention, la complexité des modalités de financement.
 - Une offre inégalement répartie et fragmentée entre les territoires en raison de la multiplicité des acteurs.
 - Les difficultés d'information, d'articulation et de coordination entre les différents acteurs de la prévention, et entre les acteurs de la prévention et ceux du soin et du médico-social.
 - Un manque de visibilité globale et exhaustive de l'offre.
 - Une connaissance insuffisante par les acteurs comme par la population des dispositifs et organisations de prévention, de soin et d'accompagnement existants.

Ce foisonnement témoigne cependant d'une forte mobilisation des acteurs : professionnels du champ de la prévention, mais aussi professionnels d'autres champs (soins, éducatif, social, etc.) qui font le choix d'intégrer la prévention dans leurs activités. La prévention repose pour beaucoup sur l'implication de cette seconde catégorie d'acteurs, expliquant une hétérogénéité dans la qualité des actions et une complexité de coordination. Néanmoins, l'évaluation du PRSP a mis en évidence une évolution favorable, tant en matière de professionnalisation des acteurs que de qualité des actions.

C'est à partir de l'état des lieux réalisé pour le Plan stratégique régional de santé, de l'état des lieux préalable à l'élaboration du SRP, à partir des éléments de contexte précédents et en s'appuyant sur les travaux des groupes régionaux et des concertations territoriales, que le schéma régional de prévention d'Aquitaine a été structuré en trois axes, déclinés en objectifs spécifiques. Les axes et objectifs du SRP s'inscrivent dans les priorités définies dans le Plan stratégique régional de santé (voir tableau de liaisons au début de chaque axe).

Axe 1 - Agir sur les déterminants de la santé et favoriser l'accès au parcours de santé

Objectif n°1 - Faciliter les comportements favorables à la santé.

Objectif n°2 - Développer la prévention des maladies et favoriser l'accès aux soins.

Objectif n°3 - Promouvoir l'éducation thérapeutique.

Axe 2 - Structurer une offre de prévention de proximité et de qualité dans les territoires

Objectif n°4 - Organiser la mise en œuvre du SRP au niveau infra-territorial.

Objectif n°5 - Renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques.

Objectif n°6 - Déployer la prévention dans les autres politiques ayant un impact sur la santé.

Objectif n°7 - Renforcer l'accessibilité et la visibilité des dispositifs, des acteurs et des actions.

Objectif n°8 - Optimiser l'allocation des financements.

Axe 3 - Réduire les inégalités de santé dans chaque territoire

5. Cf. ci-après le Tableau n° 2 – Catégorisation des principaux opérateurs en prévention et promotion de la santé – Axe 2 – page 68

Tableau n° 1 - Synthèse régionale de l'état des lieux des problématiques de santé

THÉMATIQUE DE SANTÉ	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS ADOLESCENTS JEUNES ADULTES	ADULTES	PERSONNES ÂGÉES
Cancers	Surpoids et obésité liés au niveau socio-économique	Augmentation de la sédentarité augmentation du surpoids et de l'obésité	Cancers = 1 ^{ère} cause de décès prématurés Hommes : prostate, trachée-bronches-poumon, colon-rectum Femmes : Sein, colon-rectum, progression importante des cancers trachée, bronches, poumon (3 ^{ème} région) Méconnaissance des actions d'accompagnement des malades	Près de la moitié des décès entre 65 et 74 ans (poumon chez les hommes, sein chez les femmes) 2 ^{ème} motif d'admission en ALD
Maladies cardio-neuro-vasculaires	Insuffisance du repérage des vulnérabilités psycho-sociales et environnementales	Influence du niveau socio-économique	Prévalence de l'obésité en augmentation Mortalité prématurée plus élevée qu'au niveau national : cardiopathies ischémiques (hommes) maladies cérébrovasculaires (femmes)	1 ^{er} motif d'admission en ALD
Autres maladies chroniques			Troubles musculo-squelettiques liés aux contraintes posturales au travail (1 ^{ère} pathologie en médecine du travail) Taux de diabète inférieurs à la moyenne nationale	Diabète : 3 ^{ème} motif d'admission en ALD, maladie d'Alzheimer : 4 ^{ème} Importance croissante des maladies neuro-dégénératives, souvent diagnostiquées tardivement
Maladies infectieuses, IST Sida hépatites	Couverture vaccinale inférieure à la moyenne nationale (ROR tuberculose) Insuffisance des taux de retour des certificats au niveau régional	IST, hépatites B et C : peu de données régionales disponibles Sida : ¼ des nouvelles contaminations chez les moins de 30 ans Les femmes représentent 35 % des contaminations Au moment du diagnostic de l'infection au VIH, 53,3 % des femmes ont entre 20 et 29 ans	170 découvertes de séropositivité par an, coïnfection hépatite B et C supérieure à la moyenne nationale Au moment du diagnostic de l'infection au VIH, plus de 65 % des personnes, hommes et femmes, ont moins de 40 ans ; 44,3 % des hommes ont entre 30 et 39 ans Recrudescence des pratiques à risque pour les IST Peu de données régionales sur IST et hépatites.	Couverture vaccinale contre la grippe insuffisante
Asthme et allergies		Importance des allergies (asthme, rhinites allergiques, exéma, sensibilité aux allergènes) chez les 10-15 ans	Taux élevé de patients traités pour asthme	
Thématique de santé	Périnatalité Petite enfance	Enfants Adolescents Jeunes adultes	Adultes	Personnes âgées
Santé mentale Pathologies psychiatriques Suicide	Insuffisance du dépistage néo-natal des troubles de la relation mère-enfant et des troubles de l'apprentissage	Insuffisance du dépistage de la souffrance psychique Taux de suicide des jeunes proche de la valeur moyenne Affections psychiatriques 1 ^{ère} cause d'ALD chez les moins de 34 ans	Suicide : 2/3 des décès prématurés par mort violente (supérieur à moyenne nationale) Difficulté à comptabiliser les tentatives de suicide Maladies psychiques : 1 ^{ère} cause de mise en invalidité, 4 ^{ème} cause de mise en ALD Souffrance psychique : 2 ^{ème} pathologie en médecine du travail	Souffrance psychique liée à la dépendance et à la maltraitance, à domicile et en établissement Insuffisance du dépistage de la souffrance psychique Démences mal diagnostiquées
Addictions		Consommation de tabac, alcool et cannabis supérieure à la moyenne nationale Consommation de tranquillisants, antidépresseurs (filles) et somnifères Dopage chez les sportifs	Consommation d'alcool nettement supérieure aux valeurs nationales 1 Aquitain sur 3 fume quotidiennement du tabac	



Traumatismes accidents		Importance de l'accidentologie des 15-17 ans	Accidents de la circulation : ¼ des décès prématurés par mort violente (supérieur à moyenne nationale) Forte proportion d'accidents du travail	Mortalité liée aux suites d'une chute un peu inférieure à moyenne nationale
Santé sexuelle et de la reproduction	Entretiens médico-psycho-sociaux précoces de grossesse insuffisamment développés Naissances prématurées liées au tabagisme	Politique régionale en matière de prévention, éducation à la vie affective et sexuelle, accès à la contraception insuffisamment développé. Vigilance pour les taux d'IVG chez les mineures Violences sexuelles	Violences sexuelles	
Santé sensorielle Buccodentaire	Insuffisance du dépistage néo-natal de la surdité	Déficit auditif lié au bruit chez les moins de 25 ans Zones de moindre consommation de soins dentaires		Mauvais �tat bucco-dentaire responsable de dénutrition
Pathologies liées à l'environnement	Exposition à des agents cancérogène, mutagènes, reprotoxiques	Exposition à des agents cancérogène, mutagènes, reprotoxiques	Exposition à des agents cancérogène, mutagènes, reprotoxiques	Exposition à des agents cancérogène, mutagènes, reprotoxiques
Ces problématiques sont encore insuffisamment connues et appropriées par le public et les acteurs de santé publique	Dépistage du saturnisme infantile Intoxication au CO L�gionelloses TIAC	Exposition au bruit Intoxication au CO L�gionelloses TIAC	Exposition à des agents chimiques ou biologiques Intoxication au CO L�gionelloses TIAC	Intoxication au CO L�gionelloses TIAC

AXE 1

Agir sur les déterminants de la santé et favoriser l'accès au parcours de santé

PRIORITÉS DU PSRS

1 - DÉVELOPPER LA PRÉVENTION, DANS UN OBJECTIF DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

- Agir sur des déterminants de santé ayant un impact fort sur les maladies chroniques, la mortalité prématurée et les inégalités de santé : alimentation, sédentarité, tabac, alcool, accidents
- Structurer l'organisation en région en cohérence avec les services de l'État et les collectivités territoriales. Assurer la lisibilité du dispositif.
- Privilégier des actions sur des territoires présentant des problématiques de santé et sociales importantes et auprès de publics prioritaires

2 - FAVORISER UN ACCÈS PERTINENT ET ÉQUITABLE AUX SOINS ET AUX PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES

- Lutter contre les inégalités environnementales
- Organiser l'accès aux soins et prises en charge de premier recours
- Assurer une offre performante en éducation thérapeutique au travers de programmes d'éducation thérapeutique équitablement répartis sur les territoires
- Réduire les inégalités infra-régionales en matière d'équipements et de services
- Contribuer à limiter les inégalités socio-économiques d'accès aux soins
- Améliorer la pertinence et la continuité des parcours

3 – RENFORCER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES PRISES EN CHARGE ET LA CAPACITÉ À FAIRE FACE AUX CRISES

- Garantir la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge
- Améliorer la veille sanitaire et la gestion des crises

4 - AMÉLIORER LA TRANSVERSALITÉ, LA LISIBILITÉ, LA COHÉRENCE ET LA CAPACITÉ D'ADAPTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

- Améliorer la connaissance des besoins et des parcours en santé
- Promouvoir la qualité de l'information
- Adapter les formations initiales et continues des professionnels de santé
- Favoriser la fluidité des parcours (entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement substitut du domicile)

AXES ET OBJECTIFS DU SRP

AXE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET FAVORISER L'ACCÈS AU PARCOURS DE SANTÉ

OBJECTIFS

- 1 Faciliter les comportements favorables à la santé**
- 2 Développer la prévention des maladies et favoriser l'accès aux soins**
- 3 Promouvoir l'éducation thérapeutique**

Les maladies chroniques, qui pèsent un poids très lourd sur la santé des Aquitains comme sur les dispositifs sanitaires et sociaux, ne sont pas une fatalité. La survenue de certaines d'entre elles peut être évitée par la mise en œuvre d'une politique de prévention et de promotion de la santé. Leur développement peut être ralenti par un accès rapide à des soins de qualité. Leur aggravation comme leurs répercussions sociales peuvent être limitées par la mise en œuvre d'accompagnements et d'éducation des patients et de leurs proches.

Si l'on se réfère au modèle « écologique » de la santé (schéma 1), celle-ci est la résultante de nombreux déterminants :

- > déterminants individuels (âge sexe, facteurs biologiques, comportements individuels...),
- > déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...),
- > déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics...) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...),
- > déterminants organisationnels liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique).

Afin d'agir sur ces déterminants, on peut définir 3 niveaux d'intervention : l'individu, les milieux de vie, l'environnement global.



Schéma 1. Niveaux d'intervention selon le modèle écologique⁶



Dahlgren et Whitehead (1991) modifié par Berghmans (2009)

En prévention et promotion de la santé, nombre d'actions visent les comportements individuels, en développant les compétences individuelles en termes de facteurs de protection et de gestion des facteurs de risques (éducation pour la santé). Or, la nécessité d'agir également sur le contexte demande une collaboration avec de nombreux partenaires, relevant de l'Etat, des collectivités territoriales, ainsi qu'avec les acteurs économiques et de la société civile.

Une action conjuguée de l'ARS et de ses partenaires est donc nécessaire pour agir sur les déterminants de la santé et favoriser l'accès au parcours de santé. Les lignes d'actions prioritaires pour l'ARS dans le champ de la prévention sont présentées ci-dessous. Nombre d'actions convergentes relèvent des acteurs du SROS, du SROMS ou bien encore des partenaires de l'ARS : les principales sont énoncées dans l'axe 2 (cf objectif 6).

6. Le schéma 1 est une représentation graphique des 3 niveaux d'intervention selon le modèle « écologique » (cf page 48), développée par Dahlgren et Whitehead (1991) pour synthétiser les déterminants socioéconomiques de la santé. Cette représentation a été adaptée par Berghmans (2009) qui y a introduit le concept de trajectoire de vie. Source : Guide Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique, REFIPS 2011

Objectif n°1 : Faciliter les comportements favorables à la santé

Les actions sur les déterminants sont destinées à toute la population. Les actions de promotion de la santé mentale et celles visant l'acquisition de connaissances et de compétences permettant d'effectuer des choix favorables à la santé doivent commencer dès le plus jeune âge.

Promotion de la santé mentale

Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • La prévalence des maladies psychiatriques est élevée : l'enquête de l'OMS en 2001 « santé mentale en population générale » avait relevé au moins un trouble psychique chez 38 % de la population enquêtée en Aquitaine. Trois quarts de ces personnes n'avaient pas conscience de leurs troubles. La notion d'épisode dépressif avait été retrouvée chez 12,1 % des sujets testés (pour 11 % au niveau national). • Les troubles psychiques sont souvent associés à des conduites à risques. • Le suicide en France est la première cause de mortalité des 25-34 ans et la 2^{ème} cause pour les 15-24 ans et les 35-44 ans : la mortalité par suicide des Aquitains est équivalente à la moyenne nationale. Cependant il existe des disparités au niveau de chaque territoire de santé : la Dordogne et le Lot et Garonne présentent une surmortalité par rapport à la moyenne nationale. On observe également une surmortalité en milieu rural chez les plus de 65 ans. • Dans près de 90 % des cas, on observe une prévalence importante des troubles mentaux dans le comportement suicidaire (en particulier la dépression majeure). Le contexte social est aussi un élément prépondérant dans le risque suicidaire : problèmes familiaux, liés au travail, précarité...
Plans/ schémas/ programmes de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Loi de Santé Publique 2004 (Objectifs : 57, 59, 60 et 61) • Plan Santé Mentale 2003-2008 • Programme National d'actions contre le suicide 2011-2014 • CPOM 2010-2013 : Améliorer le repérage du risque suicidaire (action 2 : « <i>Poursuivre la formation des professionnels des établissements pénitentiaires afin d'améliorer la prévention des suicides en prison</i> ») • Déclinaison régionale du plan d'actions stratégiques 2010-2014-Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (mesure n°3 : renforcer la prévention du suicide en détention) • Schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 – Soins aux détenus • PRAPS 2012-2016
Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine	<p>La santé mentale est un domaine qui recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale.</p> <p>Développer des actions de promotion de la santé mentale</p> <p>Privilégier l'approche basée sur le développement des compétences psycho-sociales dans la démarche de prévention (conduites à risques, addictions, sexualité, aide à la parentalité) avec les enfants et adolescents (6-18 ans) et les jeunes adultes.</p>



Actions sur l'alimentation et l'activité physique

Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Des inégalités nutritionnelles qui se creusent • En Aquitaine (2008-2009), 15,6 % des élèves de CE2 en surpoids dont 2,9 % obèses • Diminution progressive chez les adolescents du temps hebdomadaire moyen consacré à l'activité physique et sportive, diminution plus forte chez les filles. • Objectifs CPOM 2010-2013 : <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence de l'obésité parmi les enfants à l'entrée en CP : 2 % en 2013 - Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants à l'entrée en CP : 9,2 % en 2013 • En 2005, 17 % des personnes hébergées en EHPAD et en service de soins de longue durée en Aquitaine étaient en mauvais état nutritionnel et 57 % à la fois dénutries et à risque de malnutrition. • L'utilisation croissante de la voiture individuelle sur des courts trajets.
Plans/ schémas/ programmes de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national nutrition santé 2011-2015 • Plan obésité 2010-2013 • Programme National pour l'Alimentation • Plan National de prévention par les Activités Physiques ou Sportives • Plan national périnatalité 2006-2009 • Plan aquitain de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires 2010-2015 • PRAPS 2012-2016 • Plan régional santé environnement 2009-2013 • Schéma régional de l'organisation des soins 2012-2016- Cancer - Obésité - Périnatalité • Schéma régional de l'organisation médico-sociale 2012-2016 – Action 1.2/3.2
Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine	<p>Réduire les inégalités en matière de nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agir sur les territoires ou quartiers où les indicateurs sont les plus défavorables, notamment avec les collectivités actives du PNNS - Favoriser l'accès des populations socio-économiquement défavorisées à une alimentation de qualité en collaboration avec la DRAAF <p>Favoriser une alimentation adaptée aux besoins dès le plus jeune âge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l'allaitement maternel - Mettre en œuvre des actions d'éducation alimentaire, les inscrire dans une démarche d'hygiène de vie (alliant alimentation, activité physique, sommeil) - Faciliter l'amélioration de l'offre alimentaire (crèche, milieu scolaire et périscolaire) <p>Promouvoir et développer l'activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inciter et favoriser l'accès à l'activité physique en lien avec la DRJSCS, les professionnels de l'activité physique adaptée, etc. - Développer les actions de promotion de modes de transports actifs visant à infléchir les comportements en matière de déplacements sur des courts trajets en valorisant notamment la marche et l'usage de la bicyclette (carapattes, caracycles, plans de déplacement d'entreprise, etc.). - Développer les actions de prévention des chutes en direction des personnes âgées <p>Prévenir la dénutrition des personnes âgées à domicile ou hébergées en établissement</p>



Un programme régional alimentation /activité physique sera élaboré, les champs d'actions ci-dessus y seront précisés et complétés.

Actions sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres produits psychotropes

<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Aquitaine, la fréquence de consommation d'alcool en population générale, et les épisodes d'usage d'alcool ponctuel sévère (plus de 3 fois par mois) à 17 ans sont plus fréquents que dans le reste des régions • Le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans entre 2003 et 2008 dans la région a diminué (39 % à 32 %), il reste cependant supérieur au niveau national situé à 29 % • L'expérimentation du cannabis déclarée par les jeunes aquitains (48 % en 2008) reste stable mais l'usage diminue avec des valeurs néanmoins supérieures à la moyenne nationale • L'expérimentation des médicaments psychotropes chez les adolescentes en Aquitaine est plus fréquente que dans le reste de la France
<p>Plans/ schémas/ Programmes de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 • Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 • Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 • Plan national cancer 2009-2013 • Plan aquitain de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires 2010-2015 • Schéma régional de l'organisation des soins 2012-2016 - Cancer • Schéma régional de l'organisation médico-sociale 2012-2016 – Actions 1.2/1.3 & 1.2/3.2 • Schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014 • PRAPS 2012-2016
<p>Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine</p>	<p>Développer des actions de promotion de la santé sur les territoires de santé Les actions de prévention peuvent s'inscrire dans différents milieux : milieu de l'éducation, du travail, des activités sportives et de loisirs, milieu festif, milieu pénitentiaire, sécurité routière, périnatalité. Elles peuvent concerner à la fois les individus, leur famille, ou des groupes de pairs. Elles visent à renforcer les compétences psychosociales des personnes et invitent à considérer, l'ensemble des dimensions des conduites addictives (individuelles, culturelles, conjoncturelles) 1. Les équipes des CSAPA sont promoteurs ou partenaires de ces actions sur leurs territoires d'intervention.</p> <p>Développer une stratégie globale de prévention du tabagisme et de ses conséquences sur la santé Pour le tabac, favoriser les comportements favorables à la santé, c'est en effet prévenir le tabagisme et aider à l'arrêt. Il s'agit de développer des actions collectives auprès des jeunes (en milieu scolaire, universitaire, ou en parcours d'insertion), des femmes enceintes, des personnels des entreprises dont le milieu de l'hôtellerie et de la restauration, ainsi que des détenus.</p> <p>Proposer aux usagers engagés dans des pratiques à risques, un accompagnement visant à réduire les dommages associés à ces pratiques Pour l'alcool et les produits illicites, la prévention doit s'accompagner d'actions de réduction des risques. Il s'agit de développer des actions en direction des publics jeunes, en particulier dans le contexte de polyconsommations, de consommations festives. Les méthodologies sont construites en s'appuyant sur les pratiques réelles et contextualisées des consommations des usagers.</p> <p>Former des relais de prévention en matière d'addictions Il s'agit de développer des actions de sensibilisation et de formation territorialisées auprès de groupes interdisciplinaires de professionnels n'intervenant pas directement en addictologie mais au contact des publics : professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, acteurs de l'application de la loi, etc.</p> <p>Les équipes des CSAPA ont un rôle d'initiateur ou de facilitateur dans le déploiement et la mise en œuvre de ces formations sur les territoires, y compris pour des formations portant sur la prévention des addictions sans produits (jeux vidéo, jeux de hasard, internet,...)</p>



Actions sur les déterminants environnementaux

Points de vigilance	<p>A l'instar des autres régions françaises, l'Aquitaine est concernée par les impacts de l'environnement (qualité de l'air, de l'eau, des sols,...) sur la santé. Bien que les risques sanitaires liés à l'environnement soient complexes et particulièrement difficiles à caractériser précisément et à quantifier, le lien entre la qualité de l'environnement et l'état de santé est jugé préoccupant, notamment dans l'évolution de la structure des causes de mortalité et de morbidité.</p>
Plans/ schémas/ Programmes de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Plan régional santé environnement 2009-2013 • Schéma régional de l'organisation des soins 2012-2016 - Cancer • PRAPS 2012-2016
Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine	<p>Réduire les inégalités environnementales en Aquitaine</p> <p>Le second Plan régional santé environnement a pour objectif de faire évoluer les comportements humains pour une meilleure qualité de vie environnementale et une santé préservée. Il agit sur les déterminants environnementaux tels que la qualité de l'air extérieur et de l'air intérieur, de l'eau, de l'alimentation, les zones potentiellement soumises à une surexposition de substances toxiques, les nuisances sonores, etc...</p> <p>Les actions de prévention développées dans le PRSE 2 Aquitaine sont complétées par les différentes missions de l'ARS en santé environnement telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prévention contre les intoxications au monoxyde de carbone, - La lutte contre l'habitat indigne, - La détermination des cas de légionellose - La prévention des cancers liés à l'amiante, - Les risques auditifs chez les jeunes, - Les risques sanitaires liés à l'eau (eau potable, baignades), - La sécurité sanitaire dans les établissements médico-sociaux, etc...

Vie affective et sexuelle

<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2009, il y a eu 8 052 IVG en Aquitaine pour 34 957 accouchements, soit 114 IVG pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans ; ces chiffres sont stables et l'Aquitaine occupe une position moyenne par rapport aux autres régions; les femmes entre 20 et 24 ans sont les plus concernées ; 72 % des IVG sont réalisées sur des femmes qui étaient sous contraception • 5,6 % de ces IVG ont lieu chez des personnes mineures et cette part ne tend pas à diminuer ; selon les jeunes interrogés, les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des grossesses ne sont pas adaptées (thèse 2011) • Les IVG itératives représentent en Aquitaine 38.8 % des IVG et 32.6 % de ces femmes ayant eu recours à une IVG itérative ont subi des violences pendant leur enfance ou adolescence (thèse 2009) • Les IVG médicamenteuses ne représentent que 29 % en Aquitaine contre environ 50 % en France ; plus d'une femme sur 5 a considéré que son avis n'avait pas été pris en compte pour la méthode ; fortes inégalités territoriales d'accès à l'IVG • Fortes inégalités sociales d'accès à la contraception (le montant restant à charge varie de 2 € à 200 € par an) en contradiction avec une meilleure observance • En Aquitaine en 2007 80 % des médecins pratiquant l'IVG avaient 46 ans ou plus • Augmentation des infections sexuellement transmissibles depuis le début des années 2000 : à herpes virus, gonocoque... virus des hépatites...
<p>Plans/ schémas/ programmes de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception qui rend en particulier obligatoire l'organisation de l'activité IVG dans les établissements de santé publics et privés et rapport de l'IGAS sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (octobre 2009) • Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 • Plan national de lutte contre les hépatites b et c (2009-2012) • Schéma régional de l'organisation des soins 2012-2016 – Périnatalité • Schéma régional de l'organisation médico-sociale 2012-2016 • PRAPS 2012-2016
<p>Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine</p>	<p>Promouvoir les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle (vision positive de la santé) et l'approche basée sur le développement des compétences psychosociales</p> <p>Promouvoir les actions de prévention communes ou intégrées sur la contraception (notamment pour les mineurs et les personnes handicapées) et le dépistage/prise en charge des infections sexuellement transmissibles auprès des populations à risque</p>



Objectif n°2 :

Développer la prévention des maladies et favoriser l'accès aux soins

Pour la plupart des pathologies, le constat est établi qu'une intervention en amont du soin et un recours aux soins à un stade précoce sont souhaitables. Cela demande la mise en œuvre et l'implantation sur tout le territoire régional d'une série d'interventions articulant la prévention et le soin.

La vaccination

La vaccination est un outil de prévention collective et individuelle : se vacciner c'est en effet à la fois se protéger et protéger les autres.

Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • La loi de santé publique de 2004 a fixé deux objectifs en matière de vaccination qui ne sont pas encore atteints : <ul style="list-style-type: none"> - l'amélioration de la vaccination contre la grippe des groupes à risque - l'obtention et le maintien de taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés. • En Aquitaine, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) fait partie des plus bas de France, alors que l'on assiste au développement de l'épidémie de rougeole
Plans/ schémas/ Programmes de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Plan national périnatalité 2006-2009 • Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) • PRAPS 2012-2016
Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine	<p>Atteindre en 2013 un taux de couverture de 95 % de la vaccination ROR pour les enfants âgés de 24 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibilisation et l'information du public sur l'intérêt de la vaccination, implication dans l'organisation de la semaine de la vaccination - amélioration de la connaissance des données en matière de couverture vaccinale sur la région permettant de mieux cibler les actions - collaboration avec les professionnels de santé et des institutions œuvrant dans ce domaine (services de PMI - Education Nationale - Assurance maladie...) <p>Soutenir les actions en direction des personnes qui éprouvent le plus de difficultés pour accéder au système de prévention et de soins</p>

Le dépistage

Le dépistage permet de poser un diagnostic sans attendre l'apparition de symptômes qui poussent à la consultation médicale. Il est indissociable d'une prise en charge du problème de santé dépisté : c'est un principe éthique.

<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage organisé des cancers du sein et colorectal Les taux de participation aquitains sont supérieurs à la moyenne nationale. En 2009-2010, 59,9 % vs 52.1 % pour le cancer du sein et 35 % vs 34 % pour le cancer colorectal ; mais des points d'amélioration sont mis en évidence : participation des femmes en situation de précarité et/ou habitant en milieu rural, renforcement du pilotage régional • Dépistage du VIH : en Aquitaine, plus de 2/3 des infections sont supérieures à 6 mois au moment du dépistage. Ce délai s'explique par le fait qu'un tiers des personnes hétérosexuelles ne pensent pas être concernées par l'épidémie, leur séropositivité est découverte fortuitement • Dépistage des maladies infectieuses (VHB, VHC, VIH) : Les usagers de drogues par voie intraveineuse et intranasale, présentent des risques accrus de contamination VHB, VHC, VIH. • Dépistage en matière de nutrition : <ul style="list-style-type: none"> - Le dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité de l'enfant, l'adolescent et l'adulte est le premier axe du plan obésité. - Le dépistage de la dénutrition des personnes âgées, hébergées en EHPAD, prises en charge en SLD ou vivant à domicile est prévu dans l'axe 3 du programme national nutrition santé : « Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition ; diminuer la prévalence de la dénutrition »
<p>Plans/ schémas/ Programmes de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan national cancer 2009-2013 • Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 • Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) • Programme national nutrition santé 2011-2015 • Plan obésité 2010-2013 • PRAPS 2012-2016
<p>Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine</p>	<p>Atteindre d'ici 2013 50 % de taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal et 65 % au dépistage organisé du cancer du sein (objectif CPOM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités d'accès au dépistage - Favoriser la mise en synergie des différents acteurs impliqués et améliorer le suivi de la qualité des dépistages - Renforcer le pilotage régional <p>Développer le dépistage du VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le système de soins de premier recours - dépistage communautaire pour les populations à forte incidence, en s'appuyant notamment sur la promotion des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) <p>Développer le dépistage des hépatites auprès des usagers de drogues en accompagnant l'annonce du résultat et en facilitant l'accès aux soins</p> <p>Développer le dépistage de l'obésité chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, et le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec l'Education nationale et les services de santé au travail - Soutenir le programme NABUCCOD (résidents des EHPAD)



Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)

Dans le champ des addictions, l'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psychoactives avant que celle-ci ne devienne problématique. Ces actions sont menées par les acteurs du soin, et notamment de son volet ambulatoire, et par les acteurs du secteur médico-social. D'autres pratiques de repérage et d'intervention précoces sont également à développer dans la prévention et le repérage de la souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent et plus particulièrement dans le cadre de la prévention du suicide. De nouvelles pratiques de repérage sont également à envisager en matière de protection de la santé environnementale.

Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • En Aquitaine, la fréquence de consommation d'alcool en population générale, et les épisodes d'usage d'alcool ponctuel sévère (plus de 3 fois par mois) à 17 ans sont plus fréquents que dans le reste des régions • Le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans entre 2003 et 2008 dans la région a diminué (39 % à 32 %), il reste cependant supérieur au niveau national situé à 29 % • L'expérimentation du cannabis déclarée par les jeunes aquitains (48 % en 2008) reste stable mais l'usage diminue avec des valeurs néanmoins supérieures à la moyenne nationale • L'expérimentation des médicaments psychotropes chez les adolescentes en Aquitaine est plus fréquente que dans le reste de la France • L'Aquitaine est une région pionnière dans la diffusion du RPIB en matière d'addictions. • La mortalité par suicide des Aquitains est équivalente à la moyenne nationale. Cependant il existe des disparités au niveau de chaque territoire de santé : la Dordogne et le Lot et Garonne présentent une surmortalité par rapport à la moyenne nationale. On observe également une surmortalité en milieu rural chez les plus de 65 ans.
Plans/ schémas/ Programmes de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 • Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 • Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 • Plan régional santé environnement 2009-2013 • Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2016 – Action 1.2/1.2 • Schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 – Soins aux détenus • CPOM 2010-2013 : Améliorer le repérage du risque suicidaire (action 2 : « Poursuivre la formation des professionnels des établissements pénitentiaires afin d'améliorer la prévention des suicides en prison ») • Déclinaison régionale du plan d'actions stratégiques 2010-2014-Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (mesure n°3 : renforcer la prévention du suicide en détention)
Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine	<p>Développer le repérage précoce et l'intervention brève en matière d'addictologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolider les différents programmes de RPIB : RPIB alcool, RPIB jeunes (alcool, tabac, cannabis), RPIB seniors, RPIB femmes enceintes - Généraliser les formations RPIB des médecins généralistes, des médecins du travail, professionnels de la périnatalité, professionnels de santé de l'éducation nationale. Les équipes des CSAPA sont promoteurs ou partenaires de ces actions sur leurs territoires d'intervention - Renforcer le maillage autour des publics jeunes sur les territoires afin de permettre un repérage précoce et de faciliter l'accès aux consultations (partenariat entre réseaux d'addictologie, CSAPA, Consultations Jeunes Consommateurs, Maisons des Adolescents, équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA -, acteurs éducatifs et d'insertion) <p>Développer le repérage du risque suicidaire (personnes en situation de précarité, personnes âgées, personnes isolées en milieu rural, adolescents.....)</p> <p>Développer le réseau des conseillers en environnement intérieur (CEI) pour repérer l'origine de pathologies telles que les allergies, et proposer un programme d'aide adapté.</p>

L'orientation et l'accompagnement vers les soins

Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Le dépistage et le repérage ne garantissent pas la continuité du parcours de soins. Les freins à l'accès et au maintien des soins peuvent relever des personnes elles-mêmes (facteurs culturels, socio-économiques...) ou des dispositifs de protection sociale (accès à une couverture) ou du système de soins (lisibilité, accessibilité géographique, financière...) L'accès à la prévention et aux soins des publics les plus démunis doit faire l'objet d'une attention particulière, pour ne pas augmenter les inégalités sociales de santé.
Plans/ schémas/ Programmes de référence	<ul style="list-style-type: none"> SROS 2012-2106 SROMS 2012-2016 Tous les plans et programmes régionaux PRAPS 2012-2016
Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine	<p>Définir une articulation entre les acteurs de la prévention, des soins et du médico-social.</p> <p>Définir les collaborations entre les acteurs relevant des différentes institutions impliquées (autres services de l'Etat, Assurance maladie, collectivités territoriales...)</p> <p>Ces aspects sont traités également dans l'axe 2 objectif 6.</p>



Objectif n°3 : Promouvoir l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie (Haut conseil de la santé publique, novembre 2009).

Cadre légal

- L'éducation thérapeutique est inscrite dans le parcours de soins du patient (Art. L 1161-1). Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et médicaments afférents à sa maladie.
- La loi distingue :
 - Les programmes d'éducation thérapeutique du patient (Art. L 1161-2) : conformes à un cahier des charges national, ils sont mis en œuvre au niveau local après autorisation des ARS. Proposés au malade par le médecin prescripteur, ils donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé, sous la forme de séances individuelles ou collectives. Les savoirs et compétences à acquérir sont définis lors d'un diagnostic éducatif préalable. Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de Santé (HAS)
 - Les actions d'accompagnement (Art. L 1161-3) ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Ces actions sont conformes à un cahier des charges national défini par arrêté ministériel (attendu)
 - Les programmes d'apprentissage (Art. L 1161-5) ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant Ils sont proposés par le médecin prescripteur et sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament. Ces programmes d'apprentissage ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, après avis des associations mentionnées à l'article L 1114-1 et pour une durée limitée

Points de vigilance

- En Aquitaine, les principales maladies chroniques identifiées dans le cadre d'une Affection de Longue Durée sont les pathologies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies psychiques. Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques (1 personne sur 4 estimée atteinte en France), il n'est pas envisageable de proposer un programme d'éducation thérapeutique à tous. Cependant, il convient d'avoir le souci de favoriser l'accès à la prévention et aux soins, particulièrement pour les plus démunis.
- Il existe, au 30/06/2011, 135 programmes d'éducation thérapeutique autorisés en Aquitaine ; leur répartition inégale sur le territoire, leur mise en œuvre principalement en milieu hospitalier, l'absence de coordination entre eux malgré la prégnance de certaines thématiques (diabète, cardiovasculaire, insuffisance respiratoire) nécessite un travail de structuration.
- Il apparaît évident que le seul secteur hospitalier ne peut répondre à l'ensemble des besoins en matière d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques les plus courantes : diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, affections respiratoires... ▶

<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans son rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours (novembre 2009) le Haut Conseil de la santé publique met en évidence le rôle des médecins traitants et professionnels de santé de premier recours dans la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique de proximité et recommande de définir, dans le cadre du PRS, un schéma d'organisation et un plan de développement de l'éducation thérapeutique. Cette proposition de l'évolution de l'offre de soins de premier recours pour faire face aux besoins de nouvelles formes de prise en charge des maladies chroniques est reprise dans le volet ambulatoire du SROS. • Les prises en charge des maladies chroniques doivent s'appuyer sur une approche pluri professionnelle et formalisée (ex : les PPS Plans Personnalisés de Soins), nécessitant de développer la coordination). • Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) peuvent contribuer à développer ces nouvelles approches : le développement des maladies chroniques va rendre nécessaire la mise en œuvre d'une prévention des complications. • Afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et de leur entourage, veiller à l'articulation entre les programmes d'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement (aide aux aidants).
<p>Plans/ schémas/ Programmes de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. • Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 portant sur l'autorisation par les ARS • Plan aquitain de lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires 2010/2015 • Schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 • Schéma régional de l'organisation médico-sociale 2012-2016 – Action 1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux • Programme de Télémédecine
<p>Champs d'actions prioritaires de l'ARS Aquitaine</p>	<p>Développer une offre d'éducation thérapeutique de proximité : Cela suppose une approche plus fine par territoire de santé afin d'identifier les acteurs et les besoins de façon plus qualitative, développer l'approche populationnelle pour une meilleure prise en compte des spécificités (ruralité –précarité - populations migrantes....).</p> <p>Structurer l'offre d'éducation thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser sur chaque territoire de santé, une offre coordonnée en éducation thérapeutique - Officialiser la plateforme ressources régionale en y associant l'ensemble des acteurs - Développer et structurer la formation en éducation thérapeutique - Développer l'information et la communication sur l'éducation thérapeutique - Garantir la participation de l'ARS au financement de l'éducation thérapeutique



Un programme régional de développement de l'éducation thérapeutique sera élaboré, les champs d'actions ci-dessus y seront précisés et complétés.



En résumé...

Pour agir sur les déterminants de la santé et favoriser l'accès au parcours de santé, il faut pouvoir agir aux différents moments de l'évolution des symptômes ou des pathologies, comme le synthétise le tableau ci-dessous, quelle que soit la problématique de santé considérée.

Schéma 2 : Les modalités d'intervention aux différentes étapes du parcours de santé

PAS DE PRATIQUES À RISQUE	PRATIQUES À RISQUE	PRATIQUES À RISQUE	PRATIQUES À RISQUE
Pas de consommation	Usage et/ou Environnement de consommation	Usage à risque Usage nocif	Dépendance
BIEN-ÊTRE PAS DE SYMPTÔMES	PEU DE SYMPTÔMES	SYMPTÔMES	PATHOLOGIE
Promotion de la santé Promotion de la santé mentale	Prévention thématique vaccination	Repérage, dépistage Intervention brève	Soins, suivi, ETP
OBJECTIF 1	OBJECTIF 2		OBJECTIF 3
<i>Faciliter les comportements favorables</i>	<i>Prévenir les maladies et faciliter l'accès aux soins</i>		<i>Promouvoir l'éducation thérapeutique</i>

Un enjeu complémentaire des interventions : le bon usage du médicament

Le médicament, quel que soit le lieu et le mode d'administration, est présent dans l'environnement de vie de tout individu dès son plus jeune âge. Composé de principes actifs pour un bénéfice attendu, il n'est pas toujours indispensable ni dénué de risques évitables (mésusages, erreurs). Ces risques doivent être connus et explicités à l'usager, celui-ci restant le premier garant de l'efficacité et de la sécurité de son traitement médicamenteux.

Les risques liés aux soins médicamenteux peuvent être limités par l'éducation, à tous les âges de la vie. Une action efficace devra se décliner à travers toutes les méthodologies d'intervention décrites dans l'axe 1.

Objectif 1 :

Promotion de la santé : Education à la santé pour mieux utiliser les médicaments dès le plus jeune âge.

Prévention des risques : Prévention du risque médicamenteux évitable.

Objectif 2 :

Prévention des maladies :

- Education à la diminution du risque d'erreur sur l'identité des patients (identitovigilance) : savoir poser les questions aux soignants, être muni des ordonnances, pièces d'identité.
- Surveillance de l'observance des traitements

Objectif 3 :

Education du patient : Promotion de la culture du traitement non pharmacologique (alternatives aux traitements pharmacologiques) et des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans des pathologies ciblées (risque cardiovasculaire, insomnie, diabète de type 2, dyslipidémie, douleur, dépression, anxiété), dans un contexte de rapport bénéfice/risque optimal.⁷

Les relais auprès de la population générale sont les acteurs de l'éducation pour la santé : Education nationale, associations d'éducation pour la santé pour l'objectif 1, médecins généralistes et les pharmaciens pour les objectifs 1, 2 et 3, soignants des établissements hospitaliers et médico-sociaux pour l'objectif 3.

7. Rapport d'orientation HAS « développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées » - avril 2011

AXE 2 STRUCTURER UNE OFFRE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ET DE QUALITÉ DANS LES TERRITOIRES DE SANTÉ

PRIORITÉS DU PSRS

1 - DÉVELOPPER LA PRÉVENTION, DANS UN OBJECTIF DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

- Agir sur des déterminants de santé ayant un impact fort sur les maladies chroniques, la mortalité prématurée et les inégalités de santé : alimentation, sédentarité, tabac, alcool, accidents
- Structurer l'organisation en région en cohérence avec les services de l'état et les collectivités territoriales. Assurer la lisibilité du dispositif.
- Privilégier des actions sur des territoires présentant des problématiques de santé et sociales importantes et auprès de publics prioritaires
- Lutter contre les inégalités environnementales

2 - FAVORISER UN ACCÈS PERTINENT ET ÉQUITABLE AUX SOINS ET AUX PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES

- Organiser l'accès aux soins et prises en charge de premier recours
- Assurer une offre performante en éducation thérapeutique au travers de programmes d'éducation thérapeutique équitablement répartis sur les territoires
- Réduire les inégalités infra-régionales en matière d'équipements et de services
- Contribuer à limiter les inégalités socio-économiques d'accès aux soins
- Améliorer la pertinence et la continuité des parcours

3 - RENFORCER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES PRISES EN CHARGE ET LA CAPACITÉ À FAIRE FACE AUX CRISES

- Garantir la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge
- Améliorer la veille sanitaire et la gestion des crises

4 - AMÉLIORER LA TRANSVERSALITÉ, LA LISIBILITÉ, LA COHÉRENCE ET LA CAPACITÉ D'ADAPTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

- Améliorer la connaissance des besoins et des parcours en santé
- Promouvoir la qualité de l'information
- Adapter les formations initiales et continues des professionnels de santé
- Favoriser la fluidité des parcours (entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement substitut du domicile)

AXES ET OBJECTIFS DU SRP

AXE 2

STRUCTURER UNE OFFRE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ET DE QUALITÉ DANS LES TERRITOIRES

OBJECTIFS

- 4 Organiser la mise en œuvre du SRP au niveau infra territorial
- 5 Renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques
- 6 Déployer la prévention dans les autres politiques ayant un impact sur la santé
- 7 Renforcer l'accessibilité et la visibilité des dispositifs, des acteurs et des actions
- 8 Optimiser l'allocation des financements

Il n'existe pas actuellement en Aquitaine de recensement des acteurs intervenant en prévention, éducation et promotion de la santé. Les structures spécialisées en prévention – promotion de la santé sont peu nombreuses. Certaines d'entre elles sont rassemblées au sein du pôle régional de compétence en éducation pour la santé, animé par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS).

De très nombreuses autres associations interviennent en prévention – promotion de la santé, sur les thématiques de l'alcool, de la toxicomanie, de la nutrition et de la diététique, de la sexualité et de la contraception, de la santé par l'activité physique... Les associations de malades, dont 61 sont regroupées dans le CISS Aquitaine interviennent pour certaines en prévention, et soutiennent des actions de dépistage, d'accès aux soins ou d'éducation du patient.

Différents types d'institutions assurent des missions de prévention. C'est le cas des établissements de santé, des services de santé scolaire (missions individuelles et collectives et de promotion de la santé) et universitaire, de la médecine du travail, des services de protection maternelle et infantile et de l'aide sociale à l'enfance, des organismes de protection sociale... Les professionnels de santé libéraux sont invités à investir plus largement les actions de prévention et de repérage précoce.

Les collectivités territoriales se positionnent toujours davantage en acteurs de prévention et de promotion de la santé, en investissant des thématiques particulières (nutrition, santé des jeunes, santé mentale...).

Plus largement, c'est l'ensemble des acteurs des secteurs éducatif, social, médico-social, judiciaire qui est invité à investir le champ de la prévention et de la promotion de la santé.



Le tableau suivant recense les principaux opérateurs possibles en prévention et promotion de la santé, catégorisés :

- > par niveau d'intervention (de l'action sur les déterminants communs à l'accès à des soins de qualité),
- > en fonction des grandes périodes de la vie (périnatalité et petite enfance, enfants, adolescents et jeunes adultes, adultes et vie active, seniors et personnes âgées).

Tableau n° 2 - Catégorisation des principaux opérateurs en prévention et promotion de la santé

	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS ADOLESCENTS JEUNES ADULTES	ADULTES, VIE ACTIVE	SENIORS, PERSONNES ÂGÉES
<p>Déterminants santé physique : nutrition activité physique, être bien dans son corps</p> <p>Déterminants santé mentale et sociale : être bien dans sa tête et avec les autres</p>	<p>Villes, communautés de communes</p> <p>Services de la PMI (CG)</p> <p>Service médical de promotion de la santé de l'Académie</p> <p>Professionnels de santé de 1^{er} recours</p> <p>Crèches, école maternelle</p> <p>Associations (allaitement, entraide entre parents...)</p>	<p>Conseil général (collèges)</p> <p>Conseil régional (lycées, université, formation professionnelle)</p> <p>PJJ</p> <p>Service de santé de l'Académie</p> <p>SIUMPS, SUMPPS</p> <p>Acteurs du PNNS</p> <p>Acteurs de l'Education Populaire</p> <p>Acteurs d'éducation pour la santé généralistes (IREPS, Mutualité française...)</p> <p>Centres culturels</p> <p>Structures sportives et de loisirs</p> <p>CPAM</p> <p>MSA</p> <p>RSI</p>	<p>CCAS</p> <p>Structures sportives et de loisirs</p> <p>Réseau de médecine du sport (plateaux techniques médico-sportifs)</p> <p>Associations</p> <p>CPAM</p> <p>MSA</p> <p>RSI</p>	<p>CCAS</p> <p>ASEPT : (MSA, CARSAT, RSI) Ateliers du Bien Vieillir</p> <p>Aides à domicile , auxiliaires de vie</p> <p>Associations (Aînés ruraux...)</p> <p>CPAM</p> <p>MSA</p> <p>RSI</p>
<p>Prévention de risques spécifiques, prévention thématique</p>	<p>Services de la PMI</p> <p>Service de santé des élèves de l'Académie (bilan 6^{ème} année)</p>	<p>Service infirmier de l'Académie (CE2, 6^{ème}, 2nde médecins à la demande et en lycées professionnels), Professionnels de santé et de l'éducation de l'Académie dans le cadre des CESC et des programmes scolaires</p> <p>Acteurs de prévention thématiques :</p> <p>IREPS, CPEF, MFPF (sexualité, santé de la reproduction)</p> <p>REPOP Aquitaine (obésité), LCC, Forum santé PJJ</p> <p>ANPAA, GRRITA, CSAPA, médecins généralistes formés, réseaux (addictions)</p> <p>AIDES (VIH/Sida)</p> <p>Acteurs MTDents</p> <p>Mutualité française (audition, alcoolisation)</p> <p>RE3A</p> <p>R3VPBL</p> <p>...</p> <p>Service de santé en faveur des élèves</p>	<p>Santé au travail : services de santé au travail, associations, CARSAT MSA (pilotage DIRECCTE)</p> <p>COREVIH : VIH, IST hépatites, CDAG CIDDIST</p> <p>LCC</p>	<p>ASEPT : ateliers de prévention des chutes et atelier mémoire (Pac Eurêka)</p> <p>IREPS, associations : prévention de la dénutrition et santé bucco-dentaire dans les EHPAD</p> <p>LCC</p>
<p>Prévention des maladies : vaccination, dépistage, Repérage précoce et intervention brève (RPIB)</p>	<p>CAMSP</p> <p>CMPP</p> <p>Réseau PERINAT Aquitaine</p> <p>Réseau de psychiatrie périnatale</p> <p>Professionnels de santé de 1^{er} recours</p>	<p>REPOP Aquitaine (obésité), LCC, Forum santé PJJ</p> <p>ANPAA, GRRITA, CSAPA, médecins généralistes formés, réseaux (addictions)</p> <p>AIDES (VIH/Sida)</p> <p>Acteurs MTDents</p> <p>Mutualité française (audition, alcoolisation)</p> <p>RE3A</p> <p>R3VPBL</p> <p>...</p> <p>Service de santé en faveur des élèves</p>	<p>CPAM : centres d'exams de santé</p> <p>MSA : instants santé</p> <p>RSI : bilan auprès du MG</p> <p>5 structures de dépistage organisé des cancers</p> <p>AIDES (VIH/SIDA)</p> <p>Addictologie :</p> <p>CSAPA, CAARUD, ELSA, consultations</p> <p>MG, médecins du travail et acteurs relais formés au RPIB, réseaux addictions</p>	<p>CPAM</p> <p>MSA</p> <p>RSI</p> <p>Consultations mémoire</p>
<p>Accès aux soins, continuité parcours de santé</p>	<p>CISS</p> <p>URPS</p>	<p>SIUMPS</p> <p>Professionnels de santé de 1^{er} recours</p> <p>CISS</p> <p>URPS</p>	<p>ETP : en milieu hospitalier et ambulatoire, UTEP, plateforme aquitaine, assurance maladie</p> <p>CISS</p> <p>URPS</p>	<p>CLIC</p> <p>Réseaux de santé spécialisés</p> <p>SSIAD</p> <p>CISS</p> <p>URPS</p>

Les besoins identifiés par les opérateurs

L'ARS a commandé au pôle aquitain de compétence en éducation pour la santé une enquête auprès des opérateurs de prévention – promotion de la santé. Elle a été réalisée auprès des 307 structures ayant répondu à l'appel d'offres 2009 du GRSP ; 57.3 % d'entre elles ont répondu.

Interrogés sur leur satisfaction au regard du développement des actions de prévention, éducation et promotion de la santé dans la région, les opérateurs énoncent des besoins importants en matière :

- > de visibilité des actions, 2/3 des répondants la jugeant insuffisante.
- > de cohérence entre les actions menées sur un même territoire (57 % d'insatisfaits),
- > d'accessibilité des actions (47 % d'insatisfaits),
- > de pertinence des actions au regard des besoins de santé (43 % d'insatisfaits).

Ils formulent les propositions suivantes :

- > La valorisation des actions et les acteurs du territoire.
- > La mise en œuvre d'une coordination des actions sur les territoires en fonction des besoins identifiés.
- > La facilitation du travail en réseau, pour renforcer l'accessibilité aux actions et mieux appréhender la réponse aux besoins de santé.
- > Le renforcement du décloisonnement, notamment avec les secteurs du soin et du social.
- > Le renforcement des moyens des structures, pour limiter leur fragilité.
- > Le renforcement des compétences des acteurs et de la qualité des actions.

Les besoins identifiés par les partenaires de l'ARS

Les partenaires régionaux ou départementaux de l'ARS, interrogés dans le cadre de l'état des lieux réalisé par l'ORS, soulignent :

- > le manque de lisibilité des actions de prévention aux différents niveaux territoriaux,
- > le manque de rapport apparent entre les problèmes constatés et les actions menées,

et proposent :

- > une meilleure coordination des actions entreprises et des acteurs impliqués,
- > le développement d'une animation au niveau régional et au niveau territorial,
- > un meilleur ciblage des populations prioritaires pour les actions,
- > le développement de la coopération entre institutions,
- > le renforcement des soins de santé primaires, incluant la prévention et l'éducation pour la santé,
- > l'inscription des actions de prévention dans un continuum, alliant l'éducation pour la santé, le dépistage et l'accès aux soins quand il s'avère nécessaire.



Les besoins identifiés auprès des chefs de projet de l'ARS

Interrogés également dans le cadre de l'état des lieux, les chefs de projet de l'ARS souhaitent :

- > une meilleure définition et un meilleur partage régional des concepts, des secteurs et des thématiques de la santé publique, afin d'éclairer et de structurer les champs d'intervention et les prérogatives des diverses commissions, groupes de travail, comités de pilotage...
- > le développement d'une approche territorialisée, encadrée par les Délégations Territoriales de l'ARS, qui permettrait de lutter contre les inégalités de santé en s'attaquant à la dispersion des ressources et aux déséquilibres territoriaux en matière d'offre de prévention,
- > le développement d'une culture de la co-construction avec tous les partenaires,
- > le développement d'une approche systémique de la promotion de la santé, prenant en compte très largement les déterminants sociaux de la santé,
- > le développement d'une culture commune en éducation pour la santé,
- > la valorisation des dispositifs et des processus de l'éducation pour la santé par la sécurisation des financements, la traçabilité des actions et la construction d'évaluations rigoureuses basées sur des critères adaptés.

L'axe 2 vise, au terme des cinq années de mise en œuvre du schéma, à structurer l'offre de prévention et de promotion de la santé, à améliorer la qualité des actions et de pratiques des professionnels, à développer ou consolider les coopérations et optimiser les financements.

A la lumière des constats et des besoins exprimés par les différents acteurs et partenaires, le Schéma régional de prévention d'Aquitaine a dégagé les axes de travail développés dans les objectifs ci-après :

- Objectif n° 4** – Organiser la mise en œuvre du SRP au niveau infra territorial
- Objectif n° 5** – Renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques
- Objectif n° 6** – Déployer la prévention dans les politiques ayant un impact sur la santé
- Objectif n° 7** – Renforcer l'accessibilité et la lisibilité des dispositifs, la visibilité des acteurs et des actions
- Objectif n° 8** – Optimiser l'allocation des moyens en prévention

Objectif n°4

Organiser la mise en œuvre du SRP au niveau infra territorial

Le niveau pertinent d'organisation pour la mise en œuvre des actions reste à définir. Le GRSP d'Aquitaine n'avait pas défini de niveau territorial infra-départemental pour la mise en œuvre du plan régional de santé publique, ce qui a fait l'objet d'une recommandation lors de l'évaluation externe de ce plan. Le niveau de mise en œuvre des schémas et programmes doit être le plus proche possible des usagers, et faciliter la synergie entre acteurs du fait de leur proximité dans le cadre de leurs missions habituelles. La mise en œuvre locale permet de faire intervenir à chaque fois que cela est possible des acteurs relais locaux, ce qui facilite la pérennisation des actions et leur articulation avec les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux locaux. Cette proximité peut également permettre l'investissement des élus et de l'administration locale, et faciliter l'inscription de la prévention dans les projets menés par les collectivités locales.

Il existe différents découpages de la région, selon qu'il s'intéresse à :

- > l'organisation des soins, centrée notamment sur la répartition des établissements de santé ; ce découpage présente une certaine cohérence pour l'articulation entre prévention et accès aux soins, ainsi que pour le développement de l'éducation thérapeutique, très liée aux services de soins ;
- > l'implication des collectivités territoriales : l'articulation de la prévention avec le SROMS et le développement des partenariats avec les collectivités locales, pouvant déboucher sur les contrats locaux de santé, plaide pour un découpage en territoires se superposant avec ceux des collectivités territoriales (pays, agglomérations) ;
- > la notion de territoires de projet, zones géographiques au sein desquelles les acteurs travaillent en réseau à la mise en œuvre de réponses aux problématiques de santé identifiées et partagées par tous.

Objectifs opérationnels

- 1. Définir dans chaque territoire de santé le (ou les) territoire(s) qui feront l'objet d'une déclinaison infra-territoriale du SRP.**
- 2. Développer un partenariat entre la délégation territoriale, la ou les collectivités locales, les établissements de santé et les principaux partenaires et acteurs impliqués. Ce partenariat pourra déboucher sur la signature d'un contrat local de santé entre la collectivité territoriale et l'ARS.**
- 3. A partir d'une identification précise des besoins, définir les objectifs à atteindre, les moyens et les modalités de la coordination et de l'animation des acteurs et des actions.**
- 4. Suivre et évaluer les dynamiques locales, notamment sur le plan des modalités organisationnelles (dont la coordination et l'animation), des réalisations et de la plus-value.**

Les différentes expérimentations menées par les Délégations territoriales feront l'objet d'une réflexion régionale à mi-parcours et à l'issue du SRP de première génération, pour envisager l'extension des modèles opérants à l'ensemble d'un territoire de santé, voire de la région.



Objectif n°5

Renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques

Des plateformes ressources

En éducation pour la santé

Dans le cadre d'un financement pluriannuel avec l'ARS, l'IREPS d'Aquitaine (ancien réseau CRAES/CRIPS et CODES) assure une mission de service public en prévention et promotion de la santé autour de trois axes :

- Axe 1 : centre de ressources/communication
- Axe 2 : Appui aux acteurs régionaux par la documentation, le conseil en méthodologie et évaluation de projets, l'accompagnement à l'utilisation d'outils d'intervention en Education et Promotion de la Santé (EPS), la formation
- Axe 3 : Appui aux politiques de santé

Disposant d'antennes dans chaque département, elle assure ces missions auprès de l'ensemble des acteurs de prévention, promotion de la santé, santé-environnement, politique de la ville...

L'IREPS anime le pôle régional de compétences en éducation pour la santé, financé par l'INPES autour des mêmes axes, qui regroupe le réseau aquitain d'AIDES, de l'ANPAA et du GRRITA ayant développé une expertise dans ce champ.

En éducation à l'environnement

GRAINE Aquitaine, réseau régional d'éducation à l'environnement, accompagne un ensemble d'acteurs dans des démarches de concertation, d'information et de sensibilisation aux enjeux liés à l'environnement (dispositif d'animation, formation, conception d'outils pédagogiques, exposition grand public, etc.). Ses missions sont :

- > Animer et représenter le réseau d'éducation à l'environnement en Aquitaine
- > Coordonner des projets de formation, de professionnalisation et de documentation
- > Définir et mettre en œuvre des dispositifs dans ce domaine.

GRAINE Aquitaine permet d'assister les porteurs de projet en adaptant les modalités d'intervention aux enjeux, aux publics concernés, aux thématiques, aux territoires. Il les accompagne et les oriente vers le ou les membres du réseau les plus adaptés à la demande

Pour l'éducation thérapeutique

Il convient, sur la période de mise en œuvre du schéma, de consolider la plateforme ressource régionale constituée au sein de l'association PACE (Plateforme aquitaine pour des compétences en éducation du patient) et mise en œuvre actuellement par plusieurs structures :

- > la **cellule ETAPE** (Education, Amélioration des pratiques et Evaluation) animée par le CCECQA (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité)
- > le **CETBA** Centre d'éducation thérapeutique de Bordeaux/Aquitaine, l'UTRETA (Unité transversale régionale d'éducation thérapeutique en Aquitaine)
- > l'**IREPS** (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé)

en liaison avec le Centre de formation des professionnels de santé du CHU et l'AFCI (association de formation continue des infirmières).

Les missions de la plateforme ressources concernent :

- > la formation
- > le développement de la qualité des programmes (structuration-évaluation)
- > l'accompagnement à la mise en œuvre de programmes, notamment de proximité
- > l'information

Une formation initiale et continue

Formation dans le domaine de la prévention – promotion de la santé

Les acteurs doivent pouvoir bénéficier de formations interdisciplinaires et intersectorielles (sanitaire, médico-social, social) leur permettant d'améliorer la qualité de leurs actions :

- > Formation de niveau 1 : la santé publique et les concepts en prévention – promotion de la santé, en santé – environnement, les bases en méthodologie de projet et en évaluation...
- > Formation de niveau 2 : élaborer, conduire et évaluer un projet de prévention – promotion de la santé ou de santé – environnement.
- > Formation de niveau 3 : formations de formateurs.

Formation dans le domaine de l'éducation thérapeutique

Les acteurs doivent pouvoir accéder aux formations leur permettant la pratique de l'éducation thérapeutique, conformément aux référentiels élaborés par l'INPES (Diffusion prévue en décembre 2011) qui distinguent trois niveaux d'intervention :

- > avec le patient
- > avec les équipes transversales
- > avec l'environnement

Des temps d'échanges

Les acteurs de ces dispositifs doivent pouvoir bénéficier de temps d'échanges et de réflexion, au plus près de leur territoire d'intervention. Ces échanges entre pairs sur leurs pratiques, leurs problématiques et les solutions qu'ils y apportent ont valeur de formation et permettent de tisser des liens qui favorisent le travail en réseau.

Objectifs opérationnels

Au niveau régional :

- 1. Permettre aux plateformes ressources de remplir leurs missions d'appui en direction des acteurs des différents dispositifs impliqués dans la réalisation du SRP.**
- 2. Faciliter l'action des plateformes dans chaque territoire de santé.**
- 3. Organiser au moins une rencontre annuelle d'acteurs sur une thématique prioritaire.**

Au sein de chaque Délégation territoriale :

- 4. Faciliter le développement de formations des différents niveaux en fonction des besoins de chaque territoire.**
- 5. Organiser dans chaque territoire de santé au moins une rencontre annuelle d'acteurs sur une thématique ou une population prioritaire.**



Objectif n°6

Déployer la prévention dans les politiques ayant un impact sur la santé

Les cloisonnements, qu'ils soient sectoriels, thématiques ou institutionnels, sont identifiés par tous les acteurs comme des freins à l'efficacité et à l'efficience des programmes de prévention, et plus largement des programmes de santé. La loi HPST fait du décloisonnement une des priorités majeures de sa mise en œuvre. Les cloisonnements sont cependant difficiles à surmonter, car ils demandent des changements de pratique, mais surtout une modification de la façon de penser les problématiques et les réponses à y apporter. Or chaque institution ou structure fonctionne selon des principes et des modalités qui lui sont propres, et auxquels leurs agents ne peuvent déroger sans accord hiérarchique. Ce changement culturel passe donc par des négociations entre les différents acteurs, ce qui nécessite du temps, de nombreux échanges et de la souplesse dans la définition et la mise en œuvre des programmes.

La loi HPST crée plusieurs outils pour le décloisonnement des politiques et l'articulation des institutions concourant à la politique de prévention :

- > les Agences régionales de santé structure unique, fusion de 7 institutions compétentes dans les champs de la prévention, du médico-social, des soins ambulatoires et hospitaliers,
- > la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la PMI.

Les articulations internes à l'ARS

Pour encourager le décloisonnement en matière de prévention et de promotion de la santé, l'ARS d'Aquitaine a défini des objectifs opérationnels visant :

- > l'articulation entre les trois schémas du projet régional de santé,
- > la déclinaison des objectifs thématiques du SRP dans les principaux programmes conduits par l'ARS.

Articulations avec le SROS

Volet hospitalier

Plusieurs chapitres du SROS – Volet hospitalier comportent des objectifs spécifiques « Parcours de santé » au titre desquels figurent des objectifs inscrits dans le champ de la prévention qui seront mis en œuvre par les acteurs de santé du champ sanitaire. Les chapitres concernés sont les suivants :

- > Médecine
- > Périnatalité
- > Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
- > Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
- > Traitement du cancer
- > Soins aux personnes détenues
- > Accident vasculaire cérébral
- > Obésité

Les objectifs spécifiques du SROS relatif à la prévention concernent essentiellement :

- > l'axe 1 du SRP : Agir sur les déterminants de la santé et favoriser l'accès au parcours de santé

Les actions à développer dans le champ sanitaire utilisent comme leviers des déterminants de la santé, en particulier alimentation et activité physique, vie affective et sexuelle, addictions ou des modes d'intervention en prévention, principalement le dépistage et le repérage précoce, et enfin, au travers du déploiement de l'éducation thérapeutique du patient.

- > l'objectif 5 de l'axe 2 du SRP : Renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques

L'information et la formation des médecins libéraux mais aussi des autres professionnels de santé en matière de prévention et de promotion de la santé, notamment en matière d'éducation thérapeutique du patient, devront être renforcées.

Par ailleurs, les PASS, destinées aux personnes en situation de précarité, veillent à l'accès de ces publics aux actions de prévention telles qu'elles sont définies dans l'axe 1.

Volet ambulatoire

Le SROS ambulatoire concentre ses objectifs sur l'offre de soins de premier recours. Les professionnels de premiers recours jouent un rôle clé en matière de prévention, par leur proximité, par l'approche globale qu'ils peuvent initier dans leur prise en charge du patient. Leur mission de prévention, leur rôle éducatif sont donc à renforcer, à accompagner. Ainsi, les objectifs communs au SROS ambulatoire et au SRP, pour l'ensemble des territoires de santé, seront les suivants :

- > Favoriser l'intégration de l'éducation pour la santé, de la prévention (notamment par les dépistages) et de l'éducation thérapeutique à l'offre de soins de premier recours (maisons de santé pluridisciplinaires, pôles, réseaux, centres de santé, etc.) et, plus largement, aux plateformes de coordination commune qui regroupent celle-ci ;
- > Assurer la lisibilité de cette offre intégrée (NTIC) et la formation des acteurs
- > Développer des actions de sensibilisation au risque médicamenteux

Dans cette perspective, l'ARS s'attachera à faciliter l'implication des professionnels de santé libéraux dans les actions de prévention et de promotion de la santé, en partenariat avec leurs instances représentatives (URPS, par exemple).

Articulations avec le SROMS

Dans les objectifs spécifiques et opérationnels du SROMS s'inscrivent plusieurs actions de prévention et promotion de la santé, en direction des personnes handicapées ou âgées. Ces actions, à mettre en œuvre par les acteurs du champ médico-social, sont les suivantes :

> Objectif 1 : Faciliter la continuité du parcours de soins et de vie cohérents

- 1.2/1 – Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces
 - 1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives
 - 1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque
- 1.2/3 – Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention
 - 1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives favorisant le Bien Vivre et le Bien Vieillir
- 1.3/4 – Apporter un soutien aux aidants familiaux

Les articulations entre les différents volets du PRS (SRP, SROS, SROMS) œuvrent à une cohérence, une complémentarité entre ces volets. Il s'agit de construire de la transversalité, qui se concrétise également au travers de thèmes et de programmes transversaux.



Les thèmes transversaux

Vieillessement de la population

L'Aquitaine est une des régions françaises les plus touchées par le vieillissement de sa population. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 10 % de la population régionale, avec des disparités selon les départements. C'est un enjeu démographique majeur auquel doit se préparer la région.

Le groupe de travail thématique « Vieillessement de la population » a défini une stratégie pour prendre en compte cette problématique. En matière de prévention, il préconise une intervention précoce pour préserver l'autonomie de la personne âgée et propose l'élaboration d'un programme régional coordonné de développement d'actions portant sur :

- > la prévention des chutes,
- > la dénutrition
- > la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse
- > la prévention de la dépression et de la dépendance cognitive

Ce programme, qui nécessite l'implication dans les actions de prévention des établissements de santé et médico-sociaux ainsi que celle des collectivités locales, est en totale cohérence avec les dispositions de l'axe 1 en particulier ses objectifs 1 et 2.

Le groupe de travail préconise également de renforcer les dispositifs d'aide aux aidants.

Santé mentale

Les maladies psychiques constituent en France la première cause de mise en invalidité professionnelle et la quatrième cause de mise en ALD en Aquitaine. La souffrance psychique représente un quart des pathologies signalées au cours des consultations de médecine du travail en 2008 dans la région. La prévalence des affections psychiatriques place l'Aquitaine au 7^{ème} rang des régions françaises.

Le groupe de travail « santé mentale » retient l'élaboration d'un programme régional « Santé Mentale ». Il cible comme 1^{er} enjeu de promouvoir la santé mentale de la population et de prévenir les conséquences de la souffrance psychique et propose de :

1. Promouvoir la gestion de sa santé mentale par chacun en se dotant des compétences clé nécessaires
2. Développer la prévention de la souffrance psychique, de la maladie mentale et des conduites addictives

Ces préconisations sont en résonance avec les orientations retenues dans le Schéma régional de prévention essentiellement au titre de l'axe 1 – objectif 1 mais également dans les actions à mener en relation avec les autres porteurs de politiques publiques rappelés dans l'axe 2 – objectif 6. De plus, plusieurs territoires de santé ont retenu dans leurs priorités complémentaires, de développer la prévention des suicides, des addictions ou des conduites à risque (Axe 3).

Maladies chroniques

En Aquitaine, près d'un demi-million de personnes sont reconnues par l'assurance maladie comme atteintes d'une affection de longue durée. Les affections cardiovasculaires et le diabète représentant plus de la moitié d'entre elles, les cancers et les pathologies psychiatriques en constituant les deux autres principales causes. Il faut agir sur toute la chaîne de l'offre en santé : actions de prévention, éducation thérapeutique, offre de soins et prise en charge médico-sociale, accompagnement et insertion sociale.

Le groupe de travail « maladies chroniques » propose, en matière de prévention, de poursuivre et d'amplifier les actions sur les déterminants comportementaux que sont la nutrition, la sédentarité et l'usage du tabac, et ce, dès le plus jeune âge. Il recommande d'intervenir surtout auprès des publics prioritaires pour ne pas aggraver les inégalités sociales de santé. Le rôle de la PMI, de l'éducation nationale et des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens) est jugé primordial.

Le groupe de travail met également l'accent sur le nécessaire développement de l'éducation thérapeutique (amélioration de l'accessibilité des actions et de la visibilité de l'offre, formation des professionnels). Il souligne enfin l'intérêt de développer la prévention du risque médicamenteux.

Tous ces éléments sont largement pris en compte dans l'axe 1, et notamment dans les objectifs 1 et 3.



Les programmes transversaux

Le Projet régional de santé comporte quatre programmes d'action dont trois sont transversaux. Le schéma régional de prévention a identifié dans ses axes et objectifs des points de convergence qui contribueront à la mise en œuvre de la politique de santé publique en Aquitaine.

Programme régional de gestion du risque (PRGDR) :

L'ARS signe avec chaque régime d'Assurance Maladie un contrat pluriannuel de gestion du risque qui comporte certains thèmes de prévention qui contribuent aux objectifs du PRS.

Les thèmes communs aux trois régimes d'assurance maladie sont : la prévention bucco-dentaire, le dépistage organisé des cancers, la vaccination. En complément, les régimes s'engagent sur les thèmes suivants :

- > le régime général et le RSI : la prévention et la prise en charge de l'obésité
- > la MSA sur la prévention et la prise en charge du vieillissement, l'éducation thérapeutique du patient, la prévention des risques professionnels

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) :

Le PRAPS, programme transversal, contribue à la réduction des inégalités de santé, priorité inscrite dans le PRS. En effet, il définit et organise les actions permettant d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis et répond ainsi aux trois priorités transversales définies au niveau national :

- > améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- > développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient,
- > promouvoir l'égalité devant la santé.

Dans cette perspective, les actions menées pour la mise en œuvre des objectifs du schéma régional de prévention devront privilégier les populations en situation de précarité.

Programme Télémédecine

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. »

La télémédecine permet d'améliorer l'accessibilité à tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, de favoriser les coordinations et les articulations des dispositifs de soin et de faciliter le maintien à domicile.

Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ainsi que la télésurveillance peuvent constituer des outils au service de la prévention, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques.



Articulations avec les partenaires de l'ARS

Conformément à la l'article L 1432-1 Code de la santé publique (loi « HPST »), la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la PMI « assure la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par ses membres » dans les domaines précités.

Pour assurer ses missions, la commission, en particulier :

- > Favorise, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par chacun de ses membres et détermine les modalités de leur éventuel cofinancement (cf. objectifs 7 et 8) ;
- > Définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'ARS pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région (cf. objectif 8)
- > Permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé (cf. objectif 7).
- > Recueille les éléments d'information nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment à l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé et à l'élaboration du schéma régional de prévention.

La commission de coordination pourra engager de manière intersectorielle et autour de sujets communs (cf. tableau n° 2 : catégorisation des principaux opérateurs en prévention et promotion de la santé, p. 69), les travaux précités, en tenant compte des champs de compétences de ses membres :

RECTORAT	<p>> Actions de santé scolaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccination • Dépistage (troubles sensoriels, troubles de la statique, etc.) • Troubles de la relation et difficultés d'apprentissage • Actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé : éducation à la vie affective et sexuelle, addictions, nutrition, santé bucco-dentaire etc
DRJSCS ET DDCS	<ul style="list-style-type: none"> • Actions en faveurs des sportifs : lutte contre le dopage, bilans, etc. • Hébergement et accompagnement des personnes vulnérables : PDALPD, PDAHI • Lutte contre discriminations, prostitution, etc. • Intégration des migrants : PRIPI • Politique de la ville : ASV, etc. • Jeunesse : Maison de l'adolescent, REAAP, service civique, accueil collectif des mineurs, REAJ • Vie associative et de l'éducation populaire (agrèments, etc.)
DIRECCTE	<p>Mise en œuvre du Programme régional de Santé au Travail : réduire les risques, accompagner les entreprises, renforcer la coopération entre les intervenants extérieurs dans les 6 thématiques prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesticides /CMR : <i>liens avec PRSE</i> • Risques routiers : <i>liens avec addictions, etc.</i> • BTP • Intérim • Troubles musculo squelettiques (TMS) • Troubles psychosociaux : <i>liens avec santé mentale</i>
DRAAF	Mise en œuvre de Programme National de l'Alimentation et articulations avec le PNNS et le Plan Obésité (cf. objectif 1)
DRPJJ	Actions de protection et d'éducation des mineurs en danger ou faisant l'objet d'une mesure judiciaire : intégration et insertion scolaire, sociale et professionnelle, intervention et suivi dans le cadre du milieu familial, placement en institution, hébergement en foyer ou en famille d'accueil, suivi des mineurs incarcérés.
DREAL	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la participation des citoyens dans l'élaboration des projets, l'aménagement du territoire, développer les Agendas 21. • Informer, sensibiliser et contribuer à l'éducation des citoyens sur l'environnement et le développement durable. • Élaborer et mettre en œuvre les politiques de l'État en matière de logement, notamment le développement de l'offre de logement, la lutte contre l'habitat indigne.

<p>CONSEIL RÉGIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions en faveur des jeunes : fonctionnement des lycées (dont restauration), des établissements d'éducation spéciale, financement d'actions de prévention dans les lycées, campagne de prévention, etc. • Actions dans le cadre de la formation professionnelle : jeunes et adultes en insertion professionnelle • Aménagement du territoire : développement durable et cohésion sociale notamment via les contrats de projets Etat –Région, participation au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires <p>En Aquitaine, la Région est particulièrement investie dans le domaine de la santé : accès aux soins primaires, les outils d'observation utiles dans l'aménagement du territoire, les actions de prévention</p>
<p>CONSEILS GÉNÉRAUX</p>	<p>> Actions sanitaires et sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protection Maternelle et Infantile : EPP et suivi médico social des femmes enceintes ; consultations jeunes enfants de prévention ; dépistage : trouble du langage, trouble sensoriel, trouble de la relation ; consultations de centre de planification : contraception, sexualité, prévention IST ; actions coordonnées de prévention et d'éducation pour la santé (nutrition dont allaitement, éducation à la vie affective et sexuelle, ...) • Aide sociale à l'enfance • Aide aux handicapés (politique d'hébergement et d'insertion sociale, etc.) • Aide aux personnes âgées (création/gestion d'établissement, APA, etc.) • Insertion sociale et professionnelle (RSA, MDSI, FAJ, etc.) • Aide au logement (fonds de solidarité, lutte contre l'habitat indigne, etc.) • Actions de santé décentralisées le cas échéant : vaccinations, prévention des IST, prévention de la tuberculose <p>> Actions d'enseignement : fonctionnement des collèges (en particulier restauration scolaire)</p> <p>> Actions d'aménagement de l'espace et de l'équipement : développement durable, Agenda 21, etc.</p>
<p>COMMUNES OU GROUPEMENT DE COMMUNES</p>	<p>> Actions sociales : <i>liens avec les personnes vulnérables à tout âge de la vie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CCAS qui analysent les besoins sociaux de la population et interviennent dans les demandes d'aides sociales (ex : aide médicale), etc. • gestion des garderies, crèches, • foyers de personnes âgées, portage des repas • fonds d'aide aux jeunes (si délégation du CG), etc. <p>> Enseignement : école primaire - lien avec la restauration scolaire et public jeune</p> <p>> Urbanisme/aménagement : logement social, assainissement, protection des sites, projet de développement durable</p>
<p>ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE :</p> <p>CARSAT</p> <p>CPAM</p> <p>RSI</p> <p>MSA</p>	<p>Ces organismes assurent la protection sociale des professionnels non soumis à un régime spécial (CPAM, CARSAT), aux artisans, commerçants et professions libérales indépendants (RSI), au monde agricole et rural (MSA). Ils assurent l'action sanitaire et sociale des actifs et des retraités.</p> <p>Outre ses engagements concernant les actions du PRGDR, ces organismes mènent des actions en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé au travail (risques et maladies professionnels, ...) • Santé des personnes en difficultés : services attentionnés des CPAM, service social de la CARSAT, etc. • Centres d'examen de santé, centres de santé : bilans de santé et de prévention, orientation vers le soin, etc. • Programme Interinstitutionnel de Prévention pour le maintien de l'autonomie (PRIP) : nutrition, mémoire, sommeil, bon usage du médicament, chutes, etc. • Actions de formation, de conseil et de prévention au niveau local, départemental ou régional : éducation thérapeutique, dépistages, nutrition, etc.

Objectifs opérationnels

Modalités d'articulations internes et externes à l'ARS :

1. Faire partager les principes d'intervention en prévention et promotion de la santé et en santé environnementale (ex : séminaires, « petit déjeuner ARS », chartes, conventions de partenariat...)
2. Promouvoir la documentation et les outils d'intervention en PPS (diffusion des documents INPES thématiques ou de méthode comme campagnes nationales, le guide d'autoévaluation des actions en PPS, ...)
3. Identifier et mettre en œuvre des actions conjointes intersectorielles et/ou interinstitutionnelles

Modalités spécifiques à la commission de coordination :

4. Définir chaque année un programme de travail annuel, interinstitutionnel et évaluable fixant un nombre limité de thèmes



Objectif n°7

Renforcer l'accessibilité et la lisibilité des dispositifs, la visibilité des acteurs et des actions

Comme précédemment exposé, la prévention et la promotion de la santé est une compétence partagée par de multiples acteurs du soin, du secteur médico-social et spécifiques à la prévention.

Cela rend complexe la mise en place d'une connaissance partagée de l'état de santé de la population, de la visibilité des acteurs et la valorisation des actions qu'ils mènent (étape cruciale pour leur coordination), la mobilisation et le suivi des dispositifs et moyens financiers disponibles.

Organiser l'observation en prévention

Ces acteurs, institutionnels et/ou opérateurs (cf. objectif 6) impliqués dans la prévention/promotion de la santé ont été amenés à développer leurs propres outils d'observation dans le cadre de diagnostics ou du suivi des actions.

Pour adapter les actions aux besoins de la population, il est nécessaire de disposer d'une connaissance fine de son état de santé jusqu'au niveau régional.

A cette fin, il serait utile d'organiser l'observation en prévention en identifiant les divers types de producteurs de données et leurs missions et en proposant un cadre commun à tous.

Ces travaux devront s'inscrire dans le programme « système partagé d'information » préconisé par la CRSA dans l'avis rendu le 2 février 2012. En outre, ce système devra s'attacher à développer une approche plus qualitative permettant d'expliquer les constats réalisés en matière d'état de santé et d'avoir une vision prospective des besoins de santé en Aquitaine. Les compétences universitaires et en recherche dont dispose la région pourront utilement être sollicitées.

La visibilité des acteurs

Compte tenu de leur diversité et des réorganisations institutionnelles, les acteurs de prévention/promotion de la santé, institutionnels et opérateurs (cf. objectif 6), soulignent qu'il est aujourd'hui complexe mais nécessaire, aussi bien pour l'utilisateur que pour eux-mêmes, d'identifier qui intervient au niveau régional, départemental ou local et quelle est l'offre en prévention/promotion de la santé.

Les demandes de répertoires largement diffusés aux professionnels et à l'ensemble de la population sont nombreuses.

L'expérience a cependant montré que de telles listes sont très lourdes à construire et surtout à actualiser. Un répertoire des acteurs, de leurs coordonnées et de l'offre qu'ils proposent est un bon outil pour faire connaître les actions à la population, quand il s'agit de répertoires locaux, inventoriant les ressources sur le territoire de mise en œuvre des programmes. Le fait de les constituer sur des zones limitées facilite leur réalisation et leurs mises à jour successives. Accessibles par Internet ou sous forme de brochure dans les points d'information santé et leurs relais, ces répertoires répondent au besoin de visibilité et de lisibilité du dispositif de prévention et de promotion de la santé et facilitent son accessibilité.

Si les répertoires locaux sont tous construits selon le même plan et les mêmes catégories, il sera aisé de les fusionner en un répertoire par territoire de santé, et de fondre ces derniers en un répertoire unique régional. Ces documents seront utiles aux professionnels relais et aux responsables de l'animation et de la coordination du schéma à des fins de suivi et d'évaluation.

Il pourrait en être fait de même pour identifier les compétences des principales institutions au niveau régional, départemental, etc.

La valorisation d'actions remarquables

Un certain nombre d'actions sont innovantes, structurantes, ou prévoient une évaluation de leurs effets, une mesure de leur efficacité voire même de leurs conditions de reproductibilité.

L'ARS doit promouvoir ces actions remarquables en les portant à la connaissance de l'ensemble des acteurs par ses différents outils de communication : site internet, mails, réunions d'échanges de pratiques, ...

La nécessité d'un système d'information régional adapté

Dans un contexte de raréfaction des ressources, il est indispensable pour les institutions de disposer d'un véritable outil de pilotage partagé permettant de mettre en adéquation l'offre de prévention et les financements qui y sont alloués avec les besoins identifiés jusqu'à un niveau local/infra-territorial (cf. objectif 6).

Il est également nécessaire de proposer une interface avec les opérateurs qui soit à la fois ergonomique pour les utilisateurs, sécurisée et adaptée aux différentes modalités de financement envisagées par l'ARS (cf. objectif 8). Compte tenu de la future mise en place du Fonds d'intervention régional, il est également primordial de disposer d'un outil de suivi du financement des actions quelle que soit la source du financement (crédits de prévention, FICQS, MIG Prévention et Education Thérapeutique, ...).

Pour valoriser et rendre plus visibles les acteurs et leurs actions, l'ARS d'Aquitaine s'est dotée fin 2011 de l'outil de géolocalisation OSCARS : Outil de suivi cartographique des actions régionales de santé. Outil interactif, il est accessible à tous : professionnels et grand public.

Objectifs opérationnels

1. Organiser l'observation en prévention en :

- > identifiant les divers types de producteurs de données et leurs missions
- > proposant un cadre commun à tous

2. Définir une catégorisation des acteurs et une typologie d'actions de prévention et de promotion de la santé permettant l'élaboration de répertoires présentant les actions et les dispositifs locaux.

3. Contribuer à la promotion régionale et nationale des actions ayant montré leur intérêt, leur efficacité ou leur caractère innovant par le recours aux moyens de communication de l'ARS (site internet, réunions d'échanges de pratiques, ...)

4. Mettre en place un système d'information régional performant composé...

- > d'une interface avec les opérateurs ergonomique, sécurisée et adaptée aux différentes modalités de financement ;
- > d'une fonctionnalité de partage des avis sur les projets et la mobilisation des cofinancements entre institutions ;
- > d'une fonctionnalité pour le suivi administratif et l'évaluation des actions financées par l'ARS (quelque soit le type de crédits concernés) ;

... et qui permette la géolocalisation des acteurs et des actions jusqu'à un niveau infra-territorial.



Objectif n°8

Optimiser l'allocation des moyens en prévention

Le budget de l'ARS dédié à la prévention et les éventuels cofinancements

L'article L.1434-6 du Code de la santé publique précise que « les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ».

Le PLFSS 2012 prévoit la création d'un fonds d'intervention régional (FIR), mutualisant des crédits qui étaient jusqu'à présent dédiés soit à l'ambulatoire, soit à l'hospitalier, soit à la prévention. L'ARS disposera ainsi d'un outil stratégique de priorisation de ses choix de redéploiement de l'offre de soins, en particulier en faveur de la prévention.

Dans le PSRS, l'Aquitaine a retenu comme première orientation stratégique de « Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé ». A cette fin, au cours des cinq années de mise en œuvre du PSRS et du SRP, les moyens consacrés en 2011 au financement des actions de prévention en Aquitaine seront reconduits.

Les modalités d'allocation de ressources

Si le champ de la prévention ne fait pas l'objet d'une tarification, l'utilisation de différents leviers financiers doit permettre la régulation des activités au bénéfice des priorités de santé identifiées. L'allocation et la réallocation des ressources est une activité qui implique la mise en place de procédures explicites et lisibles pour les opérateurs, partagée entre les différents instructeurs issus de l'ARS et de ses partenaires (cf. objectif 7).

L'évaluation du PRSP a mis en évidence que l'appel à projet annuel ouvert tel qu'il a pu être mis en œuvre les années passées ne satisfait ni les promoteurs ni les instructeurs. L'orientation des opérateurs sur les priorités du SRP par un cahier des charges, doit permettre d'éviter la dispersion ou la sédimentation des projets et des financements qui pouvaient résulter de ce type d'appel à projets.

Pour la mise en œuvre du SRP, l'ARS d'Aquitaine doit faire évoluer ses procédures financières et mobilisera, en fonction des objectifs poursuivis, de nouveaux outils :

- > le conventionnement pluriannuel permettra d'inscrire dans la durée l'intervention des opérateurs pour la mise en œuvre d'actions structurantes programmées participant efficacement à la mise en œuvre des objectifs du SRP ;
- > l'appel à projets ciblé sur les thématiques du SRP et/ou sur les territoires pourra être utilisé pour soutenir des projets expérimentaux, innovants (en région et sur les territoires de santé) et assurer un déploiement pertinent des politiques de santé.

Objectifs opérationnels

1. Mobiliser de façon cohérente les financements internes à l'ARS

- 1.1. Identifier la part des financements au sein du FIR affectés à la prévention
- 1.2. Développer une approche transversale, intersectorielle et territoriale sur les thématiques prioritaires

2. Développer les conventions pluriannuelles et les appels à projets ciblés

3. Renforcer la lisibilité des dispositifs de financement pour les promoteurs

- 3.1. Faire connaître la stratégie de financement de l'ARS pour la mise en œuvre du SRP
- 3.2. Accompagner les différentes étapes de l'allocation des ressources en communiquant via le site internet de l'ARS

4. Encourager le développement des partenariats et le recours aux cofinancements

- 4.1. Contribuer à la mise en cohérence des décisions des principaux porteurs de politiques publiques (Commission de coordination des politiques publiques – Partenariats interministériels - ... cf. objectif 6)
- 4.2. Favoriser le recours aux cofinancements (Diffusion d'appels à projets externes à l'ARS - ...)

AXE 3

Réduire les inégalités de santé dans chaque territoire

PRIORITÉS DU PSRS

AXES ET OBJECTIFS DU SRP



Les Délégations territoriales de l'ARS déclinent les actions correspondant aux priorités régionales de prévention décrites dans l'axe 1, qu'il s'agisse de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique. Elles sont également appelées à intensifier les actions dans les domaines où la population des territoires de santé est en situation de précarité. Dans un souci de réduction des inégalités sociales de santé, priorité sera donnée aux actions qui s'adressent à des populations en situation de vulnérabilité : personnes isolées en milieu rural, souffrant de précarité économique, migrants. Les publics et les thématiques sont précisés dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

L'état des lieux préalable à la définition du SRP a cependant permis de mettre en évidence des inégalités de santé en termes de morbidité et de mortalité au sein de la région Aquitaine. Les tableaux des pages suivantes font apparaître les thématiques de santé préoccupantes au niveau de chaque territoire de santé. Ils sont présentés en fonction des grandes périodes de la vie :

- > Périnatalité, petite enfance (jusqu'à 6 ans)
- > Enfants, adolescents et jeunes adultes (6 – 25 ans)
- > Adultes, vie active (25 – 65 ans)
- > Seniors, personnes âgées (à partir de 65 ans)



Ces bornes d'âge ne sont pas des frontières étanches, mais elles tiennent compte de certaines définitions et dispositifs, comme le bilan de santé de la 6^{ème} année, l'âge minimal d'attribution du RSA et la limite des dispositifs spécifiques aux jeunes (missions locales), l'âge au-dessous duquel on parle de mortalité prématurée...

Les problématiques de santé explorées sont les suivantes :

- > Maladies chroniques (cancers, maladies cardio-neuro-vasculaires, autres)
- > Maladies infectieuses, IST, sida, hépatites
- > Allergies, asthme
- > Education thérapeutique (qui s'applique essentiellement aux pathologies ci-dessus)
- > Santé mentale, maladies psychiatriques, suicide
- > Addictions
- > Traumatismes, accidents
- > Santé sexuelle et de la reproduction
- > Santé sensorielle et santé bucco-dentaire
- > Pathologies liées à l'environnement

Les données épidémiologiques disponibles par territoire de santé font apparaître les spécificités de chacun des territoires par rapport à la situation régionale. Celles-ci sont synthétisées dans les tableaux des pages suivantes. Le fait que certaines thématiques de santé n'apparaissent pas dans les tableaux territoriaux peut être également dû au fait que les données locales ne sont pas disponibles. Ces données épidémiologiques sont précieuses pour déterminer des priorités d'action, mais ce ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte. En effet, toutes les problématiques de santé ne font pas l'objet d'un recensement et d'une analyse chiffrée de leur évolution par les services de santé. C'est le cas des problématiques émergentes, comme les addictions sans produit. C'est le cas également de problématiques de santé psycho-sociale comme le mal-être ou les troubles comportementaux. La définition par les délégations territoriales de priorités de prévention et de promotion de la santé a intégré d'autres critères, nécessitant une connaissance fine du territoire : problématiques localisées, perception de l'importance de la problématique par les acteurs, potentiel mobilisateur de la thématique, etc.

Quelles que soient les problématiques complémentaires aux priorités régionales choisies dans les territoires de santé, la mobilisation des acteurs qui en découlera servira plus largement à toutes les thématiques de prévention, par le renforcement des collaborations et des articulations entre les professionnels des différents secteurs concernés. Elles contribueront donc ainsi à la concrétisation des priorités régionales en matière de prévention et de promotion de la santé.

Territoire de santé de Dordogne

Synthèse des inégalités de santé ressortant de l'état des lieux

	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	ADULTES, VIE ACTIVE	SENIORS, PERSONNES ÂGÉES
MORTALITÉ GÉNÉRALE TOUS ÂGES ET TOUTES CAUSES LA PLUS FORTE DE LA RÉGION				
Généralités	<i>Faible retour des certificats de santé à 24 mois</i>	<i>Taux de jeunes le plus faible (20 %)</i> <i>Taux de mortalité des 15-19 ans le plus élevé</i>		<i>Vieillesse démographique</i>
Cancers			Sous-mortalité sauf colo-rectal Taux dépistage le 2 ^{ème} plus faible de la région	Mortalité supérieure à la valeur nationale (surtout femmes)
Maladies cardio-neuro-vasculaires			Surmortalité, surtout chez les femmes	
Autres maladies chroniques			Importance des troubles musculo-squelettiques	
Maladies infectieuses, IST Sida hépatites	Vaccins :couverture inférieure à valeur nationale			Un des plus faibles taux pour la vaccination anti-grippe, mais au-dessus de la valeur nationale
Santé mentale Pathologies psychiatriques Suicide		Surmortalité par suicide surtout 20-24 ans	Surmortalité par suicide	Surmortalité par suicide
Traumatismes accidents		Surmortalité par accidents hommes et femmes (à partir de 15 ans)	Surmortalité par accidents hommes et femmes (jusqu'à 40 ans). Accidents corporels avec alcool	Surmortalité par suicide

► Priorités complémentaires retenues pour le Territoire de santé de Dordogne :

LA PRÉVENTION DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE, AUPRÈS DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES

Constats issus des concertations territoriales :

Les acteurs du territoire en contact avec les adolescents font le constat suivant :

- Le nombre de grossesses non désirées, supérieur au taux national, ne baisse pas.
- Il existe des difficultés d'accès au dépistage des IST.
- Certains jeunes souffrent d'isolement (Nord, Sarladais).
- Le mal-être et la souffrance psychique se traduisent notamment par une grande consommation d'alcool et une augmentation de la violence.

Les acteurs de la périnatalité repèrent une augmentation des troubles du comportement chez les jeunes enfants et une difficulté de nombreux parents à assurer une fonction parentale. Des dispositifs (entretien prénatal précoce) et des structures (groupes parents enfants, maison verte) existent, mais en nombre insuffisant.

Pour les adolescents comme pour les enfants, la couverture vaccinale est insuffisante.

Le manque de connaissance réciproque et de coordination entre les acteurs des différents secteurs est un frein à la santé des parents et des jeunes.



Objectifs :

- Soutenir et encourager la pratique de l'entretien prénatal précoce
- Soutenir les actions de coordination (par la DT), de collaboration entre les professionnels (connaissance réciproque, lieux d'échange) et de transports (des personnes vers les dispositifs ou inversement), notamment dans les zones sous médicalisées.
- Promouvoir la vaccination auprès des parents et des professionnels de santé.
- Soutenir les actions de prévention des accidents corporels dus à la consommation de produits psycho-actifs.
- Accompagner le réseau périnatal en Dordogne
- Faciliter la réalisation des bilans de santé dès 4 ans en école maternelle (convention CG-CPAM)
- Améliorer l'accès à la contraception pour les mineurs en promouvant la collaboration interinstitutionnelle CG, EN, CPAM et avec les professionnels libéraux (pharmacies, médecins)
- Développer l'éducation à la sexualité et à la vie affective auprès des mineurs par un renforcement de la collaboration entre le CG, l'EN (élaboration d'une charte) et les associations locales

LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Constats issus des concertations territoriales :

- La thématique est encore peu abordée, la prévention du suicide n'est pas une priorité régionale.
- Dans le territoire, le suicide concerne surtout les adultes et les personnes âgées. Parmi les causes les plus fréquentes, on peut citer l'isolement, les accidents de la vie (rupture, chômage...), les addictions, qui fragilisent.
- Les personnes en souffrance n'ont pas d'interlocuteurs : peu de professionnels formés sur cette question, méconnaissance des structures...

Objectifs :

- Mobiliser les acteurs du territoire sur la question du suicide (colloque ?).
- Sensibiliser et former des relais sur le repérage de la crise suicidaire.
- Soutenir une filière de prise en charge (professionnels investis, rôle des CMP, suivi des personnes souffrant d'une dépression...)

LA PRÉVENTION EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES

Constats issus des concertations territoriales :

- La Dordogne est le département le plus âgé d'Aquitaine, caractérisé par son étendue, un habitat dispersé et une baisse importante de la démographie médicale. De nombreuses personnes âgées sont isolées, et disposent de faibles revenus (motifs de renoncement aux soins).
- La dégradation des facultés physiques, sensorielles et psychiques, l'alimentation déséquilibrée et insuffisante, une activité physique réduite, ainsi que l'inadaptation du logement sont autant de facteurs de perte d'autonomie, qui augmentent les risques iatrogènes liés au mauvais usage des médicaments et menacent le maintien à domicile.

Objectifs :

- Soutenir le développement des activités favorisant la prévention de la perte d'autonomie et le maintien du lien social.
- Soutenir la coordination entre les différents acteurs en contact avec les personnes âgées.

Territoire de santé de Gironde

Synthèse des inégalités de santé ressortant de l'état des lieux

	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	ADULTES, VIE ACTIVE	SENIORS, PERSONNES ÂGÉES
Généralités		Taux de jeunes le plus élevé		
Cancers			Taux de mortalité masculine par cancer le plus élevé de la région (poumon) Faible taux de dépistage cancer du sein et colo-rectal	
Maladies cardio-neuro-vasculaires				Surmortalité masculine
Autres maladies chroniques			Importance des maladies professionnelles agricoles	
Maladies infectieuses, IST Sida hépatites	Faible taux de couverture vaccinale (ROR, hépatite B)		Département régional le plus touché par le VIH	
Asthme et allergies		Prévalence de l'asthme, des rhinites allergiques et de l'eczéma élevée à Bordeaux		
Santé mentale Pathologies psychiatriques Suicide		Mortalité par suicide importante chez les 15-19 ans	Taux de suicide plus élevés (hommes et femmes)	

► Priorités complémentaires retenues pour le Territoire de santé de Gironde :

LA COORDINATION DES ACTEURS DE PRÉVENTION EN MATIÈRE D'ADDICTOLOGIE

Constats issus des concertations territoriales :

- Le territoire de la Gironde est étendu, et contrasté (CUB et zones très rurales).
- Les problématiques et les publics sont très variables en fonction des territoires.

Objectifs :

- Augmenter la lisibilité de l'intervention des différents acteurs au niveau infra territorial.
- Renforcer les complémentarités entre les acteurs de la prévention, du soin (sanitaires, médico-sociaux), et les réseaux.
- Développer les coordinations avec les partenaires en charge des problématiques d'addiction (Education nationale – justice – établissements pénitentiaires – associations d'usagers)

LA PRÉVENTION EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES

Constats issus des concertations territoriales :

- La problématique de la prévention de la dépendance des personnes âgées existe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.
- L'augmentation de l'espérance de vie a parfois pour corolaire la précarisation financière, le repli sur soi et l'isolement. Une attention particulière est à apporter aux personnes handicapées vieillissantes ainsi qu'aux personnes isolées.
- Des actions spécifiques sont à mettre en place en fonction des publics : actions collectives pour les personnes autonomes, bilan individualisé et mise en place de réponses pour les personnes dépendantes.



Objectifs :

Favoriser l'autonomie et le maintien du lien social des personnes âgées

- Recenser les actions de prévention existantes à un niveau infra territorial.
- Sensibiliser les acteurs de proximité aux actions de prévention.
- Renforcer les actions de prévention adaptées aux personnes âgées, notamment dans le domaine des maladies neuro dégénératives.

LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Constats issus des concertations territoriales :

- Le nombre de suicides en Gironde est supérieur à la moyenne régionale. Il n'y a pas de données régionales sur les tentatives de suicide. Une enquête auprès des jeunes passée dans cinq missions locales du département a montré que 60 % d'entre eux avaient eu des pensées suicidaires.
- Les CCAS signalent le cas de personnes âgées isolées en milieu rural présentant des risques de suicide. La baisse de la démographie médicale complique le repérage et l'accès aux soins.
- Le repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire demande des relais formés dans tous les milieux : Education nationale (un guide est en préparation), en médecine générale (le guide existant est-il utilisé ?), dans les lieux fréquentés par les jeunes, par les acteurs intervenant auprès des personnes âgées (l'association *Comment va ?* a formé les personnels des CCAS).

Objectifs :

- Définir des publics prioritaires : jeunes décrocheurs, personnes âgées isolées, personnes en burn-out professionnel.
- Former des professionnels en contact avec ces publics, au repérage et à l'accompagnement vers la prise en charge, notamment les médecins généralistes.
- Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes en souffrance psycho-sociale.

LA CONSTITUTION D'UNE CULTURE COMMUNE EN SANTÉ-ENVIRONNEMENT

Constats issus des concertations territoriales :

- La thématique santé-environnement demande à être mieux définie et rendue lisible par la population et les acteurs de la prévention.
- Elle concerne l'ensemble de la population, des personnes exposées à des risques spécifiques, et l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, associatifs...
- De nombreux dispositifs existent et doivent prendre en compte la dimension santé environnement (Ateliers santé ville, Agenda 21, Villes santé OMS, formation initiale et continue conseils locaux de santé, futurs contrats locaux de santé...)

Objectifs :

- Développer la sensibilisation, le partage de culture et l'information (mise en œuvre d'un portail « santé environnement », valorisation des actions existantes) et la formation des acteurs (associations, professionnels, élus...).
- Favoriser la mobilisation et la concertation des différents acteurs, notamment des acteurs de prévention.
- Sensibiliser les élus et leur rappeler leurs responsabilités en matière d'application de la réglementation dont ils ont la responsabilité, en complément de la mise en œuvre d'actions de prévention et promotion de la santé

Territoire de santé des Landes

Synthèse des inégalités de santé ressortant de l'état des lieux

	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	ADULTES, VIE ACTIVE	SENIORS, PERSONNES ÂGÉES
Généralités				<i>Importante progression du vieillissement de la population</i>
Cancers			Surmortalité par cancer du sein, et trachée, bronches poumon chez les femmes	
Maladies cardio-neuro-vasculaires			Surmortalité masculine, un peu au-dessus de la moyenne régionale chez les femmes	Surmortalité masculine
Autres maladies chroniques			Importance des troubles musculo-squelettiques	
Maladies infectieuses, IST Sida hépatites	Faible taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B			
Santé mentale Pathologies psychiatriques Suicide			Taux de suicide plus élevé chez les hommes	
Addictions		Fort engagement contre les dans la lutte addictions		
Traumatismes accidents			Surmortalité par accidents de la route Accidents corporels avec alcool Forte proportion d'accidents du travail	

► Priorités complémentaires retenues pour le Territoire de santé des Landes :

Le territoire départemental de santé peut se découper en trois territoires de coordination et de transversalité (liens entre les schémas, avec l'environnement...). Les 12 territoires de proximité sur lesquels le Conseil Général décline son action pourraient s'inscrire dans un des territoires de coordination infra départementaux que la Délégation Territoriale propose aux partenaires comme relais locaux de la Conférence de territoire.

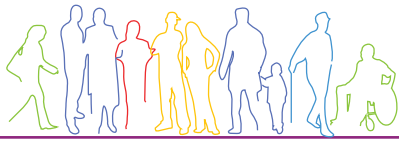
LA PRÉVENTION DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE

Constats issus des concertations territoriales :

- Les acteurs de la petite enfance constatent une augmentation des troubles du comportement dès le plus jeune âge. De plus en plus d'enfants ne dorment pas assez et ont une alimentation déséquilibrée.
- Le repérage des problèmes des jeunes enfants est plutôt bon sur le territoire, c'est l'accompagnement des familles qui pose problème (précarité, difficultés à assurer une fonction parentale, addictions...).
- Les moyens humains manquent pour faire les visites réglementaires (postes de médecins non pourvus en PMI et à l'Éducation nationale).

Objectifs :

- Mobiliser les familles et les acteurs sur les différents territoires.
- Etablir un diagnostic par territoire et repérer les chaînons manquants.



- Mettre en œuvre des actions de promotion de la santé auprès des enfants.
- Accompagner les familles en difficulté.
- Veiller à ce que les actions de prévention initiées et organisées par les médecins publics soient poursuivies et relayées par les médecins généralistes.

LA PRÉVENTION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Constats issus des concertations territoriales :

- De nombreuses personnes âgées sont isolées et disposent de faibles revenus, en ville comme en milieu rural.
- Leurs difficultés à se déplacer (plus de permis, coût, faiblesse du réseau de transport en commun) favorisent repli sur soi et renoncement aux soins (notamment dentaires, ce qui peut entraîner la dénutrition).

Objectifs :

- Coordonner les acteurs autour des pôles de santé.
- Développer les actions de prévention individuelles (consultations) et collectives (ateliers sur la nutrition, l'activité physique...) qui favorisent le lien social, au plus près de leur lieu de vie.
- Favoriser la mobilité des acteurs de santé (notamment pour les soins dentaires).
- Assurer une veille départementale sur les personnes âgées isolées.

Territoire de santé de Lot-et-Garonne

Synthèse des inégalités de santé ressortant de l'état des lieux

	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	ADULTES, VIE ACTIVE	SENIORS, PERSONNES ÂGÉES
Généralités	Suspicion de surmortalité importante à explorer	Taux de mortalité des 15-19 ans élevé		Viellissement démographique
Maladies cardio-neuro-vasculaires			Mortalité un peu supérieure chez les femmes	
Maladies infectieuses, IST Sida hépatites	Faible couverture vaccinale Hib, ROR hépatite B			Couverture vaccinale la plus faible de la région
Santé mentale Pathologies psychiatriques Suicide			Taux de suicide plus élevé (hommes et femmes)	Surmortalité par suicide (surtout hommes)
Traumatismes accidents		Surmortalité par accidents de la route	Surmortalité par accidents de la route Forte proportion d'accidents du travail	

► Priorités complémentaires retenues pour le Territoire de Lot-et-Garonne :

LA PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUE À L'ADOLESCENCE

Constats issus des concertations territoriales :

- Les addictions constituent les conduites à risque les plus fréquentes (alcool, tabac, Internet, jeux...). D'autres conduites peuvent mettre la santé des jeunes en danger (pratiques sexuelles non protégées, conduite routière...)
- Ces pratiques ont lieu à un âge de plus en plus précoce (préadolescents) ; de nombreux parents et professionnels se sentent démunis.

Objectifs :

- Améliorer la coordination entre les acteurs internes des établissements et structures accueillant des adolescents et les acteurs externes.
- Favoriser les synergies par des rencontres d'acteurs de terrain.
- Optimiser le suivi des actions grâce à un outil informatique.

LA PRÉVENTION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Constats issus des concertations territoriales :

- Plus du quart des habitants du Lot-et-Garonne est âgé de 60 ans et plus, et cette population se paupérise.
- Des ateliers collectifs sont menés sur tout le territoire (Ateliers du bien vieillir, Pac Eurêka, dépistage sensoriel, sécurité routière).

Objectifs :

- Augmenter le nombre et diversifier les ateliers proposés.
- Mieux communiquer sur les acteurs et les actions.
- Développer un volet prévention dans les pôles de santé.



LA CONSTITUTION D'UNE CULTURE COMMUNE EN SANTÉ - ENVIRONNEMENT

Constats issus des concertations territoriales :

- Santé-environnement est un sujet incontournable, dont les limites restent à préciser.
- L'ensemble des acteurs est convaincu de l'importance des enjeux.
- Les publics cibles sont multiples (usagers - récepteurs, décideurs – effecteurs)

Objectifs :

- Sensibiliser un public le plus large possible.
- Repérer les relais possibles, les former et les mettre en réseau.
- Développer un réseau de personnes ressources sur la thématique.
- Accompagner les relais, les aider à agir.

Territoire de santé de Béarn - Soule

Synthèse des inégalités de santé ressortant de l'état des lieux

	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	ADULTES, VIE ACTIVE	SENIORS, PERSONNES ÂGÉES
Généralités	Surmortalité infantile			
Cancers			Faible taux de dépistage du cancer colorectal	Surmortalité chez les hommes
Maladies cardio-neuro-vasculaires			Mortalité forte chez les femmes	Surmortalité masculine
Santé mentale Pathologies psychiatriques Suicide			Taux de suicide élevé chez les femmes	
Traumatismes accidents			Accidents de la circulation élevés chez les femmes	

► Priorités complémentaires retenues pour le Territoire de santé de Béarn - Soule :

LA SANTÉ DES PRÉ-ADOLESCENTS

Constats issus des concertations territoriales :

- Les acteurs constatent une augmentation des problématiques de santé à l'adolescence (addictions, grossesses précoces, troubles comportementaux, souffrance psychique, décrochage scolaire...). Les premières pratiques à risque apparaissent de plus en plus tôt (pré-adolescents).
- Sur le plan de la santé, le tissu d'acteurs est dense (Éducation nationale, parents, associations, Maison des adolescents, médecins de famille).
- Le Conseil général est investi à travers le schéma départemental de l'enfance et de la famille. Le département a une forte tradition de familles d'accueil.

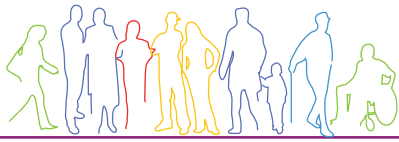
Objectifs :

- Soutenir et développer les actions existantes dans le cadre du plan régional Santé à l'école.
- Favoriser la mutualisation et augmenter la cohésion entre acteurs (formation).
- Permettre le repérage des « accidents de la vie » mettant les parents en difficulté pour assurer leur fonction parentale.

SANTÉ AU TRAVAIL

Constats issus des concertations territoriales :

- Il s'agit d'un problème de société : les acteurs locaux constatent que les conditions de travail se sont dégradées au cours des dernières années
- Le plan régional santé au travail est piloté par la DIRECCTE, en lien avec l'ARS, la médecine du travail et les syndicats salariés et employeurs.
- Des accords d'entreprises sur la pénibilité du travail et l'égalité hommes-femmes se mettent en place, mais seulement dans les entreprises de plus de 50 salariés. Insuffisance dans le territoire des structures d'accueil de la petite enfance.



- Les problématiques de santé les plus perceptibles concernent le travail de nuit, les troubles musculo-squelettiques (gestes et postures), risques psycho-sociaux pouvant aller jusqu'au suicide (relations de travail dégradées, confrontation des générations, management inadapté). On constate une forte augmentation des arrêts de travail et des reconnaissances d'inaptitude.
- De nombreux salariés cumulent des emplois à temps partiel ou très partiels (chèque emploi service) et échappent à la médecine du travail.

Objectifs :

- Développer des collaborations avec les acteurs locaux de la santé au travail.
- Soutenir au niveau du territoire de santé la mise en œuvre du plan régional santé au travail.
- Apporter une attention particulière aux familles monoparentales, aux femmes sans qualification, aux personnes employées à temps partiel ou payées par chèque-emploi-service.

LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES ISOLÉES

Constats issus des concertations territoriales :

- L'isolement des personnes âgées peut provenir de la perte des liens sociaux et familiaux, les difficultés financières avec le passage à la retraite, et conduire à la perte d'autonomie.
- L'autonomie peut se préserver grâce à une bonne hygiène de vie, une bonne alimentation et la pratique régulière d'une activité physique.

Objectifs :

- Incrire l'ensemble des acteurs dans une vision plus globale de la personne âgée isolée.
- Permettre aux personnes de préserver leur autonomie en les rendant acteurs de leur santé (ateliers collectifs).
- Développer les réseaux gérontologiques et définir des parcours de santé adaptés.

Territoire de santé de Navarre – Côte Basque

Synthèse des inégalités de santé ressortant de l'état des lieux

	PÉRINATALITÉ PETITE ENFANCE	ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	ADULTES, VIE ACTIVE	SENIORS, PERSONNES ÂGÉES
Généralités			Mortalité prématurée plus élevée chez les hommes	Viellissement démographique
Cancers			Mortalité cancer poumon élevée, surtout chez les femmes Faible dépistage cancer colo-rectal	
Maladies cardio-neuro-vasculaires				Surmortalité masculine

► Priorités complémentaires retenues pour le Territoire de santé de Navarre – Côte Basque

FEMMES ET TABAC

Constats issus des concertations territoriales :

Le tabagisme croissant des femmes se traduit par une augmentation sensible des maladies cardio-vasculaires, des cancers et des bronchopathies chroniques obstructives.

- La proximité de la frontière avec l'Espagne, où le tabac est moins cher, en facilite l'accès.
- L'action auprès des femmes fumeuses en âge de procréer, et particulièrement parmi les publics en situation de précarité est prioritaire.
- De nombreux intervenants existent : centre d'examen de santé, CPAM et CAF, médecine du travail, association... mais gagneraient à être mieux coordonnés (notamment périnatalité/addictions).

Objectifs :

- Associer approches individuelles et collectives et favoriser une approche éducative sur la durée.
- Développer et faciliter l'accès à la prise en charge sur tout le territoire.
- Sensibiliser de nouveaux relais (meilleure connaissance de la problématique et des réponses existantes) auprès des acteurs du premier recours (dont les pharmaciens) sanitaires et sociaux.

SANTÉ AU TRAVAIL

Constats issus des concertations territoriales :

- La grande majorité des entreprises emploient moins de 50 salariés (pas de CHSCT) dont la moitié sont des très petites entreprises (TPE, moins de 20 salariés)
- Le plan régional santé au travail est piloté par la DIRECCTE, en lien avec l'ARS, la médecine du travail et les syndicats salariés et employeurs.
- Les conditions de travail se dégradent. Les acteurs citent notamment les cas des travailleurs immigrés dans le bâtiment (compréhension des consignes de sécurité), le phénomène de saisonnalité (difficultés à se loger et à s'intégrer), la pollution (interdiction de pêcher, etc.), et la concurrence transfrontalière, qui limitent les investissements favorables à la santé et la sécurité des travailleurs.
- Les acteurs de la santé au travail sont les médecins du travail et les services prévention de la CARSAT.



Objectifs :

- Développer des collaborations avec les acteurs locaux de la santé au travail
- Soutenir au niveau du territoire de santé la mise en œuvre du plan régional santé au travail.
- Porter cette thématique en Conférence de territoire.

LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES ISOLÉES

Constats issus des concertations territoriales :

- De nombreuses personnes âgées souffrent d'isolement dans le territoire, alors que l'offre de soins et de prévention y est importante.
- L'isolement des personnes âgées peut être géographique (zones rurales,), social (faibles revenus, retraités d'autres départements éloignés de leur famille) ou lié à une pathologie (démence...).
- Le repérage des problématiques majeures de santé de cette population se fait trop souvent aux urgences.

Objectifs :

- Développer les actions de prévention favorisant le lien social (ABV).
- Former les acteurs de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, aides à domicile...) au dépistage/repérage précoce de la dépression et du risque suicidaire, de la consommation d'alcool et de psychotropes, du mauvais usage des médicaments, de la dénutrition/déshydratation.
- Soutenir le développement des équipes mobiles de gérontologie et de psychiatrie et améliorer la prise en charge des transports vers le soin.
- Augmenter le taux de dépistage/repérage et diminuer les hospitalisations pour iatrogénie

3. SUIVI ET ÉVALUATION

GOVERNANCE DU SRP

La mise en œuvre du schéma régional de prévention est partagée entre le niveau régional et le niveau territorial.

L'axe 1 « Agir sur les déterminants de santé et favoriser l'accès au parcours de santé », en réponse à la première orientation stratégique du PSRS⁸, propose de mettre en place des réponses précoces et d'intervenir tout au long de la vie. Sa mise en œuvre repose sur le niveau régional et le niveau territorial selon des temporalités et des rôles différenciés. Le niveau régional élabore les éléments de cadrage (programmes) en concertation avec le niveau territorial chargé de l'action de proximité.

L'axe 2 réunit les éléments structurants du schéma régional de prévention : l'organisation sur le territoire, la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques, les liens entre partenaires et l'accessibilité aux dispositifs de prévention et de promotion de la santé. Dans ces domaines, le niveau régional se voit confier un rôle d'impulsion. Dans la continuité du dialogue engagé lors des concertations territoriales, les propositions d'organisation seront définies en concertation avec les délégations territoriales et les partenaires locaux.

Enfin, l'axe 3 met l'accent sur les dynamiques territoriales à engager et/ou à consolider pour les cinq ans à venir dans un objectif de réduction des inégalités géographiques de santé. Ces actions sont complémentaires des actions engagées sur chaque territoire pour la mise en œuvre des objectifs opérationnels des axes 1 et 2. L'animation territoriale relève des délégations territoriales de l'ARS qui pourront s'appuyer en tant que de besoin sur les ressources du Siège (référents thématiques – appui méthodologique – évaluation...).

Le Comité de pilotage (COFIL) du SRP prend appui sur la Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la PMI⁹. Les textes donnent à cette Commission un rôle dans l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé. Le COFIL du SRP, dont la composition est plus large et favorise la transversalité interne¹⁰, a donc naturellement vocation à poursuivre ses travaux avec des missions renouvelées afin d'assurer la gouvernance du SRP au niveau régional. Il devient le Comité de suivi du SRP.

La Commission spécialisée « Prévention » quant à elle prépare un avis sur le projet de SRP, sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation. Elle est en outre informée des travaux de la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention.

Au niveau territorial, il est indispensable d'assurer une **animation territoriale** en matière de prévention et de promotion de la santé pour favoriser la mise en œuvre du SRP. Eu égard aux ressources disponibles localement tant internes à l'ARS qu'externe, et dans le souci de ne pas multiplier les groupes de travail et les sollicitations des acteurs de terrain, chaque délégation territoriale proposera un mode de gouvernance adapté aux enjeux locaux et prenant en compte :

- > les caractéristiques du territoire concerné (ressources disponibles notamment en termes d'acteurs et d'opérateurs sur la zone géographique considérée, partenariats et dynamiques existants ou non)
- > les thèmes qui font l'objet d'un focus particulier au titre de l'axe 3
- > l'organisation et l'implication de la Conférence de territoire

Enfin, pour chaque territoire de santé, l'ARS désignera un **référent « SRP »**.

8. « Développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé » et plus particulièrement à son premier objectif stratégique « Agir sur des déterminants de santé ayant en commun un impact fort sur les maladies chroniques, la mortalité prématurée et les inégalités de santé : alimentation, sédentarité, tabac, alcool »

9. Ses missions ont été rappelées de façon détaillée dans l'objectif 6 – page 75

10. Sa composition figure en annexe 2 volet SRP-1 – Page 108



Tableau n° 3 - Répartition des rôles - le niveau régional et le niveau territorial

	NIVEAU RÉGIONAL	NIVEAU TERRITORIAL
INSTANCES	<ul style="list-style-type: none"> > Commission de coordination des politiques publiques > Commission spécialisée prévention > Comité de suivi du SRP > Chef de projet SRP 	<ul style="list-style-type: none"> > Animation territoriale à définir dans chaque territoire > Conférence de territoire > Référent SRP
AXE 1	<ul style="list-style-type: none"> > Définition et évaluation de programmes régionaux, définition de la déclinaison des plans et programmes nationaux, suivi de leur mise en œuvre au niveau régional 	<ul style="list-style-type: none"> > Suivi de la mise en œuvre des actions de proximité
AXE 2	<ul style="list-style-type: none"> > Promouvoir les principes et outils d'intervention en prévention et promotion de la santé > Suivi des modalités d'organisation infra-territoriale en matière de prévention (CLS) > Soutien et évaluation des plateformes régionales > Organisation de rencontres sur des thématiques régionales > Définition du cadre régional de coordination avec les partenaires de l'ARS en prévention > Définition d'une catégorisation des acteurs et des acteurs de prévention et promotion de la santé. > Elaboration d'un système d'information 	<ul style="list-style-type: none"> > Mise en œuvre d'une organisation infra-territoriale en matière de prévention > Animation des acteurs de prévention et promotion de la santé (formation, échange de pratiques...) > Soutien à la visibilité et la valorisation des actions > Evaluation des actions financées en lien avec le niveau régional ...
AXE 3	<ul style="list-style-type: none"> Soutien aux délégations territoriales (référents thématiques - appui méthodologique - évaluation...) 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien des dynamiques partenariales locales sur les thématiques territoriales prioritaires

Suivi et évaluation

Rappel de définitions

« Le suivi consiste à apprécier périodiquement le degré de déploiement des actions ou activités et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus dans le temps et dans l'espace ou par rapport à une norme. Il repose notamment sur la mise en place d'une observation adéquate, de tableaux de bord et d'indicateurs spécifiques. Il permet de faire des réajustements pour le pilotage des programmes.

Distinct de l'évaluation, le suivi est indispensable pour le pilotage des projets de santé publique. Il peut être considéré comme un temps 0 de l'évaluation, dans la mesure où les données qui en sont issues, de même que celles provenant des bilans, fournissent des éléments très utiles pour l'évaluation. » « L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts. »

Evaluation régionale des PRSP – quelques repères pour les acteurs – DGS, 2008

Référentiel régional

L'évaluation du SRP s'effectuera à quatre niveaux :

- > Evaluation de l'impact du programme sur la santé des Aquitains
- > Evaluation de la gouvernance et des moyens mis en œuvre au niveau régional
- > Evaluation des dynamiques territoriales de mise en œuvre du SRP
- > Evaluation de l'activité, de la qualité et de l'efficacité des actions financées

Evaluation de l'impact du Schéma régional de prévention

- > Critères : Diminution de la mortalité prématurée, diminution de la morbidité pour les thématiques de santé prioritaires
- > Indicateurs : voir CPOM
- > Méthodologie : Epidémiologie, enquêtes
- > Sources : INSERM, ORS, Observatoires...
- > Calendrier : A la fin de la programmation

Evaluation de la gouvernance et des moyens mis en œuvre au niveau régional

- > Critères : Gouvernance, coordination intra ARS et coopération interinstitutionnelle, gestion des campagnes de financement.
- > Indicateurs : Participation des différentes institutions concernées à la mise en œuvre et au pilotage du SRP, répartition des actions financées au regard des priorités définies, mise en œuvre des actions régionales prévues (journées de rencontre, formations...), satisfaction des acteurs régionaux quant à la conduite régionale du SRP...
- > Méthodologie : Monitoring, système d'information régional
- > Sources : Tableaux de bord, membres du COPIL
- > Calendrier : Rapport annuel présenté au COPIL

Evaluation des dynamiques territoriales de mise en œuvre du SRP

- > Critères : Coordination des institutions et des acteurs au niveau territorial et infra-territorial, déploiement des actions de prévention sur les territoires, en direction des professionnels et de la population.
- > Indicateurs : Participation des institutions concernées aux travaux territoriaux sur la mise en œuvre du SRP, mise en œuvre d'actions pluridisciplinaires et participatives répondant à l'axe 1 et à l'axe 2, réalisation de formations et de journées d'échange, articulations entre les acteurs de prévention et ceux du soin et du médico-social, satisfaction des opérateurs quant à la concertation territoriale,
- > Méthodologie : Monitoring, système d'information territorial
- > Sources : Animation territoriale, acteurs de prévention
- > Calendrier : Synthèse annuelle présentée au COPIL



Evaluation de l'activité, de la qualité et de l'efficacité des actions financées

- > Critères¹¹ : Conformité par rapport au prévisionnel
Inscription dans le dispositif, ancrage, soutien social, pérennité
Effets obtenus, service rendu
Pilotage, gestion des ressources, participation des usagers
Communication externe, visibilité, notoriété
Suivi, évaluation
- > Indicateurs : Les 33 indicateurs de la grille d'aide au jugement évaluatif
- > Méthodologie : Visites sur site, grille d'évaluation scorée (en annexe)
- > Sources : Rapports d'activité, opérateurs, partenaires, usagers
- > Calendrier : Une thématique, population ou dispositif par an

Modalités

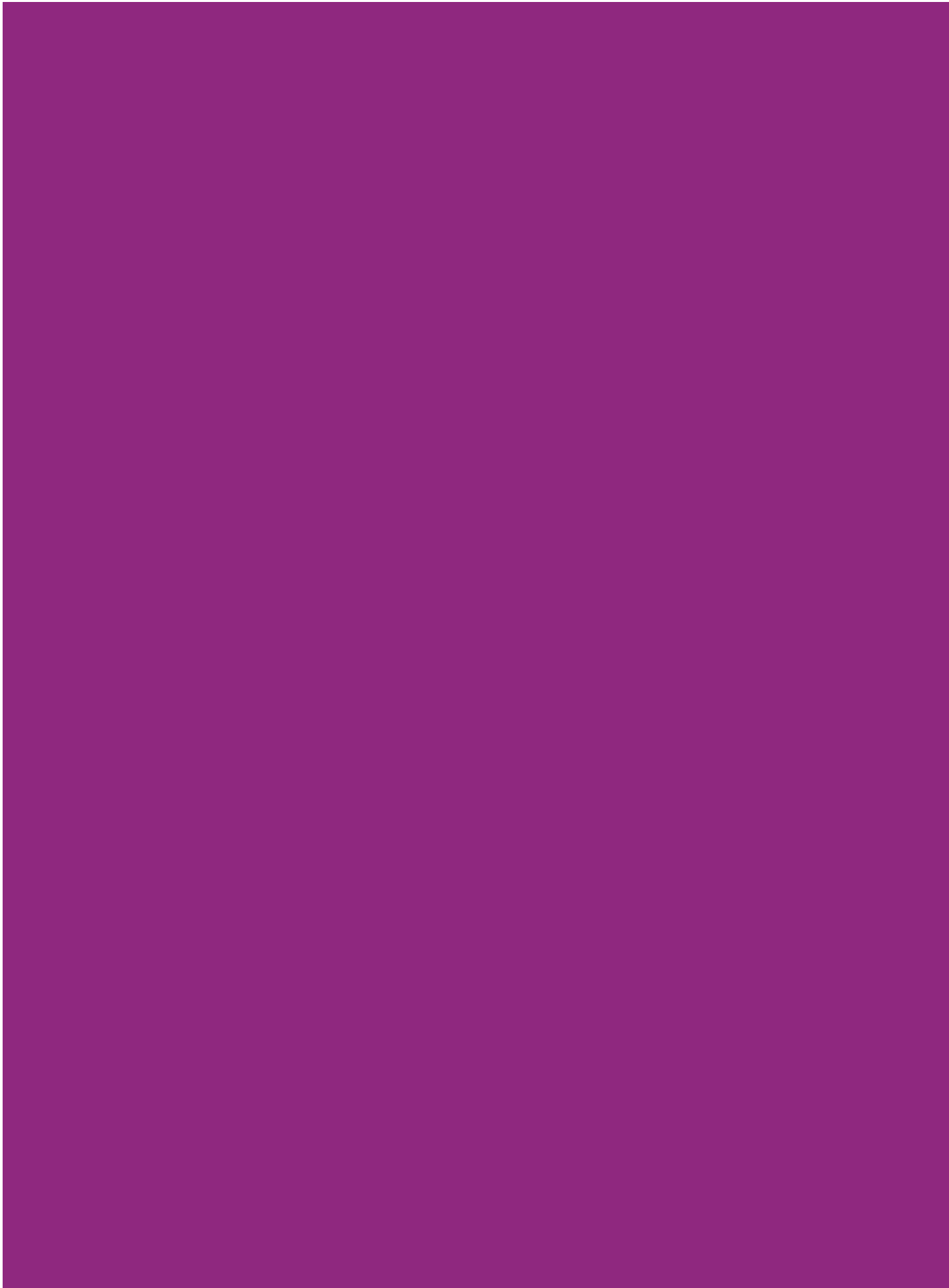
La commission de coordination, dans sa formation élargie de Comité de suivi du SRP sera chargée du suivi et de l'évaluation du schéma conformément à ses missions (cf. objectif 6).

La définition de critères et d'indicateurs partagés et de leurs modalités de recueil sera précisée au cours de la première année du SRP.

Le suivi sera réalisé annuellement. Afin de pouvoir ajuster, voire réorienter cette première génération de schéma, une évaluation intermédiaire est préconisée.

L'évaluation finale sera réalisée au cours de la dernière année de mise en œuvre du schéma.

11. Les critères sont ceux de la grille d'aide au jugement évaluatif élaborée par l'ARS d'Aquitaine en janvier 2011



ANNEXE 1

VAGUSAN



Sommaire

- Evènements relevant de la plateforme . . . 104
- Etapes du traitement des signaux en Aquitaine 105
- Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire 106

I. EVÈNEMENTS RELEVANT DE LA PLATEFORME

Les évènements ayant vocation à être signalés à la plateforme peuvent être classés en trois catégories. La première appartient au champ de compétences commun à l'ARS et à l'InVS. Les deux autres ne relèvent que de l'ARS.

- **Catégorie 1 (champ commun ARS – InVS) : évènements sanitaires et environnementaux susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé de la population**

- > MDO (ex. : Toxi Infection Alimentaire Collective, Infection invasive à méningocoque, hépatites, légionellose, saturnisme, botulisme, rage, etc.) ;
- > Maladies infectieuses en collectivité nécessitant la mise en place de mesures préventives (ex. : IRA/GEA en Ehpad, gale, scarlatine, coqueluche, etc.) ;
- > Cas groupés de maladies non transmissibles (ex. : cancers, malaises, etc.) nécessitant des investigations et des mesures de prévention ;
- > Maladies pouvant être liées à des pratiques de soins (ex. : infections nosocomiales, autres EIG, etc.) ou pouvant nécessiter des mesures préventives au sein de l'établissement (ex. : bactéries multirésistantes (BMR), entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), etc.) ;
- > Maladies ou agents d'exposition nécessitant des mesures de gestion au niveau national voire international (ex. : SRAS, SHU, grippe H5N1, grippe A(H1N1)v, nuage islandais, risques NRBC, etc.) ;
- > Exposition à un agent pouvant avoir un impact sur la santé, dans l'environnement général ou en milieu de travail (ex. : accidents industriels, non conformité des aliments, pollution des eaux (potable, embouteillée, baignade), légionelles, pollution de l'air extérieur/intérieur, pollution des sols, évènements climatiques, exposition aux cancérogènes-mutagènes-reprotoxiques (CMR), etc.) ;
- > Grands rassemblements inhabituels à risque (ex. : grands rassemblements dans un espace non prévu à cet effet, etc.)

- **Catégorie 2 (champ ARS) : évènements relatifs à un dysfonctionnement dans les ES et/ou EMS ou pouvant avoir des conséquences sur leur fonctionnement**

- > Évènement grave survenant ou dans un ES et/ou EMS (ex. : suicide d'un patient en Ehpad, accident de radiothérapie, autres EIG, évacuation d'un établissement, etc.) ;
- > Tensions observées au sein du système de soins (ex. : augmentation du taux d'occupation des lits, du nombre de passages aux urgences, déclenchement d'un plan blanc dans un établissement, etc.) ;
- > Mouvements sociaux pouvant impacter l'organisation des soins (ex. : grèves, pénurie d'hydrocarbures, etc.) ;
- > Sortie sans autorisation (fugue) d'un patient hospitalisé sous contrainte (SPDT, SPDRE).

- **Catégorie 3 (champ ARS) : évènements pouvant affecter le fonctionnement de l'ARS Aquitaine**

- > Déclenchement de plans (ex. : déclenchement d'un plan préfectoral dans un département, une région, la zone, déclenchement d'un plan blanc élargi, etc.) et application du RSI ;
- > Mise à disposition du Préfet des moyens de l'ARS (ex. : COD, COZ renforcé, exercices, etc.) et situation de crise sanitaire (ex. : déclenchement d'une cellule de crise santé, mobilisation de moyens de défense sanitaire, etc.) ;
- > Évènement pouvant avoir un fort impact médiatique.

II. ETAPES DU TRAITEMENT DES SIGNAUX EN AQUITAINE

Les étapes de la veille :

Réception et régulation des évènements

La réception est assurée par un permanencier, personnel du siège de la CVAGS qui assure la réponse téléphonique du point focal, la consultation de la bal, des fax et des courriers postaux. Il enregistre chaque évènement reçu dans le(s) système(s) d'information(s) (Main courant notamment).

La régulation est réalisée par le veilleur du siège de la CVAGS. Il assure une première analyse puis le régule en priorité vers la DT concernée par mél principalement. En cas d'urgence, la transmission est doublée d'un appel téléphonique.

Vérification et validation des évènements

La validation des évènements est une étape primordiale avant tout éventuel déclenchement d'alerte. Elle s'applique autant au suivi des indicateurs issus des systèmes de surveillance qu'au signalement d'évènements inhabituels. Elle est assurée par les DT. Le siège de la CVAGS et la Cire sont en appui lorsque cela s'avère nécessaire.

Évaluation de la menace, déclenchement et diffusion de l'alerte

L'étape d'**évaluation** vise à mesurer le caractère inhabituel ou inattendu de l'évènement, sa toxicité potentielle (évènement environnemental), son impact sur la santé de la population, son risque de diffusion hors de la région et son potentiel évolutif. De cette étape dépend le déclenchement éventuel de l'alerte. La DT bénéficie de l'expertise de la Cire si besoin.

Le **déclenchement de l'alerte** et les modalités de gestion sont proposées par la DT en concertation avec le siège de la CVAGS et la Cire. Elles font l'objet d'une information sans délai du DG ARS et du directeur de la DT.

La **diffusion de l'alerte** est réalisée de façon concomitante par la DT à la préfecture de département, par le veilleur du siège de la CVAGS au Dus-DGS (Corruss) et par le veilleur de la Cire au Dcar-InVS.

Les échanges se font notamment par méls doublés en cas d'urgence d'un appel téléphonique.

Les étapes de la réponse :

Mesures d'investigation

Elles s'appuient sur des méthodes faisant appel notamment à l'épidémiologie. Les investigations sont réalisées sous la coordination de la Cire par la personne en charge des étapes de validation et d'évaluation, le plus souvent par les DT, et associent régulièrement d'autres services de l'Etat. La Cire bénéficie à tout moment de l'expertise complémentaire des départements scientifiques du siège de l'InVS. Des protocoles d'investigation sont disponibles sur le portail internet de l'InVS. Certains évènements particuliers nécessitent l'élaboration par l'InVS en lien avec la Cire de protocoles ad hoc.

Mesures de gestion

Les mesures de gestion des alertes reposent sur des protocoles préparés par la DGS et la DGOS. Elles sont mises en œuvre par les DT sous la coordination du siège de la CVAGS. Au besoin, le siège de la CVAGS peut être amené à assurer lui-même cette mise en œuvre en relation avec les DT. La Cire peut participer à l'élaboration des mesures de gestion. Ce sont les mesures de protection adaptées (prophylaxie, suppression des expositions, etc.) ainsi que la stratégie de communication élaborée en lien avec le service communication et validée par la DG ARS. Pour les alertes d'ampleur nationale, le Dus-DGS apporte un appui à l'ARS en termes d'expertise, de coordination des différents acteurs impliqués, de mobilisation de stocks (notamment via l'Eprus) et d'élaboration de la stratégie de communication.

III.

LISTE DES 31 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

- > Botulisme
- > Brucellose
- > Charbon
- > Chikungunya
- > Choléra
- > Dengue
- > Diphtérie
- > Fièvres hémorragiques africaines
- > Fièvre jaune
- > Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- > Hépatite aiguë A
- > Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- > Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- > Infection invasive à méningocoque
- > Légionellose
- > Listériose
- > Mésothéliome
- > Orthopoxviroses dont la variole
- > Paludisme autochtone
- > Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- > Peste
- > Poliomyélite
- > Rage
- > Rougeole
- > Saturnisme de l'enfant mineur
- > Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- > Tétanos
- > Toxi-infection alimentaire collective
- > Tuberculose
- > Tularémie
- > Typhus exanthématique

Fiches de notification et dossier thématique sur le site de l'InVS

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>

ANNEXE 2

Volet prévention promotion de la santé



Sommaire

- 1. Comité de pilotage
du Schéma régional de prévention 108
- 2. Groupe projet
du Schéma régional de prévention 110
- 3. Grille d'aide au jugement évaluatif
sur les actions financées. 112
 - A. Notice d'utilisation 112
 - B. Grille d'aide au jugement évaluatif
sur les actions financées 117

1. COMITÉ DE PILOTAGE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

RÔLE ET MISSION

- > Assure le suivi et l'articulation des travaux menés dans les groupes de travail¹
- > Apporte une contribution à l'état des lieux en mobilisant chacun de ses membres
- > Veille aux articulations avec les autres politiques publiques de santé et avec les autres schémas qui composent le PRS
- > Contribue à l'élaboration des priorités et au choix des objectifs du Schéma régional de prévention
- > Veille à la cohérence et à l'harmonisation des documents proposés par les chefs de projets
- > Rend compte au CODIR de l'ARS de l'avancée des travaux, des difficultés rencontrées
- > Prépare le document final qui sera soumis à la validation du CODIR de l'ARS

CALENDRIER

4 réunions ont eu lieu pour le COPIL aux dates suivantes :

- > **10 mars 2011**
- > **1^{er} juin 2011**
- > **6 septembre 2011**
- > **21 octobre 2011**

1. Il s'agit de groupes de travail thématiques qui existent déjà (ou vont être mis en place dans les jours à venir) tels que : Comité de pilotage divers : Nutrition, PRSE, PRAPS, Education thérapeutique... - Commission régionale addictions – Une place particulière sera faite au Réseau régional de santé publique qui réunit dans une dimension pluri-disciplinaire (médecins, infirmières, ingénieur sanitaire, administratifs) les agents de l'ARS au siège (DSPOMS) et en DT qui ont des missions inscrites dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

COMPOSITION

INSTITUTION REPRÉSENTÉE	NOM PRÉNOM - QUALITÉ
<p>Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la PMI</p> <p>Etat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préfet de Région • Recteur • DRJSCS • DIRECCTE • DREAL • DRAAF • DRPJJ • DDCS de Gironde <p>Collectivités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseil régional • Conseil général 24 • Conseil général 33 • Conseil général 40 • Conseil général 47 • Conseil général 64 • Communes et groupements de communes <p>Organismes de sécurité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • CARSAT • RSI • MSA • CPAM Gironde 	<p>MME FABRE, puis M.DESURMONT Xavier Mme le Dr DELMAS et/ou Mme PECHAUD (R) M. le Dr DEVAUD (R) Mme le Dr DALM (R) M. RUSSAC ou Mme TOURDOT (R) M. DURAND ou M. JAMME (R) M. DUMEZ ou M. VANDENDERGHE (R) et M. LE GAT (R) Mme LAGRASTA ou son représentant</p> <p>Mme MENIVAL (T) – Mme AJON (T) Mme CAUCAT (T) Mme le Dr STESSIN puis Mme le Dr NORMANDIN M. LACOSTE (T) M. HOCQUELET (T) Mme SEQUELA (T) CAILLETON Isabelle COLLET Brigitte HA Dominique PLISSON Anne-Marie</p> <p>Mme DOUMEINGTS (T) Mme DELAUNAY (T) Mme TALAVERA (T) M. GAILLARD (T)</p>
<p>Membres supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADEME • Mutualité Française Aquitaine 	<p>M. BERGEY (T) M. DUMAS (T)</p>
<p>A.R.S Aquitaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • DSPOMS <ul style="list-style-type: none"> - DPPS - CVAGS - CIRE - DSSE - DOMS • DOS • PAS • DT 	<p>F. RABAU : Présidence du COPIL</p> <p>J. TAMARIT : Chef de projet J. SIMOES/J. DOUTREIX P. ROLLAND : Chefs de projets du volet VAGUSAN C. MORISSON : Santé environnementale Dr VALADIE-JEANNEL</p> <p>Dr FERNANDEZ : Schéma de l'offre de soins</p> <p>Dr SENCEY : Maladies chroniques</p> <p>DT 24 : C. BRAZZOROTTO DT 33 : A.C CLAVEL-SARRAZIN DT 40 : N. LAYLLE DT 47 : J. VERGA DT 64 : M. HOSSELEYRE NB : le CODIR, où siègent les Directeurs des Délégations territoriales, validera les orientations et le document final</p>
<p>Autres membres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présidents des instances d'évaluation PRSP/PRAPS (à consulter) • Usagers 	<p>JL REYNAL (Président de la Commission spécialisée « Prévention » et de l'instance d'évaluation PRAPS)</p> <p>B. GARROS (Membre de la Commission spécialisée « Prévention » - Président de l'instance d'évaluation PRSP)</p> <p>Mme GILLAIZEAU</p>

2. GROUPE PROJET DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Il est composé des chefs de projets du SRP, du PRAPS, des référents thématiques, de représentants des délégations territoriales

RÔLE ET MISSION

- > Elabore et propose le cadrage méthodologique du SRP et de ses différents volets et du PRAPS
- > Précise le cadrage stratégique et politique du SRP et de ses composantes et du PRAPS
- > Détermine les priorités et les objectifs du SRP ainsi que les actions du PRAPS
- > Prépare les travaux du Comité du pilotage et les documents qui lui sont soumis
- > Organise et prépare la restitution et les échanges en Commission spécialisée « Prévention » et en Commission permanente de la CRSA pour le PRAPS
- > Suit et valide les travaux du prestataire externe
- > Réalise la rédaction du document final

COMPOSITION

NOM PRÉNOM	QUALITÉ
ARS AQUITAINE	
J. TAMARIT	Chef de projet – SRP (ARS/DSPOMS/DPPS)
M.-J. CARLACH	Chef de projet – PRAPS (ARS/DSPOMS/DPPS)
M. RUELLO	Responsable du Service prévention médicalisée (ARS/DSPOMS/DPPS)
E. DE SAINT POL M. ELISSALDE	Chargées de mission – ARS/DSPOMS/DPPS
B.A. BARATCHART A. BURBAUD	Référents médicaux – ARS/DSPOMS/DPPS
J. SIMOES J. DOUTREIX P. ROLLAND	Chefs de projet VAGUSAN – ARS/DSPOMS/CVAGS
C. MORISSON / V. DANGER	Référents Santé environnementale – PRSE (ARS/DSPOMS)
M. SENCEY	Chef de projet « Maladies Chroniques » (ARS/PAS)
M. VALADIE-JEANNEL	Référent addictions ARS/DSPOMS/DOMS
P. POUYANNE	Référent détenus, soins ambulatoires et urgences ARS/DOS
DT 24	C. BRAZZOROTTO / M. LUGAT
DT 33	A.C. CLAVEL-SARRAZIN
DT 40	N. LAYLLE
DT 47	J. VERGA
DT 64	C. HOSSELEYRE et D. PEREZ
COMPÉTENCES EXTERNES	
Observatoire Régional de la Santé	A. OCHOA
Pôle régional de compétence en éducation pour la Santé	V. VAN LACKEN

3. GRILLE D'AIDE À LA PRODUCTION D'UN JUGEMENT ÉVALUATIF :

A. NOTICE D'UTILISATION

1. INTRODUCTION :

Le choix des 6 critères d'évaluation qui composent la grille se justifie par les missions du service et par l'application de textes réglementaires. Les 33 indicateurs sont issus de la littérature internationale sur l'évaluation en promotion de la santé, d'outils reconnus par les décideurs de santé publique français (outils de catégorisation, Preffi 2.0 notamment) ainsi que de l'expérience de Francis Nock Consultants et de l'Atelier de l'évaluation.

Les critères

1. La conformité par rapport au prévisionnel, le degré de réalisation des actions.
2. L'inscription dans le dispositif, l'ancrage dans les institutions du champ, le support social, la pérennité.
3. Les effets obtenus, le service rendu.
4. La gouvernance, le pilotage, la gestion des ressources, la participation des usagers.
5. La communication externe, l'accessibilité.
6. Le suivi et l'évaluation.

Les missions de l'ARS et les textes réglementaires qui justifient le choix des critères :

- > La contribution aux objectifs de santé publique, la bonne utilisation des fonds alloués :
 - quantitative : critère 1
 - qualitative : critères 3 et 5.
- > L'implantation des programmes de santé publique, la territorialisation des politiques : critère 2.
- > L'application des textes sur la participation des usagers, la démocratie sanitaire : critère 4.
- > L'application des textes sur l'évaluation et sur l'amélioration de la qualité des actions financées (guide INPES) : critères 4 et 6.

2. PRÉCISIONS SUR LES CRITÈRES ET LES INDICATEURS :

I. Conformité par rapport au prévisionnel : La subvention a été allouée à l'opérateur pour réaliser un certain nombre d'activités en vue d'atteindre des objectifs. Il est tout à fait légitime de vérifier la réalisation des activités prévues, l'emploi des crédits. Cela ressort de la mission de contrôle, s'inscrit tout à fait dans la logique voulue par la LOLF et se rattache à une perception de l'évaluation proche du contrôle de gestion : vérification, analyse, décision, réorientation...

I.1. Degré de réalisation des objectifs annoncés : Se référer aux objectifs annoncés dans le dossier. Attention, la discussion peut légitimement porter sur la part de crédits accordés par l'ARS, qui peut être inférieure à celle demandée. L'opérateur peut expliquer une baisse de 20% du volume des actions si la subvention demandée a été amputée d'un

pourcentage similaire, sauf s'il a été spécifié, et accepté par l'opérateur, que toutes les actions seront menées pour le montant attribué.

I.2. Activités réellement menées : Parfois et du fait de la réalité du terrain, certaines actions non menées sont remplacées par d'autres, compensant l'écart constaté « prévu/réalisé ». En cas de changements importants, un accord préalable devrait être demandé aux financeurs.

I.3. Population rejointe : Il s'agit de vérifier si le public effectivement touché par l'action est bien le public prévu, et si les objectifs chiffrés ont été atteints.

I.4. Couverture temporelle et géographique : Il s'agit de l'accessibilité aux services ou activités proposées en termes d'amplitude horaire, hebdomadaire, et sur les différents sites ou territoires prévus dans le projet.

I.5. Efficience au regard des indicateurs précédents : Seul l'avis de l'instructeur est ici sollicité. En s'appuyant sur les réponses aux questions précédentes, il répond à la question suivante : « l'activité menée justifie-t-elle le montant accordé ? ».

II. Inscription dans le dispositif, ancrage, soutien social, pérennité : Les actions de prévention et de promotion de la santé sont d'autant plus efficaces qu'elles sont inscrites dans la durée. L'articulation avec le dispositif existant, la reconnaissance par les acteurs institutionnels et associatifs sont des éléments clés de la pérennité.

II.1. Complémentarité avec l'offre existante : L'offre proposée peut venir combler une lacune, renforcer l'offre existante, s'adresser à un public spécifique pour lequel le dispositif existant n'est pas adapté. Elle peut au contraire être redondante ou concurrente, ne pas offrir de plus-value en termes de population rejointe ou de couverture géographique.

II.2. Adéquation de l'offre avec les plans et programmes, nationaux et régionaux : Il convient d'interroger les activités menées au regard des référentiels détaillés dans les plans et programmes nationaux, ou dans leur équivalent régional.

II.3. Articulation, collaboration au sein du secteur : Cet indicateur n'interroge que les partenariats au sein du même secteur d'activité (sanitaire ou associatif par exemple). Il interroge les relations entre les différents acteurs du secteur, l'implication de l'opérateur dans ces échanges.

II.4. Collaboration intersectorielle, interdisciplinaire : Cet indicateur interroge les partenariats avec les acteurs des autres secteurs impliqués (éducation, cohésion sociale, justice...), dans l'objectif de coordonner l'offre et de faciliter le parcours des usagers.

II.5. Soutien d'associations, de groupes d'usagers : Cet indicateur interroge le soutien social de l'activité menée par l'opérateur. Elle peut par exemple être mal perçue par les acteurs institutionnels et plébiscitée par les usagers et les acteurs associatifs, ou l'inverse.

II.6. Degré de formalisation des collaborations : Les partenariats pèchent souvent par absence ou insuffisance de formalisation. La charte est le premier degré de formalisation, la convention est plus intéressante, dans la mesure où elle fixe les engagements des différentes parties. Il est préférable de fixer une durée aux conventions, ce qui oblige à les revoir régulièrement et éventuellement les amender.

III. Effets obtenus, service rendu : Ce sont la qualité et l'efficacité de l'action qui sont ici interrogées. Pour ce qui concerne l'efficacité, les données sont souvent très incomplètes. Pour renseigner, les différents indicateurs de ce critère, il faut simplement s'appuyer sur les documents existants et recueillir l'avis des différentes personnes interrogées.

III.1. Adéquation de l'offre à des besoins des usagers : C'est la pertinence des activités menées qui est ici interrogée. Aucune offre ne peut répondre à tous les besoins de tous les usagers. Il s'agit de vérifier que celle que l'ARS finance correspond bien à certains de ces besoins, qu'ils sont clairement définis, validés par les différents interlocuteurs et par les faits (fréquentation, assiduité...).

III.2. Variété, palette de l'offre proposée : Il s'agit d'interroger l'accessibilité de l'offre vue sous l'angle de la variété des approches et des modalités de participation, pour permettre aux personnes qui en ont besoin de trouver la porte d'entrée qui leur convient. (L'accessibilité temporelle et géographique est traitée dans le critère I, celle liée à la notoriété est traitée chapitre V).

III.3. Qualité de l'offre proposée : Cette question n'est adressée qu'aux bénéficiaires du projet. Les données peuvent être recueillies directement par l'instructeur (interviews, participation à une réunion d'usagers...) ou en s'appuyant sur des enquêtes menées par l'opérateur (questionnaire de satisfaction...).

III.4. Compétences, qualification des acteurs et des intervenants : Les compétences peuvent être acquises lors de formations (diplômes, certificats), par l'expérience professionnelle ou par l'expérience de vie (usagers experts, approche communautaire...).

Les trois indicateurs suivants interrogent l'efficacité du projet selon l'outil de catégorisation de Promotion Santé Suisse. Un projet qui veut être efficace doit se fixer des objectifs d'amélioration au niveau du public cible, de l'environnement social dans lequel il évolue et du dispositif de prévention et de soins.

III.5. Effets au niveau des usagers : Les effets du projet sur les usagers peuvent porter sur leurs compétences (connaissances, compétences psychosociales, estime de soi...), sur leurs attitudes et comportements ou sur leur situation.

III.6. Effets au niveau de l'environnement, de la perception sociale : Le projet peut permettre la mobilisation d'acteurs sociaux (groupes d'usagers, associations, corps professionnels) sur la thématique, et avoir une action sur la perception sociale de la thématique ou de la population concernées. Une perception sociale positive facilitera l'accès à la prévention et aux soins.

III.7. Effets au niveau du dispositif et de la réglementation : Le projet peut avoir un impact sur l'organisation du système de prévention et d'accès aux soins, améliorer le dispositif, sa coordination, la formation des acteurs... Si l'amélioration de la santé des usagers passe par une adaptation de leur mode de vie et de leurs comportements, elle est également liée à la qualité et l'accessibilité des réponses du système.

IV. Gouvernance, pilotage, gestion des ressources, participation des usagers : L'efficacité des projets est liée en partie à son pilotage et à ses modalités organisationnelles. Ce critère se rattache aux théories sur la conduite de projet et le contrôle de gestion, ainsi qu'aux textes sur la démocratie sanitaire.

IV.1. Existence / fonctionnement d'un pilotage stratégique : Les partenariats, indispensables pour mener des projets de prévention et promotion de la santé, sont d'autant plus efficaces que les partenaires sont parties prenantes du projet, notamment pour ce qui concerne son pilotage. Ils sont ainsi informés sur l'état d'avancement du projet, et sont associés aux décisions qui concernent son évolution.

IV.2. Existence / fonctionnement d'un pilotage technique : L'existence d'une instance technique consultée régulièrement permet le suivi et le réajustement permanent du projet. Il peut en outre être chargé d'appliquer les décisions stratégiques et d'organiser l'information du niveau stratégique.

IV.3. Niveau de participation des usagers : les actions de promotion de la santé sont plus efficaces quand elles impliquent les usagers à tous les stades de développement du projet (de la définition des besoins à l'évaluation). La participation de représentants des usagers aux instances décisionnaires est une des garanties de la qualité des projets.

IV.4. Niveau de participation des acteurs de terrain : Il s'agit pour les projets faisant intervenir différents types d'acteurs, de veiller à bien tenir compte des observations et de l'expérience de ceux qui sont en contact permanent avec les usagers. Leur participation au pilotage, l'organisation de réunions d'analyse de la pratique ou la création de groupes qualité vont dans ce sens.

IV.5. Répartition des rôles et des responsabilités : Les projets sont plus efficaces quand tous ses acteurs ont pleinement conscience du rôle, des responsabilités et des tâches qui leur incombent, et une bonne connaissance des rôles, responsabilités et tâches des autres acteurs.

IV.6. Existence / qualité des outils de communication interne : La communication au sein de projets partenariaux est essentielle. Son insuffisance est souvent la source de perte d'efficacité, de retards, d'incompréhensions, voire de conflits. La qualité de la communication interne peut s'apprécier par sa régularité, la clarté et le respect des procédures définies ainsi que par la qualité des supports utilisés.

IV.7. Maintien / amélioration des compétences des acteurs : Tout projet gagne à prendre en compte le renforcement des compétences de ses intervenants. Cela peut passer par des temps d'échanges de pratiques, en interne ou avec d'autres acteurs, par l'organisation d'actions de formation continue, par la prise en compte de leurs besoins dans le plan de formation de la structure...

V. Communication externe, visibilité, notoriété : Pour que l'offre soit accessible au plus grand nombre, il faut qu'elle soit connue.

V.1. Existence / qualité de la communication en direction du public cible : La diffusion et la qualité de l'information sur l'offre auprès du public qui doit pouvoir en bénéficier sont des points importants dans la réussite d'un projet. Cela demande un travail d'adaptation de la communication au public destinataire (type de support, langage utilisé...) et le choix des points et des relais potentiels de diffusion.

V.2. Existence / qualité de la communication en direction des relais potentiels : Les relais, ou démultiplicateurs, doivent être choisis parmi les acteurs, quels qu'ils soient, qui sont en contact régulier avec le public cible du projet. Déposer une plaquette ne suffit pas toujours, il vaut mieux prévoir une communication spécifique en direction de ces relais, pour les convaincre du bien fondé de l'action et les engager à la présenter favorablement à leurs interlocuteurs.

V.3. Notoriété du programme / de l'action : Il s'agit d'apprécier le niveau de connaissance de l'action, qui est le fruit des deux modes de communication ci-dessus ainsi que de la communication auprès des institutionnels et de l'ensemble des partenaires (lettre, plaquette, rapport d'activité, présentations et communications lors de colloques...) ainsi qu'auprès du grand public (médias, portes ouvertes, manifestations grand public...).

VI. Suivi, évaluation : Les actions qui font l'objet d'un suivi (monitoring) ou d'une démarche d'évaluation permanente renforcent leur efficacité.

VI.1. Définition de critères et d'indicateurs d'évaluation : Il s'agit de vérifier si pour chaque objectif, ou pour chaque activité, le promoteur a défini des indicateurs permettant de rendre compte des réalisations effectuées. Ces indicateurs peuvent s'intéresser à l'activité, à la qualité ou aux résultats.

VI.2. Effectivité du recueil de données sur l'activité, existence d'un tableau de bord : Les tableaux de bord permettent de suivre l'état d'avancement du projet et de comparer les réalisations avec le prévisionnel.

VI.3. Existence de temps d'analyse critique : Les données recueillies doivent être analysées et servir de base de discussion sur l'évolution du projet. Les équipes peuvent prévoir dans le planning du projet des temps d'analyse et d'évaluation.

VI. 4. Modifications, réorientations d'objectifs : L'évaluation permanente amène les équipes à réorienter certaines actions, changer certains outils. Quand c'est le cas, ces écarts avec le déroulement qui était prévu sont la preuve d'un réel pilotage et d'une adaptation à la réalité du terrain.

VI.5. Attitude par rapport à la mission d'évaluation, accès aux informations, ouverture à la discussion : Cet indicateur n'est renseigné que par l'instructeur. Il s'agit de porter un jugement sur le degré d'acceptation de l'évaluation menée par l'ARS, qui peut être révélateur d'un positionnement plus général face à l'évaluation externe.

3. CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

1. Bien renseigner les éléments d'identification du projet qui faciliteront le travail de compilation des évaluations au niveau régional et permettront de retrouver le dossier correspondant
2. Pour chaque indicateur d'un même critère, inscrire l'appréciation qui correspond à l'opinion de chacune des sources interrogées (opérateur, partenaires, bénéficiaires) ou au contenu des documents consultés. Puis, à partir de ces appréciations, indiquez votre propre jugement pour chaque indicateur.
3. Six appréciations sont possibles :

++	satisfaisant	-	peu satisfaisant, doit être amélioré	NSP	ne sait pas
+	assez satisfaisant, peut-être amélioré	--	non réalisé, non atteint	SO	sans objet

4. Ensuite seulement, émettez une appréciation globale pour l'ensemble du critère, et notez les points importants et les recommandations à transmettre à l'opérateur.
5. La synthèse de l'évaluation peut alors se résumer sous la forme de remarques générales (points forts, points faibles, appréciation d'ensemble) et d'une proposition sur le devenir de l'action (poursuite, extension, arrêt).

Attention : ce document est à prendre comme un document de travail. La grille devra certainement être amendée, ainsi que cette notice.

B. GRILLE D'AIDE AU JUGEMENT ÉVALUATIF SUR LES ACTIONS FINANCÉES

Programme ou axe : _____ Année(s) : _____
 N° du dossier : _____ Promoteur : _____
 Date de l'évaluation : _____
 Intitulé de l'action : _____

CRITÈRES	INDICATEURS	SOURCES				AVIS DE L'INSTRUCTEUR	APPRÉCIATION GLOBALE	RECOMMANDATIONS
		DOCUMENTS	OPÉRATEUR	PARTENAIRES	BÉNÉFICIAIRES			
I CONFORMITÉ PAR RAPPORT AU PRÉVISIONNEL	1 - Degré de réalisation des objectifs annoncés							
	2 - Activités effectivement menées							
	3 - Population rejointe par l'action							
	4 - Couverture temporelle et géographique							
	5 - Efficience au regard des indicateurs ci-dessus							

II INSCRIPTION DANS LE DISPOSITIF, ANCRAGE, SOUTIEN SOCIAL, PÉRENNITÉ	1 - Complémentarité avec l'offre existante							
	2 - Adéquation avec les plans nationaux, régionaux							
	3 - Articulation, collaboration au sein du secteur							
	4 - Collaboration intersectorielle, interdisciplinaire							
	5 - Soutien d'associations, de groupes d'usagers							
	6 - Degré de formalisation des collaborations							

Notation :

NSP : ne sait pas SO : sans objet

-- : non réalisé - : peu satisfaisant, doit être amélioré

+ : assez satisfaisant, peut être amélioré

++ : satisfaisant

CRITÈRES	INDICATEURS	SOURCES				AVIS DE L'INSTRUCTEUR	APPRÉCIATION GLOBALE	RECOMMANDATIONS
		DOCUMENTS	OPÉRATEUR	PARTENAIRES	BÉNÉFICIAIRES			
III EFFETS OBTENUS, SERVICE RENDU	1 - Adéquation de l'offre à des besoins des usagers							
	2 - Variété, palette de l'offre proposée							
	3 - Qualité de l'offre proposée							
	4 - Compétences, qualification des acteurs/intervenants							
	5 - Effets: au niveau des usagers							
	6 - au niveau de l'environnement/intégration sociale							
	7 - au niveau du dispositif et de la réglementation							
IV GOUVERNANCE, PILOTAGE, GESTION DES RESSOURCES, PARTICIPATION DES USAGERS	1 - Existence/fonctionnement d'un pilotage stratégique							
	2 - Existence/fonctionnement d'un pilotage technique							
	3 - Niveau de participation des usagers							
	4 - Niveau de participation des acteurs de terrain							
	5 - Répartition des rôles et des responsabilités							
	6 - Existence/qualité des outils de communication interne							
	7 - Maintien/amélioration des compétences des acteurs							

Notation :

NSP : ne sait pas

SO : sans objet

-- : non réalisé

- : peu satisfaisant, doit être amélioré

+ : assez satisfaisant, peut être amélioré

++ : satisfaisant

CRITÈRES	INDICATEURS	SOURCES				AVIS DE L'INSTRUCTEUR	APPRÉCIATION GLOBALE	RECOMMANDATIONS
		DOCUMENTS	OPÉRATEUR	PARTENAIRES	BÉNÉFICIAIRES			
V COMMUNICATION EXTERNE, VISIBILITÉ, NOTORIÉTÉ	1 - Existence/qualité de la communication sur l'offre: en direction du public cible							
	2 - en direction des relais potentiels							
	3 - Notoriété du programme/de l'action							
VI SUIVI, ÉVALUATION	1 - Définition de critères et d'indicateurs d'évaluation							
	2 - Effectivité du recueil de données, tableau de bord							
	3 - Existence de temps d'analyse critique							
	4 - Modifications, réorientations d'objectifs							
	5 - Attitude par rapport à la mission d'évaluation : Accès aux informations, ouverture à la discussion...							

Notation :

NSP : ne sait pas SO : sans objet

-- : non réalisé - : peu satisfaisant, doit être amélioré

+ : assez satisfaisant, peut être amélioré

++ : satisfaisant

Remarques générales:

Propositions :



GLOSSAIRE

A

ABV	Ateliers du bien vieillir
Aides	Association de lutte contre le SIDA et les hépatites
Airag	Association de surveillance de la qualité de l'air en Aquitaine
ALD	Affections de longue durée
Afssa	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
Afsset	Agence française de sécurité sanitaire environnementale et du travail
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASEPT	Association santé éducation et prévention sur les territoires
ASN	Autorité de sûreté nucléaire

B

BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BMR	Bactéries multi-résistantes
BQA	Bulletin quotidien des alertes
BSI	Bulletin sanitaire interne
BVS	Bulletin de veille sanitaire

C

CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico sociale précoce
CAPTIV	Centre antipoison et de toxicovigilance
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Caruud	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCLin	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit

CE2	Cours élémentaire 2ème année
CEI	Conseiller en environnement intérieur
CG	Conseil général
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de Travail
CHU	Centre hospitalo-universitaire
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Cire	Cellule de l'InVS en région (ex Cellule interrégionale en épidémiologie)
Ciss	Collectif interassociatif sur la santé
Clat	Centre de lutte antituberculeuse
Clc	Centre local d'Information et de coordination, structure de proximité, pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage, pour les professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile
Clin	Centre de lutte contre les infections nosocomiales
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMR	Cancérogènes mutagènes reprotoxiques
CNR	Centre national de référence
CO	Monoxyde de carbone (formule chimique)
COD	Centre opérationnel départemental
Codes	Comité départemental d'éducation pour la santé
Codir	Comité directeur de l'Agence régionale de santé
COMEX	Comité exécutif de l'Agence régionale de santé
Copil	Comité de pilotage
Corruss	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
Corevih	Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immuno déficience humaine
COZ	Centre opérationnel zonal
CP	Cours préparatoire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centres de planification et d'éducation familiale

CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	DSPOMS	Direction de la santé publique et de l'offre médico-sociale
Craes/Crips	Comité régional aquitain d'éducation pour la santé - Centres régionaux d'information et de prévention du sida	DSSE	Département sécurité, santé, environnement
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie	DSSPS	Département de sécurité des soins et des produits de santé
CRSS	Comité régional de sécurité sanitaire	DT-ARS	Délégation territoriales de l'agence régionale de santé
CRS	Conférence régionale de santé	DUS	Département des urgences sanitaires
Csapa	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	E	
CSP	Code de santé publique	Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CUB	Communauté urbaine de Bordeaux	EIG	Evènement indésirable grave
CVAGS	Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires	Elsa	Équipes de liaison et de soins en addictologie
D		EMS	Etablissement médico-social
DAF	Direction de l'agriculture et de la forêt	EN	Education nationale
Dcar	Département de coordination des alertes et des régions à l'InVS	EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémases
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	EPP	Entretien prénatal précoce
DDCCRF	Direction départementale de la concurrence, de la consommation et des fraudes	Eprus	Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
DDI	Direction départementale interministérielle	EPS	Éducation et promotion de la santé
DDSV	Direction départementale des services vétérinaires	ES	Etablissement de santé
DGAL	Direction générale de l'alimentation	ETP	Éducation thérapeutique du patient
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes	F/G	
DGS	Direction générale de la santé	Fiqcs	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins	FIR	Fonds d'intervention régional, mutualisant des crédits qui étaient jusqu'à présent dédiés soit à l'ambulatoire, soit à l'hospitalier, soit à la prévention
Directte	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi	GEA	Gastro-entérite aiguë
Diren	Direction régionale de l'environnement	Graine Aquitaine	Réseau aquitain d'éducation à l'environnement
Draaf	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt	Grog	Groupe régional d'observation de la grippe
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales	Grrita	Groupe de recherche et de réflexion des Intervenants en Toxicomanie d'Aquitaine
Drire	Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement	GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion Sociale		

H

HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers
HFDS	Haut fonctionnaire de défense et de sécurité
Hib	Vaccination anti "Haemophilus influenzae de type b"
HPST	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

I

Ifen	Institut français de l'environnement
Igas	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRA	Infection respiratoire aigüe
Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRSN	Institut de radioprotection et de sécurité nucléaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse

J

JRVS	Journée régionale de veille sanitaire
-------------	---------------------------------------

L

LCC	Ligue contre le cancer
------------	------------------------

M

MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées

MFPF	Mouvement français pour le planning familial
-------------	----------------------------------------------

MG	Médecin généraliste
-----------	---------------------

MIG	Mission d'intérêt général
------------	---------------------------

Misp	Médecin inspecteur de santé publique
-------------	--------------------------------------

MSA	Mutualité sociale agricole
------------	----------------------------

N

Nabuccod	projet NABUCCOD : Dénutrition du sujet âgé en institution (P. Barberger-Gateau), Centre de recherche Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U897, Université Victor Segalen Bordeaux 2
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NRBC-E	Nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif
---------------	-----------------------------------------------------------

O

OMS	Organisation mondiale de la santé
------------	-----------------------------------

ORS/Orsa	Observatoire régional de la santé Aquitaine
-----------------	---------------------------------------------

ORSEC	Organisation des secours
--------------	--------------------------

OScour	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
---------------	---------------------------------------------------------

P

Pace	Plateforme Aquitaine pour des compétences en éducation du patient
-------------	-------------------------------------------------------------------

PAEJ	Points accueil écoute jeunes
-------------	------------------------------

Pass	Permanences d'accès aux soins de santé
-------------	----------------------------------------

PCA	Plan de continuité des activités
------------	----------------------------------

PDV	Petit déjeuner des vigilants
------------	------------------------------

PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
------------	--------------------------------------

PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
--------------	-----------------------------------------------------

PMA	Poste médical avancé
------------	----------------------

PMI	Protection maternelle et infantile
------------	------------------------------------

PNA	Programme national pour l'alimentation
------------	----------------------------------------

PNNS	Programme national nutrition santé
-------------	------------------------------------

PPS	Plans personnalisés de soins
------------	------------------------------

Pragsus	Plan régional d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire
----------------	-------------------------------------------------------------------------

Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
--------------	--------------------------------------------------------------------------

Preceps	Pôle régional de compétence en éducation pour la santé
Prip	Programme régional Inter-institutionnel de prévention
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
PRSP	Plan régional de santé publique
PPI	Plan particulier d'Intervention
PPS	Prévention et promotion de la santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
PSS	Plan de secours spécialisé

R

RésIST	Réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles
RE3A	Réseau éducation asthme, allergies, Aquitaine
Refips	Réseau francophone international pour la promotion de la santé
Repop	Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RNSP	Réseau national de santé publique
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
ROR	Rougeole, oreillons et rubéole
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RSI	Règlement sanitaire international
RSI	Régime social des indépendants
R3VPBL	Réseau de réhabilitation respiratoire de ville du Pays Basque et des Landes

S

Sacs	Système d'alerte canicule et santé
Samu	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SCHS	Service communal d'hygiène et de santé
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SHU	Syndrome hémolytique et urémique
Siumps/Siumpss	Service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

SLD	Soins de longue durée
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SROMS	Schéma régional de l'organisation médicosociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
SSA	Service de santé des armées
Ssiad	Services de soins infirmiers à domicile
SZDS	Service zonal de défense et de sécurité

T

Tiac	Toxi-infection alimentaire collective
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TMD	Transport de matières dangereuses
TPE	Très petites entreprises
Trod	Tests rapides d'orientation diagnostique

U

URPS	Unions régionales des professionnels de santé
Utep	Unité transversale pour l'éducation du patient

V

Vagusan	Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires
VHB, VHC	Virus de l'hépatite
VIGIPRATE	Plan gouvernemental de vigilance, de prévention et de protection
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience acquise humaine
VSS	Veille et sécurité sanitaires

ars

» Agence Régionale de Santé
Aquitaine

www.ars.aquitaine.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Espace Rodesse
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Tél : 05 57 01 44 00 / Fax : 05 57 01 47 85

ars-aquitaine-contact@ars.sante.fr