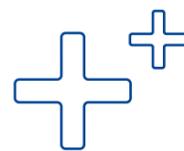
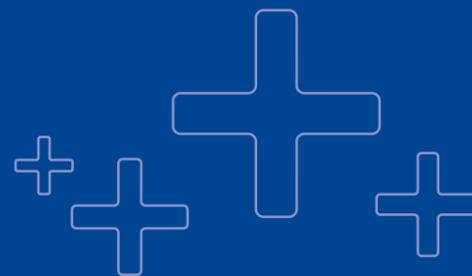


# SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION



# Sommaire

<b>DEFINITIONS</b>	<b>69</b>		
<b>PREAMBULE</b>	<b>72</b>		
<b>CHAPITRE INTRODUCTIF</b>			
<b>LE CONTEXTE : PASSE ET PERSPECTIVES DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE</b>	<b>75</b>		
1. LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION S'INSCRIT DANS UNE HISTOIRE RECENTE QUI A ECRIT LES PREMIERES PAGES DU DEVELOPPEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTE	76		
2. LES PERSPECTIVES DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	81		
2.1. LES BUTS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET LEUR DECLINAISON DANS LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)	81		
2.2. LES ENJEUX DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION	83		
<b>CHAPITRE I – VOLET VAGUSAN</b>	<b>86</b>		
I.1. ETAT DES LIEUX ET ORGANISATION DU LIMOUSIN	87		
I.1.1. L'objectif stratégique général	87		
I.1.2. Le cadre juridique spécifique	88		
I.1.3. L'état des lieux	88		
I.1.4. Le dispositif de veille et d'urgences sanitaires : la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires	99		
I.1.5. L'organisation fonctionnelle de l'Agence Régionale de Santé du Limousin	101		
I.2. LES OBJECTIFS CHOISIS EN LIMOUSIN	112		
I.2.1. Structurer l'organisation de la VSS à l'échelle régionale	112		
I.2.2. Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes	112		
I.2.3. Développer le signalement (systèmes de surveillance, indicateurs)	116		
I.2.4. Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires	120		
I.2.5. Développer la communication sur la veille sanitaire (en temps normal et en cas de crise)	121		
I.3. LA DECLINAISON DU PLAN D' ACTIONS	126		
I.3.1. Structurer l'organisation de la VSS à l'échelle régionale	126		
I.3.2. Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes	128		
I.3.3. Développer le signalement	130		
I.3.4. Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires	134		
I.3.5. Développer la communication sur la veille sanitaire	136		
I.4. EVALUATION	140		
		<b>CHAPITRE II – VOLET PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE</b>	<b>141</b>
		II.1 CONCEPTS, DEFINITIONS ET AXES STRATEGIQUES DU VOLET « PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE »	143
		II.1.1. Santé, santé publique, prévention, éducation pour la santé et promotion de la santé : quelles définitions pour quelle politique ?	143
		II.1.2. Une nécessaire mutation de la politique de santé, et singulièrement de prévention et de promotion de la santé : des objectifs nouveaux à explorer	148
		II.2. ETAT DES LIEUX GLOBAL DE LA PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE	149
		II.2.1. Les politiques publiques « leviers » et les dispositifs des partenaires institutionnels	149
		II.2.2. Les acteurs de la prévention, promotion de la santé : les identifier dans toute leur diversité pour favoriser une promotion de la santé de qualité et coordonnée	150
		II.2.3. Les éléments de connaissance et d'évaluation des actions financées dans le cadre du plan régional de santé publique : les actions financées par le GRSP entre 2007 et 2010	151
		II.3 PASSER D'UNE LOGIQUE DE PREVENTION FONDEE SUR L'INDIVIDU A UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTE	154
		II.3.1. Les constats et le diagnostic de l'existant en matière de promotion de la santé	154
		II.3.2. Objectifs et mesures proposés dans le domaine de la promotion de la santé	159
		II.3.3. Déclinaison d'actions	174
		II.4. GARANTIR QUE TOUT INDIVIDU SE VERRA PROPOSER DANS SON PARCOURS DE VIE UNE EDUCATION POUR LA SANTE DE QUALITE, TENANT COMPTE DE SON CONTEXTE DE VIE	196
		II.4.1. Etat des lieux de l'éducation pour la santé	196
		II.4.2. Les objectifs en matière d'éducation pour la santé de la population	208
		II.4.3. Déclinaison du plan d'actions	218
		II.5. OPTIMISER LA PREVENTION ORIENTEE	230
		II.5.1. Etat des lieux de la prévention orientée : politique, priorités, acteurs	230
		II.5.2. Les constats	239
		II.5.3. Les objectifs dans le domaine de la prévention orientée	241
		II.5.4. Déclinaison du plan d'actions	254

II.6. LA PREVENTION AU BENEFICE DES PATIENTS : FAVORISER L'AUTONOMIE DES PATIENTS ET PREVENIR LES RISQUES INFECTIEUX ASSOCIES AUX SOINS	270
II.6.1. Favoriser l'autonomie et la qualité de vie : l'éducation thérapeutique du patient	270
II.6.2. Prévenir les infections associées aux soins (IAS) : la maîtrise du risque infectieux	275
II.6.3. Déclinaison du plan d'actions	288
II.7. EVALUATION DU VOLET PPS DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION	296
II.7.1. Principes d'évaluation	296
II.7.2. Objectifs évaluatifs	298
<b>ANNEXES DU VOLET PPS</b>	<b>300</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>301</b>
<b>LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION</b>	<b>304</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>308</b>
Annexe I : Les politiques publiques leviers de la promotion de la santé	308
Annexe II : Recensement des dispositifs et actions des partenaires institutionnels	314
Annexe III : Les acteurs opérationnels de la promotion de la santé	336
Annexe IV : Synthèse financements GRSP 2007-2010	338
Annexe V : Cahier des charges	341

## DÉFINITIONS

### Définitions retenues pour le cadre conceptuel

**Alerte de santé publique :** signal validé pour lequel, après évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente une menace pour la santé des populations et qui nécessite une réponse adaptée.

**Analyser des données :** action consistant à caractériser et décrire les indicateurs de surveillance, à détecter des événements ou des évolutions inhabituelles afin de reconnaître des phénomènes ou des caractéristiques anormales ou inhabituelles témoignant d'un risque potentiel pour la santé humaine ;

**Collecter des données :** actions consistant à obtenir des informations sur la survenue d'événements afin de générer des indicateurs ;

**Déclenchement de l'alerte :** ensemble des actions entreprises pour informer les autorités compétentes en vue d'organiser la réponse.

**Données :** ensemble des éléments permettant de construire et de caractériser un indicateur.

**Education pour la santé :** activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

**Empowerment :** processus permettant à l'individu de mobiliser ses ressources de vie et de devenir acteur de sa vie. Les 4 processus de l'empowerment :

- l'identification personnelle et collective : reconnaissance de ses capacités, appartenance à un groupe,
- la participation qui fait passer d'une position de consommateur à une participation contributive et à une prise de responsabilité,
- la mise en compétence qui fait passer d'un vécu d'incompétence à la reconnaissance et à la valorisation de ses compétences,
- la responsabilisation qui permet à chacun de prendre une place (reconnue et valorisée).

**Examen de la pertinence du signal :** action consistant à confirmer que le signal est dans le champ de la santé publique.

**Évaluation de la menace :** action consistant à estimer l'impact potentiel du signal validé sur la santé des populations et ses déterminants, afin d'initier des actions de réponse.

**Évènement de santé :** survenue d'une maladie ou exposition à un agent pouvant avoir un impact sur la santé au sein de la collectivité dans laquelle cette maladie ou cette exposition survient.

**Gestion d'une alerte de santé publique :** ensemble d'actions coordonnées consistant à mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées afin de maîtriser l'alerte et de réduire son impact.

**Indicateur :** mesure construite à partir de variables collectées dans le cadre d'un système de surveillance qui reflète l'état de santé d'un groupe de population, ou une exposition via les milieux en contact avec l'homme. Cette mesure peut être exprimée sous forme de nombre de patients, de taux (incidence), de proportion de patients présentant une caractéristique inhabituelle (souche, facteur de risques...), de concentration dans les milieux (mg/litre, ppm, UFC/100 ml), de quotient de danger ou d'excès de risque individuel...

**Interpréter des données :** action consistant à confirmer l'attribution du changement observé dans les données à un changement réel des caractéristiques de survenue des événements.

**Investigation :** action consistant à décrire et analyser la situation à l'origine de l'alerte afin d'identifier des options de gestions argumentées par l'observation et ainsi définir les actions de gestion appropriées.

**Prévention :** ensemble des mesures ayant pour but d'éviter la survenue de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences.

**Promotion de la santé :** « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa-1986). Les 5 stratégies clés de la promotion de la santé : élaborer des politiques favorisant la santé, créer des environnements favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.

**Réponse :** ensemble des actions permettant de comprendre (investigation) et de réduire la menace (gestion) représentée par un signal d'alerte validé.

#### Santé :

- définition de l'OMS – 1946 : « la santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».
- définition issue du Livre blanc sur la santé-Québec-1974 : « La santé n'est pas le silence du corps ou le bien-être généralisé et sans faille ; elle est plutôt, pour chacun, la faculté de construire sa vie en dépit des conditions adverses qui l'affectent ».
- définition OMS 1986- Charte d'Ottawa : « la santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer avec son milieu ou s'adapter à celui-ci » (Charte d'Ottawa, 1986).

**Santé publique :** « Science et art de favoriser la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société » (D. Nutbeam-OMS-1998).

**Signal sanitaire :** événement de santé pouvant révéler une menace pour la santé publique.

**Signal environnemental :** situation d'exposition à un danger pouvant révéler une menace pour la santé publique.

**Surveillance :** collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision.

**Validation d'un signal :** vérification de l'existence de l'évènement ET examen de la pertinence d'un signal.

**Veille sanitaire :** ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

**Vigilance :** surveillance appliquée à la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou de matériels.

## PRÉAMBULE

### Rappel du cadre d'élaboration du Schéma régional de prévention

La loi Hôpital, patients santé territoires du 21 juillet 2009 définit le cadre de la réforme de santé en se fondant sur une représentation pluridimensionnelle de la santé, s'écartant du modèle bio-médical qui réduit la santé à l'absence de maladie.

Le Projet Régional de Santé (PRS), outil de planification révisé tous les 5 ans, doit donc se donner comme ambition de refléter cette vision moderne de la santé et de l'autonomie, plus proche de la réalité et de sa complexité.

Aux termes du décret du 18 mai 2010 (codifié au sein du Code la santé publique), le PRS comporte :

- le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui adapte et décline localement les priorités, objectifs et principes d'action identifiés définis au plan national,
- les Schémas qui déclinent les priorités stratégiques du PSRS : schéma régional de prévention (SRP), schéma régional de l'offre de soins (SROS), schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS),
- en aval des schémas, des Programmes spécifiques et des Projets territoriaux de santé.

Le décret du 18 mai 2010 précise le contenu du schéma régional de prévention (SRP) :

- promotion de la santé de l'ensemble de la population,
- prévention sélective de certaines maladies et risques,
- prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, organisation des activités de veille, alerte et gestion des urgences sanitaires,
- amélioration de l'offre de service dans le domaine de la prévention individuelle et collective,
- modalités du développement des métiers et formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention,
- modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention (étant précisé que les 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 sont prises en compte par les schémas).

Le Schéma comporte donc clairement 2 volets complémentaires mais agissant sur des cinétiques distinctes et sur des « temps » différents :

- la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN), relevant plutôt d'une cinétique « rapide »,

- la prévention promotion de la santé (PPS), relevant d'une cinétique « lente ».

- La méthode d'élaboration du schéma régional de prévention

Compte tenu de l'existence au sein du schéma régional de prévention de 2 volets distincts (prévention promotion de la santé et veille, alerte, et gestion des urgences sanitaires), le parti pris a été de s'appuyer sur un groupe comportant des partenaires institutionnels et acteurs, impliqués de par leurs compétences et missions, soit sur les 2 volets, soit sur l'un ou l'autre :

**Partenaires institutionnels** représentés au sein de la Commission de coordination des politiques publiques placée auprès du Directeur Général de l'ARS :

Ont été conviés à participer aux travaux à ce titre :

- Le Rectorat,
- La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale,
- La Direction départementale de la cohésion sociale et protection des populations,
- La Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi,
- La Direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse,
- La Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement,
- La Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt,
- Le Conseil régional,
- Les Conseils généraux de la Creuse, de la Corrèze et de la Haute-Vienne,
- La Caisse d'assurance-retraite et de santé au travail (CARSAT),
- La Caisse de Mutualité sociale agricole du Limousin,
- La Direction régionale du service médical de l'Assurance-Maladie,
- Le Régime social des travailleurs indépendants,
- La Caisse primaire d'assurance-maladie de la Haute-Vienne.

**Acteurs opérationnels** représentant différents secteurs d'activité impliqués dans le champ de la prévention et de la veille-alerte :

- Institut de veille sanitaire - Cellule interrégionale d'épidémiologie Poitou-Charentes-Limousin (CIRE),
- Établissements de santé (CHU Limoges, CH Saint-Junien, CH Saint-Vaury), avec la présence de différentes personnes œuvrant dans les domaines des risques sanitaires, du soin...,
- Un EHPAD,

- Un établissement pour personnes handicapées,
- Les services communaux d'hygiène et de santé de Limoges et Brive,
- Limousin nature environnement,
- Mutualité française du Limousin,
- Mutuelle des étudiants (LMDE),
- Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS),
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé du Limousin,
- Collectif inter-associatif sur la santé du Limousin (CISS),
- Observatoire régional des urgences en Limousin (ORULIM),
- LIMAIR,
- EPSILIM,
- L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) - section médecins,
- Les Conseils de l'Ordre des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers et des pharmaciens,
- Le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS).

Ont également été associés aux travaux les services de l'ARS suivants :

- La Direction de l'offre de soins,
- La Direction de l'offre médico-sociale,
- Le Département de la communication,
- Les délégations territoriales.

L'ensemble des partenaires et acteurs ont travaillé dans 2 sous-groupes :

- sous-groupe en charge du volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires,
- sous groupe en charge du volet promotion de la santé-prévention.

(cf. en annexe la liste de personnes ayant participé aux travaux des groupes).

Chaque sous groupe a organisé 5 réunions de travail entre mars et mai 2011.

Une restitution des objectifs définis à partir des travaux des groupes a été présentée à l'ensemble des représentants institutionnels et acteurs ayant participé (ou ayant été conviés) aux travaux le 27 mai 2011.

Une présentation synthétique a également été faite devant la commission de coordination des politiques publiques le 14 juin 2011, dans le but est de valider les objectifs qui engagent certaines institutions autres que l'ARS.

## Chapitre introductif - le contexte

# Passe et perspectives dans le cadre de la nouvelle politique nationale de santé

# 1. LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION S'INSCRIT DANS UNE HISTOIRE RECENTE QUI A ECRIT LES PREMIERES PAGES DU DEVELOPPEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTE

## 1.1. La promotion de la santé et la prévention dans les années 2000 : des outils de planification et de programmation préfigurant l'organisation actuelle

### 1.1.1. Le Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) 2003-2007.

Ce Schéma a été réalisé dans toutes les régions dans le cadre d'une directive du Ministère de la Santé de l'époque qui déclarait l'éducation pour la santé comme véritable « mission de service public ».

Rappel des objectifs du SREPS Limousin :

- renforcer la concertation entre décideurs, par la mise en œuvre de stratégies d'actions coordonnées, et l'encadrement de l'évaluation des actions,
- structurer le secteur de l'éducation pour la santé en développant le partenariat entre acteurs et en améliorant la compétence des intervenants.

Bilan du SREPS Limousin :

- concertation entre décideurs :

Elle existe depuis 2002, en matière de coordination des financements prévention Etat/Assurance Maladie. Le GRSP devait étendre cette dynamique de mutualisation aux autres partenaires institutionnels (services de l'Etat et collectivités territoriales). En réalité si la coordination des financements Etat/Assurance-maladie a été un succès (appel à projets commun), la collaboration avec les autres partenaires a été plus ou moins développée. La définition commune d'orientations stratégiques en matière de prévention n'a pas réellement pris corps.

- structuration du secteur de l'éducation pour la Santé : Cet objectif s'est matérialisé en premier lieu par le développement d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé (PEPS) développant des ressources visant à améliorer la qualité des actions.

Le Pôle régional de compétences en éducation pour la santé a été constitué grâce au financement de l'INPES en 2005. Il est une construction particulièrement originale en ce qu'il ne constitue pas une structure supplémentaire mais fédère de nombreux acteurs associatifs (CODES, ANPAA, Mutualité Française, Ligue contre le cancer, Aides, Entraid'SIDA) particulièrement dynamiques qui participent au développement des ressources suivantes, après qu'un état des besoins ait été réalisé :

- mise en place de formations en éducation pour la santé,
- développement d'appui à la méthodologie de projets, individuel et collectif,
- mise en place de centres de ressources documentaires et pédagogiques mutualisés dans chaque département, et d'une banque de prêt informatisée via Internet,
- valorisation de l'éducation pour la santé par une communication adaptée.

La dynamique du Pôle a réellement permis de faire progresser la « culture » de la promotion de la santé dans la région.

En second lieu, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, puis le GRSP ont mené un travail visant à conforter les associations qui structurent le paysage régional de la prévention et de l'éducation pour la santé, en mettant avec elles à plat leurs missions et moyens et en passant des conventions d'objectifs et de moyens renforçant leurs moyens et les inscrivant clairement dans les priorités de santé définies au niveau régional.

Les associations têtes de réseau, en général départementalisées, ont elles mêmes fait évoluer leurs organisations afin de mieux mutualiser et fédérer les compétences et expériences au niveau régional.

### 1.1.2. Le Plan régional de santé publique (PRSP), une tentative de prise en compte de la nécessité de continuum du parcours de santé

Le PRSP 2005-2008 avait pour ambition, conformément à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, d'élaborer des objectifs visant à améliorer la santé de la population **par une action coordonnée et décloisonnée entre prévention, soins aigus, et soins de suite, réadaptation et réinsertion, et par une amélioration de la connaissance de l'état de santé de la population.**

Le Plan était bâti suivant une quadruple approche :

- l'action sur les pathologies les plus prégnantes,
- l'action sur les déterminants de santé,
- l'action en direction des populations ayant des besoins spécifiques,
- et sur le développement de « ressources » visant à développer la connaissance et l'observation, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires et la structuration de l'éducation pour la santé dans la continuité du SREPS.

Une évaluation complète du PRSP a été réalisée par l'ORS (ORS-rapport n° 206- Evaluation du Plan régional de santé publique-Janvier 2010).

Il ressort de cette évaluation :

- une faible communication autour du PRSP,
- malgré un a priori favorable sur le principe, une faible appropriation du PRSP de la part de beaucoup d'institutions partenaires, pourtant membres du GRSP et, en fait, une faible connaissance de son contenu. Pratiquement aucune référence n'est faite au PRSP dans les programmes de la plupart des institutions partenaires (si ce n'est quelques unes, en particulier l'Assurance

Maladie): le PRSP n'est pas perçu comme une enseigne sous laquelle abriter ses actions, ou comme une « locomotive » à laquelle se raccrocher,

- le sentiment d'une certaine distance vis-à-vis du PRSP chez de nombreuses institutions partenaires, non pas tant en raison d'un pilotage jugé « excluant », mais plutôt du fait de ne se sentir concerné que de manière relativement marginale par cette planification, élaborée et gérée par d'autres, et que l'on considère donc comme étant surtout l'affaire de l'Administration de la Santé et de l'Assurance Maladie,
- une faible influence du PRSP sur la présentation (et le contenu) des actions de prévention conduites par la plupart des institutions partenaires.

### 1.1.3. Le Groupement régional de santé publique (GRSP) : une première tentative de transversalité, de coordination et d'intersectorialité.

Le Groupement régional de santé publique (GRSP), GIP présidé par le Préfet et associant l'Etat, l'Assurance-Maladie et les collectivités territoriales, a fonctionné de janvier 2007 à avril 2010. Il avait pour mission de décliner le PRSP en coordonnant l'action de tous les partenaires intervenant dans le parcours de santé ou susceptibles d'influer sur celui-ci de par leurs politiques.

Il a ainsi décliné les objectifs du PRSP en orientations prioritaires mais, comme expliqué plus haut, n'a pu le faire de manière effective, et a finalement concentré son action sur la seule déclinaison des objectifs liés à la prévention et la promotion de la santé.

Celle-ci s'est faite par le biais d'un appel à projets ouvert annuellement par le GRSP à des actions répondant à la plupart des grandes thématiques du PRSP :

- affections cardio-vasculaires,
- pathologies chroniques,
- pathologies infectieuses (Infections sexuellement transmissibles, dont VIH, tuberculose) et vaccinations,
- cancers,
- santé mentale,
- addictions,
- nutrition et activité physique,
- environnement,
- santé mère-enfant et santé des jeunes,
- santé des personnes handicapées,
- santé des personnes âgées,
- santé des personnes précaires,
- ressources en éducation pour la santé,
- observation de la santé,
- soutien au mouvement fédérateur des usagers et malades

### Le bilan du GRSP est mitigé :

- il a permis de mutualiser les fonds dédiés à la prévention issus de l'Assurance-Maladie et de l'Etat. Ces moyens dédiés ont augmenté sur la période précédente, mais connaissent actuellement une tendance à la stagnation voire à la baisse car de nouvelles dépenses doivent être supportées,
- l'appel à projets du GRSP semble avoir eu un effet structurant, les conventions d'objectifs et de moyens avec les principaux acteurs ont permis de recentrer une partie des actions sur un nombre limité d'axes prioritaires,
- les actions se sont professionnalisées, grâce notamment au pôle régional de compétences en éducation pour la santé, destiné à aider tous les acteurs potentiels de l'éducation pour la santé,
- concernant la couverture territoriale, on relève de plus en plus d'actions implantées en milieu rural. Il faudra amplifier les efforts déjà entrepris pour aller vers les territoires les plus défavorisés, ce que devrait permettre à terme l'élaboration des projets territoriaux de santé, assez peu de collaborations effectives conduisant à des projets partagés ou complémentaires entre partenaires ont vu le jour à quelques exceptions près (cf. par exemple programme d'éducation à la sexualité co-construit par la DRASS-ARS et le Rectorat),
- le programme d'actions financé s'est construit plus ou moins empiriquement à partir des initiatives des opérateurs,
- les moyens et les actions sont diffus, ce qui en soi n'est pas une faiblesse, puisque par définition la prévention peut s'exercer dans les différents milieux de vie. Mais le GRSP n'a pas permis d'identifier et mettre en cohérence tous les leviers et politiques contribuant à la prévention et promotion de la santé,
- le GRSP n'a pas construit une politique de promotion de la santé visant à agir sur les déterminants de la santé, en collaboration avec les partenaires publics qui le composaient : en ce sens, il a montré que les partenaires avaient encore une idée de la prévention centrée sur une approche restrictive d'action sur les comportements individuels voire se limitant à la simple information sanitaire, ce qui a pu pénaliser des initiatives d'actions plus orientées sur la promotion de la santé.

On peut trouver plusieurs causes à ce bilan mitigé, parmi lesquelles :

- la loi de 2004, qui a renforcé l'Etat dans sa responsabilité en matière de politique de santé, constituant ainsi un frein à la collaboration des collectivités territoriales,
- un manque de culture de santé publique et de promotion de la santé, et une vision de la prévention limitée à la seule information des individus visant à faire évoluer leurs comportements. Ceci a conduit, dans la structuration du PRSP, à une approche par pathologie et une prise en compte des seuls déterminants individuels (nutrition, addictions...), à l'exception d'un volet environnement, centré sur le seul environnement physique.

#### 1.1.4. Le Plan régional santé Environnement (PRSE)

Le Parlement a adopté en Congrès, le 28 février 2005, la Charte de l'Environnement, qui pose dans son article 1 le droit de chacun « à vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ».

Afin de mieux prendre en compte les connaissances déjà établies pour prévenir les risques liés à l'environnement, l'article 2 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précise que l'identification et la réduction des risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement et de conditions de travail doivent faire l'objet d'objectifs pluriannuels. Chaque région doit se doter d'un Plan de Santé Publique qui comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels, et notamment un programme de prévention des risques liés à l'environnement général. Cette démarche s'inscrit dans un objectif de réduction de la morbidité et de la mortalité évitables, ainsi que des disparités régionales.

Tous les risques n'étant pas encore identifiés, le domaine de la santé environnementale doit permettre de découvrir les liens qui peuvent exister entre une situation et ses effets sur la santé. La difficulté réside dans le fait qu'une pathologie résulte fréquemment de l'exposition à plusieurs facteurs. Il est donc nécessaire de développer les connaissances pour mieux connaître les risques tout en mettant en place des actions adaptées, en application du principe de précaution.

Lorsque les éléments d'évaluation du risque sont suffisamment probants, il s'agit d'accroître les mesures de prévention et de surveillance. Il est également primordial d'informer le public sur la nature des risques potentiels et l'état des connaissances, ainsi que sur les actions menées. Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) en Limousin relève de cette exigence de sécurité, de transparence et de participation.

Sous l'égide de Monsieur le Préfet de la région Limousin, un comité de pilotage a été créé pour travailler à la mise en œuvre du PRSE, celui-ci devant constituer pour la période 2005-2008 un cadre de référence à l'action des administrations et des institutions publiques intervenant dans le champ de la santé environnementale. Cette réflexion s'appuie sur une collaboration et une concertation entre les différents acteurs concernés par ce domaine.

Reposant d'une part sur un état des lieux de la situation sanitaire et environnementale dans la région, et d'autre part, sur les préconisations et objectifs précisés par le Plan National Santé Environnement (PNSE), le PRSE définit et hiérarchise, en tenant compte de la faisabilité de leur réalisation à l'échelle locale, les actions devant être déclinées en région Limousin.

### 1.2. La veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires : le PRAGSUS (plan régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgences Sanitaires)

La loi de santé publique prévoit par ailleurs que les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) arrêtés par toutes les régions françaises comportent obligatoirement un plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Le plan régional d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire de la région Limousin reposait sur trois parties :

- L'état des lieux présente un inventaire des risques pour lesquels la région Limousin apparaît particulièrement concernée, un inventaire des systèmes de surveillance disponibles et un inventaire des plans en vigueur pour faire face à ces risques.
- La partie relative à l'organisation décrit le dispositif mis en place par les pouvoirs publics au niveau national, au niveau zonal, au niveau régional et au niveau départemental, ce dernier étant le niveau de droit commun de gestion des situations d'urgence sanitaire, dans le cadre notamment des compétences dévolues aux préfets de département.
- La dernière partie du PRAGSUS prend la forme d'un plan d'action qui décline l'ensemble des objectifs identifiés en matière de gestion des situations d'urgence sanitaire dans le cadre d'une démarche de projet.

Ce document constitue une organisation intermédiaire, qui doit être revue à la lumière de la nouvelle organisation.

## 2. LES PERSPECTIVES DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Il s'agit là de resituer le schéma régional de prévention dans son contexte national et local.

### 2.1. Les buts de la politique de santé et leur déclinaison dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Les éléments de cadrage de la nouvelle politique nationale de santé définissent trois finalités fortes :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé, et préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun,
- promouvoir l'égalité devant la santé, dès les premiers âges de la vie,
- renforcer la protection de la santé face aux évolutions des enjeux sanitaires.

Dans ce cadre, le PSRS du Limousin, arrêté en avril 2011, s'est donné comme priorité régionale la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, déclinée au sein de trois axes stratégiques structurants :

- Agir favorablement sur les déterminants socio-environnementaux de santé (prévention par la promotion de la santé),

- Garantir l'accès pour tous, sans perte de chances, à une offre de santé de qualité :
  - prévention : éducation à la santé/dépistage – vaccination/éducation thérapeutique/ veille et alerte sanitaires,
  - soins hospitaliers et ambulatoires,
  - accompagnement et soins médico-sociaux.
- Garantir la continuité et la lisibilité de la prise en charge dans le respect du droit des usagers.

Ces axes stratégiques sont traduits par le PSRS en :

- Principes d'organisation du système de santé : il s'agit d'organiser un système de santé territorialisé qui s'inscrit dans une logique de gradation de l'offre et de coordination du parcours de santé dont le premier recours constitue la clé de voûte.
- Orientations prioritaires par domaine de santé : six domaines définis comme particulièrement structurant du champ de la santé, ont fait l'objet de définition de priorités par des groupes de travail réunissant de nombreux acteurs locaux :
  - Santé et environnement,
  - Risques sanitaires,
  - Périnatalité et petite enfance,
  - Maladies chroniques,
  - Santé mentale,
  - Handicap et vieillissement.

Du point de vue de la prévention, le PSRS définit **la feuille de route du Schéma régional de prévention à travers :**

- un objectif général :
  - Le développement d'une approche globale (sur tous les déterminants), intégrée (aux différentes politiques) et continue (prévention, soins, médico-sociale) de la prévention.
- des objectifs intermédiaires :
  - Le développement d'une approche intersectorielle et interministérielle de la promotion de la santé en capacité d'agir avec efficacité (et efficience) sur les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux de la santé,
  - Le valorisation de l'action des opérateurs ayant de véritables savoir-faire en prévention médicalisée, promotion et éducation pour la santé,
  - Le continuum entre prévention, soin et accompagnement, notamment par une prévention médicalisée organisée, intégrée dans l'activité des professionnels de santé de premier recours,
  - L'amélioration de la qualité des interventions et d'identification des métiers et des formations nécessaires à une meilleure efficacité et efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région.
- des objectifs de déclinaison des priorités par domaine de santé.

Aux termes du PSRS, les effets globaux attendus du Schéma régional de prévention sont donc :

- le maintien ou l'amélioration des milieux de vie favorables à la santé,
- l'amélioration de la qualité et de la répartition des actions de promotion de la santé,
- l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région.
- et la capacité à recueillir tous les signaux porteurs d'un risque pour la santé, d'évaluer ce risque et d'apporter une réponse rapide et professionnelle à l'alerte décelée.

## 2.2. Les enjeux du Schéma régional de prévention

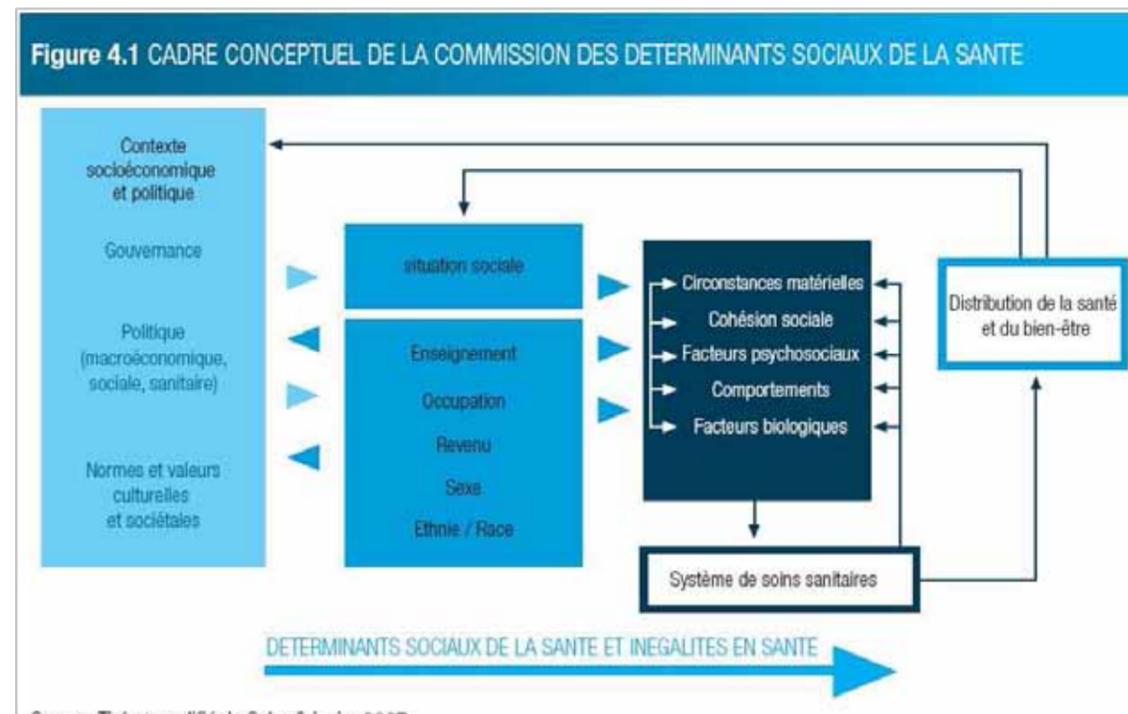
**L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé**, priorité nationale affichée, passe principalement par la prévention, c'est-à-dire l'action sur les déterminants de santé. Il a en effet été montré que la prévention pourrait contribuer à 85 % à la réduction de la mortalité prématurée, contre 15 % pour le soin.

La préservation de l'autonomie de chacun et la création des conditions facilitant la participation active de chacun à sa propre santé se jouent ainsi, pour une part, au niveau des conditions de vie, dès la petite enfance, et tout au long de la vie, au niveau des conditions de vie et de travail. La politique de santé doit ainsi favoriser la préservation de la santé et de l'autonomie des personnes, en agissant sur les déterminants-clefs de la santé, environnements sociaux, environnements physiques, comportements.

Il est important de rappeler que les déterminants macro-sociaux, économiques et culturels ont plus d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements personnels ou les soins médicaux.

Le rôle majeur du SRP **pour réduire les inégalités sociales de santé**, deuxième grande priorité nationale, est évident. Ces inégalités commencent dès l'enfance (la prévalence de l'obésité, de l'asthme, l'état dentaire, le recours aux soins spécialisés, le développement psychomoteur cognitif et langagier des enfants sont très stratifiés selon la position sociale de la famille). Elles expliquent pour partie la reproductibilité des inégalités sociales de santé d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents etc. La compréhension des inégalités sociales de santé nécessite de se référer au modèle global des déterminants de la santé.

**Schéma des déterminants de la santé**  
(Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS - 2008)



L'âge, le sexe, les facteurs génétiques, comme les comportements individuels ne suffisent pas à expliquer les différences observées. Le poids des conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l'éducation, ont un impact important sur la fréquence des comportements « à risque », sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les parcours de vie difficiles, construits dès l'enfance, entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé.

On comprend dès lors que les réponses, en termes de politique publique, se situent largement hors du cadre sanitaire traditionnel, même si l'administration de la santé (en l'occurrence l'ARS) a un rôle majeur de sensibilisation et d'entraînement des autres autorités et institutions susceptibles d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

La lutte contre les inégalités de santé nécessite donc que l'action publique régionale se fédère autour d'actions dans le champ de la santé mais également sur l'ensemble des déterminants de la santé.

De telles politiques ont certes un coût, mais il a été également démontré qu'elles pouvaient être un investissement rentable sur le plan de la santé publique. Une étude publiée le 24 juin 2010 dans le British Medical Journal conclut que « l'augmentation des dépenses sociales a un meilleur impact sur la santé qu'une augmentation des dépenses de santé ».

Le schéma doit être garant d'une stratégie indispensable de maîtrise des risques y compris ceux à cinétique rapide nécessitant des organisations adaptées et permettant de repérer, d'évaluer et de gérer l'ensemble des risques.

Au final, le Schéma régional de prévention constitue un élément-clé de la politique de santé.

## Chapitre I

# Volet Vagusan

## I.1. ETAT DES LIEUX ET ORGANISATION DU LIMOUSIN

### I.1.1. L'objectif stratégique général

Le volet VAGUSAN s'inscrit dans le continuum prévention, alerte, gestion des situations d'urgence. Il participe à la réponse aux situations exceptionnelles mais aussi à la prévention des crises sanitaires ou à leur anticipation. L'aspect « veille » doit être tout particulièrement étudié au regard des systèmes de surveillance déjà existants dans la région ou au niveau national, mais aussi à créer dans un souci de partage d'informations entre les partenaires locaux impliqués.

Il nécessite aussi une évaluation des risques. Pour ce faire, des scénarii sont élaborés suivant différents types de menaces afin de déterminer les mesures à prendre pour établir un dispositif de sécurité, par exemple les mesures Vigipirate (CD); plans d'urgences sanitaires...

Les risques essentiels sont de deux ordres :

- liés à l'environnement ;
- sanitaires au sens large.

La santé est liée pour chaque personne à l'environnement de ses milieux de vie (domestique, naturel ou professionnel). L'amélioration de la santé en général et la réduction des inégalités de santé en particulier nécessitent donc de connaître et préserver les milieux de vie.

De plus, toute personne peut être exposée à un risque sanitaire pendant sa vie. Il s'agit donc en priorité de diminuer le risque en organisant une politique régionale équitable de prévention des risques sanitaires et en construisant un système régional efficient de veille et d'alerte. Si le risque survient, il faut conforter la qualité et la sécurité des prises en charge en visant à limiter au maximum « la perte de chance » pour les personnes quel que soit le lieu où elles se trouvent.

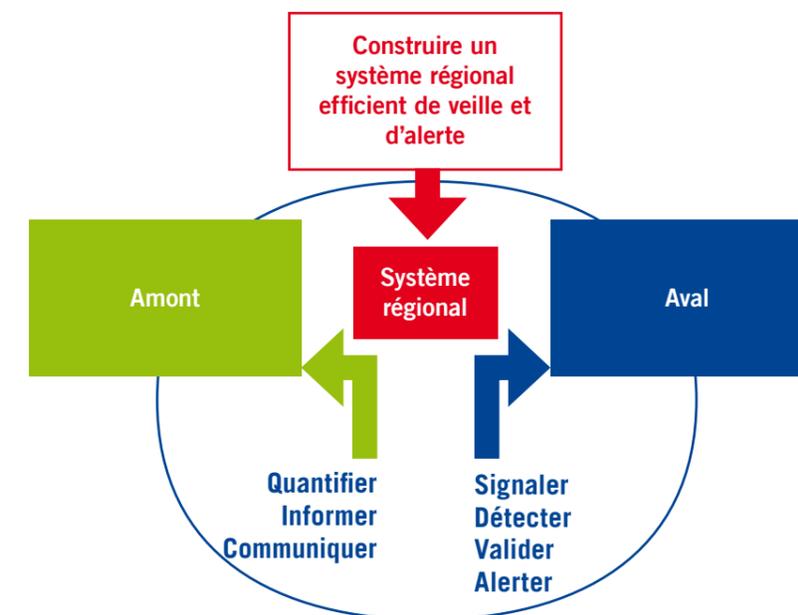


Figure 1 : Représentation schématique de l'axe stratégique

### I.1.2. Le cadre juridique spécifique

Les références réglementaires sont issues de la loi HPST de 2009 dont l'article L. 1413-15 du code de la santé publique qui précise que :

***Les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours, ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au « directeur général de l'agence régionale de santé » les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. Le « directeur général de l'agence » porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire « et au représentant de l'Etat dans le département ».***

La note ministérielle du 20 avril 2010 relative à la veille et l'urgence sanitaires dans les ARS a posé les principes d'organisation et de fonctionnement, d'une plateforme régionale de veille avec du personnel dédié au sein des ARS. Elle a formalisé également les relations entre les différents acteurs impliqués lors de la réception de signaux d'alertes classiques ou habituels ainsi qu'en cas de crise sanitaire. Le dispositif retenu en Limousin est décrit dans le schéma ci-après.

### I.1.3. L'état des lieux

#### I.1.3.1. Identification des principaux risques sanitaires du Limousin

##### I.1.3.1.1. Les risques environnementaux

#### Qualité des eaux :

La région Limousin dispose de nombreuses ressources en eau de faible capacité. On distingue de nombreux cours d'eau qui forment un réseau hydrographique de 9000 km (bassins du Cher, de la Creuse, de la Charente, de la Vézère, de la Gartempe, de la Dordogne, de la Vienne) mais aussi divers lacs naturels ou artificiels (plan d'eau du Causse Corrèzien, étang des Landes, lac de Neuvic d'Ussel, lac de Saint-Pardoux, lac de Vassivière...) et de très nombreux étangs (plus de 13500) de taille plus réduite.

La qualité des eaux superficielles est globalement bonne compte tenu d'une industrialisation relativement faible et de la forte vocation agricole de la région. La situation vis à vis des nitrates et du phosphore est satisfaisant et la qualité biologique est très bonne ou bonne sur la quasi totalité des points de suivi. Par ailleurs, des problèmes d'eutrophisation commencent à apparaître sur les plans d'eau et peuvent poser des problèmes pour la baignade.

#### L'eau potable :

L'accès à la ressource, en termes d'approvisionnement en eau, peut constituer un frein au développement économique dans les secteurs alimentés essentiellement par les eaux souterraines. L'exploitation de ressources en eau productives et de qualité s'effectue dans l'ensemble de façon satisfaisante. Toutefois, la sécurisation de l'approvisionnement en eau potable ne paraît pas toujours suffisante pour les besoins à long terme, notamment en ce qui concerne la mise en place de périmètres de protection des captages et en cas d'étiages sévères.

Par ailleurs, la totalité des captages d'eaux souterraines délivre une eau dite « faiblement minéralisée » dont le pH est inférieur à 6,5. Cette eau a l'inconvénient de corroder les conduites de distribution (fer, cuivre, et surtout plomb) et de dissoudre ces métaux. Il en résulte que les eaux au robinet du consommateur peuvent présenter des teneurs en métaux (fer, cuivre, plomb) supérieures aux normes de potabilité. Ces teneurs sont d'autant plus élevées que le temps de contact entre le matériau et l'eau est important.

Sur les petites unités de distribution, l'alimentation en eau potable, s'effectue à partir de nombreux captages d'eau souterraine dont l'eau produite est non traitée. L'absence de chloration induit régulièrement des risques de contamination bactériologiques. Ces eaux souterraines captées à faible profondeur sont plus largement influencées par les activités du bassin versant et sont soumises plus directement aux conditions climatiques. En Limousin le taux élevé de non conformités bactériologiques des eaux distribuées par les réseaux publics a motivé un rythme accru de la mise en place des périmètres de protection des captages d'eau. De même une action prioritaire et soutenue va permettre de systématiser la mise en place de désinfection permanente sur les petites unités de distribution.

Le traitement des non conformités bactériologiques entraîne une activité importante des services, certains résultats nécessitent des restrictions de la consommation de l'eau.

Les produits phytosanitaires peuvent représenter une forte toxicité pour l'homme, la flore et la faune aquatique. La distribution de l'eau est rarement affectée par des taux dépassant les normes, cependant des traces de pesticides apparaissent sur les eaux brutes superficielles.

#### Les eaux de baignade :

Le développement des cyanobactéries, apparaît depuis une dizaine d'années dans les étendues d'eau utilisées pour la baignade ou les sports nautiques. Ces efflorescences algales, se développent particulièrement dans les milieux eutrophes, par température élevée et avec une faible agitation. Les atteintes à la santé peuvent être diverses, sous forme de démangeaisons, gastro-entérite ou neurologiques et ont pour origine la cyanobactérie ou sa toxine. Ces atteintes varient selon l'espèce de cyanobactérie rencontrée et la concentration en cellule.

Le suivi des baignades sur cet aspect peut entraîner des mesures allant jusqu'à l'interdiction momentanée de la baignade.

#### La qualité de l'air

La qualité de l'air intérieur :

- Le monoxyde de carbone est l'une des principales causes d'intoxication accidentelle en milieu domestique ou à usage collectif. L'intoxication peut donner lieu à une situation d'urgence sanitaire nécessitant la mobilisation des services de secours et des services hospitaliers.
- Cette pathologie pose des problèmes de sous déclaration, notamment pour ce qui concerne les intoxications à domicile.
- Depuis la mise en place de la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires, 37 cas d'intoxication au monoxyde de carbone ont été recensés pour la région du Limousin.

- **Le radon** : la région du Limousin est située dans une zone géographique à fort potentiel de radon. Les études ont démontré qu'une partie de la population est exposée à des taux supérieurs aux normes réglementaires.
- Pour certaines catégories d'établissements recevant du public, la réglementation impose la réalisation de mesures de radon et, le cas échéant, de mesures correctives.

La qualité de l'air extérieur :

L'émission de polluants atmosphériques (d'origine industrielle par exemple) dans la région est la plus faible de France. Il existe peu de sources de pollution industrielle, par contre elle est concentrée et peut conduire localement à des expositions significatives de la population aux polluants.

La surveillance de la qualité de l'air est une mission de service public assurée par l'Association de surveillance de la qualité de l'AIR en LIMousin (LIMAIR).

Grâce à un réseau d'une quarantaine d'analyseurs répartis sur 11 sites, la qualité de l'air fait l'objet d'une mesure continue. La diffusion des résultats de mesure sur Internet (<http://www.limair.asso.fr/>) ainsi que la publication quotidienne de l'indice ATMO permettent de donner une information régulière au public.

L'ensemble des constatations réalisées sur les zones surveillées permet de mettre en évidence divers éléments :

- Une concentration moyenne annuelle en dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>) relativement faible. Les objectifs de qualité sont aujourd'hui respectés. Les seuls problèmes pouvant apparaître pourraient concerner des dépassements épisodiques à proximité des sites industriels.
- Une stagnation à faible niveau de la pollution de fond et sans apparition de pointes de pollution pour le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>), sur l'ensemble des zones urbaines
- Une stagnation de la pollution de fond pour l'ozone (O<sub>3</sub>) (moyenne annuelle 2004) généralisée à l'ensemble de la région.
- Une teneur en plomb très faible (< 0,01 µg/m<sup>3</sup> : traces) en moyenne annuelle.

L'usage des produits phytosanitaires dans les pratiques agricoles et sylvicoles, mais aussi dans la gestion des espaces verts en usage domestique ou pour l'entretien des routes et voies ferrées est une source significative d'émission de contaminants vers l'atmosphère. Ces produits, responsables d'effets néfastes sur la santé, peuvent se retrouver dans l'atmosphère de plusieurs manières :

- par volatilisation des molécules principalement,
- par entraînement des produits lors des applications par pulvérisation, aspersion.

L'étude des risques sur la santé liés à l'utilisation des pesticides est un des axes retenus par le plan régional de santé (PRS) et par le plan santé au travail (PST).

De nombreuses collectivités s'engagent dans le cadre de leur agenda 21 dans une « opération zéro pesticides ».

#### Cas particulier de la pomiculture :

De manière plus spécifique, les riverains des vergers de la pomme du Limousin s'inquiètent, tant pour les populations environnantes que pour les arboriculteurs eux-mêmes, des effets sur la santé dus aux traitements répétés des plantations.

Une première approche concernant les risques d'affections respiratoires liés à ces traitements arboricoles en Limousin, n'avait pu conclure et avait proposé des pistes pour des investigations complémentaires.

Début 2011, M. le préfet de la Corrèze a signalé à nouveau cette inquiétude de la population à l'ARS qui va se saisir de ce dossier.

#### Le bruit :

Le développement des activités industrielles et commerciales, l'essor de l'urbanisation et des infrastructures de transport, mais aussi l'évolution des comportements et des loisirs engendrent des nuisances qui sont les plus mal ressenties par les populations. Qu'elles proviennent des voies routières ou autoroutières, des voies ferrées ou des aéroports, ces nuisances sonores perturbent sérieusement les conditions de vie des riverains, en particulier la nuit. Au-delà de la simple gêne, elles constituent un véritable enjeu de santé publique.

L'écoute de la musique amplifiée constitue également une préoccupation majeure de l'autorité de santé à l'égard de populations de plus en plus jeunes.

Enfin, la prise en compte du bruit dans la qualité de la prise en charge des patients dans les établissements de santé va constituer une action prépondérante dans les années à venir.

#### Les risques naturels :

Le risque principal présent en Limousin est un risque d'inondation.

Du point de vue de la pluviométrie, la région est soumise à des précipitations abondantes et régulières réparties sur plusieurs bassins versants et sur des périodes assez longues s'étalant sur plusieurs jours.

Le risque mouvement de terrains n'est pas considéré comme un risque important, même si

24 événements sur 22 communes ont fait l'objet d'un arrêté de catastrophe naturelle entre 1990 et 1998 en Corrèze.

Les risques climatiques peuvent se manifester sous trois formes :

- La tempête (vents violents, pluies importantes, orage),
- L'épisode neigeux (verglas, période de grand froid) : compte-tenu de sa spécificité de moyenne montagne, la partie est du Limousin est la plus exposée aux épisodes neigeux. Des bulletins météorologiques sont envoyés au point focal et font apparaître des prévisions sur plusieurs jours. De plus, en période de grand froid, des bulletins régionaux détaillés sur la situation sont envoyés quatre fois par jour aux BAL ALERTE des ARS.
- La Canicule : Du 1er juin au 31 août en situation de veille, l'ARS informe le (centre opérationnel de recueil et de réception des urgences sanitaires et sociales) CORRUSS sur l'organisation de la

permanence des soins et le cas échéant le préfet de département concerné si des tensions sanitaires apparaissent dans les établissements de santé (offre de soins limitée). En situation d'alerte (passage au niveau de mise en garde et d'actions) il incombe à l'ARS de coordonner et d'adapter la réponse du système de santé en termes de capacité d'accueil, du maintien de la permanence des soins ; de la répartition des moyens et de la gestion et distribution des produits de santé.

#### Les sols :

La pollution des sols est le principal facteur de pollution des nappes souterraines (d'ailleurs peu présentes dans le Limousin). Dans la région, la contamination des sols par les métaux lourds et autres toxiques sur les friches industrielles est aujourd'hui faible.

On recense une cinquantaine de sites considérés comme pollués en Limousin. Parmi ceux-ci, la moitié d'entre eux ont été traités et font l'objet d'une surveillance et/ou de mesures de restrictions d'usage. 6 sites ne nécessitent aucune restriction. Enfin, le reste des sites, environ une douzaine, notamment les sites industriels en activité ayant généré des pollutions par le passé et les sites arrêtés en cours de reconversion, font actuellement l'objet d'interventions pour achever leur traitement.

#### Les déchets :

Au cours de la dernière décennie, la région Limousin a résorbé les décharges brutes qui existaient encore dans certaines localités.

Pour **les déchets dangereux**, majoritairement industriels, la révision du plan régional d'élimination a été adoptée par délibération du conseil régional du 23 juin 2009. Ce plan vise notamment à réduire la production de déchets (gisement estimé en 2006 à 27530 t/an dont 22720 t/an collectées). En raison de son contexte hydrogéologique peu favorable, le Limousin n'a pas de centre de stockage de déchets dangereux.

Pour **les déchets non dangereux**, majoritairement ménagers, la couverture est correctement assurée en matière de collecte (déchetteries, centres de transit), et de traitement (deux incinérateurs en Corrèze, un en Haute-Vienne, un centre de stockage par chaque département). L'intégration des nouvelles exigences communautaires et du Grenelle de l'environnement, visant à prévenir la génération des déchets, et à promouvoir la récupération, le recyclage et à défaut des modes de traitement (compostage notamment) alternatifs à l'incinération et à la mise en décharge, est en cours notamment à travers la planification départementale.

Enfin, **pour les déchets inertes**, majoritairement issus du BTP, la région est pourvue d'installations de stockage dédiées, notamment au travers d'une planification volontaire datant du début des années 2000 suite à la tempête de fin 1999. En revanche, l'aspect prévention, réutilisation et recyclage issu du Grenelle devra être approfondi.

#### 1.1.3.1.2. Les risques infectieux et épidémiques

##### Les infections associées aux soins (I.A.S.):

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS vise à prendre en compte les différentes dimensions de la prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé, dans les établissements médico-sociaux et dans les soins de ville.

Il s'articule autour de 3 axes stratégiques :

- développer une politique globale de prévention ;
- mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS ;
- agir sur les déterminants du risque IAS.

Ce plan doit donc être décliné dans chacun des secteurs: le premier est le programme national de prévention des infections nosocomiales.

Deux plans nationaux complètent ce dispositif de prévention :

- le plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques (en cours d'actualisation)
- le plan d'action de maîtrise des bactéries multi résistantes (à venir)

Le programme national de prévention des infections nosocomiales qui constitue la déclinaison du plan stratégique dans les établissements de santé s'articule, lui, autour de six grandes orientations :

- promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins ;
- optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance ;
- anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique ;
- maintenir l'usager au centre du dispositif ;
- améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales ;
- promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales.

Les objectifs sont donc de :

- consolider l'expérience acquise et réaliser une démarche d'approfondissement de la politique actuelle en adaptant l'organisation, les moyens et les actions aux spécificités des catégories d'établissements (CPOM)
- progresser sur des domaines toujours prioritaires :
  - la maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs invasifs,
  - la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques.
- renforcer la coordination déjà initiée entre prévention des IAS et gestion des risques (GDR), la formation, les bonnes pratiques assurant la sécurité des patients et disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locales.

##### Les événements indésirables graves (E.I.G.):

Les infections associées aux soins (IAS) constituent la principale cause d'événements indésirables chez les patients hospitalisés.

Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

Le Décret du 12 novembre 2010 définit la gestion des risques associés aux soins :

**« La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise. »**

La DREES a mené en 2009 une enquête nationale sur les E.I.G.

A l'hôpital, la survenue d'un EIG (évitable ou non) a été évaluée à 6,2 pour 1 000 jours d'hospitalisations.

Près de la moitié des EIG (177/374) ont pu être considérés comme « évitables ».

La DREES a relevé que les actes invasifs et les infections nosocomiales sont les causes principales de ces événements évitables.

#### **Les maladies à déclaration obligatoire :**

Les deux décrets du 6 mai 1999, modifiés, fixent la liste des maladies devant faire l'objet d'une transmission des données ainsi que les modalités de cette transmission à l'autorité sanitaire. Cette liste comporte actuellement 30 maladies.

L'exploitation nationale des données recueillies est faite par l'InVS.

Cette déclaration obligatoire permet de mesurer l'évolution de l'incidence, de détecter des regroupements de cas et des tendances épidémiologiques, d'intervenir précocement pour limiter la diffusion de certains agents infectieux au niveau local, régional ou national.

Cette veille sanitaire permet également d'évaluer l'impact de stratégies de prévention des maladies ou de leur prise en charge.

L'efficacité de ce système de surveillance dépend très fortement de la participation des médecins et biologistes.

#### **Exemples :**

##### La rougeole :

En 2006 et 2007, le nombre de cas déclarés à l'InVS était d'une quarantaine par an. Depuis 2008, une épidémie de rougeole est observée en France. Elle s'est poursuivie en 2009 et s'est très nettement intensifiée en 2010 : 600 cas ont été déclarés en 2008, 1 500 en 2009, plus de 5 000 cas en 2010. Plus de 3 400 cas ont été notifiés pendant les deux premiers mois de l'année 2011

En Limousin, et sans tenir compte d'une sous-déclaration de l'ensemble des cas, les déclarations ont été de 8 cas pour 2009, 96 cas en 2010 et 65 cas depuis le début de l'année 2011.

##### La légionellose :

Bien que le nombre de cas soit limité (11 en 2010), le risque lié à la légionelle est présent en Limousin.

Dans la même logique, des procédures de signalement systématique de cas groupés de certaines

pathologies ont été mises en place. Nous citerons les infections respiratoires aiguës (IRA) et les gastro-entérites aiguës chez les personnes âgées en établissements.

Enfin, dans le cadre notamment de la maîtrise des risques émergents, des instructions spécifiques ont été données pour signaler toute infection à certains germes : exemple des EPC (entérobactéries productrices de carbapénémases).

#### **I.1.3.1.3. Les risques industriels et technologiques**

##### **Les risques technologiques :**

Dix accidents industriels ou technologiques ont été déclarés en 2001 au Bureau d'analyse des risques et pollutions industrielles du ministère de l'environnement, dont un seul par rejets dangereux, ce qui est là aussi très faible comparé aux autres régions françaises.

Il existe par ailleurs 41 grands barrages soumis à étude de dangers dont 11 devant faire l'objet d'un plan particulier d'intervention PPI.

##### **Les installations classées :**

: Le Limousin comprend 6 sites.

- BUTAGAZ
- PRIMAGAZ
- TOTAL à Brive
- NOBEL
- EPC (ex Nitro Bickford)
- VALDI au Palais-sur-Vienne (classement SEVESO en avril 2010)

En Limousin, tous les établissements SEVESO à haut risque ont réalisé une nouvelle étude des dangers de leurs installations, en application des dispositions de la directive SEVESO II, celle de VALDI devant être remise pour fin 2012.

En matière de maîtrise de l'urbanisation, des procédures ont permis de réglementer l'usage du sol autour d'établissements SEVESO à haut risque.

#### **I.1.3.1.4. Les risques miniers**

##### **Les anciennes mines :**

De part son contexte minéralogique, le passé minier de la région Limousin est très important. L'héritage constitué par les séquelles en résultant l'est tout autant.

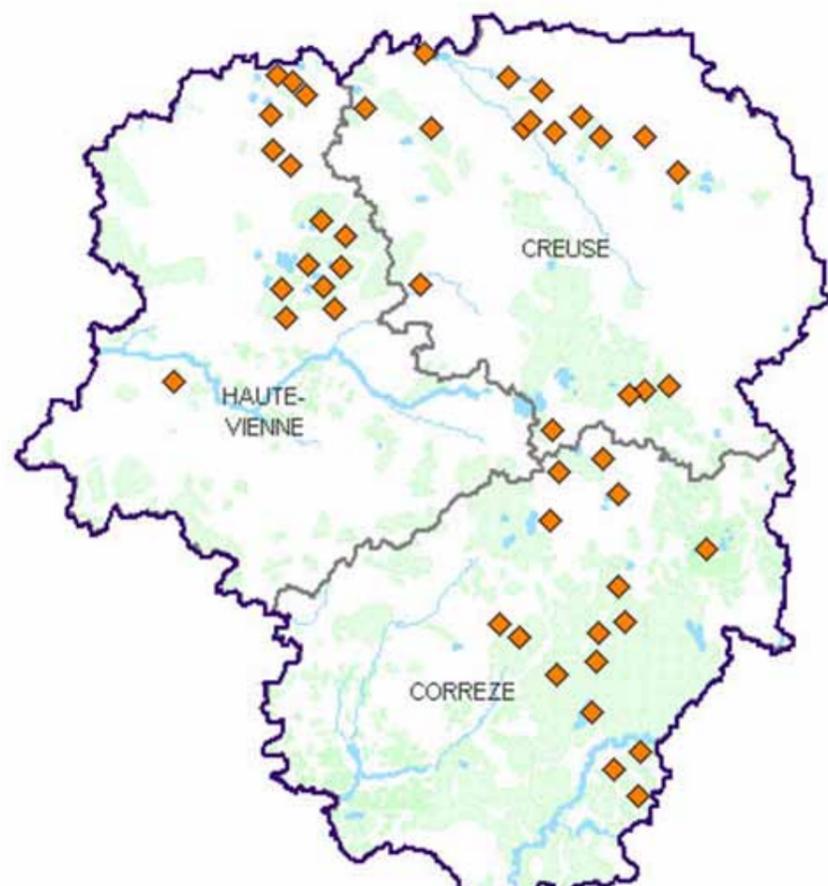
Bien avant la mise en valeur des gisements uranifères, cette région a fait l'objet de nombreux travaux d'exploitation de substances minières comme l'or, la houille, l'antimoine, le plomb argentifère et le tungstène. Ces travaux ont laissé des vestiges qui représentent un potentiel de risques sur certains sites aujourd'hui orphelins. Depuis la modification du code minier en 1999, l'Etat a la charge de la réparation des dommages causés par ces exploitations.

##### **Les mines d'uranium :**

Dans les années 1980, l'uranium du Limousin représentait 40 % de la production nationale et 15 % de la consommation d'EDF. Actuellement, la totalité des mines d'uranium est fermée.

Les groupes de population identifiés pour lesquels l'impact est estimé maximal, forment les groupes de référence qui sont surveillés afin de s'assurer que l'impact du site reste acceptable. La notion de dose ajoutée (dose efficace) traduit le fait que l'impact des installations vient s'ajouter au bruit de fond naturel.

Tous les résultats 2003 donnent des valeurs inférieures à 1 mSv. Ils sont satisfaisants mais il est vraisemblablement possible de les améliorer.



En raison de son contexte minéralogique, la région du Limousin comporte un nombre important de sites miniers d'uranium : 75 au total.

Les groupes de population identifiés pour lesquels l'impact est estimé maximal, forment les groupes de référence surveillés.

**Carte 2: Cartographie des sites miniers du Limousin. Source: DREAL**

A la demande des ministères chargés de la Santé de l'industrie et de l'environnement, il a été mis en place un groupe d'expertise pluraliste (GEP) pour examiner les conséquences environnementales et sanitaires de l'après-mine. Ce GEP a émis un certain nombre de recommandations dont certaines intéressent directement l'ARS :

**L'impact radiologique sur les populations**

Ces évaluations montrent, sur la base des données de la surveillance radiologique actuelle, des niveaux d'exposition ajoutée qui restent en deçà des limites réglementaires mais peuvent pour certains cas particuliers s'en approcher voire les dépasser légèrement en fonction des hypothèses retenues sur les teneurs en radionucléides. Les travaux menés par le GEP ne conduisent pas, sur les zones d'études auxquelles ils se sont limités, à remettre en cause ces résultats sur le niveau de protection des populations vis-à-vis du risque radiologique. Ils soulignent cependant la nécessité d'affiner les évaluations par un renforcement des connaissances et de la méthodologie. Ils appellent également à élargir leur champ à l'ensemble des impacts radiologique et chimique sur l'homme et sur l'environnement

**L'utilité d'une bonne évaluation de l'impact sanitaire des anciens sites**

- La recommandation 6 demande de renforcer l'évaluation des impacts chimiques sur l'homme et de mettre en œuvre, selon une approche graduée, une évaluation des impacts radiologiques et chimiques sur les écosystèmes.
- La recommandation 7 demande de développer des outils de surveillance et de veille sanitaire dans les zones de radioactivité naturelle importante sur l'ensemble du territoire français telles que les régions uranifères et d'y intensifier la mise en œuvre des politiques de santé publique en matière de protection des populations contre les expositions aux rayonnements ionisants.

Le GEP reconnaît que la question des impacts des sites miniers d'uranium peut ne pas justifier à elle seule la mise en place des outils de surveillance sanitaire, dont l'intérêt est plus large. Il note par ailleurs que la difficulté associée à leur exploitation ne doit pas être négligée. L'existence de tels outils constitue cependant une base indispensable pour aborder la question du risque sanitaire associé aux anciens sites en permettant une quantification des effets, complémentaire de l'évaluation des expositions. Aussi, le GEP préconise de :

- mettre en place, lorsqu'ils font défaut dans les régions concernées, des registres de pathologies (dont les cancers), qui sont actuellement les seuls outils permettant d'identifier, de manière exhaustive, les cas dans une zone d'intérêt ;
- poursuivre les réflexions sur l'intérêt et la manière de conduire des études de veille sanitaire permettant de rechercher, pour les pathologies d'intérêt et sur une période donnée, une éventuelle surreprésentation du nombre de cas (agrégat) sur certains secteurs géographiques. Ces réflexions porteront notamment sur les facteurs socio-démographiques à prendre en compte dans l'exploitation statistique des données, et sur la définition en amont de critères guidant l'interprétation des résultats issus d'une telle veille.

Les travaux du GEP montrent la nécessité d'inscrire la réflexion sur la contribution potentielle des anciens sites miniers dans une préoccupation plus large sur les niveaux d'exposition globaux reçus par les populations des secteurs concernés, avec une vigilance particulière sur les eaux de boisson et le radon. Dans ce contexte, il est important de :

- développer un effort particulier pour caractériser et surveiller la qualité des eaux vis-à-vis des paramètres radiologiques et chimiques d'intérêt, en lien avec les différents types d'utilisations (alimentation en eau potable, agriculture, puits fermiers...);
- engager une démarche volontariste de dépistage du radon dans les immeubles bâtis – et les bâtiments d'habitation en particulier – situés dans les zones de radioactivité naturelle importante, dont les secteurs miniers d'uranium Cette démarche reposera sur la sensibilisation, l'incitation et éventuellement à terme sur les dispositifs réglementaires en cours d'élaboration.

### 1.1.3.2. Les enjeux : identification des populations, situations ou territoires

Les enjeux de la veille et de la sécurité sanitaires sont internes et externes et portent sur la :

- crédibilité,
- lisibilité,
- maîtrise,
- cohésion.

de l'action de l'ARS face à tout signalement ou alerte sanitaire.

Ces enjeux sont couplés à des contraintes spécifiques liées à l'impact sanitaire de tout événement accidentel ou volontaire :

- sécurisation des systèmes d'informations et des moyens de transmission,
- dépendances vis-à-vis d'opérateurs extérieurs (ressources en eau, énergétiques, d'élimination des déchets, approvisionnement alimentaire ....)

Dans le domaine médical en général et en veille et sécurité sanitaire en particulier, la transparence de l'action administrative constitue un objectif essentiel à atteindre. Elle doit s'appuyer sur les faits et l'état des connaissances. Elle permet d'asseoir la crédibilité des mesures de prévention proposées à la population. L'identification des risques, des parties prenantes, la veille médiatique lors d'événements exceptionnels, la rédaction de procédures de gestion et la réalisation de simulation (exercices, retours d'expériences) constituent les points clés à prendre en considération.

L'organisation proposée dans ce volet « VAGUSAN » prend en compte les éléments incontournables tels que l'analyse de la situation, l'évaluation du risque, sa nature, son impact, les objectifs prioritaires à court, moyen ou long terme.

On peut être confronté à des événements à cinétique rapide (signalement de maladies à déclaration obligatoire, pollution accidentelle...) qui sont validés immédiatement et qu'il faudra gérer rapidement, et des événements à cinétique lente (surveillance épidémiologique ...) à analyser dans leur durée, leur intensité, leur occurrence au regard du contexte environnemental ou social par exemple.

### 1.1.4. Le dispositif de veille et d'urgences sanitaires : la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires

Le cadre organisationnel retenu s'appuie sur la mise en place, au niveau de l'ARS, d'une plateforme régionale de veille et de gestion des urgences sanitaires. Ce cadre organisationnel repose sur :

#### 1.1.4.1. L'organisation de la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires

##### Un point focal régional

La réception et le traitement des signaux au niveau régional sont organisés pour garantir la permanence de leur réception et de leur traitement. Tous les signaux devront, à terme, converger vers ce point focal. Ce point focal est doté d'un numéro de téléphone unique, d'un numéro de fax unique et d'une adresse électronique qui permettent à toute personne physique ou morale de signaler un événement susceptible de représenter une menace sanitaire.

Ce point focal est matérialisé physiquement par un centre de réception et de régulation des signaux.

L'organisation mise en place au sein de l'ARS est destinée à garantir une réactivité maximale.

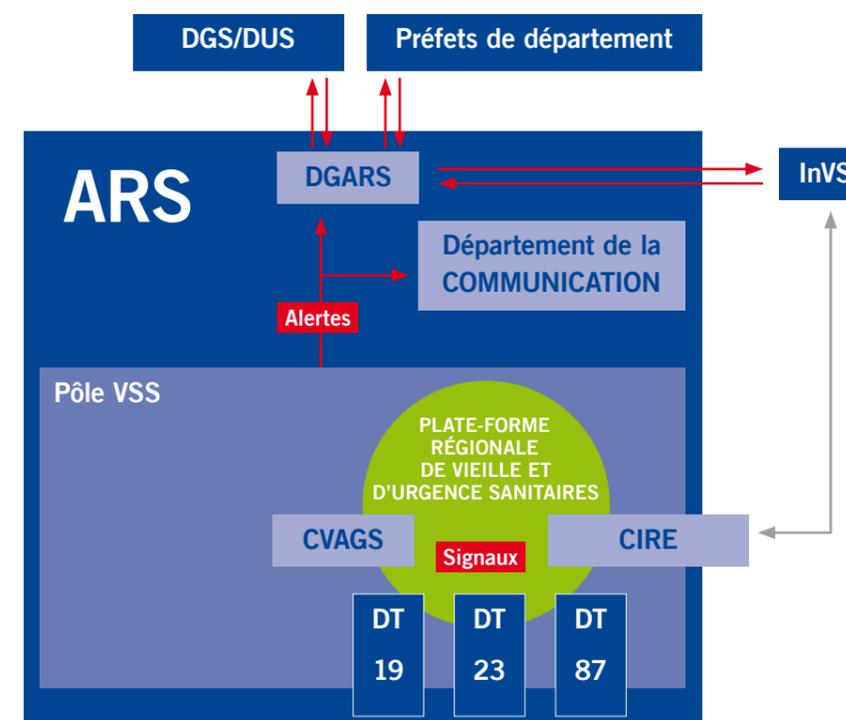


Figure 2 : Schéma du dispositif de veille et d'urgences sanitaires en Limousin

L'organisation de la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires repose sur des principes de traçabilité, d'égalité et de qualité du traitement de signaux survenant dans la région du Limousin.

La plate-forme est :

- le lieu d'administration du système d'information partagé des signaux et des alertes sanitaires;
- le point de départ de la transmission des alertes au niveau national.

Elle est une organisation fonctionnelle constituée :

- d'un point focal unique sur lequel, à terme, tous les signaux doivent converger ;
- d'un noyau de permanents de la veille sanitaire et de défense au sein de la Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) ;
- et de la Cellule régionale de défense et sécurité (CRDS).

Le fonctionnement de cette plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires comprend :

- la cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) dont fait partie la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS) ;
- une antenne de la cellule de l'InVS en REgion (CIRE) Limousin-Poitou-Charentes ;
- une participation effective et sans interruption, de personnels techniques compétents, tant en analyse et évaluation des signaux réceptionnés qu'en gestion des mesures de contrôle via la Cellule de l'InVS en REgion (CIRE) et les moyens opérationnels des délégations territoriales.

#### I.1.4.2. Les missions de la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires

Les missions de cette plate-forme sont :

Pour la CVAGS :

- D'assurer la réception de l'ensemble des signaux : signalements d'événements et signaux issus des différents systèmes de surveillance ;
- De vérifier, valider les signaux et les transmettre au DG ARS avec le soutien et l'expertise de la CIRE pour leur évaluation, en particulier dans les situations « protocolisées » ;
- D'assurer la gestion des signalements selon la procédure en vigueur.
- D'assurer le lien avec l'administration centrale et les agences concernées dans le cadre de la gestion des alertes.

Pour la CRDS :

- De préparer les outils de gestion des situations urgentes ;
- De coordonner la préparation des plans (pandémie, NRBC, plans blancs élargis) ;
- D'assurer le lien avec l'administration centrale, et au besoin, le niveau zonal dans le cadre de la gestion des alertes.

Pour la CIRE :

- De pouvoir contribuer à la validation des signaux à la demande de la CVAGS ;
- De garantir l'évaluation des situations qui le nécessitent sur sollicitation de la CVAGS ou par auto saisine ;
- De préparer les outils d'investigation des signaux et d'analyse du risque ;
- D'effectuer l'analyse des données issues des systèmes de surveillance de l'InVS régionalisés et de transmettre à la CVAGS les alertes qui en sont issues ;
- D'assurer le lien avec les départements de l'InVS en tant que de besoin dans le cadre de l'évaluation des menaces.

#### I.1.5. L'organisation fonctionnelle de l'Agence régionale de santé du Limousin

##### I.1.5.1. L'organisation de la plate-forme

La CVAGS (Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire) est le point focal régional unique de réception des signaux quelles que soient leur nature et leurs origines. Ce point focal possède une adresse unique :

**Tel: 05 55 11 54 54**

**Fax: 05 67 80 11 26**

**Courriel: [ars87-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars87-alerte@ars.sante.fr)**

##### Les jours ouvrés (amplitude horaire de fonctionnement comprise entre 8 h 30 et 18 h 00)

Une permanence est assurée chaque jour pour la réception des signaux avec au minimum, un personnel administratif et en appui un personnel technique. En cas de nécessité, la CVAGS fait appel à la CIRE Limousin Poitou-Charentes. Prochainement, deux épidémiologistes de la CIRE seront présents sur le site de Limoges et pourront venir en appui à la CVAGS en cas de besoin.

##### Les jours et heures non ouvrés

Une astreinte est mise en place pendant les jours et les heures non ouvrés. Le dispositif d'astreinte est composé de deux cadres administratifs, d'un médecin, d'un ingénieur et d'un directeur au niveau de l'ARS complété au niveau zonal le week-end d'un épidémiologiste et d'un pharmacien.

La réception des appels est assurée par l'astreinte administrative. Selon la nature de l'appel, l'astreinte administrative ou les astreintes techniques concernées sont mobilisées et les modalités de l'intervention définies selon des procédures harmonisées au niveau régional.

##### I.1.5.2. Les signaux

Les signaux peuvent être de nature et d'origines différentes, et être classés en plusieurs catégories. Il s'agit des :

- signaux en rapport avec le signalement d'une maladie à déclaration obligatoire : Toutes les maladies à déclaration obligatoire (MDO) entraînent une déclaration à l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) afin d'assurer la mission de surveillance au niveau national. Le signalement d'une MDO par un partenaire représente un signal qui peut justifier une vérification, voire une investigation au niveau local (exemple : signalement d'une infection invasive à méningocoque),
- signaux détectés par un système de surveillance (résultats d'analyses, enquêtes, indicateurs) : Les signaux de cette nature résultent d'une analyse de routine de données collectées dans le cadre de contrôles et de suivis réglementaires et peuvent devenir, lors de l'étude de la situation, une alerte. Ces signaux sont traités soit au niveau territorial (non conformités en eau potable), régional, soit au niveau national via l'INVS et selon les cas avec l'appui de la CIRE,
- signaux autres que MDO en relation avec un événement de santé : Ces signaux concernent des événements de santé rapportés hors du cadre des systèmes de surveillance de routine, mais perçus comme présentant une menace pour la santé publique. Ils sont le plus souvent rapportés par des médecins cliniciens ou des laboratoires. Ils peuvent être également rapportés par la population elle-même ou ses relais (presse, association) ou une collectivité qui font état de

survenue de maladies représentant une menace pour la santé publique (infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées, maladies transmissibles dans les collectivités d'enfants ex : gale, coqueluche),

- signaux déclarés ou détectés en relation avec une exposition : Ces signaux concernent les risques des milieux environnementaux, les sinistres naturels ou technologiques et les actes de malveillance, s'ils sont susceptibles de porter atteinte à la santé humaine, ainsi que les intoxications ou pollutions de l'environnement perçues comme représentant une menace pour la santé publique (ex : intoxication au monoxyde de carbone). Ces signaux peuvent provenir de structures surveillant des indicateurs d'exposition internes ou externes à l'ARS, des médias ou des publics,
- signaux d'origine interministérielle, européenne ou internationale : Les signaux d'origine interministérielle sont reçus par la DGS qui les transmet à l'ARS. Ils concernent des événements de santé rapportés par d'autres ministères et nécessitant une évaluation de la menace qu'ils représentent. Les signaux d'origine européenne proviennent du réseau européen d'alerte et sont reçus par l'INVS et la DGS ou des réseaux européens de surveillance spécifique (ex Ewgli : The European Net Working Group for Legionella Infections) qui ne sont reçus que par l'INVS et communiqués à la DGS. Les signaux d'origine internationale sont analysés et transmis par l'INVS à travers une veille internationale prospective. Ils peuvent également être déclarés à l'INVS par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans le cadre du Règlement Sanitaire Internationale (RSI),
- signaux relevant du périmètre des vigilances : Le terme vigilance englobe la surveillance réglementée de produits (santé ou autres), de pratiques (activités de soins), environnementale et repose sur le signalement d'événements indésirables relatifs à la santé humaine. La vigilance sanitaire est une surveillance spécialisée sur des thèmes particuliers et décrite au travers du code de la santé publique. Toutes les vigilances sont exercées sous l'égide d'une agence nationale mais certaines sont dotées d'un niveau régional ou interrégional. En lien avec les partenaires notamment hospitaliers, l'ARS a des compétences notamment dans les domaines de la surveillance des infections nosocomiales (INVS) et de l'hémovigilance (Afssaps),
- signaux ou situations affectant le fonctionnement des établissements de santé ou médico-sociaux : Ils concernent les conséquences d'un événement, rassemblement ou manifestation susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de réponse ou l'organisation du système de soins.

### 1.1.5.3. Les étapes du traitement du signal

Le traitement des signaux compte plusieurs étapes :

#### La réception du signal

**La vérification du signal :** cette étape consiste à confirmer l'existence de l'évènement à l'origine du signalement et à en recouper les informations par d'autres sources susceptibles d'avoir des informations sur l'évènement. A l'issue de cette étape le signal est considéré comme susceptible d'être validé,

**La validation du signal** consiste à s'assurer que le signal vérifié relève bien du champ de l'ARS,

**L'inscription dans la main courante du système d'information :** le signal est enregistré dans le système d'information partagé dès lors que le signal est validé,

#### L'évaluation du signal

Un signal, même validé, ne représente pas toujours une menace pour la santé publique. Cette menace potentielle doit être évaluée et sa portée caractérisée. Cette menace est susceptible de devenir une alerte :

- alerte de portée nationale : c'est une alerte dont l'importance où la diffusion dépasse le cadre régional et dont la réponse nécessite une coordination à un niveau interrégional ou national,
- alerte de portée locale nécessitant un appui : c'est une alerte nécessitant un appui pour son évaluation ou sa prise en charge,
- alerte de portée locale nécessitant une information nationale : c'est une alerte, gérée par l'ARS et qui nécessite une information au niveau national compte tenu de la sensibilité du sujet ou de la possibilité de survenue dans un autre département,
- alerte de portée locale : c'est une alerte locale gérée par l'ARS et qui ne nécessite pas une information particulière vers les niveaux nationaux,
- alerte non confirmée : c'est un signal vérifié qui ne correspond pas à une alerte de santé publique.

Cette évaluation est réalisée par les médecins, les ingénieurs et les techniciens de l'ARS, éventuellement en lien avec la CIRE notamment pour les signaux qui sont :

- inhabituels,
- inattendus,
- avec un impact en termes de santé publique,
- avec une probabilité d'extension.

**La gestion :** l'investigation, la gestion et le suivi de la mise en œuvre des mesures de contrôle, l'adaptation des mesures de contrôle de l'évènement selon leur efficacité.

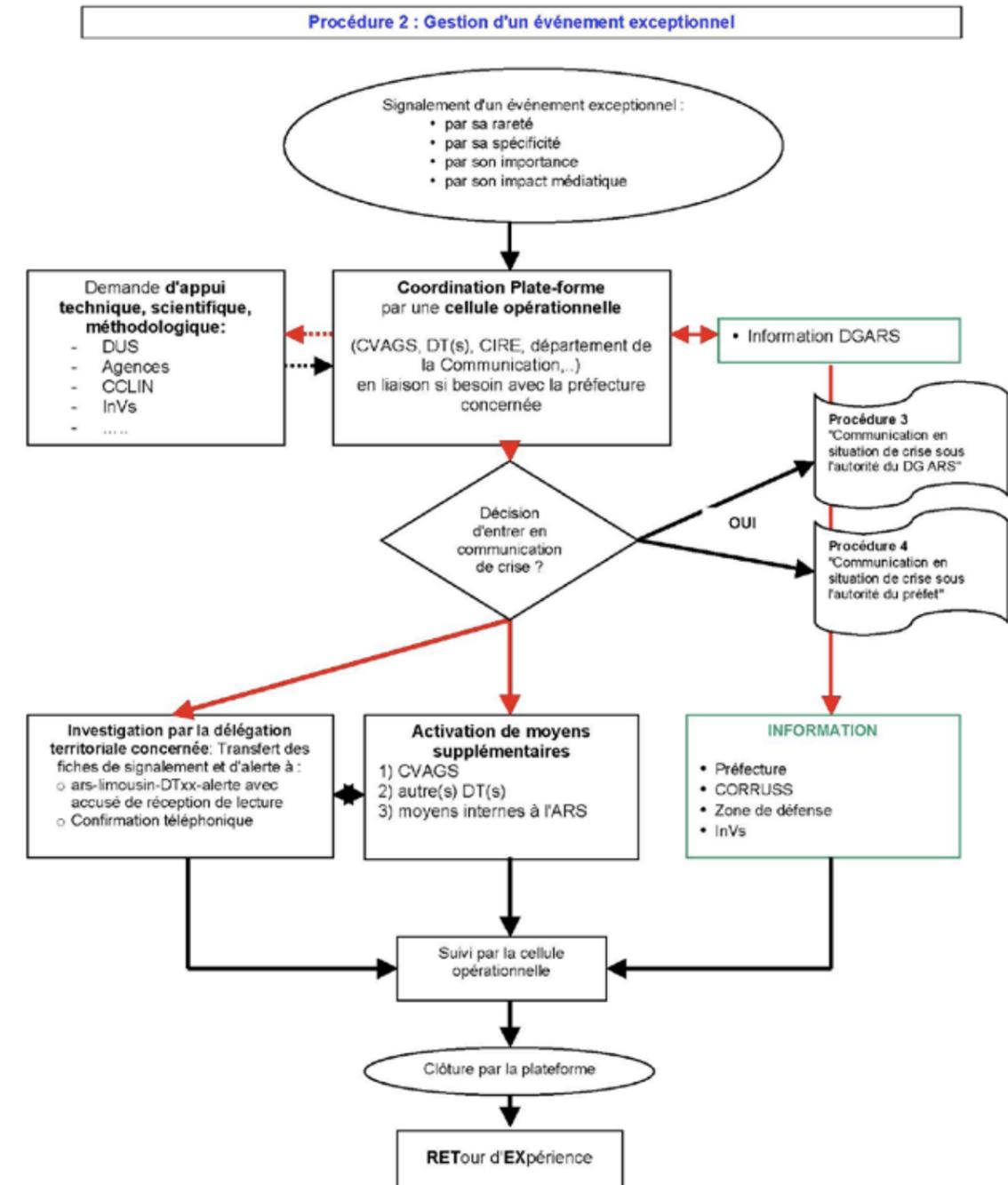
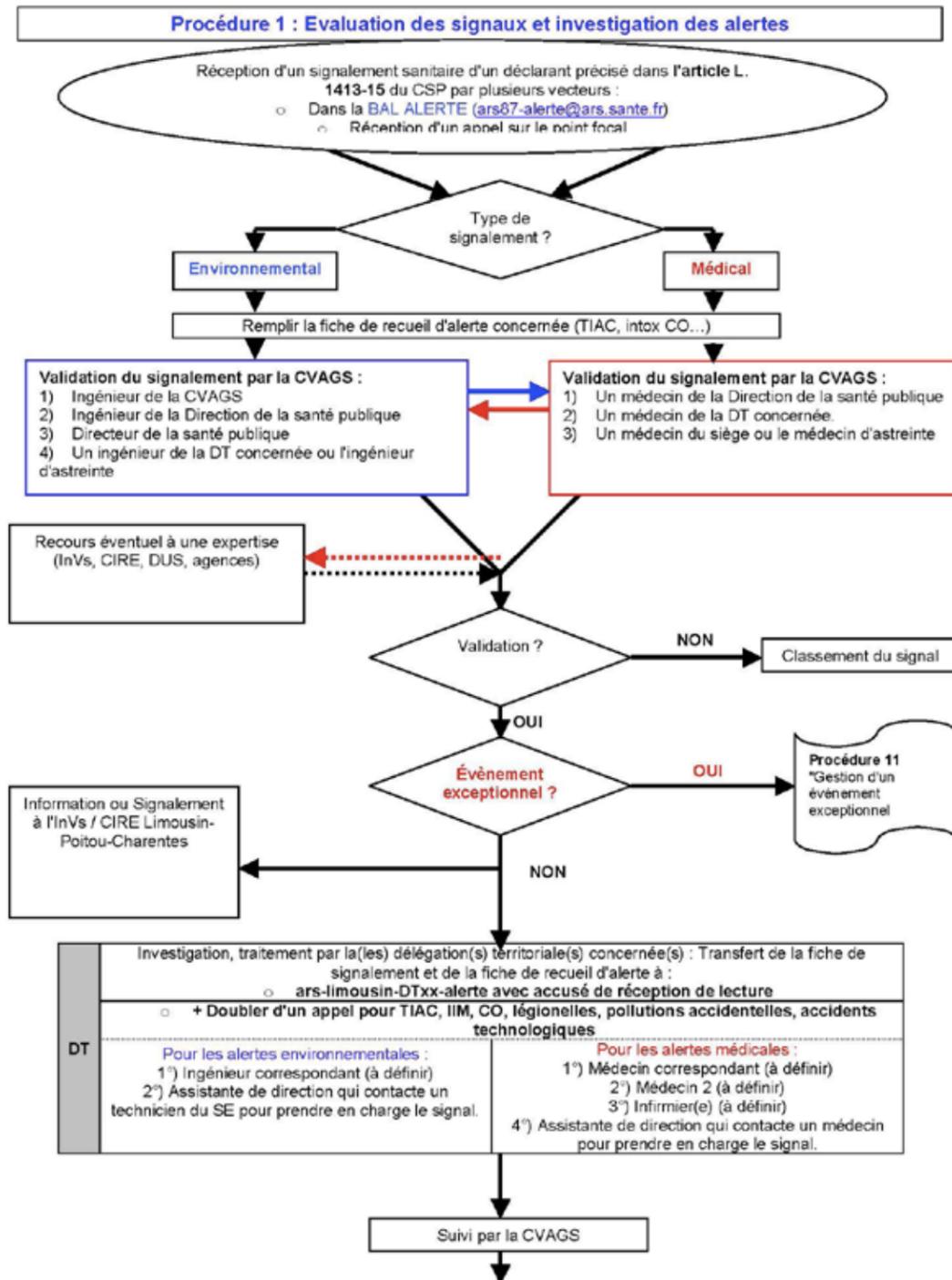
Ce dispositif est représenté par les deux logigrammes ; le premier pour un signalement classique, le second pour une alerte concernant un évènement exceptionnel.

Le cadre général défini par ces deux logigrammes (en pages suivantes) nécessite en complément

- la formalisation de fiches de recueil des alertes,
- la rédaction et la validation de procédures d'intervention.

Ces fiches et procédures sont particulièrement nécessaires lors des jours ouvrés pour enregistrer le signal et lors de la période d'astreinte.

En parallèle d'autres procédures régionalisées de gestion des infections invasives à méningocoque (IIM) et des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) par exemple doivent être élaborées.

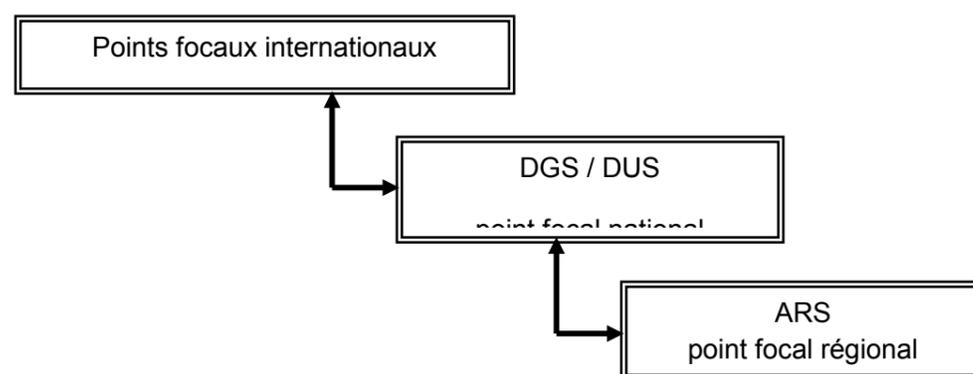


#### I.1.5.4. Les partenaires

##### I.1.5.4.1. L'articulation des partenaires autour d'un point focal

L'organisation entre les différents partenaires est principalement axée sur la détection et la transmission de tout événement de santé publique. Le règlement sanitaire international (RSI) organise les circuits de veille et d'alerte internationaux et d'urgence de santé publique de portée internationale.

Le principe est posé que les échanges d'informations sanitaires nationaux ou internationaux transitent par des points dits « focaux ».



##### I.1.5.4.2. Les niveaux de décision et de concertation

Le réseau international
Organisation Mondiale de la Santé: le règlement sanitaire international (RSI) impose aux Etats signataires (194 membres) de développer leurs capacités de veille et de sécurité sanitaire avant le 15 juin 2012.
Health security committy: comité international pour la préparation des Etats membres aux urgences de santé publique.
Le réseau européen
Réseau européen de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles.
Réseau européen de prévention et de contrôle des maladies.
Le réseau national
<b>Département des Urgences Sanitaires (DUS) Point focal national,</b> Recueil des alertes sanitaires ou sociales (InVS, AFSSAPS, .....), Gestion des alertes, Prépare la réponse aux menaces sanitaires de grandes ampleurs CORRUSS/EPRUS
<b>Institut de Veille Sanitaire (InVS)</b> surveillance et observation permanentes de l'état de santé de la population, veille et vigilance sanitaires, alerte sanitaire, contribution à la gestion de crise, participe au réseau européen de surveillance.

##### Le réseau national (suite)

###### Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS)

concerne tous les produits de santé destinés à l'homme,

réseau de vigilances: pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, pharmacodépendance, cosmétovigilance, biovigilance, hémovigilance et la vigilance des produits de tatouage.

L'AFSSaPS a un pouvoir de décision de police judiciaire (suspension, restriction ou interdiction).

###### Agence Nationale chargée de la Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail (ANSES)

Assure la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation:

évaluation des risques sanitaires,

expertise et appui scientifique et technique (élaboration des dispositions législatives et réglementaires et la mise en œuvre des mesures de gestion de risque),

assure la protection de la santé et du bien-être des animaux,

assure la protection de la santé des végétaux,

évaluation des propriétés nutritionnelles et fonctionnelles des aliments,

exerce des missions relatives aux médicaments vétérinaires.

###### Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN)

Mesure et évalue les risques liés aux rayonnements ionisants utilisés dans l'industrie ou la médecine, ou les rayonnements naturels:

missions d'expertise (sûreté des installations nucléaires, sûreté des transports de matières radioactives et fissiles, suivi des sources radioactives),

protection et contrôle des matières nucléaires sensibles,

protection de l'homme et de l'environnement contre les rayons ionisants,

observatoire permanent de la radioactivité.

###### Autorité de sûreté nucléaire (ASN)

contrôle les activités nucléaires et de radioprotection en France,

contribue à l'information du citoyen.

Peut demander l'appui de l'IRSN

###### Les laboratoires Le réseau national des laboratoires Biotox et Piratox.

identifier les agents pathogènes de nature biologique ou chimique,

participe à la veille scientifique biologique et chimique.

###### Le service de santé des armées (SSA)

Indépendant du réseau civil de veille et d'alerte sanitaire.

participe à la mission de surveillance et de veille sanitaire selon des modalités qui lui sont propres.

###### Les instituts Pasteur - IP de Paris, IP de Lille et IP d'outre-mer.

étude, et lutte, des maladies infectieuses, parasitaires, immunitaires, etc,

recherche en biologie et en santé, etc.

**Annuaire**

	Coordonnées		Niveau d'intervention
	Téléphone	Courriel	
DUS CORRUSS	01 40 56 57 84	alerte@sante.gouv.fr	Conseil
InVS	Fax : 01 41 79 67 69	www.invs.sante.fr	Conseil
CIRE Limousin-Poitou	05 49 42 31 69	ars-limousin-pch-cire@ars.sante.fr	Investigation/Conseil
IRSN	01 58 35 88 88	http://www.irsn.fr	
AFSSAPS	01 55 87 30 00	http://www.afssaps.fr	
ANSES	01 49 77 13 50	http://www.anses.fr	
Laboratoires BIOTOX-PIRATOX : laboratoire IPL Santé environnement durables Atlantique	06 85 07 58 24		
ASN : Autorité de Sûreté Nucléaire	0 1 40 19 86 00	http://www.asn.fr	
SSA : Service de Santé des Armées	01 41 93 32 65	http://www.defense.gouv.fr/sante	
Institut Pasteur, CNR	01 45 68 80 00	http://www.pasteur.fr	

**1.1.5.4.3. Les partenaires régionaux****Les Préfets**

La nouvelle répartition des compétences issue de la loi HPST du 21 juillet 2009 requiert une coordination entre les Préfets et les directeurs des ARS pour garantir la continuité opérationnelle des responsabilités de chacun dans le champ de l'alerte, de la sécurité et de la police sanitaire, de la salubrité et de l'hygiène publiques. Les Préfets concernés sont le Préfet de département et le Préfet de zone de défense et de sécurité. Cette collaboration s'organise dans le cadre de protocoles départementaux et zonaux conclus entre Préfets et directeurs des ARS.

**Le Préfet de département**

Le Préfet de département est seul responsable de l'ordre public et conserve ses compétences en matière de salubrité et d'hygiène publiques. L'ARS contribue, dans le respect des attributions du Préfet de département, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire. Dès lors, pour l'exercice de ses compétences en matière de sécurité sanitaire, le Préfet dispose à tout moment des moyens de l'ARS. Cette collaboration s'organise dans le cadre de protocoles conclus entre Préfets et directeurs des ARS.

Le protocole départemental précise les modalités suivant lesquelles l'ARS intervient pour préparer et, le cas échéant, mettre en œuvre les décisions relevant de la compétence du Préfet de département, notamment en matière de gestion des alertes sanitaires. Ces actions et prestations sont mises en œuvre sous l'autorité du Directeur Général de l'ARS et à la demande ou par délégation du Préfet. Par ailleurs, les services de l'agence se trouvent placés pour emploi sous l'autorité du Préfet de département, lorsque celui-ci estime qu'un évènement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

Enfin, le directeur de l'ARS et le Préfet de département s'informent réciproquement et sans délai de tout évènement sanitaire dont ils ont connaissance et présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

Cette disposition s'applique également, en vertu de l'article L. 1413-15 du CSP, aux services de l'État, en particulier les directions départementales de la protection des populations, des territoires et de la mer qui sont tenus de signaler sans délai au Directeur Général de l'ARS les menaces imminentes pour la santé de la population dont elles ont connaissance, ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée.

**Le Préfet de région**

Le Préfet de région ne dispose pas de compétence propre en matière de veille et sécurité sanitaire. En revanche, il préside un comité régional de sécurité sanitaire, chargé, notamment, de développer les échanges d'information sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'évènements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population, et les moyens mis en œuvre par l'ARS pour l'exercice des compétences des Préfets de département.

Outre le Préfet de région, ce comité réunit les Préfets de département de la région et le Directeur Général de l'ARS. Il se réunit au moins une fois par an et, notamment en cas d'urgence, sur demande de l'un de ses membres.

**Le Préfet de zone de défense et de sécurité**

Le Préfet de zone est chargé de coordonner la préparation et la gestion des menaces majeures relevant de la sécurité nationale au sein de la zone.

Il prend les mesures de coordination nécessaires lorsque intervient une situation de crise ou que se développent des évènements d'une particulière gravité, quelle qu'en soit l'origine, de nature à menacer des vies humaines, à compromettre la sécurité ou la libre circulation des personnes et des biens ou à porter atteinte à l'environnement, et que cette situation ou ces évènements peuvent avoir des effets dépassant ou susceptibles de dépasser le cadre d'un département.

Dans ce cadre, le Directeur Général de l'ARS zonale assiste le Préfet de zone pour la préparation et, le cas échéant, pour la mise en œuvre des mesures de défense et de sécurité nationale prises par le Préfet de zone. Le Directeur Général de l'ARS de zone adresse alors des directives aux directeurs généraux des autres ARS de la zone de défense et de sécurité.

L'organisation de ce service zonal de défense et de sécurité a été définie, en 2008, avant la création des ARS, par une circulaire qui est en cours de révision pour s'adapter à la nouvelle organisation administrative issue de la création des ARS.

Le comité régional de sécurité sanitaire prévu à l'article R1435-6 du code de la santé publique est chargé de développer les échanges d'information sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'évènement 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'ARS pour l'exercice des compétences des préfets de département. Le Préfet de région réunit le comité au moins une fois par an et notamment en cas d'urgence, sur demande de l'un de ses membres.

L'objet de ce protocole cadre est de décrire l'ensemble des missions de défense et de sécurité dans le domaine des affaires sanitaires ainsi que leur niveau de réalisation (zonal ou régional), de proposer une organisation structurelle et fonctionnelle entre les différents niveaux d'intervention.

#### Les partenaires régionaux susceptibles de transmettre des signalements

MDO et DO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professions médicales</li> <li>• Laboratoires</li> <li>• Établissements de santé et médico-sociaux</li> <li>• Structures de santé</li> <li>• SDIS</li> <li>• Pédiatres</li> <li>• PMI, santé scolaire</li> <li>• Service de santé au travail</li> <li>• URPS</li> </ul>
Risques infectieux et EIG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissements de santé et médico-sociaux</li> <li>• Professionnels de santé (via l'URPS, conseil de l'ordre)</li> <li>• Structures de santé</li> <li>• EFS (EIG donneurs) – AFSSAPS (EIG)</li> </ul>
Risques environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SIRDPC</li> <li>• Services de l'État (DDT, DREAL, DDCSPP...)</li> <li>• Collectivités territoriales</li> <li>• Réseaux de mesures (Limair...)</li> </ul>
Réseaux de suivi régionaux et nationaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPSILIM (ORULIM, OMEDIT...)</li> <li>• Centre Régional de Pharmacovigilance</li> <li>• Agences (Afssaps, InVS, Haute Autorité de santé...)</li> <li>• Autorité de Sûreté Nucléaire</li> <li>• Registre des cancers</li> <li>• Coordination régionale d'hémovigilance-réseau national de correspondants hémovigilants-Conférence Nationale des correspondants régionaux d'hémovigilance.</li> <li>• CLAT</li> <li>• SUMPPS (service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé)</li> <li>• Centres de vaccination</li> <li>• ORS</li> <li>• CIDDIST, CDAG</li> <li>• Services communaux d'hygiène et de santé</li> <li>• Ordres professionnels</li> <li>• Collectivités territoriales</li> <li>• Collectivités locales</li> <li>• CPAM et caisses d'autres régimes</li> </ul>

#### I.1.5.5. La transversalité relative aux missions de veille et sécurité sanitaire au sein de l'ARS

Cette transversalité est nécessaire pour que les directions métiers définissent des actions en VSS avec la Direction de la Santé Publique en charge de ce domaine de manière plus spécifique et avec le département de gestion des plaintes, le cas échéant. En effet, tous les établissements qui relèvent d'autorisations d'activités délivrées par l'agence ainsi que tous les professionnels de santé sont tenus d'assurer la sécurité des patients qu'ils reçoivent ou qu'ils soignent.

Le volet veille, alerte et gestion sanitaires devra donc prévoir des actions menées en collaboration avec ces services de l'ARS sur différentes thématiques :

- Les collaborations avec la Direction de l'Offre de Soins et de la Gestion du Risque
- Le suivi des plans blancs des établissements de santé
- La disponibilité des lits « dispolits » – tensions hospitalières
- La couverture vaccinale des personnels de santé

Les délais d'accès aux services d'urgence SAU/UPATOU avec produits sanguins (dépôts de sang site EFS)

- La disponibilité et l'accès aux services spécialisés (chirurgie main, grand brûlé, etc...)
- Les collaborations avec la Direction de l'Offre Médico-Sociale
- le suivi des plans bleus des EHPAD
- La couverture vaccinale des personnels des maisons de retraite et établissements pour handicapés
- La couverture vaccinale des résidents en EHPAD (grippe)

Les collaborations avec le Département de l'Analyse des Plaintes et de la Coordination de l'Inspection/Contrôle (APCIC)

- Le suivi des plaintes en lien avec la veille et sécurité sanitaire (produits de santé, événements sanitaires, conflits ...)

Les collaborations avec le département de la communication et de la démocratie sanitaire

- La communication en situation de crise ou d'alerte sanitaire
- la communication de bilans ou autres informations sanitaires.

## I.2. LES OBJECTIFS CHOISIS EN LIMOUSIN

Les instances de concertation lors de l'élaboration du projet régional de santé ont mis en évidence les faiblesses des organisations antérieures en termes de structuration de la veille régionale, de développement du signalement des événements exceptionnels ou à caractère obligatoire réglementés.

### I.2.1. Structurer l'organisation de la VSS à l'échelle régionale

#### I.2.1.1. Articuler la CVAGS avec les 3 délégations territoriales, les directions métiers de l'ARS et la CIRE

La VSS est actuellement structurée à l'échelle régionale. Les procédures de gestion des alertes sont établies entre le siège de l'ARS et les délégations territoriales. Toutefois, la venue de deux épidémiologistes de la CIRE sur le site de Limoges doit conduire à optimiser l'articulation entre le siège, la CIRE et les délégations territoriales lors de la gestion des alertes.

En parallèle, certaines procédures en interne sur des problématiques transversales devront être améliorées telles que :

- La déclaration d'événements en établissements médico-sociaux,
- la bientraitance médicamenteuse dans les EHPAD,
- la sécurisation du circuit du médicament.

#### I.2.1.2. Garantir la continuité des activités de veille et de gestion des alertes par la CVAGS

Le dispositif mis en place au sein de l'ARS doit permettre de recevoir les signalements et gérer les alertes 24 heures/24 et 365 J/365. En période d'astreinte, il y a systématiquement 5 personnes en mesure de réceptionner, de valider puis de traiter un signal reçu. En revanche, pendant les heures ouvrées, les faibles effectifs en médecins, infirmières et ingénieurs de la CVAGS et des délégations territoriales ne permettent pas, du fait des multiples missions de chaque agent (réunions, missions, déplacements, congés,...), de s'assurer en permanence d'une compétence technique pour valider les signaux. Ce point devra être amélioré.

En parallèle, il convient de maintenir pour chaque agent en position d'assurer des astreintes, une formation continue et des mises à niveau régulières sur les évolutions des pratiques et des procédures. De même, il sera nécessaire de développer une culture commune de gestion des alertes entre la CVAGS et la CIRE.

#### I.2.1.3. Assurer la traçabilité des signalements et des actions de gestion

Depuis la mise en place de la CVAGS, il existe une main courante informatisée, réalisée à l'aide d'un tableur et permettant de maintenir un minimum de traçabilité et de transparence dans la gestion des signaux et des alertes.

Toutefois, tous les signaux réceptionnés devraient être saisis et renseignés dans un système d'information partagé entre la CVAGS et ses antennes dans les délégations territoriales et la CIRE, ce qui n'est pas le cas avec le système actuel.

Les objectifs d'un tel système d'information sont d'assurer l'enregistrement et la traçabilité des signaux sanitaires et environnementaux 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 et alimenter les échanges d'expérience,
- répondre au risque médico-légal,
- améliorer l'investigation/évaluation du risque et la gestion des alertes,
- détecter de manière précoce des événements de santé ne pouvant être mis en évidence que par le recoupement d'informations,
- contribuer à l'analyse de l'impact (départemental, régional, plurirégional) d'un signal sanitaire,
- faciliter l'information des personnels d'astreinte,
- partager en temps réel, au niveau régional ou interrégional les signaux sanitaires et environnementaux reçus,

pour :

- assurer une circulation en temps réel des informations,
- faciliter la rétro-information des autorités et des partenaires sur les mesures de gestion prises.

En 2010, deux outils répondant aux objectifs d'un tel système ont été développés : Voozalerte (InVS) et Orage (ARS Rhône-Alpes). Ces deux outils ont été conçus pour être conformes au cadre conceptuel et aux différentes étapes de traitement du signal. Ils font l'objet d'un suivi national piloté par le SGM et l'InVS et seront évalués après un an de fonctionnement. Il conviendra donc d'adopter l'un de ces deux systèmes développés et de le mettre en place.

Par ailleurs, un partage des informations entre la CVAGS, la CIRE et les autres services concernés participant à la plateforme (service santé-environnement, cellule d'hémovigilance...) devra être organisé selon des modalités à préciser.

L'ensemble de ces outils devront bien entendu respecter la confidentialité qui s'impose chaque fois que le nom d'un patient est évoqué dans le cadre d'un signalement et/ou d'une alerte (MDO et DO notamment). L'utilisation des outils informatiques ci-dessus devra être conforme aux recommandations de la CNIL.

#### I.2.1.4. Améliorer la diffusion des informations en interne et en externe

L'efficacité de tout dispositif de validation des signaux et de gestion des alertes passe par une diffusion rapide de l'information tant en interne qu'en externe. Ceci passe par le partage d'outils en commun :

- une main courante informatisée accessible à tous les acteurs (en interne, professionnels de santé...),
- des listes actualisées de référents selon les thématiques en interne comme en externe,
- des procédures validées de gestion des alertes,
- des moyens de communication fonctionnels (boîtes à lettre fonctionnelles au sein de l'ARS auprès des établissements de santé pour diffusion de toute alerte...),

Et le développement d'une culture partagée en veille et sécurité sanitaire par :

- des réunions d'échanges d'information avec les partenaires,
- la mise en ligne sur le site Internet de l'ARS d'informations concernant la veille sanitaire,
- la diffusion d'un document en collaboration avec la CIRE sur l'actualité régionale en matière de veille et de sécurité sanitaire à l'attention de tous les acteurs de la région sur ce champ,
- la consolidation du circuit du signalement dans les établissements de santé et médico sociaux avec le département de l'inspection contrôle.

Objectifs opérationnels	Actions
Veiller à l'articulation de la CVAGS avec les DT, la CIRE et les DM	Compléter le dispositif mis en place en formalisant le fonctionnement de la plateforme pour prendre en compte l'installation d'un site de la CIRE en Limousin
Garantir la continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires par la CVAGS	Améliorer la continuité de validation du traitement des signaux pendant les heures ouvrées
	Assurer une formation continue du personnel de la CVAGS et du personnel d'astreinte
	Développer une culture commune en matière de gestion des alertes pour le personnel de la CVAGS et de la CIRE
Assurer la traçabilité des signalements et des actions de gestion	Mettre en place une main courante dématérialisée (Orages ou Voozalerte)
	Assurer la compatibilité entre une main courante partagée et informatisée et l'anonymisation des noms (maladies à déclaration obligatoire notamment)
Améliorer la diffusion en interne et en externe	Améliorer et mettre à jour régulièrement des listes de contact
	Rencontrer et échanger des informations avec les services, les établissements et les personnes susceptibles de communiquer les signalements
	Élaborer et diffuser régulièrement un document en collaboration avec la CIRE sur l'actualité régionale en matière de veille et de sécurité sanitaire
	Consolider le circuit de signalements avec le département de l'inspection contrôle

#### I.2.2. Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes

##### I.2.2.1. Développer des référentiels partagés de traitement des signaux, d'investigation et de gestion des alertes

Depuis la création de l'ARS, plusieurs types d'alertes ont fait l'objet d'une harmonisation des procédures au niveau régional (eau potable, certaines MDO,...), d'autres harmonisations restent à réaliser. Ces procédures doivent ensuite passer par l'épreuve de l'expérience avant d'être validées. Ce travail doit être poursuivi afin de couvrir les principales alertes rencontrées sur les champs de la VSS. En parallèle, il importe de mettre en place une veille technologique pour assurer au personnel d'astreinte du matériel et des moyens de communication performants, fiables et sécurisés.

##### I.2.2.2. Initier des actions de formation des membres de la CVAGS et des personnes d'astreinte

Il est important de maintenir le professionnalisme du personnel de la CVAGS et des personnes d'astreinte et son niveau technique. Pour cela, la participation à des modules de formation spécifique du personnel est indispensable. De même, il est prévu d'organiser annuellement des demi-journées de retour d'expériences pour le personnel d'astreinte et plus particulièrement pour les cadres régulateurs.

Objectifs opérationnels	Actions
Développer des référentiels partagés de traitement des signaux, d'investigation et de gestion des alertes	Élaborer toutes les procédures de gestion des alertes avec des fiches d'action harmonisées et régionalisées sur tous les champs de la VSS, mise à jour après retour d'expérience puis validées
	Mettre en place une veille technologique pour assurer au personnel d'astreinte du matériel performant, fiable et sécurisé
Initier des actions de formation des membres de la CVAGS et des personnes d'astreinte	Poursuivre des sessions de formation du personnel d'astreinte et des journées d'échanges sur la VSS
	Programmer une demi-journée de retour d'expérience pour les régulateurs d'astreintes

### I.2.3. Développer le signalement (systèmes de surveillance, indicateurs)

#### I.2.3.1. Améliorer le taux de signalement

Pour qu'un signal soit traité, il doit être recueilli par la CVAGS. Aussi, il convient d'améliorer le nombre et la qualité du signalement par la sensibilisation de tous les professionnels, les services et les établissements susceptibles de déclarer une « menace » ou une « potentialité de menace » pour la santé. Pour cela, il faut mettre en œuvre :

- des actions de sensibilisation, d'information, de formation auprès des professionnels de santé et de toute personne susceptible de déclarer des événements constituant une menace pour la santé,
- un retour d'information vers les professionnels déclarants par le biais d'une revue à échéance régulière accessible via le site de l'ARS (à développer avec la CIRE et les partenaires),
- une relance régulière auprès des professionnels susceptibles de signaler (DO, MDO) via la revue d'information, l'URPS (Union Régionale des professionnels de Santé), les ordres professionnels et le site de l'ARS,

- une diffusion régulière des coordonnées du point focal,

mais aussi :

- rappeler aux services de l'Etat les termes du protocole qui les oblige à déclarer (article 1413-15 du code de la santé publique),
- contractualiser avec les réseaux de mesures et de données (ORULIM, LIMAIR, observatoires...) afin de fixer la liste des signaux que la CVAGS souhaite recevoir.

#### I.2.3.2. Sécuriser le système de remontée des maladies à déclaration obligatoire (MDO)

La remontée de la déclaration de MDO se fait le plus souvent par des logiciels spécifiques élaborés par l'InVS (SIROCCO, Win tiac, VOOZANOO, BK4, GRIPE IRA, ...). Ces outils sont sécurisés et les noms des patients anonymisés.

Néanmoins, toute la procédure de recueil du signalement, de validation et de gestion des alertes devra être totalement sécurisée.

#### I.2.3.3. Renforcer la surveillance non spécifique et initier de nouveaux systèmes de surveillance

Pour pouvoir développer une veille sanitaire qui ait la capacité de recueillir tous les signaux porteurs d'une menace pour la santé, il faut développer les réseaux avec les services, les professionnels et les établissements potentiellement porteurs de signaux sanitaires. Cela passe par des rencontres nombreuses avec les partenaires (EPSILIM, LIMAIR, ARLIN, ORULIM, MISEN des 3 départements...) pour se donner les moyens de contractualiser avec eux l'échange de données pour faire évoluer, au besoin, la surveillance et les pratiques.

En parallèle, de nouveaux systèmes de surveillance sur des thématiques connus pour leur impact potentiel sur la santé ou répondant à des demandes sociétales fortes devront être initiés.

Ainsi, il est proposé de mettre en place :

- un réseau de surveillance des pollinoses,
- un réseau de surveillance des phytosanitaires.

Par ailleurs, ces dernières années, les autorités sanitaires ont été interrogées sur des problématiques environnementales ou en lien avec les activités humaines pouvant impacter la santé des populations exposées. A cette sollicitation de la population, il est important de pouvoir apporter une réponse sanitaire claire et de réaliser ou de faire réaliser des études spécifiques. Certaines de ces problématiques ne peuvent avoir une réponse dans la seule approche des populations exposées. Sur certains thèmes transversaux (ex: les phytosanitaires...), un rapprochement avec les services de la santé au travail (DIRECCTE, MSA) est à développer afin de construire une stratégie de surveillance et de veille cohérente et complémentaire.

En matière de risques sanitaires et singulièrement de risque infectieux, les objectifs sont de renforcer les dispositifs de surveillance déjà réglementés, mais aussi de développer des systèmes de surveillance permettant de contribuer à la maîtrise des risques émergents.

Plusieurs axes de propositions peuvent être développés :

**1/Mettre en place un système de surveillance des infections sur prothèses**, dans le cadre d'une organisation en réseau au niveau régional et à partir du CHU de Limoges qui devrait disposer prochainement d'un centre correspondant pour le traitement des infections ostéo-articulaire.

**2/Renforcer le travail en partenariat avec les dispositifs de vigilances des établissements**, et notamment des pharmaco-vigilants et infectio-vigilants sous la forme de rencontres régulières avec les correspondants des établissements (CRPV et ARLIN).

**3/Améliorer le fonctionnement du réseau régional d'hémovigilance en organisant une réunion annuelle** animée par le coordonateur régional d'hémovigilance avec intervenants (EFS, AFSSAPS, CRH des autres régions, comparaison avec les données régionales/nationales, présentation de cas concret d'évènements indésirables graves avec analyse des causes racines, temps d'échange entre correspondants d'hémovigilance ES et EFS...)

A destination des professionnels de santé libéraux le bulletin d'information du CRPV synthétisant les signalements de pharmacovigilance est à diffuser directement aux professionnels par messagerie ou par fax ainsi qu'aux organisations représentatives (Ordre professionnel, URPS) pour relayer l'information.

Les modalités de déclaration de pharmacovigilance ainsi que des défauts de qualité sur les médicaments à usage humain et autres produits de santé accompagnées des liens utiles (site de l'AFSSAPS) sont rappelées sur le portail de l'ARS.

#### I.2.3.4. Développer les systèmes de surveillance des menaces pour la santé publique

Les préconisations du GEP (groupe d'expertise pluraliste sur l'après mines en Limousin) a présenté dans son rapport final plusieurs préconisations dont certaines s'adressent aux autorités sanitaires :

- mettre en place, lorsqu'ils font défaut dans les régions concernées, des registres de pathologies (dont les cancers), qui sont actuellement les seuls outils permettant d'identifier, de manière exhaustive, les cas dans une zone d'intérêt,
- poursuivre les réflexions sur l'intérêt et la manière de conduire des études épidémiologiques de veille sanitaire permettant de rechercher, pour les pathologies d'intérêt notamment les maladies

chroniques d'évolution lente (cancer, insuffisance rénale, cardiovasculaire ou pulmonaire) et sur une période donnée, une éventuelle surreprésentation du nombre de cas (agrégat) sur certains secteurs géographiques. Ces réflexions porteront notamment sur les facteurs socio-démographiques à prendre en compte dans l'exploitation statistique des données, et sur la définition en amont de critères guidant l'interprétation des résultats issus d'une telle veille.

Cette préconisation doit nous conduire à contractualiser avec le Registre des Cancers en Limousin afin de développer des études ou des approches statistiques permettant d'examiner l'existence d'une éventuelle corrélation entre activités humaines et pathologies observées.

Dans le domaine de la santé-environnementale, certaines expositions conduisent à s'interroger quant à leur impact sur la santé de la population (cyanobactéries ou cryptosporidies dans les eaux, qualité de l'air dans l'habitat...). La mise en place de réseaux sentinelles dans le domaine de la santé environnementale (eau, air, habitat) peut constituer une réponse appropriée dans un premier temps et puis dans un second temps de favoriser leur fédération.

Les installations classées, les travaux d'infrastructures, les documents d'urbanisme, (PLU, SCOT...) font l'objet dans les procédures d'autorisations d'une étude d'impact avec un volet santé. Il est essentiel de développer cette approche d'une évaluation de l'impact santé dans les documents engageant les politiques publiques afin d'avoir une connaissance plus fine des expositions auxquelles sont soumises les populations mais aussi pour articuler cette évaluation avec les politiques de prévention (par exemple plan urbain de transport et développement de la marche et lutte contre l'obésité...).

Objectifs opérationnels	Actions
Améliorer les taux de signalement	Diffuser les coordonnées du point focal à élargir avec des rappels réguliers
	Mettre en œuvre des actions de sensibilisation, d'information, de formation auprès des professionnels de santé ou de toute personne tenues de déclarer toute menace ou présomption de menace pour la santé
	Relancer régulièrement les déclarants des MDO et DO par une retro-information via l'URPS, les ordres professionnels et le site de l'ARS
	Mettre en place dans les CPOM des établissements de santé les dispositions permettant de garantir un fonctionnement efficace des signalements
	Agir auprès des EHPAD en ce qui concerne les cas groupés IRA et GEA
	Contrôler la mise en place des dispositifs de signalements internes et externes des EIAS
Sécuriser le système de remontée des maladies à déclarations obligatoires	Réunir régulièrement les chargés de signalement en partenariat avec l'ARLIN
Renforcer la surveillance non spécifique et initier de nouveaux systèmes de surveillance.	Sécuriser l'échange des données et sécuriser l'anonymisation des noms pendant la gestion des alertes
	Rencontrer régulièrement les différents partenaires (EPSILIM, LIMAIR, ARLIN, ORULIM,...) pour se donner les moyens de faire évoluer la surveillance et les pratiques
	Initier de nouveaux systèmes de surveillance : Réseaux de surveillance des pollinoses Réseau de surveillance des phytosanitaires Risques infectieux
	Réaliser ou faire réaliser des études spécifiques de surveillance Enquête identitovigilance de la CNCRH.
	Renforcer le lien avec les services de santé au travail (DI-RECCTE, MSA,...)
	Mettre en place un système de surveillance des infections sur prothèses
Développer les systèmes de surveillance des menaces pour la santé publique	Organiser un partenariat avec les réseaux de vigilants existants : pharmaco-vigilants infectio-vigilants
	Contractualiser avec le registre des cancers en Limousin pour identifier d'éventuelles corrélations avec les expositions liées aux activités humaines
	Encourager la mise en place de réseaux sentinelles dans le domaine de la santé environnementale (eau, air habitat) et favoriser leur fédération
	Encourager la réalisation d'évaluation des impacts dans les documents de politiques publiques et de planification

## I.2.4. Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires

### I.2.4.1. Régulariser et harmoniser la rédaction des plans départementaux

La CRDS a pour objectif de coordonner au niveau régional, l'élaboration des différents plans. Pour cela, elle s'appuie sur les moyens des délégations territoriales. Il reste à formaliser l'organisation mise en place pour l'élaboration des plans (canicule, RSI, grippe, plans blancs élargis, ORSEC,...). Cette harmonisation et régionalisation doivent s'accompagner d'une amélioration de la sécurité des systèmes d'information.

### I.2.4.2. Veiller à la préparation des professionnels des établissements de santé à la gestion des urgences sanitaires

Les professionnels des établissements doivent de par leurs missions être intégrés dans les dispositifs d'urgence sanitaire et notamment lors de :

- l'actualisation des trois plans blancs élargis et de leurs annexes NRBCE,
- l'actualisation du Plan de pandémie grippale.

Bien entendu, l'efficacité de ces plans devra être testée et pour cela il convient de :

- Prévoir un exercice sur les plans blancs élargis (NRBCE),
- Inspecter et contrôler l'actualisation des plans, leur mise en place et les moyens humains et matériels en termes de disponibilité et de fonctionnalité.

### I.2.4.3. Garantir l'accessibilité à des soins adaptés, en cas d'urgence sanitaire, pour les personnes sensibles

En cas de situation d'urgence sanitaire, l'accessibilité des personnes sensibles à des soins adaptés doit constituer un impératif. Cette préoccupation doit être intégrée dans les plans (électrosecours...) de façon à :

Garantir l'organisation de replis pour les insuffisants respiratoires et les patients à haut risque vital,

S'assurer de la qualité des listes des personnes sensibles dans les plans électro secours.

### I.2.4.4. Constituer une cellule de gestion de crises en appui au COD

L'activation par le Préfet du COD (Centre Opérationnel Départemental) peut conduire selon la crise à une mobilisation des moyens de l'ARS pour venir en appui sur les aspects sanitaires de l'alerte ou de la crise. La mobilisation des moyens de l'ARS ne peut se limiter à la seule présence d'un agent au COD. Il est indispensable que l'intervention de ce dernier s'appuie sur une cellule de gestion de crise en interne à l'ARS avec les compétences requises en fonction de la nature de la crise (médecins, ingénieurs, pharmaciens, infirmières, cadres administratifs, chargée de communication, équipe de la CIRE...).

Objectifs opérationnels	Actions
Régionaliser et harmoniser la rédaction des plans départementaux	Formaliser l'organisation mise en place pour l'élaboration des plans (canicule, RSI, grippe, plans blancs élargis, ORSEC...) Sécuriser les systèmes d'informations
Veiller à la préparation des professionnels des établissements de santé à la gestion des urgences sanitaires	Actualiser les trois plans blancs élargis avec leurs annexes NRBCE (Nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif) Actualiser le Plan de pandémie grippale Prévoir un exercice sur les plans blancs élargis (NRBCE) Inspecter et contrôler l'actualisation des plans
Garantir l'accessibilité à des soins adaptés, en cas d'urgence sanitaire pour les personnes sensibles	Garantir l'organisation de replis pour les insuffisants respiratoires et les patients à haut risque vital S'assurer de la qualité des listes des personnes sensibles dans les plans électro secours
Constituer une cellule de gestion de crises en appui au COD	Disposer d'une salle de crise équipée.

## I.2.5. Développer la communication sur la veille sanitaire (en temps normal et en cas de crise)

Dans l'objectif de développer la communication, il est important de distinguer deux aspects de communication : une communication classique, « à froid » et une communication en situation de crise.

### I.2.5.1. Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires

Les communications de crise et d'urgence diffèrent à bien des égards des activités courantes de communication, notamment des façons suivantes :

- exigence de rapidité : ce facteur est essentiel pour combler les lacunes d'information, ce qui à son tour est preuve de compétence. Il accroît les chances de contrôle ; met un frein aux rumeurs et à l'information erronée. Il peut apaiser les craintes du public,
- nécessité de transmission appropriée des messages : intégration des communications sur les risques avec les principes de communication de crise, tâche souvent difficile en contexte de crise ou d'urgence,
- nécessité de coordination entre l'ARS, la CIRE, le DUS et le Préfet,
- nécessité d'organisation la participation des professionnels de santé libéraux dans les situations touchant la population dans son ensemble (grippe, canicule...)

Pour permettre une intégration optimale de la communication en amont des alertes, il est nécessaire de :

- associer le Département de la Communication aux alertes pour pouvoir identifier les sujets sensibles et connaître les bons interlocuteurs susceptibles de recueillir les signaux à cinétique faible (veille médiatique en complément de la veille épidémiologique et sanitaire)

- donner les moyens au Département Communication, de créer et développer ses réseaux de partenaires pour l'alerte et la diffusion de recommandations,
- associer systématiquement le Département Communication à l'élaboration des plans relatifs aux risques majeurs pour y intégrer les aspects communications en situation d'alerte,
- associer systématiquement et très rapidement le département communication aux alertes pour pouvoir identifier les thèmes potentiellement sensibles,
- clarifier les rôles des communicants des ARS et celui de la Préfecture,
- évaluer la possibilité d'intégrer la communication au sein des procédures d'astreinte,
- développer un réseau de communicants de crise au niveau régional afin de partager les expertises et savoir faire,
- associer les communicants aux RETEX (RETtour d'EXpériences) pour les alertes et les exercices,
- intégrer les aspects médiatiques et sociologiques dans le RETEX.

Pour répondre aux objectifs ci-dessus et développer la communication au cours de la gestion des urgences sanitaires, plusieurs actions doivent être envisagées.

#### **Communication vers le public :**

- préparation d'un volet communication avec des communiqués type dans chaque fiche réflexe spécialisée (MDO, alertes environnementales...)

#### **Communication vers les populations sensibles ou vers un public cible :**

- élaboration de listes spécialisées (régulièrement actualisées) : dialysés, insuffisants respiratoires,
- professions de santé en particulier pour les sensibiliser aux enjeux de santé publique (vaccination des soignants, surveillance des personnes sensibles en situation à risque, vaccination des soignés ou de l'entourage...).

#### **Relayer régulièrement les messages de prévention diffusés par le niveau national (DUS, AFFS-SAPS...) lors d'urgences sanitaires.**

#### **Définir des modalités d'informations réciproques :**

- définir les modalités d'information sur la nouvelle organisation de la veille et de la sécurité sanitaire auprès des acteurs locaux (professionnels de santé, établissements, collectivités etc...):
  - au regard des protocoles ou accords,
  - en fonction de la gravité de l'évènement (échelle)

#### **Mettre en place une bonne articulation avec la communication du Préfet.**

#### **1.2.5.2. Développer des stratégies de communication et préparer des plans de communication.**

La communication doit également s'inscrire dans le temps et intégrer d'autres composantes que la communication en situation d'urgences sanitaires telles que les bilans des alertes et des vigilances recensées en Limousin, les messages de prévention ou les recommandations du niveau

national. Dans ce cadre, il convient de :

- développer pour les principales alertes des plans de communication annuelle (par exemple, pour l'intoxication au monoxyde de carbone, prévoir des messages de prévention avant la période hivernale, un bilan hivernal des cas déclarés et retour d'expérience après chaque période hivernale). Ces plans peuvent être développés pour plusieurs thématiques : TIAC, légionnelles, rougeoles, eau non potable...,
- établir une articulation entre les deux volets de ce schéma pour intégrer dans les plans de communications les aspects alerte, bilan, message de prévention et de promotion de la santé (ex : bilan rougeole, couverture vaccinale et recommandations de vaccination ROR...),
- associer à ces plans d'autres partenaires (ORULIM, CIRE, Éducation Nationale, LIMAIR, SDIS, CCLIN/ARLIN...) sur des thématiques partagées,
- utiliser des moyens diversifiés de diffusion de l'information : site Internet de l'ARS, envoi ciblé aux professions médicales, communiqué de presse, émission de radio, TV...,
- échanger des Kit de communication avec d'autres ARS.

#### **1.2.5.3. Développer des outils permettant d'informer rapidement les partenaires extérieurs**

En situation d'alerte ou de crise la diffusion des messages ou de recommandations doit être rapide. Aussi, il est nécessaire de disposer d'outils de diffusion de l'information notamment vers une population cible :

- par téléphone (par message envoyé automatiquement à partir d'une liste) à l'attention notamment des maires, des établissements sanitaires ou des établissements médico sociaux...,
- par courriel (à partir de listes actualisées) vers les maires, les établissements sanitaires ou les établissements médico sociaux...

ou vers le public :

- via le site Internet de l'ARS (page « actualités » en VSS régulièrement mise à jour),
- via les médias en identifiant au sein de l'ARS un réseau « d'experts en fonction » des thématiques (« la bonne personne à la bonne place »).

Cette communication doit s'accompagner de l'obligation du respect de la confidentialité des noms avec le respect de la charte SSI ; en clair, rendre compatible l'information du public et la transparence nécessaire à l'action administrative en matière de veille et de sécurité sanitaire et la confidentialité de certaines données.

#### **1.2.5.4. Préparer les outils de communication de crise**

Pour préparer la communication en période de crise, il convient au préalable d'élaborer :

- des fiches réflexes avec des messages de recommandations sanitaires adaptées aux risques rencontrés dans les domaines des principales alertes,
- des listes (courriel, téléphone...) actualisées de tous les acteurs dans le domaine de la veille sanitaire (partenaires, maires, établissements, Préfecture, professions de santé ...),

- des formations du personnel à la communication en situation de crise,
- de développer des cultures partagées entre le département communication et le personnel de la veille sanitaire,
- de développer des cultures partagées entre le département communication et le personnel de la veille sanitaire,
- de développer des outils cartographiques recensant les risques dans la région Limousin (tours aéro-réfrigérées, barrages, installations classées (SEVESO...)).

#### 1.2.5.5. Sensibiliser la population à la culture du risque

Si la communication sur le champ de la veille sanitaire doit conduire à une juste information de nos concitoyens par une lisibilité et une transparence de l'action administrative, elle doit aussi favoriser l'acquisition d'une culture du risque et la mise en œuvre de recommandations de prévention. Ceci ne peut se faire que sur le long terme par des actions régulières de communication comme :

- la réalisation et la diffusion de bilans régionaux sur des risques sanitaires et environnementaux auxquels la population est exposée,
- la communication régulière sur les notions sanitaires de risques émergents,
- une communication régulière sur les mesures de prévention spécifique (ex vaccination...) et sur le développement de comportements propices au développement de la santé (promotion de la santé),
- la communication sur les risques spécifiques à la région (radon...).
- La communication sur l'incitation sur l'intérêt de la formation aux gestes de premières urgences.

Pour développer cette culture du risque auprès de nos concitoyens, il est pertinent de se rapprocher de nos différents partenaires (SDIS, LIMAIR, Education Nationale, EPSILIM, CCLIN...) sur les champs de compétences partagées de façon à diffuser une communication cohérente et convergente.

Objectifs opérationnels	Actions
Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires.	Préparer un volet communication dans chaque fiche réflexe spécialisée
	Élaborer des listes spécialisées en vue d'une communication vers les populations sensibles
	Relayer les messages de prévention diffusés par le niveau national lors des urgences sanitaires
Développer des stratégies de communication et préparer des plans de communication	Définir des modalités d'informations réciproques avec les partenaires
	Développer pour les principales urgences des plans de communication annuelle
	Associer à ces plans d'autres partenaires sur des thématiques partagées
Développer des outils permettant d'informer rapidement les partenaires extérieurs	Échanger des kits de communication avec d'autres ARS
	Développer des outils de diffusion vers des populations cibles et vers le grand public
	Respecter la confidentialité des noms avec le respect de la charte SSI
Préparer les outils de communication de crise	Élaborer et mettre à jour régulièrement des fiches procédures validées avec un volet communication
	Améliorer et mettre à jour régulièrement des listes de contact (interne)
	Former le personnel à la gestion de situation de crise
	Développer des cultures partagées entre le département communication et le personnel de veille et sécurité sanitaire
Sensibiliser la population à la culture du risque	Réaliser et diffuser des bilans régionaux sur les risques sanitaires et environnementaux auxquels la population est exposée
	Communiquer régulièrement sur les risques émergents, la vaccination et/ou les risques spécifiques à la région
	Être présent dans les émissions radio, TV portant sur les risques sanitaires
	Développer un partenariat avec l'Éducation Nationale (mallette pédagogique, travail avec le Rectorat sur la prévention).

### I.3. LA DECLINAISON DU PLAN D' ACTIONS

#### I.3.1. Structurer l'organisation de la VSS a l'échelle régionale

	Objectifs opérationnels	Actions	Pilote	Partenaires	Indicateurs	Echéanciers
I - STRUCTURER L'ORGANISATION DE LA VSS A L'ECHELLE REGIONALE	Veiller à l'articulation de la CVAGS avec les DT, la CIRE et les DM	Compléter le dispositif mis en place en formalisant le fonctionnement de la plateforme pour prendre en compte l'installation d'un site de la CIRE en Limousin	CVAGS	CIRE DM DT	Mise en place de procédures protocolisées	1er semestre 2012
	Garantir la continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires par la CVAGS	Améliorer la continuité de validation du traitement des signaux pendant les heures ouvrées.	responsable VSS		Organisation à mettre en œuvre	2012
		Assurer une formation continue du personnel de la CVAGS et du personnel d'astreinte.	responsable VSS		Nombre de formations	en cours
		Développer une culture commune en matière de gestion des alertes pour le personnel de la CVAGS et de la CIRE	responsable VSS		Organisation à mettre en œuvre.	permanent
	Assurer la traçabilité des signalements et des actions de gestion	Mettre en place une main courante dématérialisée (Orages ou Voozalerte)	responsable VSS	CIRE InVS ARS Rhône-Alpes	Mise en place effective de cette main courante informatisée	fin 2011
		Assurer la compatibilité entre une main courante partagée et informatisée et l'anonymisation des noms (MDO notamment)	responsable VSS			Ministère dépendant
	Améliorer la diffusion en interne et en externe	Améliorer et mettre à jour régulièrement des listes de contacts	responsable VSS	département de la stratégie-protection civile	existence de listes tenues à jour	permanent
		Rencontrer et échanger des informations avec les services, les établissements et les personnes susceptibles de communiquer les signalements.	responsable VSS			permanent
		Elaborer et diffuser régulièrement un document en collaboration avec la CIRE sur l'actualité régionale en matière de veille et de sécurité sanitaire.	DSP	CIRE département de la Communication	diffusion du document	fin 2011
		Consolider le circuit de signalements avec APCIC-DT	DSP-ASPIC			1er semestre 2012

## I.3.2. Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes

II - HOMOGENEISER LE CADRE DE RECEPTION ET DE TRAITEMENT DES SIGNAUX ET DE GESTION DES ALERTES	Objectifs opérationnels	Actions	Pilote	Partenaires	Indicateurs	Echéanciers
	<b>Développer des référentiels partagés de traitement des signaux, d'investigation et de gestion des alertes.</b>	Élaborer toutes les procédures de gestion des alertes avec des fiches d'action harmonisées et régionalisées sur tous les champs de la VSS, mise à jour après retour d'expérience puis validées.	responsable VSS	DT (médecins, ingénieurs, infirmières) CIRE SIDPC	nombre de fiches procédures validées	permanent
		Mettre en place une veille technologique pour assurer au personnel d'astreinte du matériel performant, fiable et sécurisé.	CVAGS	personnel d'astreinte		au fil de l'eau
	<b>Initier des actions de formation des membres de la CVAGS et des personnes d'astreinte.</b>	Poursuivre des sessions de formation du personnel d'astreinte et des journées d'échanges sur la VSS	Responsable VSS CVAGS	DT DM CIRE	nombre de sessions	permanent
		Programmer une demi-journée de retour d'expérience pour les régulateurs d'astreintes	responsable VSS		nombre de personnes participant à cette réunion	Novembre-Décembre 2011

## I.3.3. Développer le signalement

	Objectifs opérationnels	Actions	Pilote	Partenaires	Indicateurs	Echéanciers
III - DEVELOPPER LE SIGNALEMENT	Améliorer les taux de signalement	Diffuser les coordonnées du point focal à élargir avec des rappels réguliers	CVAGS	tous les personnes susceptibles déclarer un signalement	% de signalement passant par le point focal	permanent
		Mettre en œuvre des actions de sensibilisation, d'information, de formation auprès des professionnels de santé ou de toute personne tenues de déclarer toute menace ou présomption de menace pour la santé.	responsable VSS			permanent
		Relancer régulièrement les déclarants des MDO et DO par une retro-information via l'URPS, les ordres professionnels et le site de l'ARS	responsable VSS	URPS, service d'urgences SDIS, Ordre des médecins		permanent
		Mettre en place dans les CPOM des établissements de santé les dispositions permettant de garantir un fonctionnement efficace des signalements.	DSP	établissements de santé	nombre d'avenants au CPOM reprenant ce point	DOSGR Juin 2012 ?
		Sensibiliser les EHPAD au signalement et à la gestion des cas groupés IRA et GEA.	DSP-DOMS	EHPAD ARLIN	Lettre circulaire Réunions	fin 2011
		Contrôler la mise en place des dispositifs de signalements internes et externes des EIAS	DSP	ES CCLIN		fin 2012
		Réunir régulièrement les chargés de signalement en partenariat avec l'ARLIN	DSP	EPSILIM	1 réunion par an	1er semestre 2012
	Sécuriser le système de remontée des maladies à déclarations obligatoires	Sécuriser l'échange des données et sécuriser l'anonymisation des noms pendant la gestion des alertes.	responsable VSS	InVS		

Objectifs opérationnels	Actions	Pilote	Partenaires	Indicateurs	Echéanciers
<b>Renforcer la surveillance non spécifique et initier de nouveaux systèmes de surveillance.</b>	Rencontrer régulièrement les différents partenaires (EPSILIM, LIMAIR, ARLIN, ORULIM,...) pour se donner les moyens de faire évoluer la surveillance et les pratiques.	responsable VSS	EPSILIM, LIMAIR		permanent
			ARLIN-CCLIN		
			ORULM, MISEN 19-23 et 87		
	Initier de nouveaux systèmes de surveillance :	DSP	allergologues	nombre de réseaux mis en place	2012-2013
	- Réseaux de surveillance des pollinoses.		CIRE		
	- Réseau de surveillance des phytosanitaires.		MSA		
	- Risques infectieux.				
	Réaliser ou faire réaliser des études spécifiques de surveillance. Enquête identovigilance de la CNCRH (Conférence nationale des coordonnateurs d'hémovigilance) 2012	DSP		nombre d'études réalisées	selon les besoins identifiés 2012
	Renforcer le lien avec les services de santé au travail (DIRECCTE, MSA,...)	DSP	DIRECCTE, MSA		2012
	Mettre en place un système de surveillance des infections sur prothèses	DSP	Établissements de santé- ARLIN		
Organiser un partenariat avec les réseaux de vigilants existants : - pharmaco-vigilants - infectio vigilants Hémovigilants	DSP	EPSILIM -ARLIN		2012	
<b>Développer les systèmes de surveillance des menaces pour la santé publique</b>	Contractualiser avec le registre des cancers en Limousin pour identifier d'éventuelles corrélations avec les expositions liées aux activités humaines.	DSP	registre des cancers en Limousin	nombre d'études initiées ou réalisées avec leur concours	à partir de la fin 2011
	Encourager la mise en place de réseaux sentinelles dans le domaine de la santé environnementale (eau, air habitat) et favoriser leur fédération.	DSP	DT et l'ensemble des partenaires du champ santé-environnement		à partir de 2012
	Encourager la réalisation d'évaluation des impacts dans les documents de politiques publiques et de planification.	DSP	DREAL Collectivités territoriales.		à partir de la fin 2011

III - DEVELOPPER LE SIGNALEMENT

## I.3.4. Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires

	Objectifs opérationnels	Actions	Pilote	Partenaires	Indicateurs	Echéanciers
IV - AMELIORER LE DISPOSITIF DE PREPARATION ET DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES	Régionaliser et harmoniser la rédaction des plans départementaux	Formaliser l'organisation mise en place pour l'élaboration des plans (canicule, RSI, grippe, plans blancs élargis, ORSEC,...)	VSS	DT préfecture établissements de santé aéroports...		à partir de 2011
		Sécuriser les systèmes d'informations	VSS			
	Veiller à la préparation des professionnels des établissements de santé à la gestion des urgences sanitaires.	Actualiser les trois plans blancs élargis avec leurs annexes NRBCE	VSS	établissements de santé SAMU zone défense		2011
		Actualiser le Plan de pandémie grippale	VSS			2012
		Prévoir un exercice sur les plans blancs élargis (NRBCE)	VSS	établissements de santé zone défense		2012
		Inspecter et contrôler l'actualisation des plans.	DSP	établissements de santé		permanent
	Garantir l'accessibilité à des soins adaptés, en cas d'urgence sanitaire pour les personnes sensibles.	Garantir l'organisation de replis pour les insuffisants respiratoires et les patients à haut risque vital.	DSP	établissements de santé de référence		2012?
		S'assurer de la qualité des listes des personnes sensibles dans les plans électro secours.	DSP + DT	Préfecture Alair, ...		permanent
	Constituer une cellule de gestion de crises en appui du COD	disposer d'une salle de crise	DSP			2012? 2013?

## I.3.5. Développer la communication sur la veille sanitaire

	Objectifs opérationnels	Actions	Pilote	Partenaires	Indicateurs	Echéanciers
Préparer un volet communication dans chaque fiche réflexe spécialisée	<b>Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires.</b>	Préparer un volet communication dans chaque fiche réflexe spécialisée	DSP + DCDS		nombre de fiches avec une annexe communication	à partir de 2011
		Élaborer des listes spécialisées en vue d'une communication vers les populations sensibles.	DSP	département de la stratégie	nombre de listes actualisées	permanent
		Relayer les messages de prévention diffusés par le niveau national lors des urgences sanitaires.	DSP	département de la communication		permanent
		Définir des modalités d'informations réciproques avec les partenaires.	DSP	département de la communication		
	<b>Développer des stratégies de communication et préparer des plans de communication</b>	Développer pour les principales urgences des plans de communication annuelle.	DSP + DCDS			2012
		Associer à ces plans d'autres partenaires sur des thématiques partagées	DSP + DCDS	partenaires institutionnels et associatifs		2012
		Échanger des kits de communication avec d'autres ARS	DSP + DCDS	autres ARS		permanent
	<b>Développer des outils permettant d'informer rapidement les partenaires extérieurs</b>	développer des outils de diffusion vers des populations cibles et vers le grand public	DSP			
		Respecter de la confidentialité des noms avec le respect de la charte SSI	DSP			

	Objectifs opérationnels	Actions	Pilote	Partenaires	Indicateurs	Echéanciers
Préparer un volet communication dans chaque fiche réflexe spécialisée	Préparer les outils de communication de crise	Élaborer et mettre à jour régulièrement des fiches procédures validées avec un volet communication	VSS	DTARS		permanent
		Améliorer et mettre à jour régulièrement des listes de contact (interne)	DSP + DCDS	département de la stratégie		permanent
		Former le personnel à la gestion de situation de crise	DSP + DRHAGSI	DRHAGSI		permanent
		Développer des cultures partagées entre le département communication et le personnel de veille et sécurité sanitaire.	DSP + DCDS			permanent
	Sensibiliser la population à la culture du risque	Réaliser et diffuser des bilans régionaux sur les risques sanitaires et environnementaux auxquels la population est exposée	DSP + DCDS			à partir de de 2012
		Communiquer régulièrement sur les risques émergents, la vaccination et/ou les risques spécifiques à la région.	DSP + DCDS			permanent
		Être présent dans les émissions radio, TV portant sur les risques sanitaires	DSP + DCDS			permanent
		Développer un partenariat avec l'éducation nationale (mallette pédagogique, travail avec le rectorat sur la prévention.)	DSP + DCDS			à partir de la fin 2011

## I.4. EVALUATION

Au-delà de l'évaluation de chacune des actions, il est souhaitable d'évaluer la mise en œuvre de ce volet du schéma régional de prévention, au regard des objectifs stratégiques fixés pour le dispositif de veille et sécurité sanitaire au sein de l'ARS.

Un premier niveau d'évaluation consistera à :

**Vérifier la conformité des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés (objectifs, indicateurs, délais),**

**Identifier et analyser les causes éventuelles des écarts.**

Un second niveau portera sur les objectifs stratégiques avec notamment :

**une évaluation interne ARS :**

- suivi du nombre des signaux,
- test des modalités d'organisation,
- opérationnalité des interventions ou mesures de gestion,

**une évaluation de la performance de la communication et de son impact**

- sensibilisation des jeunes (éducation nationale ...),
- information des professionnels de santé,
- information du grand public,

**une évaluation du service rendu aux populations**

- impact des campagnes de vaccination,
- réactivité en cas de crise sanitaire.

## Chapitre II

# Volet prévention promotion de la santé

Aux termes du guide méthodologique conçu par le ministère de la santé, ce volet a pour but de « définir les orientations visant, pour chaque territoire, à améliorer l'offre de promotion de la santé et de prévention, individuelle et collective ».

Il doit contribuer à l'atteinte des objectifs du PSRS par une évolution de l'offre à la fois quantitative et qualitative.

Le volet prévention-promotion de la santé doit prendre en compte de manière explicite les 4 aspects suivants :

- promotion de la santé,
- éducation pour la santé,
- prévention sélective de certaines maladies et risques,
- prévention au bénéfice des patients et de leur entourage.

Le volet PPS sera construit comme suit :

- partie introductive : Concepts, définitions et axes stratégiques dans les domaines de la promotion de la santé- prévention
- partie I : L'état de lieux global de la promotion de la santé et de la prévention
- partie II : La promotion de la santé : passer d'une logique de prévention fondée sur l'individu à une culture de promotion de la santé
- partie III : L'éducation pour la santé : garantir que tout individu se verra proposer dans son parcours de vie une éducation pour la santé de qualité, tenant compte de son contexte de vie,
- partie IV : Optimiser la prévention orientée
- partie V : La prévention au bénéfice des patients : favoriser l'autonomie et prévenir les risques infectieux associés aux soins.
- partie VI : Les principes évaluatifs

## II.1 CONCEPTS, DEFINITIONS ET AXES STRATEGIQUES DU VOLET « PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE »

### II.1.1. Santé, santé publique, prévention, éducation pour la santé et promotion de la santé : quelles définitions pour quelle politique ?

#### II.1.1.1. La santé publique

La santé publique peut se définir comme « la science et l'art de favoriser la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société » (D. Nutbeam-OMS-1998). Elle vise donc à s'intéresser à la santé de la collectivité vue sous tous ses aspects : préventif, curatif, éducatif, social.

Les grandes fonctions de la santé publique sont :

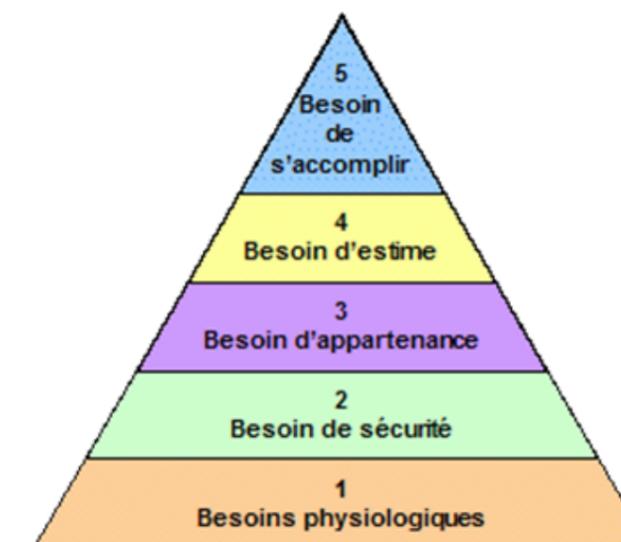
- la protection,
- la surveillance,
- l'organisation du système de santé, incluant la promotion de la santé et la prévention.

La politique de santé publique est constituée de l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics pour maintenir ou améliorer l'état de santé de la population.

Le Projet régional de santé est donc bien l'outil transversal de définition de la politique de santé publique en région, dont le Schéma régional de prévention est une pièce, à côté du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS).

#### II.1.1.2. La santé

L'être humain est un « tout » présentant des besoins que Maslow classe en 5 catégories dans une pyramide (ci-après). Il estime que l'on ne peut satisfaire à un besoin d'ordre supérieur que quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.



La notion de santé a évolué au fil du temps : on est passé de la santé définie comme « l'absence de maladie » à la santé comme « état complet de bien-être physique, mental et social » (définition OMS 1946), qui implique en premier lieu la satisfaction de besoins fondamentaux (nutritionnels, sanitaires, éducatifs, sociaux, affectifs...) et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles.

Au Québec, en 1974, le Livre blanc sur la politique québécoise du développement culturel spécifiait :

**« La santé n'est pas le silence du corps ou le bien-être généralisé et sans faille; elle est plutôt pour chacun, la faculté de construire sa vie en dépit des conditions adverses qui l'affectent ».**

Ces définitions posent finalement la santé comme une ressource pour l'individu et la collectivité, concept positif par opposition à la santé comme simple absence de maladie et évolutif.

La santé s'exprime donc dans toutes les dimensions, biologique, sociale, psychologique. Elle recoupe la notion plus large de bien-être et se trouve devoir être définie par chacun, dans son environnement, son époque.

A partir de cette approche de la santé, on perçoit l'influence majeure des déterminants macro-sociaux sur la santé, qui peut être schématisée de la manière suivante :



Dahlgren, G. (1995) European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11 – Intersectoral Action for Health Promotion. WHO Regional Office for Europe.

Le Haut Conseil de Santé Publique propose également un éclairage sur les facteurs protecteurs de la santé :

- naître dans de bonnes conditions,
- avoir accès à l'éducation,
- disposer de liens familiaux et sociaux solides,
- disposer d'un contrôle sur sa vie,
- évoluer dans un environnement physique et social sain,
- travailler dans de bonnes conditions,
- avoir un style de vie favorable à la santé,
- avoir accès à des soins de qualité.

On s'inscrit donc dans une représentation pluridimensionnelle de la santé qui implique une mutation profonde de la politique de santé, passant de la protection contre les risques pour la santé à la promotion de la santé comme ressource de la vie.

La notion de « prévention » est dès lors impactée par ce changement de paradigme.

### II.1.1.3. Prévention, éducation pour la santé et promotion de la santé : quelles définitions dans le cadre du modèle de santé pluridimensionnel ?

La prévention est traditionnellement définie comme l'ensemble des mesures ayant pour but d'éviter la survenue de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences.

Cette définition traduit en premier lieu une approche bio-médicale, fondée sur l'information de l'individu, censée influencer ses comportements individuels.

On distingue traditionnellement la prévention primaire, secondaire et tertiaire :

- la prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme,
- la prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées,
- la prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes.

La définition classique de la prévention ne prend que peu en compte la variété des déterminants autres que le comportement individuel qui peuvent influencer fortement sur la santé et les valeurs de la promotion de la santé telle que la participation active des individus et des groupes.

Aujourd'hui, on parle davantage de :

- Prévention universelle, qui concerne les interventions destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini,
- Prévention sélective, qui concerne les interventions destinées à un sous groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble,
- Prévention ciblée ou indiquée, qui concerne les interventions destinées à des individus qui ont des signes d'appel.

**L'éducation pour la santé (EPS)**, qui est un outil de la promotion de la santé, qualifie les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

L'objectif de l'éducation pour la santé est que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie. A ce titre, on peut considérer que l'EPS est intégrée au système de santé et d'éducation et doit bénéficier de modalités d'organisation et de financements appropriés.

L'éducation pour la santé s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire,
- les aptitudes personnelles et collectives,
- l'éducation du patient.

L'éducation pour la santé fait référence à la notion d'empowerment individuel. Celui-ci est défini comme un processus permettant à l'individu de mobiliser ses ressources de vie et de devenir acteur de sa vie. Il contient 4 processus qui interagissent :

- l'identification personnelle et collective : reconnaissance de ses capacités, appartenance à un groupe,
- la participation qui fait passer d'une position de consommateur à une participation contributive et à une prise de responsabilité,
- la mise en compétence qui fait passer d'un vécu d'incompétence à la reconnaissance et à la valorisation de ses compétences,
- la responsabilisation qui permet à chacun de prendre une place (reconnue et valorisée).

D'une façon générale, pratiquer l'éducation pour la santé, c'est donc faire référence à certaines valeurs que l'on ne retrouve pas forcément dans la notion de prévention.

**La promotion de la santé** traduit une vision globale et positive de la santé : elle se définit en effet comme le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa-1986).

A partir de la définition de l'OMS, le Dr Brigitte SANDRIN-BERTHON résume en 5 mots-clés les leviers sur lesquels agir pour promouvoir la santé :

- politique : la promotion de la santé doit amener chaque responsable politique, à quelque niveau et dans quelque secteur qu'il intervienne, à prendre conscience des conséquences de ses décisions sur la santé de la population (élaboration de politiques publiques saines),
- environnement : il s'agit d'inciter chaque personne, chaque communauté, chaque région, chaque pays à préserver collectivement les ressources naturelles et à créer des relations et des conditions de vie et de travail favorables à la santé. Le terme environnement est ici pris au sens large de son acception (on pourrait aussi parler de « milieux de vie »),
- démocratie : les communautés sont considérées comme capables de prendre en main leur destinée et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Ce sont donc elles qui doivent choisir les priorités et prendre les décisions qui concernent leur santé,
- éducation pour la santé : il s'agit de permettre aux gens, à tous les âges, d'acquérir et de renforcer les aptitudes indispensables à la vie, notamment celles qui leur permettront de participer à une démarche de promotion de la santé,
- services de santé : il s'agit en fait de réorienter les services, de créer un système de soins qui serve au mieux les intérêts de la santé, qui s'inscrive dans une logique de promotion de la santé, qui respecte notamment la dimension culturelle et sociale des personnes, qui encourage et prenne en compte l'expression des individus et des groupes sur leurs attentes en matière de santé. Cela suppose d'orienter dans ce sens la formation des professionnels et la recherche.

La promotion de la santé exige évidemment l'action coordonnée de tous : État, collectivités locales, industrie, associations, secteur sanitaire..., qui va permettre de créer des environnements favorables à la santé et mobiliser les populations au niveau individuel et collectif.

### II.1.2. Une nécessaire mutation de la politique de santé, et singulièrement de prévention et de promotion de la santé : des objectifs nouveaux à explorer

Au final, le rappel de l'évolution des concepts et définitions nous montre la voie pour l'élaboration du volet Prévention, Promotion de la Santé (PPS) du schéma régional de prévention :

- la santé est une ressource individuelle et collective, dépendante de nombreux facteurs macro-sociaux, économiques, culturels, et pas simplement de l'offre sanitaire, ou des comportements individuels ; sa préservation passe donc par le développement de politiques publiques coordonnées et complémentaires visant à prendre en compte la santé et à l'améliorer,
- la santé se construit et se préserve tout au long du parcours de vie : il s'agit donc de favoriser la continuité du parcours de santé dans le parcours de vie, en développant des collaborations entre des secteurs plus ou moins cloisonnés.

En outre, le constat est posé depuis plusieurs années de la prégnance d'inégalités de santé traversant en fait l'ensemble de la population et pouvant être définies comme des différences d'état de santé systématiques en fonction du groupe social auquel on appartient. Les inégalités de santé observées entre les groupes sociaux, les territoires, mettent pourtant en évidence la nécessité d'agir en amont sur l'ensemble des déterminants : habitat, transports, éducation, alimentation, conditions de travail, cadre de vie... qui jouent un rôle majeur dans la constitution de ces inégalités.

- Le volet prévention, promotion de la santé (PPS) du schéma régional de prévention doit donc définir des objectifs volontaristes visant à plaider en faveur de la promotion de la santé auprès de tous les acteurs publics et privés, et à développer une approche systémique conçue comme **la combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, organisationnel visant au développement de conditions de vie et d'habitudes de vie favorables à la santé. Il s'agit de mettre en place des stratégies intersectorielles et en capacité d'agir avec efficacité et efficience sur les déterminants environnementaux (au sens large), sociaux, et comportementaux de la santé,**

- Le volet prévention, promotion de la santé (PPS) du schéma régional de prévention doit **créer les conditions de développement d'une politique de prévention fondée sur l'action de tous les acteurs susceptibles d'intervenir en prévention médicalisée, promotion et éducation pour la santé, intégrée aux milieux de vie et adaptée aux circonstances de vie**

- Deux principes directeurs doivent guider la déclinaison des axes présidant au volet PPS du schéma :

- principe du continuum prévention-soin et accompagnement avec notamment une prévention médicalisée organisée intégrée dans l'activité des professionnels de santé de 1er recours,
- principe d'amélioration de la qualité des interventions par tous les moyens et notamment la formation, l'appui méthodologique.

## II.2. ETAT DES LIEUX GLOBAL DE LA PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE

Un des buts fondamentaux du volet PPS est d'organiser une approche intersectorielle pluridimensionnelle de la santé.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, l'action intersectorielle peut être définie comme étant « une relation reconnue entre une ou plusieurs parties du secteur de la santé avec une ou plusieurs parties d'un autre secteur, formée pour agir sur une question particulière afin d'obtenir des résultats en matière de santé (ou des objectifs intermédiaires) de manière plus concrète, plus efficace ou plus viable que si le secteur de la santé avait agi seul ».

Dans ce cadre, l'état des lieux s'est donc attaché à recenser, au-delà des seules actions dites « de prévention » :

- le champ des politiques publiques qui constituent des leviers pour favoriser la santé, en agissant notamment sur les environnements et milieux de vie des populations (I),
- les acteurs intervenant dans la promotion de la santé (II),
- les éléments d'évaluation des actions existantes (III).

### II.2.1. Les politiques publiques « leviers » et les dispositifs des partenaires institutionnels

#### II.2.1.1. Recensement des politiques

Le groupe de travail en charge de l'élaboration du volet PPS a tenté de repérer sommairement les politiques qui interagissent sur la santé de la population, prise dans son acception large. Le but du recensement est de repérer les « politiques leviers » qui peuvent influencer sur les environnements et milieux de vie, et interagir sur la santé.

Le tableau figurant en annexe I reprend de manière synthétique ce recensement.

L'annexe II détaille les dispositifs et actions des partenaires membres de la commission de coordination des politiques publiques qui ont bien voulu répondre en renseignant un document de recensement de leurs actions.

#### II.2.1.2. Ce que nous apprend le recensement

L'intérêt de ce recensement est d'identifier les dispositifs qui pourraient permettre de nouer des liens opérationnels entre partenaires institutionnels pour développer des projets communs voire mutualiser certaines ressources ou certains travaux (actions d'animation territoriale, diagnostics locaux...).

Le modèle de santé pluridimensionnel qui fonde la politique de santé et place l'action sur tous les déterminants de santé au cœur du projet implique d'avoir une nouvelle approche, qualifiée d'intersectorialité, permettant une analyse des problématiques et la construction de solutions à caractère systémique.

L'intersectorialité implique une pluridisciplinarité et une complémentarité devant déboucher sur des coopérations institutionnelles, développées tant au niveau régional que dans un champ géographique de proximité. Dans ce cadre, la nécessaire articulation entre politiques d'aménagement du territoire, de développement durable, de cohésion sociale, de santé devient évidente.

Les outils de la coopération intersectorielle existent en partie :

- **au niveau régional** : la commission de coordination des politiques publiques placée auprès du Directeur général de l'ARS regroupe tous les services de l'État, les collectivités territoriales et les services de l'Assurance-Maladie et a pour mission, outre de participer à l'élaboration du schéma, de travailler à la cohérence et la complémentarité des actions conduites par ses membres, y compris en matière d'observation de connaissance et d'évaluation,
- **au niveau local** : les projets locaux de santé, éventuellement assortis d'une contractualisation sous forme de contrats locaux de santé, apparaissent comme le maillon de déclinaison opérationnelle des schémas ; ils sont à connecter aux démarches locales de développement : schémas de cohérence territoriale, Agenda 21... Ainsi le modèle de développement durable présente de nombreux points communs avec la démarche de santé du PRS, et notamment les principes de promotion de la santé.

**La mise en cohérence des différents territoires de projets s'avère un préalable indispensable si l'on veut réussir ce défi de l'intersectorialité.**

### II.2.2. Les acteurs de la prévention, promotion de la santé : les identifier dans toute leur diversité pour favoriser une promotion de la santé de qualité et coordonnée

Le groupe de travail a listé les acteurs intervenant de manière opérationnelle en matière de promotion de la santé et de prévention (cf. tableau annexe III).

Le but du recensement était de se rappeler collectivement que la prévention, promotion de la santé ne sont pas seulement l'affaire de quelques organismes spécialisés, mais qu'elle doit se développer dans les milieux de vie des individus et des groupes.

Parmi les acteurs, on peut identifier les catégories suivantes :

- les associations spécialisées en éducation à la santé, qui viennent en appui d'autres acteurs mais peuvent aussi mener des actions auprès des populations, telles que l'instance régionale d'éducation et promotion de la santé (IREPS),
- les associations ou organismes intervenant en prévention, selon des modes d'approche divers, parfois centrés sur une prévention « thématique », qui peuvent en partie rejoindre la 1ère catégorie : cancer, SIDA, alcool, associations de malades, les organismes d'assurance-maladie (ex : Ligue contre le cancer, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, mouvement mutualiste, Aides, Entraid'SIDA, les associations néphalistes, les associations de malades centrées sur des pathologies...),
- les services publics de PMI, de santé scolaire et universitaire, et les équipes éducatives de l'Éducation Nationale,
- les services de santé au travail dont la médecine du travail et les « préventeurs » (CARSAT, ARCAT,...)

- les services publics spécialisés de prise en charge : PJJ, Aide sociale à l'enfance, SPIP...
- les centres d'examens de santé,
- les services communaux d'hygiène et de santé,
- les centres de planification et d'éducation familiale, relevant de la compétence des Conseils Généraux, et soit ancrés sur des services hospitaliers, soit gérés directement par la collectivité,
- les établissements de santé, qui développent des actions de prévention médicalisée dans les domaines des maladies infectieuses : lutte contre la tuberculose, Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST),
- les établissements et services médico-sociaux en charge des personnes âgées et handicapées,
- les professionnels médicaux et paramédicaux « en ville »,
- les centres de santé,
- les acteurs potentiels, qui sont constitués de tous organismes et associations... susceptibles d'agir en proximité (milieu associatif de toute nature, associations de soutien social, organismes d'éducation populaire...

Ce recensement permet de positionner l'enjeu du volet PPS : **il ne s'agit pas, compte tenu de la diversité des acteurs et de leurs missions et compétences, d'organiser une offre de service planifiée. Il s'agit en revanche de créer les conditions favorables au développement des initiatives, à l'accroissement de leur qualité et professionnalisme, et à la coopération de tous les acteurs.**

### II.2.3. Les éléments de connaissance et d'évaluation des actions financées dans le cadre du Plan régional de santé publique : les actions financées par le GRSP entre 2007 et 2010

Seules les actions financées par le GRSP ont été recensées, au sein d'un système d'information conçu au niveau national et utilisé dans chaque région. Le recensement proposé ci-après n'a donc aucun caractère exhaustif.

On peut cependant en extraire une vision synthétique procurant un reflet de la programmation des actions de prévention et de promotion de la santé sur la période de mise en oeuvre du PRSP.

#### **Cf. annexe IV : tableaux et graphiques**

Le GRSP a soutenu, à travers son appel à projets, des actions répondant aux approches du PRSP : déterminants, populations, pathologies, ressources.

Sur la période, **les financements alloués chaque année se sont accrus** entre 2007 et 2009 pour finalement décroître en 2010.

L'augmentation des crédits alloués a eu trois effets :

- le renforcement du positionnement des organismes « structurants », tant associatifs (CODES, ANPAA, Ligue contre le cancer, associations de lutte contre le SIDA), qu'institutionnels gérant des actions réglementaires (hôpitaux pour les dispositifs de lutte contre la tuberculose, les IST et structures de gestion des dépistages des cancers),
- une diversification des promoteurs qui a profité surtout à de « petits » promoteurs, au moins jusqu'en 2009,
- une augmentation du nombre d'actions conduites jusqu'en 2009 (sous l'effet concomitant de l'augmentation du budget des organismes « structurants » et de l'augmentation du nombre de promoteurs).

Quatre « thèmes » ont mobilisé fortement les moyens du GRSP sur ses quatre années de fonctionnement :

- la lutte contre les cancers, avec le financement du « dépistage organisé » et celui du dispositif régional d'accompagnement social des personnes malades, qui mobilise plus d'1/4 des financements distribués,
- la lutte contre les pathologies infectieuses (incluant la lutte contre la tuberculose, les IST dont le SIDA, et les vaccinations gratuites), qui représente plus d'1/5e des financements totaux alloués, avec une montée en charge liée essentiellement à la recentralisation des compétences de lutte contre la tuberculose et les IST,
- la prévention des addictions, qui consomme 13 % de l'enveloppe,
- les ressources en éducation pour la santé (essentiellement missions ressources exercées par les opérateurs dans le cadre du Pôle régional de compétences), qui mobilise 10 % des moyens.

Ces quatre thèmes ont mobilisé en moyenne 70 % des financements alloués chaque année sur la période considérée.

Par ailleurs, la répartition des financements et des actions par département montre une augmentation des crédits alloués par le GRSP hétérogène selon le département, sensiblement plus importante en Haute-Vienne et Corrèze qu'en Creuse. Les financements alloués par le GRSP sont proches du poids démographique de chaque département, quote-part pénalisante pour le plus petit d'entre eux (même si la neutralisation des « dispositifs particuliers » - actions recentralisées, dépistage organisé, observation - tend à réduire les écarts)...

Concernant les publics visés par les actions sur la période considérée, on constate que les actions portent sur :

- les populations ciblées dans des interventions socio-sanitaires spécifiques, majoritairement les jeunes en milieu scolaire et les jeunes en insertion professionnelle, ainsi que les parents,
- les intervenants, majoritairement professionnels de la santé, de l'éducation et du social, et aidants/intervenants bénévoles,
- les publics non spécifiques (= actions visant la population générale, sans ciblage particulier),

- les populations à statut socio-économique faible, en particulier adultes en parcours d'insertion et personnes en milieu carcéral ou sous main de justice,
- les personnes avec risques physiques ou psychiques, dont principalement des personnes souffrant de pathologies.

En outre, entre 26 et 30 % des actions financées visaient directement ou indirectement les populations en situation de précarité.

Enfin, le système d'information ne permettant pas d'affiner la question de la couverture infra départementale, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), dans le cadre de l'évaluation du PRSP, et pour la période 2007-2009 uniquement, a mené un travail pour localiser les actions par territoires (territoires du SROS, seul découpage existant à ce moment-là) en pondérant la localisation par l'importance de l'action. Il convient de préciser que ce travail est fondé sur une interrogation des porteurs d'actions et reflète donc une réalité qui n'est pas absolue.

Ce travail a mis en évidence deux éléments importants :

- pour chacun des 3 départements, seule une minorité d'actions incluait les territoires les plus défavorisés (de 30 % à 45 % des actions) alors que le territoire siège de la ville principale était touché par plus de 80 % des actions conduites dans le département,
- très peu d'actions ciblaient exclusivement les territoires les plus défavorisés et même assez peu d'actions les ciblaient de manière privilégiée à défaut d'être exclusive (de 2 % à 8 % des actions financées dans le département selon le territoire). A l'opposé, les territoires de Limoges, Brive et Guéret étaient très souvent une cible privilégiée - voire exclusive - des actions conduites dans leur département respectif (respectivement 64 %, 42 % et 39 %).

Au final, si l'on devait synthétiser les éléments de l'état des lieux en quelques **mots-clés** :

- **diversité de partenaires institutionnels et de « politiques leviers » à mettre en synergie voire en mutualisation** sur des démarches visant des buts communs (par exemple parenté très forte entre démarche de développement durable et démarche de promotion de la santé),
- **diversité d'acteurs opérationnels**, qui doivent mieux se connaître et coordonner leur action, chacun développant ce qui correspond le mieux à ses compétences et savoir-faire,
- **une enveloppe de financement dédiée à la prévention qui a connu une période de croissance jusqu'en 2009, révolue aujourd'hui, et qui est fortement mobilisée sur des dispositifs structurants et réglementaires** (développement formation, appui méthodologique, dépistages des cancers, dispositifs réglementaires de prévention médicalisée...), ce qui laisse peu de place au soutien aux initiatives locales, **qui devront trouver des relais de financement**,
- des actions financées qui ne touchaient pas assez **les territoires les plus défavorisés**.

## II.3 PASSER D'UNE LOGIQUE DE PREVENTION FONDÉE SUR L'INDIVIDU A UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Remarque préalable: la notion de promotion de la santé fait référence à la définition en 5 mots-clés (cf. partie introductive); elle englobe donc tous dispositifs et actions ayant pour but :

- de faire évoluer les environnements physiques et sociaux, et milieu de vie (y compris services de santé) dans un sens favorable à la santé,
- de développer les ressources personnelles des individus et des groupes (éducation pour la santé).

Pour se conformer au guide méthodologique national, le chapitre Promotion de la santé va s'intéresser à l'approche systémique qui vise à agir sur les déterminants ayant une influence sur la santé. L'enjeu de ce chapitre, resitué dans l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, est donc particulièrement fort.

La partie II inclut :

- les constats sur l'existant permettant de poser un diagnostic
- des objectifs et des mesures visant à améliorer sur la durée du Projet régional de santé :
  - l'« offre » en promotion de la santé,
  - les stratégies institutionnelles,
  - la mobilisation des populations en faveur de leur santé,
  - les environnements et milieu de vie.

### II.3.1. Les constats et le diagnostic de l'existant en matière de promotion de la santé

La promotion de la santé vise toujours une amélioration de la santé de la population qui peut être atteinte par une influence positive exercée sur les déterminants de la santé et les facteurs qui les influencent.

L'atteinte des buts généraux de la politique de santé tels que la diminution de la mortalité prématurée évitable et l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité est soumise à l'influence de nombreux déterminants que l'on peut regrouper en 3 « familles » (cf. modèle de catégorisation des résultats- partie VI-principes évaluatifs) :

- environnement physique (au sens large incluant l'environnement naturel et celui construit et modifié par les activités humaines dont le travail, l'école, l'habitat...),
- environnement social,
- ressources personnelles et comportements.

Ces grandes « familles » de déterminants sont elles-mêmes influencées par les facteurs suivants :

- l'offre en matière de promotion de la santé,
- les stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions,

- les compétences individuelles favorables à la santé.

L'ensemble des déterminants et facteurs les influençant ont fait l'objet d'un questionnaire collectif qui a permis de poser un certain nombre de constats et un diagnostic.

#### II.3.1.1. Constats et diagnostic relatifs à l'offre de promotion de la santé

L'offre en promotion de la santé est ici envisagée au sens le plus large du terme: il s'agit de toute initiative agissant sur les facteurs qui ont un impact sur la santé.

##### II.3.1.1.1. Qualité et professionnalisme de l'offre

L'offre est jugée hétérogène quant à sa qualité, pas toujours très « professionnelle ». De fait, elle se met en place dans de nombreux milieux de vie et est ainsi développée par des professionnels et des bénévoles d'horizons très divers.

Elle est encore souvent conçue autour de la seule approche prévention fondée sur le modèle bio-médical de la santé et se focalise sur la prévention des risques et les comportements individuels sans toujours envisager les autres déterminants. Une démarche qualité, déjà initiée, doit continuer à se construire.

Du côté des financeurs, le manque de connaissances sur le domaine freine le développement d'une offre de qualité, fondée sur une approche positive et globale.

##### II.3.1.1.2. Notoriété, accessibilité, utilisation de l'offre

L'offre est diverse, peu lisible tant pour le citoyen que pour les professionnels. Un recensement est inexistant à ce jour. De ce fait, la diffusion de la connaissance de l'offre pour une utilisation optimale est impossible. De plus, l'absence de diffusion freine les possibilités de « transférabilité » des actions par la capitalisation des expériences.

Les opérateurs n'ont en général que peu de moyens pour communiquer sur leur offre, d'où la nécessité d'un point unique de recensement et de diffusion, qui ne demande pas aux opérateurs d'investissement trop important et qui garantisse une certaine homogénéité dans la façon de présenter l'offre.

Les informations concernant le domaine de la santé sont elles aussi jugées trop dispersées, non coordonnées, ayant ainsi un effet contre productif quant à la compréhension des messages par la population. Un membre du groupe de travail a pu ainsi parler « d'hyperplaqueuse » pour qualifier la profusion de documents informatifs. Les acteurs de terrain de toute sorte et les responsables des politiques portent collectivement cette responsabilité car chacun y va de son « message santé », n'hésitant pas parfois à recréer des supports d'information locaux plus ou moins pertinents alors même que des supports nationaux de qualité et validés existent.

L'offre peut s'avérer peu accessible, pour des raisons d'accès physique (problème évidemment du milieu rural).

##### II.3.1.1.3. Adaptation de l'offre et atteinte des groupes de populations ciblés

L'offre peut être mal adaptée aux groupes de populations que l'on souhaite atteindre, par exemple pour des raisons socioculturelles; les messages et modalités d'action doivent être adaptés aux spécificités des publics, à leurs connaissances et représentations; et surtout l'offre doit tenir

compte de l'environnement de vie, et même agir sur cet environnement, au risque dans le cas contraire d'être au mieux inefficace, au pire génératrice de nouvelles problématiques pour les personnes.

L'offre est rarement construite sur la base de l'expression de la population que l'on souhaite « toucher ». On repère une difficulté à associer les groupes à l'expression des attentes, des besoins et à la construction des projets, qu'ils se mettent en place en proximité (le quartier par exemple) ou dans des structures (école, par exemple). L'impact d'une offre « plaquée » sera forcément limité.

#### II.3.1.1.4. Pérennisation de l'offre

La question de la précarité des financements alloués au milieu associatif est évoquée comme facteur de discontinuité dans l'offre.

Du point de vue des opérateurs, est pointée la difficulté à identifier les financeurs potentiels, la périodicité de leurs appels à projets, à répondre à leurs exigences respectives en matière de procédure de présentation des projets.

Les opérateurs peuvent donc avoir tendance à présenter des projets « opportunistes » en fonction des thèmes médiatisés du moment, sans diagnostic de situation préalable, et sans compétences spécifiques pour les mener. C'est la « course aux financements », qui induit aussi des logiques de concurrence entre opérateurs plutôt que de complémentarité.

Les opérateurs sont aussi parfois réticents à la coopération sur le terrain car ils agissent dans des logiques de recherche de financement qui s'apparentent à une logique de guichet (« un thème, un projet, un financement »).

Enfin, l'essoufflement du bénévolat est aussi facteur de non pérennisation.

#### II.3.1.2. Constats et diagnostic relatifs aux stratégies de promotion de la santé dans les politiques et les institutions

Il s'agit là d'analyser les stratégies et efforts menés par les collectivités publiques, mais aussi par les réseaux d'institutions, organisations, associations de tous ordres :

- Manque de vision globale et positive de la santé au sein des institutions et des politiques publiques.

Chacun envisage la santé dans une approche verticale, relativement cloisonnée, conditionnée par des politiques sectorielles obéissant chacune à leur propre logique.

- Peu de culture commune de la promotion de la santé, donc pas de langage commun, ce qui nuit à la nécessaire coopération des institutions.

La population est segmentée entre les politiques : chaque institution « traite » son public.

- Difficulté à définir une politique interinstitutionnelle de promotion de la santé en l'absence de culture partagée, de cadre réglementaire contraignant,
- Multiplication de plans et programmes nationaux à décliner au niveau régional, issus de différents ministères qui prétendent agir sur des domaines connexes, et nécessitent une forte coordination pour la mise en œuvre locale ou régionale. Les plans de santé publique accumulent les

« priorités » sans les hiérarchiser. Parfois, la chronologie de ces productions nationales vient percuter la planification régionale et nuit à la cohérence. Parfois même interférence d'appels à projets nationaux avec les appels à projets locaux,

- Organisations institutionnelles cloisonnées avec des tentatives plus ou moins réussies de créer des espaces de coordination,
- Difficulté de prendre le temps de la coordination alors même qu'elle est chronophage, et nécessite des constructions complexes notamment sur le plan décisionnel ; face à la complexité, risque de renoncement à l'échange et la coopération,
- financements pluriannuels, mais aussi le fait que les financeurs sont soumis à des directives nationales qui ont tendance à empiler les priorités à traiter au fil des différents plans et programmes. Ce dernier constat génère une dispersion des financements, plutôt qu'une focalisation sur une durée suffisante sur quelques priorités limitées en nombre.

#### II.3.1.3. Constats et diagnostic relatifs à la mobilisation des populations en faveur de leur santé

L'analyse s'appuie sur la définition de la promotion de la santé qui exige de donner aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé.

##### **Insuffisance de participation des citoyens à la prise des décisions ayant un impact sur leur santé.**

- Les populations sont peu associées au diagnostic des besoins et à la construction des projets,
- Il apparaît difficile d'identifier les représentants des « usagers de la santé » : en effet, le plus souvent, les représentants des usagers sont issus d'associations de défense des intérêts des malades, organisées par pathologies,
- L'information sur la santé est descendante : beaucoup de « conseils » individuels sur les comportements mais peu de débat et questionnement, sauf à l'occasion des grands « scandales sanitaires »,
- La notion de promotion de la santé renvoie à la nécessité de faire partager par le plus grand nombre les définitions de santé globale et positive dans le but de favoriser le questionnement des individus et des groupes et donc leur capacité à pousser les décideurs à tenir compte de ces questions,
- La population est peu ou mal informée sur le projet de santé régional et les priorités de santé publique,
- Il n'y a pas ou peu de retour sur l'évaluation et l'impact d'une politique, d'un programme, d'un projet auprès de la population.

##### **Difficulté à susciter l'engagement de groupes actifs**

- Les différents groupes d'intérêt et d'initiatives ne sont que peu sensibilisés à la promotion de la santé,
- Le concept de « personne relais » n'a été que peu exploré,
- Les personnalités - clés du monde du soin ne sont pas suffisamment mobilisées sur la prévention et la promotion de la santé,

- L'approche individuelle basée sur les comportements est dominante. Comment passer à une approche communautaire (au sens implication de la communauté) qui induit la participation active de groupes et passer d'une logique d'engagement individuel à un engagement collectif?
- Les jeunes sont peu représentés, par exemple à la CRSA alors qu'il existe des élus: conseils de vie lycéenne, conseils académiques de vie lycéenne, CROUS, conseils municipaux jeunes, conseils généraux des jeunes...).

#### **Difficulté pour toucher certains publics cibles sur certaines thématiques**

Par exemple, les actions relatives aux conduites addictives et menées en direction des jeunes semblent montrer leurs limites. Certains territoires et certains publics ne vont pas vers les dispositifs de dépistage. L'attrait pour la vaccination montre des signes de faiblesse, les personnes en situation de précarité ne peuvent être motivées pour leur santé tant que leurs problèmes immédiats de survie ne sont pas réglés.

#### **II.3.1.4. Constats et diagnostic relatifs aux environnements/milieus de vie**

« L'approche écologique en promotion et en éducation pour la santé considère que la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements » (GREEN et al, Settings for Health Promotion, 1999).

Le terme « environnements » est ici pris au sens large de son acception, c'est pourquoi nous pouvons aussi parler de « milieux de vie ».

L'environnement peut être divisé en deux grandes catégories: l'environnement physique (naturel et construit ou transformé par l'homme) et l'environnement social.

- **l'environnement naturel** fait référence à l'eau, à l'air, au sol et au sous-sol,
- **l'environnement transformé par l'homme** est représenté par toutes les infrastructures physiques aménagées par l'être humain telles que les villes, maisons, édifices publics, routes...
- l'environnement social est constitué de tout ce qui concourt au soutien social, et de ce qui constitue l'entité sociale dans laquelle évolue chaque individu (commune, entreprise, école...).

Le milieu de vie dans lequel évoluent les humains est la combinaison de ces environnements.

L'action sur les milieux de vie va donc devoir viser à établir des environnements et milieux de vie:

- sains, du point de vue de l'environnement naturel,
- assurant la sécurité des personnes, tant physique (ex: sécurité routière, sécurité piétons, aires de jeux...) que morale (incivilités, violences),
- favorisant une alimentation saine (offre alimentaire, restauration collective), l'activité physique,
- favorisant les relations sociales, l'autonomie, la participation, la prise de responsabilité,
- facilitant l'accès aux services.

Outre l'action régalienne qui permet d'agir sur l'environnement naturel, on perçoit que l'aménagement du territoire apparaît comme levier majeur d'amélioration des environnements et milieux de vie, et c'est dans ce cadre que la démarche de promotion de la santé rejoint celle de développement durable. Les choix d'aménagement du territoire impactent fortement les inégalités en matière de santé, en positif ou en négatif. En outre, la qualité et la sécurité des environnements suscitent une demande sociale de plus en plus forte, qui nécessite d'agir avec la participation active des populations.

Actuellement, la vision de la santé reste le plus souvent limitée à une offre de services, qu'il s'agisse de soins, ou de prévention. Les stratégies intégrant l'action sur les environnements restent peu nombreuses. Elles sont pourtant indispensables pour que tout projet, visant l'amélioration de la santé, qu'il soit territorial ou qu'il se développe dans un milieu de vie particulier (école, travail, établissement...), obtiennent des résultats optimaux.

Des outils pertinents existent: contrats locaux de santé, études d'impact santé des politiques locales, démarches de promotion de la santé dans différents milieux de vie (écoles promotrices en santé, hôpitaux promoteurs de santé, villes -santé OMS...).

#### **II.3.2. Objectifs et mesures proposés dans le domaine de la promotion de la santé**

A partir du bilan de l'existant, des constats et du diagnostic posés en I, **l'objectif général est de passer d'une logique de prévention fondée sur l'individu à une logique de promotion de la santé agissant simultanément sur les différents facteurs qui vont influencer la santé.**

4 objectifs stratégiques sont dégagés pour atteindre ce but:

##### - OBJECTIF STRATEGIQUE 1 :

Développer la promotion de la santé et l'améliorer sur un plan qualitatif

##### - OBJECTIF STRATEGIQUE 2 :

Construire une stratégie interinstitutionnelle et intersectorielle de promotion de la santé agissant simultanément sur l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la santé

##### - OBJECTIF STRATEGIQUE 3 :

Développer la capacité des groupes de la population à s'engager avec efficacité pour leurs besoins et à trouver des solutions à leurs problèmes communs

##### - OBJECTIF STRATEGIQUE 4 :

Maintenir ou créer des milieux de vie favorables à la santé et à la qualité de vie

**OBJECTIF STRATEGIQUE 1****Développer la promotion de la santé et accroître la qualité des projets****Objectif opérationnel 1 :**

Professionnaliser le domaine de la promotion de la santé par la formation.

Il s'agit notamment de générer un effet « multiplicateur » pour favoriser l'implantation de la promotion de la santé dans les initiatives de proximité, dans tous les milieux de vie.

Mesure 1 : Élaboration d'un plan de formation pour la durée du schéma visant à développer les compétences et les savoir-faire des acteurs professionnels et bénévoles qui agissent en faveur des populations dans les domaines éducatif, sanitaire, médico-social, social.

La formation de formateurs devra être privilégiée pour obtenir un effet multiplicateur fort.

Mesure 2 : Initiation de la réflexion sur les contenus en prévention et promotion de la santé dans les études médicales et dans la formation médicale continue.

Mesure 3 : Inclusion obligatoire dans les plans de formation des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux d'un volet promotion de la santé.

Mesure 4 : Réflexion avec la DRJSCS pour envisager l'appui que peuvent apporter les fonds du Conseil National de développement de la vie associative à la formation du secteur associatif.

Mesure 5 : Harmonisation au sein des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) des contenus des modules de santé publique.

Mesure 6 : Construction en Limousin d'une formation qualifiante (DU, master) en éducation pour la santé.

Mesure 7 : Accompagnement des porteurs de projet dans une démarche qualité :

- promotion et formation à l'utilisation des outils et en particulier du guide d'autoévaluation de l'INPES dans le cadre des actions de proximité et des formations,
- renforcement des liens avec l'Université pour développer la recherche-action sur des projets innovants.

Mesure 8 : Mise en place au sein de l'ARS d'une cellule d'appui méthodologique chargée de travailler en lien avec le Pôle de compétences en éducation pour la santé et les organismes de recherche pour :

- accompagner la démarche des partenaires et acteurs,
- capitaliser les connaissances en matière de programmes de projets évalués et validés (programmes nationaux/internationaux),
- renforcer les liens avec l'INPES et d'autres organismes,
- promouvoir les référentiels et outils,
- développer l'évaluation et impulser le développement de programmes de recherche.

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- INPES,
- EHESP,
- CNFPT,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé,
- Conseil régional,
- Organisation représentative des professionnels de santé (URPS),
- Établissements de formation (Université, IUFM, Instituts de formation paramédicale, sociale),
- Organismes de formation continue (ANFH, Formation médicale continue-FMC...),
- Services de l'État en charge des politiques sectorielles.

**Objectif opérationnel 2 :**

Diffuser une culture commune par des actions de sensibilisation et/ou de formation menées en proximité pour appuyer les projets locaux de santé, s'adressant aux décideurs, élus, acteurs.

Mesure 1 : Élargissement progressif du Pôle de compétences en éducation pour la santé (PEPS) de façon à ce qu'il dispose sur chaque territoire de projet d'une personne formée, capable de remplir auprès des acteurs locaux les missions du Pôle de compétences :

- appui méthodologique au montage de projet,
- apport des méthodes, supports et outils (par exemple outils pédagogiques validés).

Mesure 2 : Organisation d'un « temps fort » dans chaque territoire de proximité au moment du lancement des projets de territoires pour informer et mobiliser le tissu local d'acteurs et la population autour des enjeux de la promotion de la santé.

Mesure 3 : Développement d'une offre locale de service pour aider les acteurs locaux dans la construction et la mise en œuvre des projets locaux de santé ; cette offre pourra prendre différentes formes, telles que :

- formation/sensibilisation,
- formation/action,
- journée thématique,
- journée d'échanges de pratiques.

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- INPES,
- EHESP,
- CNFPT,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé,
- Conseil Régional,
- Organisation représentative des professionnels de santé (URPS),
- Établissements de formation (Université, IUFM, Instituts de formation paramédicale, sociale),
- Organismes de formation continue (ANFH, FMC...),
- Services de l'État en charge des politiques sectorielles.

**Objectif opérationnel 3 :**

Renforcer l'implication de nouveaux acteurs dans la promotion de la santé : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, professionnels de santé libéraux

Mesure 1 : Intégration dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les établissements de santé et dans les CPOM/Conventions tripartites entre ARS et établissements médicosociaux (en lien avec la démarche qualité) d'un volet promotion de la santé-prévention répondant au cahier des charges élaboré par l'ARS

Mesure 2 : Intégration dans les projets de réseaux, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), pôles de santé... d'un volet promotion - éducation pour la santé

Mesure 3 : Développement avec les organismes de formation continue d'une offre de formation permettant aux structures citées en mesures 1 et 2 de pouvoir s'engager de manière effective dans la promotion de la santé

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- URPS
- Établissements de formation (Université, IUFM, Instituts de formation paramédicale, sociale)
- Organismes de formation continue (ANFH, FMC...)
- Établissements médicosociaux
- Établissements de santé
- MSP, réseaux de santé, Pôles de santé

**Objectif opérationnel 4 :**

Faire connaître l'offre en promotion de la santé pour la rendre accessible et reproductible

Mesure 1 : Mise en place d'un système d'information de type « banque d'actions » et « annuaire des acteurs » qui permette à la fois de recenser et localiser géographiquement les initiatives en promotion de la santé, et de les valoriser pour favoriser leur reproductibilité

- Niveau régional : choix de l'outil et désignation de la structure support.
- Niveau du territoire de proximité : désignation d'une personne-relais en charge du repérage des acteurs et types d'actions et de l'alimentation de la « banque d'actions ».

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- Pôle de compétences en éducation pour la santé
- INPES
- Acteurs locaux de proximité.

**Objectif opérationnel 5 :**

Mettre plus de cohérence dans la diffusion de la documentation santé.

Au niveau régional

Mesure 1 : Élaboration par le Pôle de compétences en éducation pour la santé (PEPS) d'un plan de diffusion des documents grand public et professionnels à partir d'un recensement de l'existant et d'une priorisation des documents à diffuser.

Au niveau du territoire de proximité

Mesure 1 : Désignation, au sein des acteurs du projet local de santé, d'une personne relais intégrée au Pôle de compétences en EPS qui soit le relais de proximité de celui-ci et qui développe localement les fonctions de diffusion de la documentation santé validée et des outils pédagogiques.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé,
- acteurs locaux de proximité.

**Objectif opérationnel 6 :**

Rendre l'offre plus accessible aux populations les plus éloignées du système de santé pour des raisons diverses (sociales, culturelles, géographiques...).

Mesure 1 : Étude de pertinence et de faisabilité des moyens mobiles de prévention médicalisée sur les territoires à démographie médicale et paramédicale dégradée.

Mesure 2 : Expérimentation de services de Promotion de la santé pour les adultes à l'instar de la PMI et la santé scolaire (« une médecine préventive pour adultes »).

Mesure 3 : Développement de l'accompagnement dans le parcours de santé des personnes très fragilisées, en lien avec les services sociaux.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé
- DRJSCS et DDCSPP
- services de santé au travail
- Conseils généraux
- Communes
- Mutualité Française
- URPS
- ORS
- Acteurs locaux de proximité.
- Établissements de santé

**OBJECTIF STRATEGIQUE 2**

**Construire une stratégie interinstitutionnelle et intersectorielle de promotion de la santé agissant simultanément sur l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la santé**

**Objectif opérationnel 1 :**

Passer d'une logique d'offre et d'initiatives cloisonnées à une logique d'élaboration de stratégies pluriannuelles et intersectorielles fondées sur le regroupement des acteurs locaux ou régionaux et sur la combinaison des leviers : éduquer, améliorer les milieux de vie, dépister, prendre en charge.

Mesure 1 : Sensibilisation et formation des décideurs institutionnels et des élus à une approche systémique de la promotion de la santé.

Mesure 2 : Mise en place de projets locaux de santé formalisés et si possible contractualisés, sur des territoires cohérents avec la vie quotidienne de la population.

Mesure 3 : Développement de l'utilisation des études d'impact en santé, en prospectif ou évaluatif, sur des projets d'aménagement et des plans de développement (ex : mise en place d'une étude d'impact en santé sur les opérations de rénovation urbaine).

Mesure 4 : Accroissement du nombre d'adhérents aux labels de promotion de la santé :

- hôpitaux promoteurs de santé,
- villes et village en santé (OMS),
- villes PNNS,
- volet santé de l'Agenda 21...
- et accompagnement des collectivités concernées vers l'entrée dans ces labels.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Communes et EPCI
- Conseil régional
- Conseils généraux
- Association des Maires
- Association des départements
- Établissements de santé
- CNFPT
- Pôle de compétences en éducation pour la santé
- Services de l'État en charge des politiques sectorielles.

**Objectif opérationnel 2 :**

Rechercher un engagement volontariste des décideurs institutionnels sensibilisés à la promotion de la santé

**Au niveau organisationnel régional**

Mesure 1 : Rédaction d'une charte d'engagement des décideurs associés à l'ARS dans le cadre de la coordination des politiques publiques et déclinaison au plan local de conventions cadre nationales : ACSE - INPES, CNFPT – INPES...

Mesure 2 : Élaboration par la commission de coordination des politiques publiques de programmes de promotion de la santé co-construits avec les partenaires institutionnels qui développent une politique de promotion de la santé et de prévention (par exemple ARS-Conseil Général, ARS-Éducation Nationale...).

Mesure 3 : Élaboration par la commission de coordination d'un dispositif de financement des projets de Promotion de la santé, articulant les dispositifs relevant des différentes administrations et collectivités représentées au sein de la commission de coordination des politiques publiques.

Un dispositif de financement à 2 niveaux devra être conçu :

- au niveau régional, un plan régional de financement pluriannuel serait centré sur le soutien aux actions structurantes répondant aux objectifs du schéma, qu'il s'agisse d'actions visant à développer la ressource en promotion de la santé, ou des actions de prévention, soit relevant de dispositifs obligatoires agréés et/ou habilités, soit renouvelées depuis plusieurs années et évaluées positivement.

Ceci nécessite au préalable :

- une sélection des structures et actions relevant du plan régional de financement ;
- la définition de la « commande publique » en cohérence avec le schéma et l'organisation.

Ce plan de financement ferait appel aux différentes sources de financement potentielles sous maîtrise de l'ARS (dont FICQS, MIGAC, nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé...) et des autres partenaires régionaux et/ou départementaux.

La mise en place d'un plan régional de financement nécessite une coordination calendaire et procédurale des financeurs potentiels, en particulier pour articuler les différents appels à projets locaux entre eux, et avec les appels à projets nationaux.

Les financements alloués au titre du plan de financement régional le seront par voie de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens.

- au niveau du territoire de proximité : le niveau régional pourrait réserver une « enveloppe d'impulsion » dédiée aux projets locaux de santé structurés et concevoir les modalités d'attribution de celle-ci. Au niveau local, le plan de financement du projet local de santé s'appuierait sur les financements d'impulsion ainsi que sur les financements et mises à disposition de ressources locales.

- **au niveau organisationnel du territoire de proximité :** l'enjeu est de donner tout son sens au niveau local à une politique de promotion de la santé intégrant de manière systémique l'action sur l'ensemble des déterminants de la santé, qui relèvent des différentes politiques (aménagement, économique, insertion, loisirs, habitat, éducation, social...).

Mesure 1 : Connexion des démarches de développement durable portées par les collectivités avec la démarche de projet territorial de santé.

Mesure 2 : Création d'une fonction d'animateur de projet local de santé afin de permettre le développement harmonieux du projet de santé dans toutes ses dimensions ; dans un but d'efficacité et de mutualisation cette fonction est de préférence à intégrer ou au moins à articuler aux fonctions d'animations préexistantes ou en cours de construction (animateur de Pays, coordonnateur de Pôle de santé, animateur de centres sociaux, coordonnateur atelier santé ville...).

Mesure 3 : Rédaction d'un volet « promotion de la santé-prévention » assorti d'un plan de financement intégré au projet de santé du territoire de proximité, déclinant le schéma régional de prévention en priorisant à partir des besoins de santé du territoire puis contractualisation entre l'ARS, les services de l'État, les collectivités locales, les différents financeurs pour formaliser les engagements.

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- Services de l'État membres de la commission de coordination des politiques publiques
- Caisses d'assurance-maladie
- Conseil Régional
- Conseils Généraux
- Communes et EPCI
- Pays...

**Objectif opérationnel 3 :**

Élaborer une stratégie de communication en santé, en direction du grand public au niveau régional, départemental et des territoires de proximité.

Mesure 1 : Développement par l'ARS d'un plan de communication cohérent avec les priorités du PRS, rendant lisible le parcours de santé pour chaque citoyen, y compris dans sa dimension prévention.

Mesure 2 : Utilisation des médias et vecteurs de communication locaux. Les collectivités disposent de supports susceptibles de relayer certains messages et initiatives.

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- Pôle de compétences en éducation pour la santé
- Collectivités territoriales
- Caisses d'assurance-maladie.

**OBJECTIF STRATEGIQUE 3**

**Développer la capacité de groupes de la population à s'engager avec efficacité pour leurs besoins et à trouver des solutions à leurs problèmes communs**

**Objectif opérationnel 1 :**

Impliquer la population dans les projets de santé de proximité

Mesure 1 : Recensement sur chaque territoire de proximité des groupes de populations susceptibles d'être sensibilisés: conseils de quartier, groupes d'habitants, associations de consommateurs,... et association de ces groupes à la conception du projet local de santé.

Mesure 2: Diffusion des méthodes et des outils auprès des professionnels pour construire et développer des projets en santé avec les populations: formation des professionnels à la méthodologie de projet participative en santé et/ou apport d'un appui méthodologique aux professionnels et intervenants de proximité.

Mesure 3: Inclusion des représentants des citoyens dans les instances de pilotage des projets de santé:

- au niveau régional: CRSA, conférence de territoire,
- au niveau des territoires de proximité: projet/contrat local de santé, dans les comités de pilotage des projets opérationnels.

→ Les jeunes sont un public à mobiliser en priorité.

Mesure 4: Repérage des priorités de la population: réalisation de diagnostics participatifs, complémentaires aux diagnostics épidémiologiques et/ou réalisés auprès des professionnels.

Mesure 5: Sensibilisation et formation/action de personnes relais au sein des groupes de populations.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Services de l'État,
- Collectivités locales,
- animateur du projet local de santé,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé,
- Associations diverses de proximité,
- Services sociaux.

**Objectif opérationnel 2 :**

Mobiliser la population à partir des instances de démocratie sanitaire

Mesure 1 : Organisation de débats publics sur des questions de promotion de la santé (lien avec les études d'impact en santé) La CRSA a la possibilité d'organiser des débats publics: il faut que cette possibilité soit exploitée

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- CRSA

**OBJECTIF STRATEGIQUE 4****Maintenir ou créer des milieux de vie favorables à la santé et à la qualité de vie**

Cet objectif renvoie à l'importance de développer des stratégies de promotion de la santé agissant sur l'ensemble des déterminants de celle-ci, qui constituent les milieux de vie.

**Objectif opérationnel 1 :**

Favoriser la prise en compte de l'influence des milieux de vie sur la santé dans les politiques d'aménagement et de développement

Mesure 1 : Sensibilisation et formation des élus et décideurs.

Mesure 2 : Intégration dans les projets locaux de santé d'une réflexion sur l'offre et les infrastructures comme facteur influençant la santé :

- amélioration de la qualité de l'offre alimentaire, notamment en collectivité (établissements scolaires, établissements médico-sociaux et sanitaires, entreprises...)
- transports,
- accès aux services,
- aménagements favorables au bien-être (espaces de détente, espaces verts...),
- habitat,
- loisirs,
- soutien social...

Mesure 3 : Création en proximité des conditions favorables à la pratique de l'activité physique tout au long de la vie et dans les différents milieux de vie :

- pour inciter aux déplacements à pied
- pour faire évoluer la culture du mouvement sportif vers la notion de « sport plaisir » hors de toute notion de compétition, et vers l'accueil de publics diversifiés
- pour développer l'activité physique adaptée pour des personnes souffrant de maladies chroniques, en coordination avec les programmes d'éducation thérapeutique

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Collectivités territoriales,
- CNFPT,
- Services de l'Etat, (Dont DRJSCS et DRAAF, DREAL, DDT...)
- Pôle de compétences en éducation pour la santé.

**Objectif opérationnel 2 :**

Intégrer dans les organisations (école, travail, établissement d'accueil de personnes âgées et handicapées, établissement de santé...) la dimension qualité de vie et bien-être comme facteur de santé

Mesure 1 : Mise en place d'appui méthodologique pour développer des approches intégrées de promotion de la santé prenant en compte l'action sur les environnements.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Éducation Nationale,
- DIRECCTE,
- DRAAF
- DRJSCS
- Conseils Généraux,
- Établissements de santé et médico-sociaux,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé.

**Objectif opérationnel 3 :**

Préserver la qualité de l'eau, de l'air extérieur et intérieur

Mesure 1 :

Réduction des pesticides et autres produits toxiques dans l'eau, l'air, les aliments et dans les milieux de travail :

- par la mise en œuvre des procédures sanitaires de gestion des non-conformités des eaux d'alimentation,
- par le développement des mesures environnementales autour de captages prioritaires dits « Grenelle ».

Mesure 2 :

Sécurisation de la qualité bactériologique et biologique des eaux par :

- la progression du pourcentage d'unités de distribution d'eau potable alimentant moins de 5 000 habitants, équipées d'un système de désinfection permanent,
- l'achèvement de l'ensemble des procédures de protection des captages,
- le contrôle et l'inspection des périmètres de protection des captages,
- la mise au point d'une formation des personnels territoriaux pour la conduite des petites unités de traitement d'eau potable,
- la mise au point d'une grille d'inspection des périmètres de protection des ressources en eau.

Mesure 3 : Mise en place d'un contrôle complémentaire au contrôle sanitaire des eaux pour évaluer les concentrations en pesticides.

Mesure 4 : Participation au Plan régional pour la qualité de l'air intérieur pour les établissements accueillant des jeunes enfants.

Mesure 5 : Ciblage de l'information sur le risque lié au monoxyde de carbone.

Mesure 6 : Développement de l'information sur le radon en lien avec les évolutions réglementaires.

Mesure 7 : Mise en œuvre d'opérations de dépistage ciblées sur le radon : assistantes maternelles, personnes atteintes de cancers...

#### **Partenaires impliqués :**

- ARS,
- DREAL,
- DIRECCTE,
- DRAAF,
- Agences de l'eau Adour-Garonne et Loire-Bretagne,
- Conseils Généraux,
- Préfectures,
- Associations des Maires,
- CNFPT,
- LIMAIR.

#### **Objectif opérationnel 4 :**

Réduire le bruit pour les publics captifs (écoles, hôpitaux, milieu du travail, etc.) et les risques dus à l'écoute de la musique amplifiée

Mesure 1 : Réalisation d'une étude sur les niveaux sonores dans le service de néonatalogie du CHU de Limoges (étude en collaboration avec l'ARS du Centre).

Mesure 2 : Bilan de la conformité réglementaire des lieux musicaux par des actions d'inspection et de contrôle.

#### **Partenaires impliqués :**

- ARS,
- CHU Néonatalogie,
- ARS Centre,
- Direction générale de la santé.

#### **Objectif opérationnel 5 :**

Améliorer la connaissance en renforçant les programmes d'études dans le domaine de la santé et de l'environnement, et en mettant en place des réseaux sentinelles

Mesure 1 : Création d'un réseau de surveillance dans le domaine des pesticides dans l'air à proximité des zones d'arboriculture.

Mesure 2 : Activation d'un réseau d'allergologues dans le domaine des pollinoses et étude pour l'installation d'une station de comptage des pollens en Limousin.

Mesure 3 : Optimisation des réseaux de surveillance (eau, air, habitat, etc.) par une mutualisation de leurs activités.

Mesure 4 : Mise en œuvre d'une étude sur la radioactivité dans les eaux de consommation humaine.

#### **Partenaires impliqués :**

- ARS,
- URPS du Limousin,
- Allergologues,
- DREAL,
- Conseil Régional,
- LIMAIR,
- DRAAF,
- Préfectures.

#### **Objectif opérationnel 6 :**

Diffuser la connaissance en facilitant l'accès du public aux données scientifiques détenues par les services et agences

Mesure 1 : Développement de l'information via le site Internet de l'ARS.

Mesure 2 : Publication des éléments de qualité des eaux du Limousin pour la période 2006-2010.

Mesure 3 : Mise en place du site national sur la protection des ressources en eau.

#### **Partenaires impliqués :**

- ARS.
- DGS

## II.3.3. Déclinaison du plan d'actions

## PASSER D'UNE LOGIQUE DE PREVENTION FONDEE SUR L'INDIVIDU A UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTE

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1-DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES PROJETS	Professionnaliser le domaine de la promotion de la santé par la sensibilisation, la formation et la promotion de la démarche qualité dans les projets	<b>Mesure 1 :</b> Élaboration d'un plan de formation pour la durée du SRP visant à développer les compétences et les savoir-faire des acteurs professionnels et bénévoles qui agissent en faveur des populations dans les domaines éducatif, sanitaire, médico-social, social...	ARS INPES EHESP CNFPT DRJSCS Pôle de compétences en éducation pour la santé Conseil régional Organisation représentative des professionnels de santé (URPS) Établissements de formation (Université, IUFM, Instituts de formation paramédicale, sociale)	élaboration du plan de formation : 2e semestre 2011- début de mise en œuvre 2012	Conception et réalisation du plan de formation : nbre de professionnels formés, nbre de bénévoles formés, Évaluation de fin de formation (compétences acquises), évaluation post formation (compétences mobilisées) nbre de formateurs formés, nbre de projets élaborés par les personnes formées
		<b>Mesure 2 :</b> Initiation de la réflexion visant à l'intégration de la promotion de la santé dans les études médicales initiales et dans la formation médicale continue		intégration formation initiale: 2015 intégration formation continue: 2014	Intégration de modules éducation pour la santé/promotion de la santé dans les contenus de formation médicale initiale et continue
		<b>Mesure 3 :</b> Inclusion obligatoire dans les plans de formation des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux d'un volet promotion de la santé		2012: 3 plans de formation en ES et 15 en EMS puis progression annuelle à définir	Nbre de plans de formation des ES et ESMS comportant un volet PDS- nbre de professionnels formés
		<b>Mesure 4 :</b> Réflexion avec la DRJSCS pour envisager l'appui que peuvent apporter les fonds du Conseil National de développement de la vie associative à la formation du secteur associatif.		2012	montants alloués à des projets de formation de bénévoles en promotion de la santé
		<b>Mesure 5 :</b> Harmonisation au sein des IFSI des contenus des modules de santé publique		2013	Evolution des contenus des modules de santé publique des IFSI
		<b>Mesure 6 :</b> Construction d'une formation qualifiante (DU, master) en éducation pour la santé		année scolaire 2013-2014	Mise en œuvre effective de la formation
		<b>Mesure 7 :</b> Accompagnement des porteurs d'actions de promotion de la santé dans une démarche qualité		2013 : 50 % des actions utilisent les outils de la démarche qualité 2015 : 80 % des actions utilisent les outils de la démarche qualité	Nbre d'accompagnements méthodologiques annuels et nbre de formations réalisés visant à mettre en œuvre une démarche qualité nbre de porteurs de projets formés nbre de projets répondant à la démarche qualité
		<b>Mesure 8 :</b> Mise en place au sein de l'ARS d'une cellule d'appui méthodologique pour accompagner les démarches de projet des partenaires et acteurs		au moins 1 ETP est dédié à cette activité à partir de 2012	Temps agent annuel dédié à la cellule

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1-DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES PROJETS	Diffuser une culture commune par des actions de sensibilisation et/ou de formation menées en proximité pour appuyer les projets locaux de santé, s'adressant aux décideurs, élus, acteurs	<p><b>Mesure 1 :</b> Élargissement progressif du Pôle de compétences en éducation pour la santé (PEPS) de façon à ce qu'il dispose sur chaque territoire de projet d'une personne formée, capable de remplir auprès des acteurs locaux les missions du Pôle de compétences</p>	<p>ARS INPES EHESP CNFPT DRJSCS</p> <p>Pôle de compétences en éducation pour la santé</p> <p>Conseil régional</p> <p>Organisation représentative des professionnels de santé (URPS)</p> <p>Etablissements de formation (Université, IUFM, Instituts de formation paramédicale, sociale)</p>	<p>2012 : au moins un professionnel exerçant sur les 4 zones de contrat local de santé rejoint le Pôle</p> <p>2015 : chaque territoire ayant un projet local de santé a au moins un professionnel intégré au Pôle</p>	Nbre de professionnels rejoignant le Pôle chaque année
		<p><b>Mesure 2 :</b> Organisation d'un « temps fort » dans chaque territoire de proximité au moment du lancement des projets de territoires pour informer et mobiliser le tissu local d'acteurs et la population autour des enjeux de la PDS</p>		<p>2012 : organisation d'une manifestation dans chaque zone de contrat local</p> <p>puis chaque année un temps sur chaque territoire concrétisant un projet local de santé</p>	Nbre de manifestations organisées intégration des concepts par les participants à ces manifestations
		<p><b>Mesure 3 :</b> Développement d'une offre locale de services pour aider les acteurs locaux dans la construction et la mise en œuvre des projets locaux de santé</p>		<p>2012 : au moins une formation dans chaque zone de contrat local de santé</p> <p>2015 : chaque territoire ayant un projet local de santé a mis en place au moins une formation chaque année</p>	nbre de formations réalisées Évaluation de fin de formation (compétences acquises), évaluation post formation (compétences mobilisées)

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1-DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES PROJETS	Renforcer l'implication de nouveaux acteurs dans la promotion de la santé : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, professionnels de santé libéraux	<b>Mesure 1 :</b> Intégration dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les établissements de santé et dans les CPOM/Conventions tripartites entre ARS et établissements médicosociaux (en lien avec la démarche qualité) d'un volet promotion de la santé-prévention répondant au cahier des charges élaboré par l'ARS	ARS Organisation représentative des professionnels de santé (URPS)- Etablissements de formation (Université, IUFM, Instituts de formation paramédicale, sociale)-Organismes de formation continue (ANFH, FMC...) établissement médico sociaux	2012 : chaque CPOM d'ES comporte un volet promotion de la santé-prévention	% de CPOM d'ES et ESMS intégrant un volet promotion de la santé-prévention
		<b>Mesure 2 :</b> Intégration dans les projets de réseaux, maisons de santé pluriprofessionnelles, pôles de santé d'un volet promotion de la santé-prévention		100 % des projets de MSP-réseaux-pôles sont dotés d'un volet PDS	Nbre de projets intégrant un volet PDS
		<b>Mesure 3 :</b> Développement avec les organismes de formation continue d'une offre de formation permettant aux structures citées en mesures 1 et 2 de pouvoir s'engager de manière effective dans la promotion de la santé			Nbre de plans de formation comportant un volet PDS- nbre de professionnels formés évaluation de formation
	Faire connaître l'offre en promotion de la santé pour la rendre accessible et reproductible	<b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'un système d'information de type « banque d'actions » et « annuaire des acteurs »	ARS Pôle de compétences en éducation pour la santé INPES acteurs locaux investis dans les projets locaux de santé	mise en place effective en 2013	effectivité du système d'information nbre d'acteurs intégrant leurs actions au système d'information nbre d'actions recensées
	Mettre plus de cohérence dans la diffusion de la documentation santé	<b>Mesure 1 :</b> Élaboration par le Pôle de compétences en éducation pour la santé d'un plan de diffusion des documents grand public et professionnels à partir d'un recensement de l'existant et d'une priorisation des documents à diffuser	ARS	recensement de l'existant et élaboration du plan dernier trimestre 2011- mis en œuvre effective 1er juin 2012	nbre de documents diffusés niveau de reconnaissance des campagnes par les destinataires des documents
		<b>Mesure 2 :</b> Désignation, parmi les acteurs du projet local de santé, d'une personne intégrée au Pôle de compétences en EPS qui soit le relais de proximité de celui-ci et qui développe localement les fonctions de diffusion de la documentation santé validée	Pôle de compétences en éducation pour la santé Acteurs locaux	2012 : au moins un professionnel exerçant sur les 4 zones de contrat local de santé rejoint le Pôle 2015 : chaque territoire ayant un projet local de santé a au moins un professionnel intégré au Pôle	Nbre de professionnels rejoignant le Pôle chaque année

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1-DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES PROJETS	Rendre l'offre plus accessible aux populations les plus éloignées du système de santé pour des raisons diverses (sociales, culturelles, géographiques...)	<b>Mesure 1 :</b> Étude de pertinence et de faisabilité des moyens mobiles de prévention médicalisée sur les territoires à démographie médicale et paramédicale dégradée	ARS Conseils généraux communes Mutualité Française ORS URPS DRJSCS services de santé au travail	réalisation de l'étude en 2012	résultats de l'étude
		<b>Mesure 2 :</b> Expérimentation de services de Promotion de la santé pour les adultes à l'instar de la PMI et la santé scolaire (« une médecine préventive pour adultes »)		une expérimentation dans un territoire volontaire	résultats de l'expérimentation
		<b>Mesure 3 :</b> Développement de l'accompagnement dans le parcours de santé des personnes très fragilisées, en lien avec les services sociaux		à définir en concertation avec le PRAPS	temps effectif d'accompagnant santé

PASSER D'UNE LOGIQUE DE PREVENTION FONDEE SUR L'INDIVIDU  
A UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTE

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
<b>2-CONSTRUIRE DES STRATÉGIES INTERINSTITUTIONNELLES ET INTER-SECTORIELLES AGISSANT SIMULTANÉMENT SUR L'ENSEMBLE DES FACTEURS AYANT UN IMPACT SUR LA SANTÉ</b>	<b>Passer d'une logique d'offre et d'initiatives cloisonnées à une logique d'élaboration de stratégies pluri-annuelles et inter-sectorielles fondées sur le regroupement des acteurs locaux ou régionaux et sur la combinaison des leviers : éduquer, améliorer les milieux de vie, dépister, prendre en charge.</b>	<b>Mesure 1 :</b> Sensibilisation et formation des décideurs institutionnels et des élus à une approche systémique de la santé	ARS Services de l'Etat Association des Maires, Association des départements de France Conseil régional CNFPT Pôle de compétences en éducation pour la santé	au moins 2 formations par an à compter de 2012	nbre de formations réalisées nbre d'élus et décideurs formés évaluation des formations
		<b>Mesure 2 :</b> Mise en place de projets locaux de santé formalisés et si possible contractualisés, sur des territoires cohérents avec la vie quotidienne de la population	ARS Communes - EPCI Pays Conseil général Conseil régional services de l'État acteurs locaux...	au moins 10 projets locaux de santé sur la période du PRS touchant au moins 50 % de la population de la région	nbre de projets locaux de santé élaborés taux de couverture géographique de ces projets niveau d'implication des partenaires dans ces projets
		<b>Mesure 3 :</b> Développement de l'utilisation des études d'impact en santé en prospectif ou évaluatif sur des projets d'aménagement et des plans de développement (ex : mise en place d'une étude d'impact en santé sur les opérations de rénovation urbaine)	ARS communes EPCI conseils généraux conseil régional	au moins une étude d'impact santé dans chaque zone de contrat local de santé tendre vers une EIS dans chaque projet local de santé nouveau	nbre de formations ciblées sur l'utilisation d'EIS nbre d'EIS
		<b>Mesure 4 :</b> Accroissement du nombre d'adhérents aux labels de promotion de la santé et accompagnement des institutions vers l'entrée dans ces labels	ARS communes Établissements de santé Pôle de compétences en éducation pour la santé	au moins 6 établissements de santé sur durée du PRS villes PNNS et ville et villages en santé : au moins 3 labels dans chaque zone de contrat local de santé hors zones de contrat local : au moins un label par projet local de santé	nbre de structures labellisées

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2-CONSTRUIRE DES STRATÉGIES INTERINSTITUTIONNELLES ET INTER-SECTORIELLES AGISSANT SIMULTANÉMENT SUR L'ENSEMBLE DES FACTEURS AYANT UN IMPACT SUR LA SANTÉ	Rechercher un engagement volontariste des décideurs sensibilisés à la promotion de la santé : * au niveau régional de concertation	<b>Mesure 1 :</b> Rédaction d'une charte d'engagement des décideurs associés à l'ARS dans le cadre de la coordination des politiques publiques et déclinaison au plan local de conventions cadre nationales : ACSE- INPES, CNFPT- INPES...	ARSCaisses d'assurance-maladieConseil régionalConseils générauxCommunes et EPCIPaysservices de l'État membres de la commission de coordination	rédaction effective 2012	nbre de signataires
		<b>Mesure 2 :</b> Élaboration par la commission de coordination des politiques publiques de programmes de promotion de la santé co-construits avec les partenaires institutionnels qui développent une politique de promotion de la santé et de prévention		durée du PRS	nbre de programmes élaborés nbre de partenaires impliqués
		<b>Mesure 3 :</b> Élaboration par la commission de coordination d'un dispositif de financement des projets de Promotion de la santé, articulant les dispositifs relevant des différentes administrations et collectivités représentées au sein de la commission de coordination des politiques publiques.		mise en œuvre effective du plan pluriannuel de financement coordonné en 2012	nbre de partenaires s'engageant dans la démarche sommes dédiées à la promotion de la santé
	* au niveau du territoire de proximité : l'enjeu est de donner tout son sens au niveau local à une politique de promotion de la santé intégrant de manière systémique l'action sur l'ensemble des déterminants de la santé, qui relèvent des différentes politiques	<b>Mesure 1 :</b> Connexion des démarches de développement durable portées par les collectivités avec la démarche de projet territorial de santé		mise en œuvre effective de plusieurs projets intégrant les démarches de développement durable et de promotion de la santé sur la durée du PRS	nbre de projets communs
		<b>Mesure 2 :</b> Création d'une fonction d'animateur de projet local de santé/si possible à intégrer ou au moins à articuler aux fonctions d'animations préexistantes ou en cours de construction (animateur de Pays, coordonnateur de Pôle de santé, coordonnateur)		créer un poste d'animateur territorial de santé sur chaque territoire de projet d'ici à 2015	nbre de poste créés-nbre de projets locaux de santé
		<b>Mesure 3 :</b> Rédaction d'un projet de promotion de la santé-prévention intégré au projet de santé du territoire de proximité, déclinant le schéma régional de prévention en priorisant à partir des besoins de santé du territoire puis contractualisation entre l'ARS, les services de l'État, les collectivités locales, les différents financeurs pour formaliser les engagements.		1 projet de promotion de la santé par territoire de projet d'ici à 2015	nbre de projets de promotion de la santé formalisés

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2-CONSTRUIRE DES STRATÉGIES INTERINSTITUTIONNELLES ET INTERSECTORIELLES AGISSANT SIMULTANÉMENT SUR L'ENSEMBLE DES FACTEURS AYANT UN IMPACT SUR LA SANTÉ	Élaborer une stratégie de communication en santé en direction du grand public au niveau régional, départemental et des territoires de proximité	<b>Mesure 1 :</b> Développement par l'ARS d'un plan de communication cohérent avec les priorités du PRS, rendant lisible le parcours de santé pour chaque citoyen, y compris dans sa dimension prévention.	ARS Pôle de compétences en éducation pour la santé collectivités territoriales caisses d'assurance-maladie	élaboration effective du plan de communication de l'ARS en 2012	résultats de l'évaluation du plan de communication
		<b>Mesure 2 :</b> Utilisation des medias et vecteurs de communication locaux.		durée du PRS	évaluation de la communication dans les projets locaux de santé

## PASSER D'UNE LOGIQUE DE PREVENTION FONDEE SUR L'INDIVIDU A UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTE

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
3-DÉVELOPPER LA CAPACITÉ DES GROUPES DE LA POPULATION À S'ENGAGER AVEC EFFICACITÉ POUR LEURS BESOINS ET À TROUVER DES SOLUTIONS À LEURS PROBLÈMES COMMUNS	Impliquer la population dans les projets de santé de proximité	<b>Mesure 1 :</b> Recensement sur chaque territoire de proximité des groupes de populations susceptibles d'être sensibilisés : conseils de quartier, groupes d'habitants, associations de consommateurs,... :	ARS services de l'Etat collectivités locales Animateur du projet local de santé Pôle de compétences en éducation pour la santé associations diverses de proximité services sociaux	100 % des projets locaux mobilisent la population	évaluation de la mobilisation de la population dans chaque projet local nbre de formations aux outils participatifs nbre d'instances de pilotage incluant des représentants de la population nbre de diagnostics participatifs réalisés nbre d'actions de sensibilisation formation de relais résultats d'évaluation des formations
		<b>Mesure 2 :</b> Diffusion des méthodes et des outils auprès des professionnels pour construire et développer des projets en santé avec les populations : Formation des professionnels à la méthodologie de projet participative en santé et/ou apport d'un appui méthodologique aux professionnels et intervenants de proximité.			
		<b>Mesure 3 :</b> Inclusion des représentants des citoyens, y compris de jeunes, dans les instances de pilotage des projets de santé (niveau régional/ niveau des territoires de proximité)			
		<b>Mesure 4 :</b> Repérage des priorités de la population : réalisation de diagnostics participatifs, complémentaires aux diagnostics épidémiologiques et/ ou réalisés auprès des professionnels			
		<b>Mesure 5 :</b> Sensibilisation et formation/action de relais au sein des groupes de populations			
	Mobiliser la population à partir des instances de démocratie sanitaire	<b>Mesure 1 :</b> Organisation de débats publics sur des questions de promotion de la santé (lien avec les études d'impact en santé) La CRSA a la possibilité d'organiser des débats publics : il faut que cette possibilité soit exploitée	ARS CRSA	au moins un débat par an	production des débats mobilisation du public

**PASSER D'UNE LOGIQUE DE PREVENTION FONDEE SUR L'INDIVIDU  
A UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTE**

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
4-MAINTENIR OU CRÉER DES MILIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ ET À LA QUALITÉ DE VIE	Favoriser la prise en compte de l'influence des milieux de vie sur la santé dans les politiques d'aménagement et de développement	<b>Mesure 1 :</b> Sensibilisation et formation des élus et décideurs	ARS collectivités territoriales services de l'Etat dont DRJSCS et DRAAF, DREAL, DDT...) CNFPT Pôle de compétences en éducation pour la santé.	au moins 1 formation par an sur la durée du PRS	nombre d'élus et décideurs formés résultats d'évaluation des formations
		<b>Mesure 2 :</b> Intégration dans les projets locaux de santé d'une réflexion sur l'offre et les infrastructures comme facteur influençant la santé : -amélioration de la qualité de l'offre alimentaire, notamment en collectivité (établissements scolaires, établissements médico-sociaux et sanitaires, entreprises...) -transports, -accès aux services, -aménagement favorables au bien-être (espaces de détente, espaces verts...), -habitat, -loisirs, -soutien social...		100 % des projets locaux de santé intègrent un travail sur les environnements	résultats d'évaluation des projets locaux de santé
		<b>Mesure 3 :</b> Création des conditions favorables à la pratique de l'activité physique tout au long de la vie et dans les différents milieux de vie : - pour inciter aux déplacements à pied - pour faire évoluer la culture du mouvement sportif vers la notion de « sport plaisir » hors de toute notion de compétition, et vers l'accueil de publics diversifiés - pour développer l'activité physique adaptée pour des personnes souffrant de maladies chroniques, en coordination avec les programmes d'éducation thérapeutique		tout au long de la conception et la mise en œuvre des projets locaux	
	Intégrer dans les organisations (école, travail, établissement d'accueil de personnes âgées et handicapées, établissement de santé...) la dimension qualité de vie et bien-être comme facteur de santé	<b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'appui méthodologique pour développer des approches intégrées de promotion de la santé prenant en compte l'action sur les environnements	ARS Éducation nationale DIRECCTE DRJSCS Conseils généraux établissements de santé et médico-sociaux Pôle de compétences en éducation pour la santé	durée du PRS	nombre d'appui méthodologiques réalisés évaluation de l'impact des appuis

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
4-MAINTENIR OU CRÉER DES MILIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ ET À LA QUALITÉ DE VIE	Préserver la qualité de l'eau, de l'air exté- rieur et intérieur	<p><b>Mesure 1 :</b> Réduction des pesticides et autres produits toxiques dans l'eau, l'air, les aliments et dans les milieux de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par la mise en oeuvre des procédures sanitaires de gestion des non-conformités des eaux d'alimentation</li> <li>- par le développement des mesures environnementales autour de captages prioritaires dits « Grenelle »</li> </ul>	<p>ARS DREAL DIRECCTE DRAAF Agences de l'eau Adour-Garonne et Loire-Bretagne Conseils Généraux Préfectures Associations des Maires CNFPT LIMAIR</p>	contrôle additionnel des ressources en eau potable sur la durée du PRS	publication des chiffres de suivi
		<p><b>Mesure 2 :</b> Sécurisation de la qualité bactériologique et biologique des eaux par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la progression du pourcentage d'unités de distribution d'eau potable alimentant moins de 5000 habitants, équipées d'un système de désinfection permanent.</li> <li>- l'achèvement de l'ensemble des procédures de protection des captages</li> <li>- le contrôle et l'inspection des périmètres de protection des captages- la mise au point d'une formation des personnels territoriaux pour la conduite des petites unités de traitement d'eau potable.</li> <li>- la mise au point d'une grille d'inspection des périmètres de protection des ressources en eau.</li> </ul>		Action sur les responsables d'unités de distribution non pourvues de système de désinfection permanent : courriers de rappel, visites sur le terrain formation CNFPT 2012 Élaboration grille d'inspection des périmètres de protection des captages opérationnelle au 2e semestre 2011	Nbre de courriers de rappel adressés nbre de visites effectuées nbre d'inspections de périmètres de protection réalisés
		<p><b>Mesure 3 :</b> Mise en place d'un contrôle complémentaire au contrôle sanitaire des eaux pour évaluer les concentrations en pesticides.</p>			
		<p><b>Mesure 4 :</b> Participation au Plan régional pour la qualité de l'air intérieur pour les établissements accueillant des jeunes enfants</p>			
		<p><b>Mesure 5 :</b> Ciblage de l'information sur le risque lié au monoxyde de carbone</p>			
		<p><b>Mesure 6 :</b> Développement de l'information sur le radon en lien avec les évolutions réglementaires</p>			
		<p><b>Mesure 7 :</b> Mise en oeuvre d'opérations de dépistage ciblées sur le radon : assistantes maternelles, personnes atteintes de cancers...</p>			

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
4-MAINTENIR OU CRÉER DES MILIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ ET À LA QUALITÉ DE VIE	Réduire le bruit pour les publics captifs (écoles, hôpitaux, milieu du travail, etc.) et les risques dus à l'écoute de la musique amplifiée	<b>Mesure 1 :</b> Réalisation d'une étude sur les niveaux sonores dans le service de néonatalogie du CHU de Limoges (étude en collaboration avec l'ARS du Centre).	ARS CHU Néonatalogie ARS Centre DGS	publication des résultats avec ARS Centre- 1er trimestre 2012	nbre de documents diffusés
		<b>Mesure 2 :</b> Bilan de la conformité réglementaire des lieux musicaux par des actions d'inspection et de contrôle		durée du PRS	nbre d'établissements musicaux contrôlés
	Améliorer la connaissance en renforçant les programmes d'études dans le domaine de la santé et de l'environnement, et en mettant en place des réseaux sentinelles	<b>Mesure 1 :</b> Création d'un réseau de surveillance dans le domaine des pesticides dans l'air à proximité des zones d'arboriculture.	ARS URPS du Limousin Allergologues DREAL Conseil Régional LIMAIR DRAAF Préfectures	durée du PRS	Publication d'un bilan sur l'observation des teneurs en pesticides ans l'air
		<b>Mesure 2 :</b> Activation d'un réseau d'allergologues dans le domaine des pollinoses et étude pour l'installation d'une station de comptage des pollens en Limousin.		mise en place d'une station de comptage des pollens pour 2013	Nbre de publications du réseau d'allergologues
		<b>Mesure 3 :</b> Optimisation des réseaux de surveillance (eau, air, habitat, etc.) par une mutualisation de leurs activités		durée du PRS	Nbre de réseaux recensés et mutualisés
		<b>Mesure 4 :</b> Mise en œuvre d'une étude sur la radioactivité dans les eaux de consommation humaine			publication de l'étude
	Diffuser la connaissance en facilitant l'accès du public aux données scientifiques détenues par les services et agences	<b>Mesure 1 :</b> Développement de l'information via le site Internet de l'ARS	ARS DGS	durée du PRS	
		<b>Mesure 2 :</b> Publication des éléments de qualité des eaux du Limousin pour la période 2006-2010.		2e semestre 2011	Nbre de documents diffusés
		<b>Mesure 3 :</b> Mise en place du site national sur la protection des ressources en eau			

## II.4. GARANTIR QUE TOUT INDIVIDU SE VERRA PROPOSER DANS SON PARCOURS DE VIE UNE EDUCATION POUR LA SANTE DE QUALITE, TENANT COMPTE DE SON CONTEXTE DE VIE

L'éducation pour la santé s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé. Elle vient en complément des politiques et environnements pour développer les aptitudes personnelles et collectives influençant la santé. Elle ne dissocie pas les dimensions biologique, psychologique sociale et culturelle de la santé.

Il s'agit de fournir aux individus les moyens de comprendre la santé et ses enjeux, de clarifier leurs croyances ainsi que leurs valeurs personnelles et culturelles, de développer leur estime de soi et des autres, de les entraîner à la responsabilité et à la décision, de favoriser leur engagement dans des projets communautaires. Elle développe des méthodes favorisant la participation et l'empowerment et ne se limite pas à de l'action informative.

Le cadre du SREPS 2003-2007, déjà évoqué plus haut, a permis de faire évoluer l'organisation de l'éducation pour la santé dans la région, essentiellement en :

- créant une structure ressource, le Pôle régional de compétences en éducation pour la santé, destinée à appuyer le développement quantitatif et qualitatif des projets et actions, par la mise en place de formations, d'échanges de pratiques, d'appui méthodologique, et de centres de ressource documentaire et pédagogique,
- renforçant le rôle et les financements de structures spécialisées en éducation pour la santé, par le biais de conventions d'objectifs et de moyens permettant de répondre aux priorités régionales du PRSP.

Le chapitre Éducation pour la santé du schéma régional de prévention vise à garantir à tout individu une éducation pour la santé de qualité, dans son parcours de vie, **à mettre en place de manière adaptée aux personnes, à leur contexte de vie, et aux besoins prioritaires pour chaque territoire et/ou population. Il exclut la prévention médicalisée et l'éducation thérapeutique du patient qui font l'objet de chapitres spécifiques.**

Le chapitre Éducation pour la santé adopte un plan similaire au chapitre I :

- l'état de lieux,
- les objectifs et mesures visant à proposer sur chaque territoire de proximité une offre socle d'éducation pour la santé tout au long du parcours de vie.

### II.4.1. Etat des lieux de l'éducation pour la santé

#### II.4.1.1. Constats généraux en matière d'éducation pour la santé

Le groupe d'élaboration du schéma a posé les constats suivants :

##### Inégalités d'accès à l'éducation pour la santé

- l'accès est inégal : inégalités sociales, géographiques,
- l'appropriation de l'information est aussi inégal : les messages ont surtout un impact sur les

publics ayant un certain niveau socioéconomique, d'éducation. En outre, la multiplication des messages nécessitent de mettre le citoyen en capacité d'exercer son esprit critique et d'identifier les informations scientifiquement validées.

##### Approches éducatives parfois peu ou mal maîtrisées

- Des professionnels et bénévoles agissant dans des domaines très variés (social, socio-culturel, sport, éducation, soins...) mettent en place des actions de proximité qui souhaitent s'inscrire dans le champ de l'éducation pour la santé,
- Or, les modèles d'intervention sont encore trop souvent fondés sur la transmission d'une information par un professionnel expert. Les actions de prévention sont encore parfois « plaquées » sur un public sans prendre en compte contexte de vie, représentations et connaissances. L'approche biomédicale centrée sur les comportements ignore les déterminants sociaux et environnementaux,
- Le développement des compétences psychosociales, de l'empowerment, ne sont pas perçus comme des objectifs de santé. Or, ce sont des leviers très forts en matière de préservation de la santé (aident à contenir les conduites à risques par exemple). Il s'agit d'un enjeu très important en particulier avec des publics en situation de précarité ou se percevant en échec. Cet enjeu est parfois difficilement compris par les décideurs et financeurs (qui souhaiteraient que les projets aient des résultats plus directs en matière de changement de comportement).
- Les actions ponctuelles d'information ne permettent pas l'appropriation des messages.
- Les milieux de vie rencontrent des difficultés pour prendre en compte l'éducation pour la santé, car ils ne se perçoivent pas toujours comme légitimes pour développer des projets relatifs à la santé (ex : enseignants...) d'où l'intérêt de la formation des acteurs de proximité.

##### Des interventions parfois insuffisamment efficaces

- Les interventions de tous niveaux (locales, campagnes nationales...) propagent beaucoup d'informations. Les personnes ont du mal à faire un tri dans l'information « proliférante ».
- Les grands messages sont connus (cf. nutrition-activité physique, par exemple) mais les personnes n'ont pas les leviers pour agir efficacement (prix des denrées dont la consommation est recommandée, impossibilité d'avoir une activité physique compte tenu par exemple de la dispersion de l'habitat de plus en plus loin des villes).

##### Des interventions parfois perçues négativement par la population

- Profusion et répétition de messages de prévention, approche encore souvent par les risques pouvant entraîner le rejet de certains messages,
- Rejet de certains messages jugés contraignants et portant atteinte à la liberté individuelle :
- il s'agirait de développer une approche altruiste (je me vaccine pour protéger aussi les autres...),
- Dissonances dans certains messages,
- Freins culturels, sociaux...

Les constats précédents mettent en évidence des lacunes et limites actuelles qui peuvent être en

partie résolues par les objectifs et mesures proposés dans la partie II, en particulier ceux visant à améliorer la qualité de l'offre par une série de mesures de formation et d'appui méthodologique et documentaire aux acteurs de proximité.

#### II.4.1.2. Etat des lieux des dispositifs et actions d'éducation pour la santé aux différents âges de la vie : cadres institutionnels, orientations prioritaires actuelles, outils et actions nationaux et locaux, acteurs

L'état des lieux ne peut en aucun cas être exhaustif et recenser toutes les initiatives en matière d'éducation pour la santé, tant il est vrai, et c'est heureux, que celle-ci s'inscrit depuis longtemps déjà comme un volet de l'action éducative en direction des enfants (petite enfance, milieu scolaire...).

L'état des lieux se bornera donc à recenser les orientations prioritaires actuelles, outils et dispositifs nationaux et locaux, acteurs. Puisque l'ambition du schéma est entre autres de développer un socle d'éducation pour la santé accessible à tous, à tous les âges de la vie, l'état des lieux sera abordé par âge de la vie, milieu de vie ou « circonstances de vie » lorsque celles-ci ont des particularités (handicap).

NB : les activités de prévention médicalisée, même si elles sont souvent exercées par les mêmes acteurs que ceux de l'EPS, ne seront pas abordées dans cette partie mais dans la suivante.

##### II.4.1.2.1. L'éducation pour la santé autour de la naissance et dans la petite enfance

###### **Le cadre institutionnel**

Depuis le début des années 90, de nombreux textes de loi sont intervenus dans le domaine de la protection de la famille et de l'enfance.

Les principaux partenaires institutionnels sont :

- l'État qui initie les dispositifs nationaux de soutien à la parentalité et participe à leur mise en place. C'est notamment le cas pour les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) ou pour les points info famille (PIF),
- les départements : la décentralisation leur a confié l'essentiel des compétences de mise en œuvre, sur le terrain, de prévention et de protection de l'enfance. Celle-ci est assurée par le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et par celui de la protection maternelle et infantile (PMI), en lien avec le service social départemental.

Parmi les principales missions confiées aux départements, on peut citer :

- l'élaboration et la mise en œuvre du schéma départemental de l'enfance et de la famille, en liaison avec les autres acteurs concernés,
- les actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 3 ans
- le suivi des enfants de moins de six ans et l'organisation des bilans de santé en école maternelle (3 ans et 4 ans),
- les actions de soutien à la parentalité,

- l'agrément et le suivi des modes de garde collectifs,
- l'agrément, la formation et le suivi des assistantes maternelles et des assistantes familiales,
- l'organisation et le traitement du signalement des enfants en danger,
- l'accueil d'urgence des enfants en danger (foyer départemental de l'enfance),
- l'accompagnement social et éducatif des familles en difficulté,
- la prise en charge des enfants admis à l'aide sociale à l'enfance,
- la mise en œuvre des mesures d'action éducative en milieu ouvert (AEMO),
- le financement et la mise en œuvre des mesures de placement des enfants (assistantes familiales recrutées et rémunérées par le département et établissements spécialisés...),
- le financement et la mise en œuvre de la prévention spécialisée dans les quartiers difficiles (éducateurs de rue).

- Les communes qui assurent différentes actions en faveur de l'enfance et de la famille, parmi lesquelles :

- la mise en œuvre des différentes structures publiques d'accueil de la petite enfance (crèches, haltes-garderies, jardins d'enfants...),
- la mise en œuvre des activités de loisirs, dans le cadre périscolaire ou non (centres de loisirs)
- la participation à la mise en œuvre d'actions de soutien à la parentalité, ou à la création de structures comme les relais assistantes maternelles (RAM).

- Les organismes de protection sociale (CAF, MSA) qui financent les prestations familiales, les structures d'accueil de la petite enfance, et les politiques en direction de l'enfance et de la jeunesse.

###### **La place de l'Éducation pour la santé dans les dispositifs périnatalité-petite enfance.**

Autour de la naissance et dans la petite enfance (jusqu'à 6 ans) les dispositifs et outils à vocation de prévention et de prise en charge sont nombreux : entretien prénatal précoce, services de maternité et de pédiatrie des établissements de santé, structures spécialisées dans la prise en charge précoce dont l'unité mère-bébé pour la prise en compte des problèmes psychiatriques, centres d'action médico-sociale précoce, professionnels libéraux dont les sages-femmes, dépistage de l'autisme... plus ou moins organisés en réseau au sein d'un réseau périnatalité.

La place de l'éducation pour la santé dans ces dispositifs n'apparaît pas a priori évidente actuellement, tout au moins au vu du bilan de l'existant réalisé dans le cadre des travaux du SROS périnatalité, les dispositifs restant centrés essentiellement de par leurs missions sur la détection des risques et pathologies, et leur prise en charge. Le plan périnatalité 2005-2007 était lui-même très centré sur la prise en charge des femmes enceintes.

Une place à part est à faire à la protection maternelle et infantile et au service de santé en faveur

des élèves, qui intègrent pleinement la mission éducative, sans pour autant avoir forcément le temps et les moyens de la mettre en œuvre de manière optimale.

Au-delà de ces dispositifs, les acteurs et outils gravitant autour de la petite enfance et n'ayant pas vocation médicale : modes de garde individuels (assistantes maternelles) et collectifs (crèches, haltes-garderies...), relais assistantes maternelles, actions et réseaux de soutien à la parentalité... sont des espaces privilégiés pour développer des projets d'éducation pour la santé.

D'une manière générale, une identification précise de toutes les initiatives menées dans les différents cadres semblerait utile, tant les actions semblent disparates, d'un département à l'autre, d'un territoire à l'autre.

#### **Les actions d'éducation pour la santé repérées dans les domaines périnatalité - petite enfance.**

Elles sont peu nombreuses, tout au moins pour ce qui est des actions financées au titre du PRSP-GRSP et concernent essentiellement :

- des actions au sein des maternités de la Creuse et de la Corrèze menées par les CODES, l'ANPAA, ... dans le cadre des séances de préparation à la naissance,
- des actions au sein des relais assistantes maternelles,
- des actions de promotion de l'allaitement maternel menées par les associations spécialisées sur cette question.

#### **II.4.1.2.2. L'éducation pour la santé en direction des élèves en milieu scolaire et universitaire**

##### **Le cadre institutionnel**

Santé et éducation sont étroitement liées et constituent ensemble le socle sur lequel s'appuie une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages.

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves est l'outil privilégié de l'Éducation Nationale pour la prévention individuelle, de la maternelle au lycée.

Au-delà de la prévention individuelle, l'éducation pour la santé, inscrite dans de nombreux textes officiels, relève de la responsabilité de l'ensemble de la communauté éducative.

Une circulaire du 24 novembre 1998 précise le rôle de l'école : il s'agit « d'aider les jeunes à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, à adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement » ; « ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, l'éducation pour la santé a pour objectif le développement des compétences ».

Cette définition reprend celle de l'éducation pour la santé en mettant l'accent sur l'acquisition des compétences, qui doivent s'inscrire dans le champ de la santé et plus largement psychosocial.

L'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 inscrit dans le Code de l'éducation un article L 312-16 selon lequel « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène ».

En 2003, un programme quinquennal de prévention et d'éducation à la santé du ministère de l'Éducation Nationale met l'accent sur la nécessité de projets structurés intégrés au sein des projets d'école et d'établissements.

Dans le même temps, un contrat-cadre passé en 2003 entre le ministère chargé de l'éducation et celui chargé de la santé prévoit une définition conjointe des objectifs prioritaires de santé en faveur des élèves. Ce contrat n'a pas été décliné en Limousin.

Cette dynamique se trouve renforcée, à la rentrée 2006, par les dispositions du décret relatif au fonctionnement des Établissements Publics Locaux d'Enseignement (EPL) qui inscrivent le Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré et l'intègrent à la politique globale de réussite de tous les élèves. Ainsi, l'une des missions des CESC est de définir un programme d'éducation à la santé, à la sexualité et à la prévention des comportements à risque.

Le programme pour la santé des élèves 2011-2015, annoncé dans la circulaire de rentrée 2011 mais non publié officiellement au jour de la rédaction du présent document, constitue un des éléments de la politique éducative globale qui vise au bien-être et à la réussite scolaire des élèves.

Les axes prioritaires y sont définis :

- hygiène de vie,
- éducation nutritionnelle et promotion des activités physiques,
- éducation à la sexualité,
- accès à la contraception, la prévention des IST et du sida,
- prévention des conduites addictives,
- lutte contre les jeux dangereux,
- prévention du mal-être,
- formation aux premiers secours.

Ce programme impulse une démarche nouvelle qui s'appuie sur trois leviers :

- la mise en œuvre systématique de la démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques des écoles et des établissements scolaires : chaque Académie élabore, dans le cadre de son projet global, un « projet santé » qui est décliné dans les différents territoires,
- une responsabilisation de l'ensemble des acteurs avec de nouveaux partenaires : des collaborations au niveau régional développées entre les Académies et les Agences Régionales de Santé,
- un accompagnement des personnels, en particulier des personnels de santé, par la mise à disposition de documents et l'organisation de formations, notamment dans le cadre de conventions de partenariat.

Le programme quinquennal à venir évoque également des partenariats nouveaux à mettre en œuvre à travers des conventions spécifiques avec l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), la MGEN, la MAIF, la Croix-Rouge, le planning familial, le comité national

contre le tabagisme. Ces partenariats visent notamment à développer des outils pédagogiques au service de la communauté éducative.

Des outils très pertinents existent déjà, tels le guide d'éducation à la santé en milieu scolaire (INPES) ou des guides spécifiques (ex : le guide d'intervention en éducation à la sexualité au collège et lycée).

A noter également que le Plan santé des jeunes du ministère de la santé paru en 2008 évoquait l'élaboration d'un programme expérimental de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire, prioritairement dans les quartiers défavorisés, avec notamment la définition d'un module intégré dans l'emploi du temps des élèves. Il semblerait que cette expérimentation n'ait pas été réalisée.

Concernant la santé des étudiants, les missions des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS), renforcés récemment pour faire face à l'accroissement des problématiques rencontrées par les étudiants (précarité, mal-être...), s'articulent autour de missions obligatoires et facultatives. Parmi les missions obligatoires figure « l'impulsion et la coordination des programmes d'éducation à la santé ».

#### **La place actuelle de l'éducation pour la santé en milieu scolaire et universitaire**

Une évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, réalisée conjointement par les inspections générales de l'éducation nationale et des affaires sociales en 2004, a posé le constat d'actions multiples mais souvent inadaptées, s'inscrivant seulement dans le champ de la sensibilisation aux questions de santé et relevant de conceptions archaïques ou de confusions, faisant intervenir des partenaires, extérieurs au système éducatif, aux compétences inégales.

Les constats posés à plusieurs reprises, en Limousin, à partir essentiellement des demandes de financement des établissements, recourent ceux de l'évaluation nationale, même s'ils ne reposent pas sur un bilan exhaustif de l'existant : le nombre d'actions structurées et pérennes reste limité.

Les EPLE sont autonomes et intègrent les directives nationales en les adaptant à leur contexte propre. Souvent, une problématique commence à être prise en compte lorsqu'une « crise » survient (ex : épisode d'alcoolisation particulièrement important ou répété...).

Les difficultés à trouver des temps disponibles pour mener des projets ambitieux, à articuler les différentes parties prenantes sont souvent évoquées comme des freins. En outre, l'efficacité des actions menées demeure difficilement évaluable en termes de santé publique.

#### **Les actions repérées**

De très nombreuses actions se déroulent au sein des établissements scolaires, sans que nous en ayons aujourd'hui un bilan et une évaluation exhaustifs.

Des associations telles que l'ANPAA, la Ligue contre le cancer interviennent massivement dans les établissements scolaires.

Deux exemples récents de structuration de projets d'éducation à la santé et d'évaluation, au niveau académique, sont à relever :

- un programme d'éducation à la sexualité a été conçu en 2010 dans le cadre d'un partenariat

DRASS-Rectorat, associant les acteurs et partenaires du domaine à sa conception (Conseils Généraux, centres de planification, centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST, associations...); ce programme a posé les bases d'un socle minimal d'éducation à la sexualité à construire au sein du collège et du lycée et à déployer un dispositif de formation de formateurs régionaux pour garantir la mise en œuvre effective du programme,

- une opération pilote menée par le Rectorat depuis 2009 pour prévenir la consommation précoce d'alcool et les conduites à risque chez les jeunes, dénommée ESPACE (Éducation, Sensibilisation, Prévention Alcool au Collège avec l'appui de l'Environnement). Conduit sur des élèves de 6e, accompagnés pendant 3 années (de la 6e à la 4e), le programme concerne 1 200 élèves de 6e, issus de 15 établissements de l'Académie. Les actions développées à destination des élèves de 6e prennent la forme de deux modules : l'un fondé sur le développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales ; le second aborde une première sensibilisation aux effets de l'alcool. Le programme vise à évaluer l'impact de l'action sur les élèves en bénéficiant, par comparaison avec les élèves n'en ayant pas bénéficié.

Ces 2 projets marquent la volonté de structurer les actions et d'appuyer les établissements dans la démarche de projet.

En outre, sont signalées pour leur spécificité en termes de public visé, des actions d'éducation pour la santé menées par les CODES de la Haute-Vienne et de la Corrèze dans des classes du Pôle de Remédiation, d'Insertion et d'Accès à la Qualification, destinées à des jeunes de plus de 16 ans sans solution de formation ou d'insertion, sortis du système scolaire depuis moins d'un an sans diplôme qualifiant, visant ainsi des jeunes en difficultés d'insertion, sont à signaler.

Concernant les actions d'éducation pour la santé en faveur des étudiants, le SUMPPS de l'Université de Limoges fait part de son manque de personnel pour développer de manière ambitieuse l'éducation pour la santé. Ce service évoque 3 priorités : le mal-être, la sexualité et les grossesses non désirées, la nutrition et l'obésité.

#### **II.4.1.2.3. L'EPS en direction des publics en parcours d'insertion, démunis, précarisés, exclus**

L'intitulé même de ce paragraphe met en évidence le caractère polymorphe du public dit « précaire » : la notion de précarité renvoie à « l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'exercer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Sa persistance dans le temps peut conduire à l'exclusion, caractérisée par l'absence des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné.

La notion de parcours d'insertion renvoie à une idée plus dynamique d'accompagnement vers une insertion ou réinsertion après une phase de précarité voire d'exclusion.

L'adjectif « démunis » qui caractérisait les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS- cf. infra) fait référence à l'idée de « ressources » qui ne sont pas seulement monétaires mais culturelles, affectives, sociales... et permet une approche plus positive de la santé des publics dits « démunis » qui consisterait à les aider à trouver des ressources pour prendre en compte leur santé, avec les contraintes qui sont les leurs.

#### **Le cadre institutionnel**

Après de multiples rapports sur les relations entre exclusion sociale et santé, la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions énonce qu'elle « tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance ».

Dans le cadre de la loi de 1998, des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS) ont été élaborés; en Limousin, deux PRAPS successifs ont couvert la période 2000-2006.

Ces programmes ont permis de développer essentiellement des actions d'accompagnement individuel vers le système de santé.

L'article L. 1431-2 du Code de la Santé Publique issu de la loi HPST du 21 juillet 2009 précise que

**« les Agences Régionales de Santé [...] veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ».**

La question de la santé des jeunes occupe une place prégnante dans la réflexion relative à la santé des personnes précarisées, du fait de la dégradation continue de la situation des jeunes, en particulier de ceux qui sortent du système scolaire sans qualification, mais aussi des étudiants et des jeunes travailleurs précaires.

Le plan national santé des jeunes de 2008 comportait des mesures visant à mieux répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables: lutte contre la souffrance psychique et notamment celle liée à l'homophobie, amélioration de l'accès aux dispositifs d'information santé, amélioration de l'accès à la contraception, amélioration du repérage et de la prise en charge de la crise suicidaire. Ce plan était cependant peu centré sur l'éducation mais plus sur le dépistage, le repérage, et la prévention médicalisée.

De nombreux autres plans et programmes nationaux ont posé des objectifs concernant la santé de publics dits vulnérables: détenus, personnes prostituées, migrants, immigrés vieillissants...

#### **La place de l'EPS en faveur des publics vulnérables/précaires**

Les temps et les espaces pour travailler en éducation pour la santé avec les personnes « précaires » sont essentiellement à trouver au sein des structures qui les accompagnent dans leurs démarches: missions locales pour l'insertion des jeunes, Pôle Emploi, services sociaux, chantiers d'insertion, organismes de formation professionnelle pour adultes... Il peut donc au premier abord sembler facile de développer l'éducation pour la santé en faveur de populations relativement « captives ».

Pourtant, les choses sont plus complexes qu'il y paraît: d'abord, différents travaux sur la question de l'appropriation des messages de santé ont montré que les plus démunis ont du mal à s'approprier les éléments car ils sont convaincus que « ce n'est pas pour eux », ils ne se reconnaissent pas dans les normes ou les représentations mises en scène dans les univers de communication et souvent ne se pensent pas suffisamment instruits pour y prêter attention.

Au final, en revenant à la notion d'appropriation de « ressources » qui caractérise l'éducation

pour la santé, les actions en faveur de personnes précarisées ne se singularisent pas dans leur approche des actions à destination de publics dits « insérés »: elles doivent aider à faire émerger les savoirs, les questions, les croyances et les représentations, pour développer les connaissances et les aptitudes; mais compte tenu de la situation des personnes, les actions doivent avant tout s'attacher à travailler sur les déterminants plus que sur les conséquences: l'estime de soi, le contrôle sur sa vie, la valorisation des savoirs et des savoir-faire...

Les objectifs des actions d'éducation pour la santé devront donc être déterminés en fonction des situations de chacun.

#### **Les actions repérées**

Les actions les plus courantes se retrouvent au sein des missions locales pour l'insertion des jeunes, au sein de prise en charge spécialisées (jeunes suivis par la PJJ, personnes détenues), dans le cadre des actions d'insertion professionnelle (actions au sein de formations professionnelles pour adultes, au sein de chantiers d'insertion...).

Des actions sont aussi développées par les associations de quartier, les associations caritatives, en particulier sous forme d'ateliers santé et d'ateliers d'éducation nutritionnelle.

Par ailleurs, les actions d'accompagnement psychologique et plus largement d'accompagnement individualisé à la santé instaurées dans le cadre du PRAPS 1 ont plus ou moins inclus des actions collectives à caractère éducatif.

#### **II.4.1.2.4. L'EPS en milieu de travail**

##### **Le cadre institutionnel**

Le Plan national santé au travail 2010-2014, qui doit être décliné au plan régional, se réfère plutôt aux premier et deuxième modèles en abordant les questions de prévention de certains risques et de « santé-sécurité au travail ».

##### **La place de l'EPS en milieu de travail**

Le lieu de travail est donc un lieu de vie qui pose de multiples défis du point de vue de la promotion de la santé. C'est un espace social, avec ses règles et lois, ses codes de conduite, et surtout ses relations de pouvoir qui peuvent rendre difficile le développement d'actions allant au-delà de celles relatives à la prévention des risques professionnels.

Pour bien mesurer les enjeux, on peut se référer aux différents « modèles » susceptibles d'agir sur la santé dans le milieu du travail (cf. article de Michel Muller et Philippe Mairiaux intitulé « Promotion de la santé en milieu de travail: modèles et pratiques » in Revue Société française de santé publique la santé au travail: enjeux pour la santé publique » 2008)

Le premier modèle est celui de la santé et la sécurité au travail. Dans ce modèle, il faudrait plutôt parler de protection de la santé que de promotion de la santé: le but principal est la diminution des risques physiques et chimiques d'origine professionnelle et la réduction de l'incidence des maladies et accidents liés au travail.

Le deuxième modèle applique des techniques, principes et stratégies de promotion de la santé pour la gestion de la santé et sécurité au travail. Il ne diffère pas beaucoup du premier, dans

le sens où l'objectif reste toujours la prévention de risques professionnels. En vue de rendre les actions plus efficaces, les préventeurs s'inspirent cependant de concepts présents en promotion de la santé : développement des aptitudes personnelles, participation des salariés, intersectorialité (collaboration entre les différents spécialistes de santé au travail).

Le troisième modèle est celui des actions d'éducation pour la santé de type « généraliste » en milieu de travail. Au départ, ce modèle cherche principalement à corriger des facteurs de risques individuels liés au style de vie. Sa mise en place en entreprise est jugée attractive, notamment parce que les « préventeurs » disposent dans celle-ci d'un public-cible captif. Les programmes concernent une série de thèmes déjà familiers dans d'autres contextes : prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et d'autres addictions, éducation à une meilleure hygiène alimentaire, programme de dépistage de certaines maladies ou bilans de santé, etc. Ils sont centrés principalement sur le développement d'aptitudes personnelles et la modification de comportements individuels.

Le quatrième modèle est celui de démarches intégrées, que l'on pourrait qualifier d'approche écologique centrée sur les milieux de vie. Les modèles intégrés consistent à organiser des programmes de prévention suivant une démarche bien précise et en agissant simultanément sur plusieurs facteurs (personnels et collectifs, comportementaux et environnementaux, professionnels et extra-professionnels) pour obtenir un effet de synergie. Un exemple de ce type de programme aux USA est l'étude « Working well » de prévention du cancer en entreprise, qui intègre à la fois des actions sur les comportements (tabagisme, consommation d'alcool, nutrition...) et des actions de réduction de l'exposition professionnelle à des carcinogènes. Ce modèle est à mettre en rapport avec la stratégie de promotion de la santé dans les milieux de vie.

#### **Les actions**

En Limousin, peu d'actions répondant aux modèles éducatif ou intégré ont été rendues visibles jusqu'à aujourd'hui.

Deux initiatives ont cependant été menées :

- Un Plan régional tabac en entreprise a été développé en Limousin au début de la dernière décennie, à l'initiative de diverses associations (CODES, Ligue contre le cancer...), et avec le soutien financier du Plan Cancer, mais l'évolution de la législation en 2006 et la fin du soutien financier ont conduit à l'arrêt des actions.
- Par ailleurs, le Pôle de compétences en éducation pour la santé, à partir de 2006, a construit une démarche d'appui méthodologique aux entreprises souhaitant concevoir un projet de promotion de la santé ; les différents acteurs du Pôle ont ainsi mené des actions au sein d'un nombre important d'entreprises visant à mettre en place des projets, de niveaux et ambitions divers.

#### **II.4.1.2.5. L'EPS en faveur des seniors**

##### **Le cadre institutionnel**

L'OMS a défini le concept de vieillissement actif comme le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Le programme européen « vieillissement et santé » (2004-2007) a complété la définition de l'OMS en insistant sur la santé physique, mentale et sociale, sur la lutte contre les discriminations et sur l'indépendance.

Les thèmes prioritaires retenus par ce programme sont :

- la préretraite et la retraite,
- le capital social,
- la santé mentale,
- l'environnement,
- la nutrition et l'activité physique,
- la prévention des accidents et traumatismes,
- la consommation et l'abus de substances addictives,
- l'utilisation des médicaments,
- l'utilisation des services de santé préventifs.

Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 a synthétisé les 4 dimensions du bien-vieillir :

- prévention des maladies,
- promotion de la nutrition et de l'activité physique,
- aménagement de l'environnement individuel et collectif,
- préservation et accroissement du rôle social des seniors.

Il s'agit donc bien de proposer aux personnes vieillissantes des réponses de qualité de vie, adaptées à leur situation évolutive, en recherchant toujours à s'appuyer sur les potentialités de la personne, quelles que soient les pathologies et les handicaps qui l'affectent, et à la faire participer aux décisions qui la concernent.

Les caisses d'assurance-maladie ont développé fortement la prévention en faveur des personnes vieillissantes grâce à des plans d'action tels que le plan PAPA (préservation de l'autonomie des personnes âgées) du régime général.

Ce plan vise notamment à favoriser une meilleure coordination entre les différents intervenants des sphères sanitaire et sociale (organismes de Sécurité sociale, conseils généraux, communes,...) dans le but d'amplifier et diversifier leurs actions pour une prise en charge plus globale de la personne âgée avec le souci d'apporter des réponses les plus adaptées possibles à leurs besoins.

5 thèmes prioritaires sont pris en compte par ce Plan :

- la prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie courante,
- la prévention de la malnutrition (dénutrition),
- l'aide aux aidants,
- la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile,
- les personnes handicapées vieillissantes.

Le régime agricole a de son côté développé des plans d'actions assez proches de ceux du régime général, avec un atout lié à sa qualité de caisse unifiant le régime de retraite et d'assurance-maladie.

### **La place actuelle de l'éducation pour la santé en faveur des seniors et les actions**

Dans le cadre des plans des caisses d'assurance-maladie et retraite, de nombreuses actions, co-financées par le GRSP puis l'ARS, ont été mises en place, prenant la forme d'une offre d'ateliers collectifs d'activité physique, à visée cognitive...

Ces actions se déroulent en proximité mais sont quantitativement variables d'un département à l'autre.

Outre les actions pilotées par les caisses, de nombreux opérateurs ont également développé des actions similaires (Mutualité Française, associations...).

Un besoin de coordination entre les acteurs afin d'optimiser cette offre a été repéré.

En outre, la question de l'utilisation de cette offre de prévention par les personnes déjà isolées, reste posée.

#### **II.4.1.2.6. L'EPS en faveur des personnes handicapées ou en perte d'autonomie**

L'approche d'éducation pour la santé est tout à fait adaptable aux personnes souffrant de handicaps ou en perte d'autonomie liée à l'âge.

Le guide méthodologique d'élaboration du SROMS aborde cette question en identifiant les leviers :

- projets institutionnels des établissements et services médico-sociaux en incitant les organismes gestionnaires à implémenter des programmes de promotion de la santé et en ouvrant leurs institutions médico-sociales aux acteurs du champ de la santé,
- actions de promotion de la santé et de la bienveillance en institutions,
- adaptation ou création, pour le public handicapé, de programmes ou actions éducatifs permettant l'acquisition de connaissances sur le corps et la santé et l'acquisition de compétences.

Un retour d'expériences menées dans divers établissements et structures pour personnes (adultes et enfants) handicapées a été réalisé par l'IREPS. Il met en évidence l'intérêt de démarches « intégrées » agissant sur différents facteurs, en association forte avec les équipes éducatives.

### **II.4.2. Les objectifs en matière d'éducation pour la santé de la population**

A partir de l'état des lieux et des recommandations du guide méthodologique d'élaboration du SRP, est posé l'axe stratégique suivant : garantir que tout individu se verra proposer dans son parcours de vie une éducation pour la santé de qualité, tenant compte de son contexte de vie.

Il n'a pas été jugé pertinent de définir systématiquement une approche par thématique de santé à décliner obligatoirement à tel ou tel âge de la vie, dans la mesure où l'éducation pour la santé vise en premier lieu l'acquisition de compétences, et doit être adaptée aux besoins et au contexte de vie.

Le but est plutôt de mobiliser les acteurs et leviers existants, de les outiller et de les coordonner, afin qu'ils construisent des programmes d'éducation pour la santé adaptés à leur public et aux besoins et attentes exprimés par ceux-ci.

### **6 objectifs stratégiques ont été dégagés**

#### **- OBJECTIF STRATEGIQUE 1 :**

Renforcer les compétences des futurs parents et des parents de jeunes enfants pour qu'ils puissent promouvoir et protéger la santé de leurs enfants.

#### **- OBJECTIF STRATEGIQUE 2 :**

Favoriser le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire et universitaire en créant les conditions optimales de conception et de mise en œuvre de projets d'éducation pour la santé adaptés au contexte et besoins locaux.

#### **- OBJECTIF STRATEGIQUE 3 :**

Développer des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu professionnel, en articulation avec le Plan régional de santé au travail.

#### **- OBJECTIF STRATEGIQUE 4 :**

Mieux accompagner les personnes en situation de précarité ou d'exclusion dans une démarche d'appropriation de leur santé.

#### **- OBJECTIF STRATEGIQUE 5 :**

Garantir aux personnes vieillissantes un cadre et des activités favorisant l'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité.

#### **- OBJECTIF STRATEGIQUE 6 :**

Développer l'éducation pour la santé en faveur des personnes handicapées.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 1**

**Renforcer les compétences des futurs parents et des parents de jeunes enfants afin qu'ils puissent promouvoir et protéger la santé de leurs enfants**

**Objectif opérationnel 1 :**

Appuyer le développement de l'éducation pour la santé dans les organisations ayant une action en matière de périnatalité et petite enfance

Mesure 1 : Développement par les structures et organisations de prise en charge de la périnatalité et de la petite enfance (Réseau Périnatalité, relais assistantes maternelles, structures collectives d'accueil et de garde, REAAP...) d'actions d'éducation pour la santé :

- agissant sur le lien parent-enfant,
- favorisant l'acquisition de facteurs de protection

Pour les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, développement de programmes d'intervention précoces adaptés.

Mesure 2 : Développement de l'Éducation pour la santé auprès des femmes enceintes : intégration dans chaque maternité d'un programme d'éducation pour la santé à son projet de service et organisation de l'accessibilité à ce programme pour les femmes résidant loin de la maternité.

Mesure 3 : Formation des professionnels de la petite enfance, dont les assistantes maternelles en priorité.

**Partenaires impliqués :**

- Collectivité territoriales (Conseils Généraux, communes),
- Établissements de santé,
- Réseau périnatalité,
- REAAP,
- CAF,
- DDCSPP,
- Relais assistantes maternelles,
- Associations,
- Structures collectives de garde et d'accueils
- Pôle de compétences en éducation pour la santé

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 2**

**Favoriser le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire et universitaire en créant les conditions optimales de conception et de mise en œuvre de projets adaptés au contexte et besoins locaux**

**Objectif opérationnel 1 :**

Engager les décideurs dans une collaboration formalisée

Mesure 1 : Contractualisation ARS/Rectorat et ARS/Université pour décliner de manière concertée des programmes structurés, et évaluables, notamment dans le cadre du programme pour la santé des élèves 2011-2015, autour de ses thématiques prioritaires :

- l'hygiène de vie,
- l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques,
- l'éducation à la sexualité,
- l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida,
- la prévention des conduites addictives,
- la lutte contre les jeux dangereux,
- la prévention du mal-être,
- la formation aux premiers secours.

**Objectif opérationnel 2 :**

Organiser les ressources permettant au milieu scolaire et universitaire de développer une éducation pour la santé structurée et de qualité

Mesure 1 : Consolidation et développement de la formation systématique des enseignants et de la communauté éducative en éducation et promotion de la santé en formation initiale

Mesure 2 : Formation à l'utilisation des outils pédagogiques, dans le cadre de la formation continue, en proximité dans le cadre des bassins de formation

Mesure 3 : Accompagnement des établissements d'enseignement dans les démarches de projet, pour favoriser une approche intégrée de l'éducation pour la santé, l'éducation à la citoyenneté et le développement durable (cf. label « écoles promotrices de santé ») ainsi que l'implication des parents

Mesure 4 : Capitalisation des savoir-faire et mutualisation des projets entre établissements d'un même territoire, y compris entre établissements du 1er et du second degré

**Objectif opérationnel 3 :**

Se donner les moyens de connaître et évaluer les projets menés dans le milieu scolaire et universitaire

Mesure 1 : Intégration des actions menées en milieu scolaire et universitaire dans le système d'information des actions de promotion de la santé (cf. objectif opérationnel 4 mesure 1 de la partie II).

Mesure 2 : Conception des programmes d'évaluation des projets.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Rectorat et Inspections académiques,
- Université,
- Communes,
- IUFM,
- CRDP,
- MGEN.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 3**

**Développer des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu professionnel, en articulation avec le plan régional de santé au travail**

**Objectif opérationnel 1 :**

Renforcer les liens entre Projet régional de santé et Plan Régional de Santé au Travail (PRST)

Mesure 1 : Définition concertée des modèles à retenir en matière d'actions de santé en milieu de travail.

**Objectif opérationnel 2 :**

Développer en lien avec le PRST les outils favorisant la prise en compte des questions de promotion de la santé au travail

Mesure 1 : Appui visant à favoriser le développement de projets de promotion de la santé des salariés, tant dans les entreprises privées que dans la fonction publique.

**Objectif opérationnel 3 :**

Prendre en compte la question des risques psychosociaux et de la souffrance psychique au travail

Mesure 1 : Mise en place d'actions concernant la santé mentale (souffrance au travail : repérage des personnes fragiles, gestion des ruptures professionnelles) en réponse aux besoins prioritaires identifiés par le PRST, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS et le PSRS.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- DIRECCTE,
- CARSAT,
- Services de santé au travail,
- Partenaires sociaux,
- ARACT.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 4**

**Mieux accompagner les personnes en situation de précarité ou d'exclusion dans une démarche d'appropriation de leur santé**

**Objectif opérationnel 1 :**

Aider les professionnels et bénévoles de l'insertion à prendre en compte l'éducation pour la santé dans leur pratique professionnelle

Mesure 1 : Formation des acteurs de l'insertion (sociale, professionnelle,...) et du secteur caritatif sur les principes d'action d'éducation pour la santé à mener avec les personnes en situation de précarité, en particulier en direction des familles avec jeunes enfants pour agir précocement.

Mesure 2 : Appui au montage de projets collectifs d'éducation pour la santé.

**Objectif opérationnel 2 :**

Développer la connaissance réciproque et la coordination entre les intervenants qui agissent auprès des personnes en situation de précarité ou d'exclusion

Mesure 1 : Mise en place de réseaux santé-précarité territorialisés impliquant les structures d'accès aux droits, de prévention et de prise en charge sanitaire et sociale : Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), équipes mobiles précarité, service sociaux, caisses d'assurance-maladie, structures d'hébergement et d'insertion, centres de lutte antituberculeux, centres d'exams de santé...

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Conseils Généraux,
- DRJSCS,
- DDCSPP,
- Assurance-Maladie,
- Organismes d'insertion (formation professionnelle, chantiers d'insertion, entreprises d'insertion...),
- Pôle emploi,
- Missions locales,
- Associations d'éducation pour la santé,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé,
- Associations œuvrant dans le champ de la lutte contre l'exclusion,
- Établissements de santé.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 5**

**Garantir aux personnes vieillissantes un cadre et des activités favorisant l'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité**

**Objectif opérationnel 1 :**

Développer les actions de proximité favorisant la participation sociale des personnes âgées les plus isolées/vulnérables

Mesure 1 : Mise en place au niveau du projet local de santé du recueil qualitatif de l'expression des personnes âgées et de leurs « accompagnants » sur les besoins de la vie quotidienne (cf. démarche OMS « villes amies des aînés »).

Mesure 2 : Participation des personnes à la construction de programmes d'activités répondant à leurs attentes (recherche notamment de la participation des personnes les plus isolées/désocialisées) que les personnes soient à domicile ou en établissement.

Mesure 3 : Mise en place coordonnée d'actions de proximité visant à :

- créer des interactions sociales et des liens de solidarité entre personnes vieillissantes et avec les autres groupes de population (visites à domicile, réseaux de voisinage...),
- mobiliser les personnes vieillissantes sur des activités d'utilité sociale valorisantes (accompagnement scolaire, parrainage...).

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- CARSAT,
- Mutualité Française,
- Communes/CCAS
- Instances gérontologiques et CLIC
- Associations d'éducation pour la santé,
- Autres associations de proximité, dont l'aide à domicile
- Clubs d'aînés,
- EHPAD et autres résidences,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé
- Caisses d'assurance maladie.

**Objectif opérationnel 2 :**

Développer des stratégies d'éducation pour la santé fondées sur la préservation ou le maintien des potentialités de chacun quel que soit son état de santé

Mesure 1 : Mise en place d'une évaluation pluridisciplinaire personnalisée des potentialités et risques de dégradation de la santé de la personne vieillissante (risques liés à l'activité professionnelle, risques personnels, risques psycho-sociaux...) pour proposer les actions correctrices adaptées (actions sur la personne, sur son environnement...).

Mesure 2 : Optimisation de l'offre d'activités par une meilleure coordination des acteurs : Caisses maladie, Caisses retraite, Mutualité Française, associations...

Mesure 3 : Mise en œuvre de programmes à visée éducative intégrant les « fondamentaux » : activité physique, nutrition, capacités cognitives, gestion de la santé mentale, prévention des accidents et traumatismes, utilisation des médicaments, utilisation des services de santé, en intégrant la dimension « plaisir » (parler de « bien manger en se faisant plaisir » plutôt que de diététique ; banaliser l'activité physique dans des activités collectives conviviales telles que des visites, sorties avec des groupes d'enfants...) valable à domicile et en établissement.

Mesure 4 : Association des personnes à la constitution des menus (en EHPAD et avec les organismes en charge du portage de repas).

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- CARSAT,
- services de santé au travail
- Caisses d'assurance maladie,
- Communes,
- Centres d'exams de santé,
- Mutualité Française,
- Associations d'éducation pour la santé,
- Autres associations,
- Clubs d'aînés
- EHPAD et autres résidences,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé,
- Associations d'aide à domicile.

**Objectif opérationnel 3 :**

Intégrer la promotion de la santé comme composante de la démarche qualité de prise en charge des personnes vieillissantes en établissement

Mesure 1 : Formation des directeurs et personnels des établissements à l'approche de promotion de la santé et à la démarche de projet de promotion de la santé.

Mesure 2 : Mobilisation des conseils de la vie sociale dès la conception des projets

Mesure 3 : Engagement des établissements sur une organisation et un aménagement de l'espace et du temps favorables à l'activité, l'échange, l'entraide, au lien avec les familles.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Conseils Généraux,
- EHPAD et autres résidences,
- Organismes de formation continue.
- Pôle de compétences en éducation pour la santé

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 6****Développer l'éducation pour la santé en faveur des personnes handicapées****Objectif opérationnel :**

Intégrer la promotion de la santé comme composante de la démarche qualité de prise en charge des personnes handicapées en établissements et services

Mesure 1 : Formation des directeurs et personnels des établissements à l'approche de promotion de la santé et à la démarche de projet de promotion de la santé.

Mesure 2 : Mobilisation des conseils de la vie sociale dès la conception des projets

Mesure 3 : Engagement des établissements sur une organisation et un aménagement de l'espace et du temps favorables à l'activité, l'échange, l'entraide, au lien avec les familles.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Conseils généraux,
- ESAT, IME, IMpro, ITEP...
- Foyers d'hébergement,
- Organismes de formation continue
- Pôle de compétences en éducation pour la santé.

## II.4.3. Déclinaison du plan d'actions

GARANTIR QUE TOUT INDIVIDU SE VERRA PROPOSER DANS SON PARCOURS DE VIE UNE ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DE QUALITÉ, TENANT COMPTE DE SON CONTEXTE DE VIE

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1-RENFORCER LES COMPÉTENCES DES FUTURS PARENTS ET DES PARENTS DE JEUNES ENFANTS POUR QU'ILS PUISSENT PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DE LEURS ENFANTS	Appuyer le développement de l'éducation pour la santé dans les organisations ayant une action en matière de périnatalité et petite enfance	<p><b>Mesure 1 :</b></p> <p>Développement par les structures et organisations de prise en charge de la périnatalité et de la petite enfance (réseau périnatalité, relais assistantes maternelles, structures collectives d'accueil et de garde, REAAP ...) d'actions d'éducation pour la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agissant sur le lien parent-enfant,</li> <li>- favorisant l'acquisition de facteurs de protection et, pour les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité développement de programmes d'intervention précoces adaptés</li> </ul>	<p>ARS</p> <p>Collectivité territoriales (Conseils généraux, communes)</p> <p>Établissements de santé</p> <p>Réseau périnatalité</p> <p>REAAP</p> <p>CAF</p> <p>DDCSPP</p> <p>relais assistantes maternelles</p>	durée du PRS	nbre et qualité des actions développées au sein des structures concernées
		<p><b>Mesure 2 :</b></p> <p>Développement de l'Education pour la santé auprès des femmes enceintes : intégration par chaque maternité d'un programme d'éducation pour la santé à son projet de service et organisation de l'accessibilité à ce programme pour les femmes résidant loin de la maternité</p>	<p>Associations et autres organismes généralistes ou thématiques d'éducation pour la santé</p> <p>Structures collectives de garde et d'accueils</p>	chaque maternité a un projet d'ici à 2015	nbre et qualité des projets développés en maternité
		<p><b>Mesure 3 :</b> Formation des professionnels de la petite enfance, dont les assistantes maternelles en priorité</p>	<p>Pôle de compétences en EPS</p> <p>associations familiales</p>	au moins 2 formations par an	<p>nbre de formations mises en place</p> <p>nbre de professionnels formés</p> <p>résultats d'évaluation des formations</p>

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2-FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE EN CRÉANT LES CONDITIONS OPTIMALES DE CONCEPTION ET DE MISE EN ŒUVRE DE PROJETS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ADAPTÉS AU CONTEXTE ET BESOINS LOCAUX	Engager les décideurs dans une collaboration formalisée	<b>Mesure 1 :</b> Contractualisation ARS/Rectorat et ARS/Université pour décliner de manière concertée des programmes structurés, et évaluable, dans le cadre du programme pour la santé des élèves 2011-2015	ARS Rectorat et Inspections académiques Université	Signature des contrats en 2012	évaluation de la mise en œuvre des contrats
	Organiser les ressources permettant au milieu scolaire et universitaire de développer une éducation pour la santé structurée et de qualité	<b>Mesure 1 :</b> Consolidation et développement de la formation systématique des enseignants et de la communauté éducative en éducation et promotion de la santé en formation initiale	IUFM CRDP MGEN  Pôle de compétences en éducation pour la santé Associations et autres organismes généralistes ou thématiques d'éducation pour la santé associations de proximité Rectorat et IA	mise en place de CESC communs au 1er et 2nd degré	nbre de formations de proximité mises en œuvre évaluation des formations et accompagnements nbre d'écoles promotrices en santé
		<b>Mesure 2 :</b> Formation à l'utilisation des outils pédagogiques, dans le cadre de la formation continue, en proximité (bassins de formation)			
		<b>Mesure 3 :</b> Accompagnement des établissements dans les démarches de projet, pour favoriser une approche intégrée de l'éducation pour la santé, l'éducation à la citoyenneté et le développement durable (cf. label « écoles promotrices de santé ») et favoriser l'implication des parents			
	Se donner les moyens de connaître et évaluer les projets menés dans le milieu scolaire et universitaire	<b>Mesure 4 :</b> Capitalisation des savoir-faire et mutualisation des projets entre établissements d'un même territoire, y compris entre établissements du 1er et établissement du second degré	ARS Rectorat et IA Université	100 % des actions sont intégrées au SI d'ici 2015	% d'actions intégrées au SI
		<b>Mesure 1 :</b> Intégration des actions menées en milieu scolaire et universitaire dans le système d'information à créer (cf. objectif opérationnel 1-2-mesure 1 du chapitre promotion de la santé)		un programme d'évaluation d'ici 2013	mise en œuvre effective de l'évaluation
	<b>Mesure 2 :</b> Conception des programmes d'évaluation des projets				

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
3-DÉVELOPPER DES ACTIONS D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PROFESSIONNEL, EN ARTICULATION AVEC LE PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ AU TRAVAIL	Renforcer les liens entre projet régional de santé et Plan régional de santé au travail	<b>Mesure 1 :</b> Définition concertée des modèles à retenir en matière d'actions de santé en milieu de travail	ARS DIRECCTE CARSAT Services de santé au travail Partenaires sociaux		
	Développer en lien avec le PRST les outils favorisant la prise en compte des questions de promotion de la santé au travail	<b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'un appui visant à favoriser le développement de projets de promotion de la santé des salariés, tant dans les entreprises privées que dans la fonction publique	PEPS ARACT	à partir de 2013	nbre de démarches d'appui développées évaluation qualitative des appuis réalisés
	Prendre en compte la question de la souffrance psychique au travail	<b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'actions concernant la santé mentale (souffrance au travail : repérage des personnes fragiles, gestion des ruptures professionnelles) en réponse aux besoins prioritaires identifiés par le PRST, le CPOM de l'ARS et le PSRS.			nbre et résultats des actions mises en œuvre
4-MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ OU D'EXCLUSION DANS UNE DÉMARCHÉ D'APPROPRIATION DE LEUR SANTÉ	Aider les professionnels et bénévoles de l'insertion à prendre en compte l'éducation pour la santé dans leur pratique professionnelle	<b>Mesure 1 :</b> Formation des acteurs de l'insertion (sociale, professionnelle...) et du secteur caritatif sur les principes d'action d'éducation pour la santé à mener avec les personnes en situation de précarité, en particulier en direction des familles avec jeunes enfants pour agir précocement	ARS Conseils généraux DRJSCS DDCSPP Assurance-Maladie organismes d'insertion (formation professionnelle, chantiers d'insertion, entreprises d'insertion) Pôle emploi	PLAN DE FORMATION en 2014	nbre d'actions de formation mises en place résultats d'évaluation des formations
		<b>Mesure 2 :</b> Appui au montage de projets collectifs d'éducation pour la santé	Missions locales associations d'éducation pour la santé PEPS associations oeuvrant dans le champ de la lutte contre l'exclusion établissements de santé	durée du PRS	nbre d'appuis développés résultats d'évaluation des appuis réalisés

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
4-MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ OU D'EXCLUSION DANS UNE DÉMARCHE D'APPROPRIATION DE LEUR SANTÉ	Développer la connaissance réciproque et la coordination entre les intervenants qui agissent auprès des personnes en situation de précarité ou d'exclusion	<p><b>Mesure 1 :</b> Mise en place de réseaux santé-précarité territorialisés impliquant les structures d'accès aux droits, de prévention et de prise en charge sanitaire et sociale : Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), équipes mobiles précarité, service sociaux, caisses d'assurance-maladie, structures d'hébergement et d'insertion, centres de lutte antituberculeux, centres d'exams de santé...</p>	<p>ARS Conseils généraux DRJSCS DDCSPP Assurance-Maladie organismes d'insertion (formation professionnelle, chantiers d'insertion, entreprises d'insertion) Pôle emploi Missions locales associations d'éducation pour la santé PEPS associations oeuvrant dans le champ de la lutte contre l'exclusion établissements de santé</p>	<p>au moins un réseau par an sur la durée du PRS</p>	<p>nbre de réseaux mis en place nbre des partenaires inclus dans les réseaux</p>
		<p><b>Mesure 1 :</b> Mise en place au niveau du projet local de santé du recueil qualitatif de l'expression des personnes âgées et de leurs « accompagnants » sur les besoins de la vie quotidienne (cf. démarches OMS « villes amies des aînés »)</p>	<p>Communes/CCAS Conseils généraux Instances de coordination gérontologique/CLIC organismes d'aide à domicile</p>	<p>au moins 50 % des projets locaux mettent en place un recueil qualitatif et associent les personnes âgées à la construction des programmes d'activité</p>	<p>nbre de recueils qualitatifs effectués résultats des recueils</p>
5-GARANTIR AUX PERSONNES VIEILLISSANTES UN CADRE ET DES ACTIVITÉS FAVORISANT L'OPTIMISATION DES POSSIBILITÉS DE SANTÉ, DE PARTICIPATION ET DE SÉCURITÉ	Développer les actions de proximité favorisant la participation sociale des personnes âgées les plus isolées/vulnérables	<p><b>Mesure 2 :</b> Participation des personnes à la construction de programmes d'activités répondant à leurs attentes (recherche notamment de la participation des personnes les plus isolées/désocialisées) que les personnes soient à domicile ou en établissement</p>	<p>club d'aînés</p>	<p>durée du PRS</p>	<p>nbre d'actions de proximité intégrant la mobilisation des personnes âgées sur des activités d'utilité sociale</p>
		<p><b>Mesure 3 :</b> Mise en place coordonnée en proximité d'actions visant à :</p>	<p>Associations et autres organismes généralistes ou thématiques d'éducation pour la santé</p>		
		<p>- créer des interactions sociales et des liens de solidarité entre personnes vieillissantes et avec les autres groupes de population</p>	<p>PEPS</p>		
		<p>(visites à domicile, réseaux de voisinage...)</p>	<p>associations de proximité</p>		
		<p>- mobiliser les personnes vieillissantes sur des activités d'utilité sociale valorisantes (accompagnement scolaire, parrainage...)</p>			

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
5-GARANTIR AUX PERSONNES VIEILLISSANTES UN CADRE ET DES ACTIVITÉS FAVORISANT L'OPTIMISATION DES POSSIBILITÉS DE SANTÉ, DE PARTICIPATION ET DE SÉCURITÉ	Développer des stratégies d'éducation pour la santé fondées sur la préservation ou le maintien des potentialités de chacun quel que soit son état de santé	<p><b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'une évaluation pluridisciplinaire personnalisée des potentialités et risques de dégradation de la santé de la personne vieillissante (risques liés à l'activité professionnelle, risques personnels, risques psycho-sociaux...) pour proposer les actions correctrices adaptées (actions sur la personne, sur son environnement...)</p>	<p>ARS centres d'exams de santé CARSAT services de santé au travail Mutualité Française Communes Associations et autres organismes généralistes ou thématiques d'éducation pour la santé autres associations clubs d'aînés EHPAD et autres résidences</p> <p>PEPS Caisses d'assurance maladie associations d'aide à domicile</p>	2013	
		<p><b>Mesure 2 :</b> Optimisation des activités par une meilleure coordination des acteurs: Caisses maladie, Caisses retraite, Mutualité Française, associations...</p>		mise en place d'un programme régional coordonné d'ici à 2013	
		<p><b>Mesure 3 :</b> Mise en oeuvre de programmes à visée éducative intégrant les « fondamentaux»: activité physique, nutrition, capacités cognitives, gestion de la santé mentale, prévention des accidents et traumatismes, utilisation des médicaments, utilisation des services de santé, en intégrant la dimension «plaisir» (parler de «bien manger en se faisant plaisir» plutôt que de diététique; banaliser l'activité physique dans des activités collectives conviviales telles que des visites, sorties avec des groupes d'enfants...)- valable à domicile et en établissement</p>		durée du PRS	nombre et qualité des programmes
		<p><b>Mesure 4 :</b> Association des personnes à la constitution des menus (en EHPAD et avec les organismes en charge du portage de repas)</p>			évaluation des conduites

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
5-GARANTIR AUX PERSONNES VIEILLISSANTES UN CADRE ET DES ACTIVITÉS FAVORISANT L'OPTIMISATION DES POSSIBILITÉS DE SANTÉ, DE PARTICIPATION ET DE SÉCURITÉ	Intégrer la promotion de la santé comme composante de la démarche qualité de prise en charge des personnes vieillissantes en établissement	<b>Mesure 1 :</b> Formation des directeurs et personnels des établissements à la démarche de projet de promotion de la santé	ARS Conseils généraux EHPAD et autres résidences organismes de formation continue PEPS	Durée du PRS	nbre de professionnels des établissements pour personnes âgées formés résultats d'évaluation des formations conduites
		<b>Mesure 2 :</b> Mobilisation des conseils de la vie sociale dès la conception des projets			à intégrer dans l'évaluation de l'activité des conseils de vie sociale
		<b>Mesure 3 :</b> Engagement des établissements et services dans leur projet sur une organisation et un aménagement de l'espace et du temps favorables à l'activité, l'échange, l'entraide, au lien avec les familles			nbre de projets d'établissements prenant en compte la dimension promotion de la santé
6- DÉVELOPPER L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES	Intégrer la promotion de la santé comme composante de la démarche qualité de prise en charge des personnes handicapées en établissements et services	<b>Mesure 1 :</b> Formation des directeurs et personnels des établissements à la démarche de projet de promotion de la santé	ARS  Conseils généraux ESAT IME, IMpro, ITEP... foyers d'hébergement organismes de formation continue PEPS	durée du PRS	nbre de professionnels des établissements pour personnes handicapées formés résultats d'évaluation des formations conduites
		<b>Mesure 2 :</b> Mobilisation des conseils de la vie sociale sur cette approche			à intégrer dans l'évaluation de l'activité des conseils de vie sociale
		<b>Mesure 3 :</b> Engagement des établissements dans leur projet sur une organisation et un aménagement de l'espace et du temps favorables à l'activité, l'échange, l'entraide, au lien avec les familles			nbre de projets d'établissements prenant en compte la dimension promotion de la santé

## II.5. OPTIMISER LA PRÉVENTION ORIENTÉE

Aux termes du guide méthodologique national, la prévention dite sélective « correspond à la prévention orientée, destinée aux divers groupes de population, en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risques » (ex: le risque VIH concerne toutes les personnes sexuellement actives quel que soit leur âge; certaines populations ayant des pratiques sexuelles à risques présentent des facteurs de risques spécifiques supplémentaires par rapport à la population générale).

Cette prévention orientée correspond au champ classique de la prévention des maladies, et doit reposer à la fois sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques.

Elle ne peut être efficace que si elle s'appuie en amont sur une véritable éducation pour la santé permettant l'appropriation par la population, et en aval sur une garantie du continuum d'orientation et de prise en charge.

La prévention orientée se met en oeuvre dans les dispositifs de soins de santé de 1er recours, en particulier chez le médecin traitant, mais aussi dans les dispositifs de « service public de santé et de prévention » (PMI, santé scolaire, centres d'exams de santé...). On peut y inclure les dispositifs d'exams ou de consultations de prévention qui sont prévus soit en référence à un moment clé de la vie, soit en référence au dépistage de risques au long cours dans le parcours de soins.

La prévention orientée recouvre 2 grands champs :

- le dépistage des maladies et des risques, organisé ou relevant de l'initiative des professionnels de santé de 1er recours, qui peut s'adresser à toute la population ou à un individu en fonction de ses facteurs de risques spécifiques,
- la vaccination, qui s'adresse à des groupes d'âge précis.

Le Schéma se doit, comme pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé :

- d'établir un état des lieux de la politique nationale en matière de prévention orientée (1),
- de poser des constats (2),
- de dégager à partir des constats posés des objectifs d'évolution en matière d'organisation des services et des acteurs de ce champ (3).

### II.5.1. État des lieux de la prévention orientée : politique, priorités, acteurs

L'état des lieux s'attache :

- à lister :
  - la politique nationale et régionale dans les domaines du dépistage et de la vaccination,
  - les acteurs de la prévention orientée.
- à produire les constats sur la base de cet état des lieux.

#### II.5.1.1. Dépistage et repérage individuel des risques pour la santé : les priorités nationales et régionales

Différents plans nationaux de santé publique comportent des objectifs en matière de dépistage et/ou de détection des risques. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS comporte également un plan d'action ciblé sur des priorités qui mettent en jeu le dépistage et/ou la détection.

Enfin, le PSRS a tracé quelques pistes générales concernant ce domaine.

#### LE PLAN CANCER 2009-2013

Ce plan confirme la pertinence et donc la poursuite de la mise en œuvre généralisée des dépistages organisés, des cancers du sein et colorectal. Ces deux cancers sont en effet à forte incidence, et leur dépistage précoce donne de bonnes chances de guérison.

Le dépistage organisé s'adresse aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans. Une invitation à participer au dépistage leur est adressée tous les 2 ans. Pour le dépistage du cancer du sein, la femme se rend chez le radiologue de son choix; pour le dépistage du cancer colorectal, la personne se rend chez son médecin traitant pour obtenir le test, effectue son prélèvement de selles à domicile, et l'envoi par la poste au centre de lecture.

#### Rappel des données du Limousin pour ces cancers :

taux standardisé de mortalité régionale proche de moyenne nationale mais disparités infra régionale,

- cancer colorectal : 491 cas nouveaux chaque année et 295 décès,
- cancer du sein : 602 nouveaux cas et 168 décès,
- taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal en 2009-2010 34,3 % (1ère campagne)- Moyenne nationale 31 %,
- taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2009-2010 : 62,2 % - moyenne nationale : 52,1 %

#### Le Plan Cancer se donne pour objectifs de :

- lutter contre les inégalités d'accès aux dépistages,
- améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers,
- impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

**L'objectif en Limousin est d'atteindre un taux de participation au DOCCR de 50 % en 2013 et un taux pour le DOCS de 70 %**

**Les leviers :**

- un cahier des charges national réglementaire, qui s'impose et qui garantit la qualité du dépistage,
- des structures gérant l'organisation du dépistage organisé, financées de manière stable par L'État et l'Assurance-Maladie,
- une bonne participation des radiologues au dépistage organisé du cancer du sein.

**Les freins :**

- la représentation des populations, les freins socio-culturels (cf. rapport ORS « perception du dépistage organisé du cancer du sein en Limousin- Connaissances, attitudes et pratiques. Identification des leviers et des freins » - septembre 2006),
- l'accessibilité aux appareils de mammographie, en particulier en Creuse,
- le maintien d'un dépistage individuel pour le sein,
- la réticence des médecins sur le dépistage du cancer colo-rectal liée à la qualité du test utilisé, et à l'absence de rémunération spécifique pour la remise du test et la prodigation de conseils pratiques pour la réalisation.

**LE PLAN HEPATITES 2009-2012**

- Estimation nationale: 500 000 personnes atteintes, soit potentiellement en Limousin 5 800 personnes,
- Virus de l'hépatite B (VHB): transmission essentiellement sexuelle; touche 5 fois plus les hommes que les femmes, la transmission du VHB peut être prévenue par un vaccin,
- Virus de l'hépatite C (VHC): touche plus les femmes que les hommes, la transmission se fait essentiellement par usage de drogues,
- On estime que seulement 45 % des personnes atteintes connaissent leur séropositivité pour le VHB et 57 % pour le VHC.

**Objectifs du Plan 2009-2012 :**

- Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risques,
- Expérimenter un dépistage ciblé lors des consultations d'anesthésie,
- Inciter au dépistage des usagers de drogues,
- Inciter au dépistage des personnes originaires de pays à forte et moyenne endémie,
- Milieu carcéral : renforcer l'incitation au dépistage des hépatites pour les entrants.

**LE PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA ET LES IST 2010-2014****Objectifs du Plan pour le VIH :**

- Dépister dans le système de soins, par les professionnels de santé de 1er recours ; il s'agit de s'adresser à toute la population indépendamment de toute exposition au risque : par le développement des tests rapides en cabinet de médecine générale,
- Offrir un dépistage ciblé et régulier pour certaines populations et/ou dans certaines circonstances (futurs parents à l'occasion de la grossesse, homme ayant des relations sexuelles avec des hommes-hsh-, IVG, 1ère prescription de contraception, viol, incarcération, suspicion ou diagnostic de tuberculose, suspicion ou diagnostic d'IST ou de VHB-VHC, usagers de drogues, personnes prostituées, personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne.
- Réorganiser le dispositif des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit – CDAG/Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles-CIDDIST, et notamment améliorer l'accueil des publics à risques, améliorer l'accès au dépistage des personnes handicapées, et élargir l'offre pour les personnes prostituées.
- Mettre en oeuvre un dépistage en milieu communautaire -test rapides- (notion de « dépistage hors des murs de l'hôpital »).
- Renforcer les compétences des professionnels en matière de dépistage.

**Données en Limousin :**

- baisse sensible du nombre de nouveaux cas de SIDA maladie diagnostiqués chaque année (7 en 2009 contre 14 en moyenne par an de 2003 à 2008),
- découverte de séropositivité : 49 par million d'habitants- inférieur au taux moyen national (103).

**Pour les IST autres que le VIH****Constat national de tendance à l'augmentation****Objectifs du Plan pour les autres IST :**

- Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis (touche plus particulièrement les hommes bisexuels masculins, les personnes migrantes originaires de zones à forte prévalence, usagers de drogues- favorise infection à VIH),
- Réduire la prévalence des chlamydioses (IST la plus fréquente chez la femme, notamment entre 18 et 24 ans) et des infections à Herpes Simplex Virus, et promouvoir leur dépistage,
- Réduire l'incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus (au moins 1 femme sur 2 exposée au cours de sa vie ; infection très fréquente chez la jeune femme et pouvant évoluer vers un cancer du col).

## LES PLANS RELATIFS AUX ADDICTIONS

Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du Ministère de la Santé et Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Objectifs des plans :

Ces plans mettent entre autres, l'accent sur :

- l'amélioration du repérage des conduites addictives, par, notamment, l'intervention précoce en médecine générale,
- le renforcement de la formation des professionnels: inscription de modules d'addictologie en formation initiale et continue.

### Données en Limousin :

Les constats sont variables suivants les produits: pour la tabac, les différents indicateurs (consommation, mortalité...) positionnent le Limousin dans la moyenne nationale, voire mieux que celle-ci, mais avec des disparités intra-régionales pour la mortalité liée au tabagisme. Concernant l'alcool, certains indicateurs sont légèrement plus défavorables en Limousin: si le taux de mortalité liée à l'alcool est voisin du niveau national chez les hommes, et inférieur au taux national chez les femmes, il connaît de grandes variations intra-régionales, avec des taux sensiblement plus importants dans le Sud creusois, la Haute-Corrèze et le Haut-Limousin.

Par ailleurs, les chiffres de consommation sont plus élevés en population adulte en Limousin qu'ailleurs et situent la région dans les 4 à 6 premières parmi les 22 régions métropolitaines. Chez les jeunes de 17 ans, l'usage régulier d'alcool (au moins 10 fois par mois) place le Limousin pareillement entre la 4e et la 6e position sur 22, chez les garçons (17 % vs 14 %). Par contre, les garçons s'adonnant de manière très régulière à une consommation ponctuelle excessive (au moins 6 verres en une seule occasion et au moins 10 fois par mois), sont plus nombreux en Limousin qu'ailleurs (6 % contre 3,8 % au niveau national, 3e région sur 22. On relève en outre une consommation régulière d'alcool et une fréquence d'ivresses régulières plus élevées chez les garçons en Creuse que dans le reste de la région.

Concernant le cannabis et les autres drogues illicites, les indicateurs ont longtemps positionné le Limousin parmi les dernières régions en termes de consommation et d'expérimentation. Mais l'enquête réalisée par l'ORS auprès des jeunes en 2008 semble montrer que les comportements des jeunes de la région tendent à se rapprocher de celui constaté en moyenne au niveau national, pour le cannabis notamment. La proportion d'élèves ayant expérimenté le cannabis augmente significativement avec l'âge pour atteindre 48 % des garçons et 38 % des filles après 16 ans.

## LE PLAN ALZHEIMER 2008-2012

**Objectif du Plan:** renforcement des consultations mémoire et mise en œuvre d'un dispositif d'annonce et d'accompagnement.

**Données en Limousin:** estimation d'au moins 13 000 personnes atteintes mais pas toutes dépistées et a fortiori traitées (imputation des troubles à l'âge).

## LE PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 2007-2009

**Objectif:** renforcement du dépistage de la tuberculose maladie/systématisation des enquêtes autour des cas; point de vigilance: populations originaires de zones à forte prévalence plus de vaccination obligatoire BCG.

**Données en Limousin:** 47 cas déclarés en 2008.

## LA NUTRITION ET L'OBESITE : 2 plans à paraître

### Les axes du Plan National Nutrition Santé (PNNS 2011-2015):

- Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention,
- Promouvoir l'activité physique et réduire la sédentarité,
- Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition; diminuer la prévalence de la dénutrition,
- Valoriser les actions du PNNS et impliquer les parties prenantes,
- Avec un volet transversal: formation, recherche, surveillance, évaluation.

### Les axes du Plan Obésité:

- Améliorer l'offre de soin et promouvoir le dépistage,
- Mobiliser les partenaires de la prévention et agir sur l'environnement des patients obèses (adultes et enfants),
- Prendre en compte des situations de vulnérabilité,
- Investir dans la recherche.

**Données en Limousin:** 10,1 % des enfants de 6 ans sont en surpoids ou obèses (2,7 %) - inférieur à la moyenne nationale mais de réels problèmes existent notamment par rapport à un mode de vie défavorable.

**Objectif:** promouvoir le dépistage auprès des enfants; les médecins généralistes, les pédiatres et la santé scolaire doivent prendre en compte cette question.

### Les autres problématiques évoquées dans les plans ou dispositifs réglementaires et relevant de dépistage/détection précoce/prévention médicalisée

- les problèmes bucco-dentaires,
- les cancers de la peau,
- les déficits sensoriels,
- l'autisme,
- les problèmes psychosociaux chez la femme enceinte (Plan Périnatalité),
- l'accès à la contraception notamment pour les mineures (le Limousin connaît un taux d'IVG sur mineures un peu plus important qu'au niveau national- 134 IVG sur mineures en 2009 pour un nombre total d'IVG de 1994).

### Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS

Parmi les objectifs prioritaires assignés aux ARS, figurent :

- la prévention des addictions en tant que déterminant majeur de la mortalité prématurée évitable,
- la prévention du suicide, qui affecte la région de manière plus forte que ce qui est en moyenne constaté au niveau français
- l'amélioration de la participation au dépistage organisé des cancers (évoquée plus haut),
- la prévention et la prise en charge de l'obésité, notamment infantile.

Pour toutes ces problématiques, le dépistage ou la détection précoce sont un élément majeur à développer.

#### II.5.1.2. La politique vaccinale

La loi de santé publique du 9 août 2004 a fixé 2 objectifs en matière vaccinale :

- améliorer la vaccination contre la grippe des groupes à risques
- obtenir et maintenir le taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés.

Or, depuis, et en dehors des vaccinations obligatoires, on constate une stagnation de la couverture vaccinale (rougeole-oreillons-rubéole), voire une diminution (grippe, hépatite B...) liée en partie à des événements sanitaires qui ont suscité de fortes interrogations dans la population.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales transfère à l'Etat la compétence des actions de vaccination avec pour objectif de diminuer les disparités d'offres de services de vaccinations entre les départements, et de favoriser l'accès des personnes les plus éloignées du système de santé à la vaccination gratuite.

Chaque année, un calendrier vaccinal reprend la liste des vaccinations obligatoires et recommandées.

Le Ministère de la Santé a en outre inséré dans le CPOM de chaque ARS l'objectif d'atteinte du taux de couverture de 95 % à 2 ans pour la vaccination ROR. La recrudescence de cas de rougeole confirme qu'il s'agit bien d'une priorité majeure. Le taux de couverture régional à 2 ans

n'excède pas 90 %, la Creuse se situant en dessous de ce pourcentage.

En Limousin, comme ailleurs, les données en matière de couverture vaccinale sont parcellaires et connues avec des délais assez longs.

Une enquête réalisée par l'ORS en 2009 a recueilli des données déclaratives relatives à la couverture vaccinale auprès d'un panel de médecins traitants et de structures de prévention.

Les résultats relevés témoignent d'une situation limousine proche de la moyenne nationale, laquelle peut être considérée comme étant encore relativement insatisfaisante en regard des enjeux et des objectifs fixés par l'OMS pour la région Europe. Cependant, les chiffres issus de l'exploitation des données de PMI par la Fédération Nationale des ORS montrent une situation en Limousin un peu moins favorable qu'au niveau métropolitain chez les enfants de 24 mois. On note avec intérêt que les taux de couverture sont pratiquement toujours identiques en milieu urbain et en milieu rural et que les territoires de la région qui cumulent les handicaps au niveau de l'environnement sociodémographique, des indicateurs de santé et de l'offre de soins et de prévention (partie nord-est de la région) ne semblent pas connaître une situation plus défavorable que les autres sur le plan de la vaccination. Ce point est certainement à mettre au crédit de la médecine générale et de certains services de prévention, en particulier ceux de PMI, qui parviennent à mailler le territoire.

#### II.5.1.3. Les acteurs de la politique de prévention orientée

Le dépistage et la détection de risques individuels pour la santé, et la vaccination sont réalisés :

- soit dans le cadre de dispositifs organisés et réglementés s'adressant à toute une population, de façon active et régulière comme dans le cas du dépistage organisé de certains cancers,
- soit dans le cadre de services mis à disposition de toute la population, et qui ont des missions de prévention (incluant le dépistage des maladies et des problématiques de santé diverses), le plus souvent élargies à la promotion de la santé (centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST, centre de lutte antituberculeuse, Services de protection maternelle et infantile, services de santé des élèves et étudiants, médecine du travail, centres de vaccination habilités par l'État...),
- soit dans le cadre de la pratique médicale des acteurs du soin, essentiellement de 1er recours (médecins, sages-femmes...)

Le dispositif repose en partie sur des examens médicaux périodiques : (cf. rapport Haut Conseil de la santé publique Consultation de prévention-Mars 2009).

- soit prévus au plan national,
- soit expérimentés à l'initiative de divers acteurs.

#### réalisés

- soit par le médecin traitant, avec ou sans rémunération spécifique,
- soit par les services tels que la PMI, la santé scolaire, voire les services hospitaliers (consultation du 8e jour)...

#### obligatoires ou non

De nombreux dispositifs existent, parfois actés dans la loi, sans que pour autant leur mise en œuvre soit effective :

- consultation périodiques des centres d'examens de santé (tous les 5 ans) du régime général d'assurance maladie,
- consultations de prévention spécifiques des régimes agricole et indépendants de l'assurance-maladie,
- entretien prénatal précoce prévu par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, et consultation périodiques pré et post-natale,
- examens de santé de l'enfant avant 6 ans (20 consultations médicales obligatoires gratuites entre la naissance et 6 ans, dont le contenu a été actualisé en 2006, 3 de ces examens donnent lieu à un certificat de santé),
- examen de prévention des 12-13 ans expérimentée,
- examens obligatoires à 6, 9, 12 et 15 ans (loi de 2007) : visite médicale ayant pour but de réaliser un bilan de santé physique et psychologique,
- expérimentations diverses qui sont rarement généralisées : consultation de prévention pour les 12-13 ans, consultation de longévité inscrite dans le Plan bien vieillir 2007-2009, diverses expérimentations menées par des mutuelles, consultation de prévention structurée en Franche-Comté, consultations de prévention en faveur des étudiants...

En outre, le cadre conventionnel Assurance-Maladie-Médecins a instauré le parcours de soins coordonné par le médecin traitant comprend des actions de prévention prioritaires, définies dans les avants conventionnels : dépistage des cancers, iatrogénie médicamenteuse, vaccination anti-grippale chez les plus de 65 ans et les personnes à risques, facteurs de risques pendant la grossesse, prévention de l'obésité, prévention des risques cardio-vasculaires...

A noter également que la loi HPST du 21 juillet 2009 souhaitait instaurer une expérimentation de consultation de prévention pour les 16-25 ans mais que la disposition a été déclarée inconstitutionnelle.

### I.5.2. Les constats

Les constats qui suivent sont généraux et ont pour la plupart déjà été posés par différents rapports ou travaux menés au plan national

#### Organisation et lisibilité des dispositions relatives à la prévention orientée

- Un dispositif national de dépistage des cancers du sein et colorectal dont le cahier des charges est règlementaire, porteur d'exigence de qualité, évaluable et évalué, et de mieux en mieux identifié par la population, mais qui souffre encore de faiblesses (manque d'implication des médecins dans le dépistage organisé du cancer colorectal, freins au niveau de certaines populations, problèmes d'accessibilité pour le dépistage organisé du cancer du sein...),
- par ailleurs, des plans prévoyant des mesures visant à développer ou améliorer le dépistage de nombreuses maladies ou risques,
- des dépistages hospitalo-centrés (VIH, IST, ...) qui devraient se « rapprocher » des populations vulnérables visées prioritairement par ces dépistages (migrants, personnes prostituées, usages de drogues, jeunes...)
- un usager du système de santé qui n'a pas forcément connaissance des recommandations en matière de dépistages, compte tenu de la profusion de mesures prévues au plan national, et qui n'est donc pas mis en position de s'approprier la question,
- un calendrier vaccinal complexe et une défiance de la population, voire des professionnels de santé face à la vaccination suite à divers événements sanitaires, et une difficulté à discerner les priorités à insérer dans une politique de santé définie au niveau régional,
- une série de dispositifs d'examens ou consultations, périodiques ou non, dont les plus organisés et systématiques portent sur l'enfance et la périnatalité, mais manque de volonté nationale pour clarifier et généraliser les dispositifs expérimentés,
- une difficulté à préciser le rôle de la médecine de 1er recours dans la prévention médicalisée : des engagements conventionnels qui demandent au médecin traitant de s'impliquer dans la prévention, au cours du parcours coordonné de soins, sans pour autant confirmer la pertinence d'un temps dédié, avec le problème connexe de la rémunération.

**Leviers et freins au développement de la prévention orientée dans le parcours de santé**

- La loi HPST comporte une batterie de dispositions visant à favoriser la coopération entre professionnels, qui pourraient constituer un cadre approprié pour l'organisation d'un parcours de prévention individuel incluant le dépistage, les vaccinations, et l'évaluation des risques individuels : pôles de santé, maisons de santé pluri professionnelles, pôles de santé, délégations de tâches,
- mais à ce jour, un obstacle de taille : les nouveaux modes de rémunération en médecine de ville, qui pourraient prendre en compte la dimension préventive, n'en sont qu'au stade expérimental et ne mettent pas l'accent sur la prévention générale (plutôt sur l'éducation thérapeutique du patient),
- pas de référentiels couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte, pas de structuration,
- pas de coordination prévue et organisée entre le médecin traitant et les dispositifs donnant lieu à consultation préventive : PMI, santé scolaire et universitaire, médecine du travail,
- les examens périodiques dans l'enfance sont loin d'être mis en œuvre en conformité avec la loi, soit faute de dispositions réglementaires, soit par déficit de moyens ; ainsi l'Éducation Nationale et la PMI évoquent la difficulté à recruter des médecins ; dans ce contexte de moyens restreints, une meilleure coordination voire une mutualisation serait à envisager, dans la mesure où par exemple l'examen des 4 ans est effectué par la PMI en moyenne section maternelle, et l'examen des 6 ans est effectué par le service de santé scolaire en grande section maternelle, soit donc à une seule année d'intervalle,
- la réalisation des dépistages et examens périodiques n'a d'intérêt que si une prise en charge d'aval et de proximité, comportant une forte dimension éducative, est prévue et organisée.

**Autres constats**

- lacunes dans la disponibilité des données issues des dépistages et examens de prévention à des fins de connaissance et d'adaptation des politiques de santé publique et des organisations :
  - en matière de couverture vaccinale, les données sont disparates, parcellaires,
  - concernant les données recueillies au cours des examens de santé de la petite enfance, les données issues des 3 certificats de santé obligatoires (8e jour, 9e mois, 24e mois), transmises obligatoirement à la PMI, ne remontent pas systématiquement au Ministère de la santé (Direction des études et statistiques) comme cela devrait être le cas, ou lorsqu'elles remontent ne sont pas exploitables vraisemblablement pour des raisons techniques ; en outre, les données recueillies au cours des examens de 4 ans et 6 ans par la PMI et l'Éducation nationale ne sont pas exploitées.
- disparités de moyens et d'actions entre les différents services de PMI,
- difficultés d'accessibilité des personnes handicapées au dépistage,
- problèmes d'accessibilité à la contraception, notamment pour les mineures.

**II.5.3. Les objectifs dans le domaine de la prévention orientée**

Les objectifs dégagés sont :

**ORGANISATIONNELS**, à travers 5 objectifs stratégiques visant à l'évolution et l'articulation des services et acteurs :

- OBJECTIF STRATEGIQUE 1 :

Se donner les moyens d'agir précocement autour de la grossesse et de la petite enfance

- OBJECTIF STRATEGIQUE 2 :

Développer une prévention orientée de qualité et coordonnée, répondant au besoin de chacun, en fonction de son âge et de ses risques

- OBJECTIF STRATEGIQUE 3 :

Réorienter le dispositif d'exams de santé périodique du régime général de l'Assurance-Maladie sur des territoires ou des populations vulnérables

- OBJECTIF STRATEGIQUE 4 :

Favoriser l'accès aux dépistages en diversifiant l'offre et les lieux de réalisation

- OBJECTIF STRATEGIQUE 5 :

Favoriser l'accessibilité des personnes handicapées et des personnes âgées aux dépistages, en particulier des cancers, et des problèmes bucco-dentaires

**THEMATIQUES** : 7 focus seront faits sur des priorités nationales et locales fortes :

- OBJECTIF THEMATIQUE 1 :

Améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, en particulier sur les territoires les moins participants

- OBJECTIF THEMATIQUE 2 :

Améliorer le repérage des conduites addictives pour une prise en charge plus précoce

- OBJECTIF THEMATIQUE 3 :

Améliorer la couverture vaccinale de la population

- OBJECTIF THEMATIQUE 4 :

Repérer précocement le surpoids et l'obésité chez l'enfant et accompagner les enfants et leur famille dans la prise en charge

- OBJECTIF THEMATIQUE 5 :

Faciliter l'accès à la contraception anonyme et gratuite des mineures

- OBJECTIF THEMATIQUE 6 :

Améliorer le repérage des risques suicidaires

- OBJECTIF THEMATIQUE 7 :

Prévenir les problèmes bucco dentaires chez les jeunes enfants et les populations vulnérables.

**OBJECTIF STRATEGIQUE 1**

Se donner les moyens d'agir précocement autour de la grossesse et de la petite enfance

**Objectif opérationnel 1 :**

Optimiser les dispositifs d'examens de santé de la petite enfance

Mesure 1 : Réalisation d'une évaluation exhaustive des examens de prévention en faveur de la petite enfance (organisation, contenu, coordination amont/aval...), en accord avec leurs effecteurs : Conseils généraux et Éducation nationale.

Mesure 2 : Élaboration d'un programme protocolisé de repérage des problématiques : handicap y compris sensoriels, nutrition, surpoids, ...sur la tranche d'âge des 3-6 ans

Mesure 3 : Coordination dans le cadre de ce programme des effecteurs et mutualisation de leurs moyens autour des examens avant 6 ans.

**Objectif opérationnel 2 :**

Améliorer la connaissance de l'état de santé de la petite enfance (0-6 ans)

Mesure 1 : Organisation du rassemblement et de l'exploitation des données issues des examens de santé de la petite enfance : examens 8e jour, 9e et 24e mois, bilans Conseils généraux et Education nationale notamment

Mesure 2 : Contribuer à l'effectivité de la remontée des données à la DREES concernant les certificats de santé des 8e jour, 9e et 24e mois.

**Objectif opérationnel 3 :**

Développer et améliorer l'entretien prénatal précoce à visée de repérage des problèmes psychosociaux

Mesure 1 : Augmentation du taux de femmes enceintes bénéficiant d'un entretien prénatal précoce

Mesure 2 : Évaluation quantitative et qualitative des prises en charge postérieures aux préconisations issues des EPP

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Éducation nationale,
- Conseils Généraux- PMI,
- Sages-femmes libérales,
- Réseau périnatalité,
- ORS,
- Établissements de santé,
- Structures médico-sociales (CAMSP...)

**OBJECTIF STRATEGIQUE 2**

Développer une prévention orientée de qualité et coordonnée, répondant au besoin de chacun, en fonction de son âge et de ses risques

**Objectif opérationnel 1 :**

Organiser le continuum entre les acteurs de la prévention orientée : services de PMI, de santé scolaire, médecins de ville ...

Mesure 1 : Définition dans chaque projet local de santé des modalités de mise en réseau des acteurs de la prévention orientée et des actions que chacun doit mettre en place pour la déclinaison des priorités thématiques en matière de prévention orientée

**Objectif opérationnel 2 :**

Mettre en œuvre un projet de prévention personnalisé prenant en compte toutes les dimensions de la santé (y compris dimension psychosociale)

Mesure 1 : Accompagnement méthodologique de tous les projets d'exercice coordonné (MSP, Pôles, Réseaux) dans le but d'y insérer systématiquement un volet prévention de qualité, prenant en compte la dimension éducative et sociale.

Mesure 2 : Mise en œuvre d'un projet de prévention personnalisé dans le cadre des modes d'exercice coordonné, fondé sur la coopération pluri-professionnelle des professionnels de santé (la délégation de tâches ou transfert de compétences doit être utilisé dans ce cadre), et l'association d'autres professionnels, notamment du social et de l'éducation pour la santé

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Conseil régional,
- Conseils généraux,
- Collectivités territoriales,
- Éducation nationale,
- Réseaux de santé, pôles de santé, maisons de santé,
- URPS,
- Associations d'éducation pour la santé,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé.

**OBJECTIF STRATEGIQUE 3**

**Réorienter le dispositif d'examens de santé périodique du régime général de l'Assurance-Maladie sur des territoires ou des populations vulnérables**

**Objectif opérationnel 1 :**

Délocaliser l'examen de santé sur des sites relais dans les territoires repérés comme défavorisés du point de vue socio-sanitaire

Mesure 1 : Organisation sur les territoires prioritaires de consultations délocalisées du centre d'examens de santé

Mesure 2 : Mise en place d'actions de proximité par les intervenants locaux (associations, services sociaux...) pour promouvoir l'examen de santé et accompagner les populations vers cette prestation, puis assurer l'orientation et la prise en charge d'aval, en intégrant la dimension éducative

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Assurance-Maladie,
- associations de proximité.

**OBJECTIF STRATEGIQUE 4**

**Favoriser l'accès aux dépistages en diversifiant l'offre et les lieux de réalisation**

**Objectif opérationnel 1 :**

Sensibiliser les établissements et services de prise en charge des personnes handicapées aux dépistages et recueillir leurs difficultés

Mesure 1 : Réalisation d'une information de tous les établissements et d'un recueil de leurs difficultés

**Objectif opérationnel 2 :**

Adapter les dispositifs pour les rendre accessibles aux personnes handicapées et âgées

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Conseils généraux,
- Établissements et services médico- sociaux
- CAARUD
- Associations de lutte contre le VIH
- URPS
- Organismes d'hébergement et d'insertion (CHRS, CADA...)

**OBJECTIF STRATEGIQUE 5**

**Favoriser l'accessibilité des personnes handicapées et des personnes âgées aux dépistages, en particulier des cancers et des problèmes bucco-dentaires**

**Objectif opérationnel 1 :**

Sensibiliser les établissements et services de prise en charge des personnes handicapées aux dépistages et recueillir leurs difficultés

Mesure 1 : Réalisation d'une information de tous les établissements et d'un recueil de leurs difficultés

**Objectif opérationnel 2 :**

Adapter les dispositifs pour les rendre accessibles aux personnes handicapées et âgées

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Conseils généraux,
- Établissements et services médico- sociaux

**OBJECTIF THÉMATIQUE 1****Améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, en particulier sur les territoires les moins participants****Objectif opérationnel 1 :**

Amplifier l'information des professionnels de santé, et tout particulièrement du médecin traitant

Mesure 1 : Intervention régulière des associations de gestion du dépistage organisé des cancers dans les formations médicales continues

Mesure 2 : Restitution systématique par les associations de gestion des résultats du dépistage aux médecins traitants de façon à ce qu'ils puissent situer leur participation (ceci vaut essentiellement pour le dépistage du cancer colorectal)

**Objectif opérationnel 2 :**

Favoriser l'accessibilité au dépistage et la prise en charge d'aval

Mesure 1 : Développement dans les projets locaux de santé des actions visant :

- à sensibiliser les professionnels, bénévoles et publics au dépistage, en prenant en compte l'expression et les représentations,
- organiser l'accès physique le cas échéant.

Mesure 2 : Étude de viabilité d'un mammographe mobile pour pallier l'éloignement de certains territoires par rapport aux radiologues (Creuse notamment)

Mesure 3 : Mesure des délais d'accès à la prise en charge après un dépistage positif et adoption de mesures correctrices si nécessaire

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- Structures de gestion des dépistages organisés
- Caisses d'assurance-maladie
- URPS médecins

**OBJECTIF THÉMATIQUE 2****Améliorer le repérage des conduites addictives pour une prise en charge plus précoce**

NB : Sont ici repris les objectifs et mesures prévus par le schéma transversal addictions

**Objectif opérationnel 1 :**

Promouvoir auprès des professionnels de santé, libéraux et en établissement le recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), ainsi qu'à l'entretien motivationnel

Mesure 1 : Élaboration d'un plan d'accroissement des compétences intégrant :

- la mise en place de formations, y compris au sein de la formation médicale continue et auprès des professionnels dans les établissements de santé,
- la diffusion de supports d'information et d'outils,
- la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelle spécifique,

Une attention particulière sera portée à la formation au repérage des conduites addictives des intervenants en périnatalité de façon à ce qu'ils soient en capacité d'intervenir

- Avant la grossesse : lors de la consultation en médecine générale, en consultation de gynécologie, en consultation aux CSAPA ou lors d'hospitalisation le cas échéant...
- Pendant la grossesse : l'entretien prénatal précoce constitue un moment privilégié pour faire le point sur la consommation de tabac et d'alcool (dépistage et prise en charge).

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- CSAPA
- ANPAA
- URPS
- Organismes de formation
- Établissements de santé

**OBJECTIF THÉMATIQUE 3 :****Améliorer la couverture vaccinale de la population****Objectif opérationnel 1 :**

Améliorer la protection vaccinale de la population

Mesure 1 : Renouvellement avec l'Éducation Nationale de campagnes de vérification des carnets de santé, en lien avec les médecins traitants pour la vaccination en aval si nécessaire (cf. campagne rougeole Éducation Nationale-Ministère de la Santé à la rentrée 2010 en direction des élèves de 6e et 2nde)

Mesure 2 : Accroissement de l'implication des médecins libéraux dans les objectifs prioritaires en matière de vaccination par une contractualisation avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé-médecins sur des objectifs de couverture vaccinale pour les priorités suivantes :

- le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole,
- le vaccin anticoquelucheux,
- le vaccin contre l'hépatite B.

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Éducation nationale,
- URPS,

**Objectif opérationnel 2 :**

Mettre en place un dispositif d'observation des maladies à prévention vaccinale et de la vaccination

Mesure 1 : Mise en place d'un système de surveillance des maladies à prévention vaccinale en lien avec la déclaration obligatoire pour la rougeole et l'hépatite B (cf. volet « veille » du schéma)

Mesure 2 : Mise en place d'un recueil des données relatives à la couverture vaccinale par le biais des différentes sources d'information : Assurance-Maladie, PMI, centres de vaccination, grossistes répartiteurs...

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- CIRE,
- Assurance maladie,
- Centres de vaccination,
- Établissements de santé,
- Grossistes répartiteurs.

**Objectif opérationnel 3 :**

Garantir que le dispositif de vaccination issu de la loi du 13 août 2004 est conforme, dans les 3 départements, à l'objectif initial d'homogénéiser l'offre et de toucher les publics et les territoires les plus éloignés du système de santé.

Mesure 1 : Suivi et évaluation par l'ARS du dispositif à partir des rapports annuels de performance des effecteurs

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Centres de vaccination

**Objectif opérationnel 4 :**

Promouvoir les vaccinations parmi les professionnels sanitaires et sociaux en fonction de leurs risques et suivre la couverture vaccinale de ceux-ci

Mesure 1 : Mise en œuvre d'une collaboration avec les services de santé au travail des établissements de santé et les autres services de santé au travail pour construire des actions opérationnelles

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Éducation nationale,
- Structures petite enfance,
- Établissements de santé,
- Établissements et services médico-sociaux.

**OBJECTIF THÉMATIQUE 4 :**

**Repérer précocement le surpoids et l'obésité, en particulier chez l'enfant, et mieux accompagner la famille vers une prise en charge pluridisciplinaire**

**Objectif opérationnel 1 :**

Inciter les différents professionnels à pratiquer ce dépistage y compris celui des troubles du comportement alimentaire

Mesure 1 : Engagement de l'Éducation Nationale dans le dépistage du surpoids et de l'obésité à l'entrée au CP

Mesure 2 : Mise en place d'un dispositif permettant de revoir les élèves en CE 1 ou CE 2 pour faire le point sur la prise en charge réalisée

Mesure 3 : Élaboration de recommandations aux médecins traitants et aux pédiatres pour les aider à repérer les patients présentant des troubles et à les orienter vers le dispositif de prise en charge

**Partenaires impliqués :**

ARS, URPS

Éducation Nationale, DRJSCS

**OBJECTIF THÉMATIQUE 5 :**

**Faciliter l'accès à la contraception anonyme et gratuite des mineures**

2 mesures issues du rapport de l'IGAS « évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 » (octobre 2009) particulièrement pertinentes sont reprises ici :

**Objectif opérationnel 1 :**

Mener avec les Conseils Généraux une réflexion visant à améliorer le service rendu par les centres de planification et d'éducation familiale

Mesure 1 : Réalisation d'une évaluation du fonctionnement de ces centres

**Objectif opérationnel 2 :**

Assurer un accès gratuit à la contraception pour les jeunes de moins de 18 ans et pour les 18-25 ans dépourvus de couverture sociale autonome, en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant

Mesure 1 : Organisation d'un dispositif d'accès à la contraception anonyme et gratuite, en complément des centres de planification, fondé sur la participation des professionnels de santé de ville

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Conseils généraux,
- Conseil régional,
- Caisses d'assurance-maladie,
- Éducation nationale,
- Union régionale des professionnels de santé-médecins, pharmaciens, sages-femmes,
- Établissements de santé,
- Centres de planification et d'éducation familiale.

**OBJECTIF THÉMATIQUE 6 :****Améliorer le repérage des risques suicidaires****Objectif opérationnel 1 :**

Connaître les besoins des professionnels en termes de détection des risques et y répondre de manière adaptée

Mesure 1 : Évaluation des besoins de formation des professionnels au contact des publics les plus vulnérables, et en fonction, développement de la formation à l'écoute, au repérage et à l'orientation

**Objectif opérationnel 2 :**

Prévenir la récurrence

Mesure 1 : Évaluation de la prise en charge des suicidants dans le but de prévention de la récurrence

**Partenaires impliqués :**

- ARS,
- Établissements de santé,
- établissements et services médico-sociaux,
- Professionnels de santé, éducatifs, sociaux,

**OBJECTIF THÉMATIQUE 7 :****Prévenir les problèmes bucco dentaires chez les jeunes enfants et les populations vulnérables****Objectif opérationnel 1 :**

Améliorer l'hygiène buccodentaire

Mesure 1 : Développement de la sensibilisation de la population

Mesure 2 : Intégration dans l'organisation des établissements scolaires du brossage des dents

**Objectif opérationnel 2 :**

Faire progresser la participation à l'examen de prévention MT'Dents de l'ensemble des tranches d'âge (6-9-12-15-18 ans) et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans les zones défavorisées

Mesure 1 : Sensibilisation et formation des partenaires locaux notamment ceux agissant auprès des populations éloignées du système de soins et auprès des 15-18 ans

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- Caisses d'Assurance-Maladie
- Éducation Nationale
- Collectivités locales
- Associations gravitant autour des publics en difficultés (Missions locales, associations de quartiers, associations œuvrant en faveur des gens du voyage...)
- Conseils généraux-services sociaux
- Chirurgiens dentistes
- Pharmaciens

## II.5.4. Déclinaison du plan d'actions

## OPTIMISER LA PRÉVENTION ORIENTÉE

## OBJECTIFS ORGANISATIONNELS

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1-Se donner les moyens d'agir précocement autour de la grossesse et de la petite enfance	Optimiser les dispositifs d'examens de santé de la petite enfance	<b>Mesure 1 :</b> Réalisation d'une évaluation exhaustive des examens de prévention en faveur de la petite enfance (organisation, contenu, coordination amont/aval...), en accord avec leurs effecteurs: Conseils généraux et Education nationale.	ARS Éducation nationale Conseils généraux Réseau périnatalité, CAMSP, établissements de santé, ORS	réalisation de l'évaluation en 2012	résultats de l'évaluation
		<b>Mesure 2 :</b> Elaboration d'un programme protocolisé de repérage des problématiques: handicap y compris sensoriels, nutrition, surpoids, ...sur la tranche d'âge des 3-6 ans		élaboration du programme en 2014	évaluation de la mise en oeuvre du programme
		<b>Mesure 3 :</b> Coordination dans le cadre de ce programme des effecteurs et mutualisation de leurs moyens autour des examens avant 6 ans.		tous les effecteurs coordonnent leur action d'ici 2015	nombre d'effecteurs impliqués
	Améliorer la connaissance de l'état de santé de la petite enfance (0-6 ans)	<b>Mesure 1 :</b> Organisation du rassemblement et de l'exploitation des données issues des examens de santé de la petite enfance: examens 8e jour, 9e et 24e mois, bilans Conseils généraux et Éducation nationale notamment	ARS Éducation nationale Conseils généraux Réseau périnatalité, ACMSP, établissements de santé, ORS	exploitation des données effective en 2013	production de l'exploitation des données
		<b>Mesure 2 :</b> Contribuer à l'effectivité de la remontée des données à la DREES concernant les certificats de santé des 8e jour, 9e et 24e mois		2012	
	Développer et améliorer l'entretien prénatal précoce à visée de repérage des problèmes psychosociaux	<b>Mesure 1 :</b> Augmentation du taux de femmes enceintes bénéficiant d'un entretien prénatal précoce	ARS, établissements de santé, PMI, réseau périnatalité, sages-femmes libérales	80 % des femmes bénéficient de l'EPP en 2015	% d'augmentation
		<b>Mesure 2 :</b> Évaluation quantitative et qualitative des prises en charge postérieures aux recommandations issues des EPP		le réseau périnatalité produit chaque année l'exploitation des fiches renseignées lors de l'EPP	

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2-Développer une prévention orientée de qualité et coordonnée, répondant au besoin de chacun, en fonction de son âge et de ses risques	Organiser le continuum entre les acteurs de la prévention orientée	<b>Mesure 1 :</b> Définition dans chaque projet local de santé des modalités de mise en réseau des acteurs de la prévention orientée et des actions que chacun doit mettre en place pour la déclinaison des priorités thématiques en matière de prévention orientée	ARS, DRJSCS Conseils généraux, Conseils régional collectivités territoriales	50 % des projets locaux définissent des modalités de mise en réseau	% de projets locaux incluant une mise en réseau autour de la prévention
	Mettre en œuvre un projet de prévention personnalisé prenant en compte toutes les dimensions de la santé (y compris dimension psychosociale)	<b>Mesure 1 :</b> Accompagnement méthodologique de tous les projets d'exercice coordonné (MSP, Pôles, Réseaux) dans le but d'y insérer systématiquement un volet prévention de qualité, et prenant en compte la dimension éducative et sociale.	Éducation nationale, médecins libéraux, réseaux de santé, pôles de santé, maisons de santé, URPS, Pôle de compétences en éducation pour la santé associations d'éducation pour la santé	tous les projets sont accompagnés pour définir leur volet prévention	% de projets d'exercice coordonné accompagnés évaluation impact des accompagnements dans le projet finalisé
		<b>Mesure 2 :</b> Mise en œuvre d'un projet de prévention personnalisé dans le cadre des modes d'exercice coordonné, fondé sur la coopération pluri-professionnelle des professionnels de santé (la délégation de tâches ou transfert de compétences doit être utilisé dans ce cadre), et l'association d'autres professionnels, notamment du social et de l'éducation pour la santé		tous les projets mettent en œuvre un projet de prévention	% de modes d'exercice coordonné mettant en œuvre un projet de prévention évaluation de la qualité de ces projets
3-Réorienter le dispositif d'examens de santé périodique de l'Assurance-Maladie sur des territoires ou des populations vulnérables	Délocaliser l'examen de santé du régime général sur des sites relais dans les territoires repérés comme défavorisés du point de vue socio-sanitaire	<b>Mesure 1 :</b> Organisation sur les territoires prioritaires de consultations délocalisées d'examens de santé	ARS DRJSCS et DDCSPP Assurance-Maladie tissu local de proximité	d'ici à 2014 les territoires sous contrats locaux de santé bénéficient d'examens de santé en proximité	nbre de personnes bénéficiant de l'examen de santé dans les territoires de contrats locaux de santé
	Favoriser la participation des personnes à l'examen de santé	<b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'actions de proximité par les intervenants locaux (associations, services sociaux...) pour promouvoir l'examen de santé et accompagner les populations vers cette prestation, puis assurer l'orientation et la prise en charge d'aval, en intégrant la dimension éducative			

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
4-Favoriser l'accès aux dépistages en diversifiant l'offre et les lieux de réalisation	Porter les dépistages au plus près des populations à risques pour les pathologies concernées	<b>Mesure 1 :</b> Expérimentation du dépistage communautaire dans le domaine des IST et singulièrement du VIH par la diffusion des tests rapides d'orientation diagnostique ciblée sur les publics à risques : usagers de drogues, personnes migrantes, personnes prostituées, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (sous réserve de la question du financement de ces tests à résoudre au niveau national)	ARS Centres hospitaliers porteurs de CDAG, CIDDIST, CLAT DDCSPP CAARUD Associations de lutte contre le VIH	Dépistage communautaire du VIH en 2012	
		<b>Mesure 2 :</b> Développement du dépistage de la tuberculose auprès des populations à risques en informant et formant les professionnels relais auprès d'elles et en se rendant sur leurs lieux de vie.	URPS médecins généralistes Organismes d'hébergement et d'insertion (CHRS, CADA...)	durée du PRS évaluation annuelle de l'activité des CLAT	nbre d'informations des professionnels et structures concernées
5-Favoriser l'accessibilité des personnes handicapées et des personnes âgées aux dépistages, en particulier des cancers, des problèmes bucco-dentaires.	Sensibiliser les établissements et services de prise en charge des personnes handicapées aux dépistages, et recueillir leurs difficultés	<b>Mesure 1 :</b> Réalisation d'une information de tous les établissements et d'un recueil de leurs difficultés	ARS établissements et services médico-sociaux	diffusion d'une information et recueil des difficultés auprès tous les établissements en 2011	nbre d'établissements sollicités exploitation du recueil de leurs difficultés
	Adapter les dispositifs pour les rendre accessibles aux personnes handicapées et âgées			à partir de 2012	adéquation des actions entreprises avec les difficultés recueillies

## OBJECTIFS THÉMATIQUES

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1-Améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, en particulier sur les territoires les moins participants	Amplifier l'information des professionnels de santé, et tout particulièrement du médecin traitant	<b>Mesure 1 :</b> Intervention régulière des associations de gestion du dépistage organisé des cancers dans les formations médicales continues	ARS structures de gestion des dépistages organisés Caisses d'assurance-maladie URPS établissements de santé	suivi annuel sur la durée du PRS	nbre d'interventions réalisées nbre de médecins ayant bénéficié d'interventions
		<b>Mesure 2 :</b> Restitution systématique par les associations de gestion des résultats du dépistage aux médecins traitants de façon à ce qu'ils puissent situer leur participation (ceci vaut essentiellement pour le dépistage du cancer colorectal)		100 % médecins généralistes bénéficient d'un retour d'information sur les résultats collectifs et individuels (cancer colorectal) du dépistage organisé des cancers	% de médecins généralistes ayant bénéficié du retour d'information
	Favoriser l'accessibilité au dépistage et la prise en charge d'aval	<b>Mesure 1 :</b> Développement dans les projets locaux de santé des actions visant : - à sensibiliser les professionnels, bénévoles et publics au dépistage, en prenant en compte l'expression et les représentations, - à organiser l'accès physique le cas échéant.		durée du PRS	nbre d'actions visant à promouvoir le dépistage
		<b>Mesure 2 :</b> Etude de viabilité d'un mammographe mobile pour pallier l'éloignement de certains territoires par rapport aux radiologues (Creuse notamment)		étude faisabilité achevée fin 2011	
		<b>Mesure 3 :</b> Mesure des délais d'accès à la prise en charge après un dépistage positif et adoption des mesures correctrices si nécessaire		mise en place de la mesure fin 2012	

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2- Améliorer le repérage des conduites addictives pour une prise en charge plus précoce	Promouvoir auprès des professionnels de santé, libéraux et en établissement, le recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), ainsi qu'à l'entretien motivationnel	<p><b>Mesure 1 :</b> Elaboration d'un plan d'accroissement des compétences intégrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en place de formations, y compris au sein de la formation médicale continue et auprès des professionnels dans les établissements de santé,</li> <li>- la diffusion de supports d'information et d'outils,</li> <li>- la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles spécifique,</li> </ul> <p>Une attention particulière sera portée à la formation au repérage des conduites addictives des intervenants en périnatalité sera de façon à ce qu'ils soient en capacité d'intervenir</p>	ARS CSAPA URPS Organismes de formation établissements de santé	plan de formation	<p>nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation</p> <p>résultats d'évaluation des formations</p> <p>nombre de supports diffusés</p>
3-Améliorer la couverture vaccinale de la population	Améliorer la protection vaccinale de la population	<p><b>Mesure 1 :</b> Renouvellement avec l'Education nationale de campagnes de vérification des carnets de santé, en lien avec les médecins traitants pour la vaccination en aval si nécessaire (cf. campagne rougeole Education nationale-Ministère de la santé à la rentrée 2010 en direction des élèves de 6e et 2nde)</p>	ARS CIRE établissements de santé	système de surveillance effectif en 2014	
		<p><b>Mesure 2 :</b> Accroissement de l'implication des médecins libéraux dans les objectifs prioritaires en matière de vaccination par une contractualisation avec l'Union régionale des professionnels de santé-médecins sur des objectifs de couverture vaccinale pour les priorités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole,</li> <li>- le vaccin anticoquelucheux,</li> <li>- le vaccin contre l'hépatite B.</li> </ul>	ARS Assurance maladie centres de vaccination grossistes répartiteurs	recueil des données effectif en 2013	
	Mettre en place un dispositif d'observation des maladies à prévention vaccinale et de la vaccination	<p><b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'un système de surveillance des maladies à prévention vaccinale en lien avec la déclaration obligatoire pour la rougeole et l'hépatite B (volet veille du schéma)</p>	Éducation nationale Union régionale des professionnels de santé-médecins	mise en place d'une campagne de vérification chaque année scolaire à partir de 2012	% de carnets vérifiés
		<p><b>Mesure 2 :</b> Mise en place d'un recueil des données relatives à la couverture vaccinale par le biais des différentes sources d'information : Assurance-Maladie, PMI, centres de vaccination, grossistes répartiteurs...</p>	ARS Union régionale des professionnels de santé-médecins	contractualisation effective en 2013	

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
3-Améliorer la couverture vaccinale de la population	Garantir que le dispositif de vaccination issu de la loi du 13 août 2004 est conforme, dans les 3 départements, à l'objectif initial d'homogénéiser l'offre et de toucher les publics et les territoires les plus éloignés du système de santé.	<b>Mesure 1 :</b> Suivi et évaluation par l'ARS du dispositif à partir des rapports annuels de performance des effecteurs	ARS Centres de vaccination	suivi annuel sur la durée du PRS	nombre de personnes vaccinées dans le dispositif % de personnes défavorisées bénéficiant du dispositif de vaccinations gratuites
	Promouvoir les vaccinations parmi les professionnels sanitaires et sociaux en fonction de leurs risques et suivre la couverture vaccinale de ceux-ci	<b>Mesure 1 :</b> Mise en œuvre d'une collaboration avec les services de santé au travail des établissements de santé et les autres services de santé au travail pour construire des actions opérationnelles	ARS établissements de santé établissements médico- sociaux structures petite enfance Éducation nationale ...	2012	effectivité de la collaboration impact : évaluation du taux de couverture vaccinale
4-Repérer précocement le surpoids et l'obésité chez l'enfant et accompagner les enfants et leur famille dans la prise en charge	Inciter les différents professionnels à pratiquer ce dépistage y compris celui des troubles du comportement alimentaire	<b>Mesure 1 :</b> Engagement de l'Éducation Nationale dans le dépistage du surpoids et de l'obésité à l'entrée au CP	ARS, Éducation Nationale, DRJSCS URPS	2012	recueil des données issues de ce dépistage
		<b>Mesure 2 :</b> Mise en place d'un dispositif permettant de revoir les élèves en CE 1 ou CE 2 pour faire le point sur la prise en charge réalisée		2013	suivi et évaluation des prises en charge réalisées
		<b>Mesure 3 :</b> Élaboration de recommandations aux médecins traitants et aux pédiatres pour les aider à repérer les patients présentant des troubles et à les orienter vers le dispositif de prise en charge		2012	évaluation d'impact des recommandations par la mesure de l'évolution des orientations vers le dispositif de prise en charge

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
5-Faciliter l'accès à la contraception anonyme et gratuite des mineures	Mener avec les Conseils généraux une réflexion visant à améliorer le service rendu par les centres de planification et d'éducation familiale	<b>Mesure 1 :</b> Réalisation d'une évaluation du fonctionnement de ces centres	ARS Conseils généraux Conseil régional caisses d'assurance-maladie Education nationale Union régionale des professionnels de santé-médecins, pharmaciens, sages-femmes établissements de santé	réalisation de l'évaluation en 2012	résultats de l'évaluation mesures correctrices adoptées
	Assurer un accès gratuit à la contraception pour les jeunes de moins de 18 ans et pour les 18-25 ans dépourvus de couverture sociale autonome, en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant	<b>Mesure 1 :</b> Organisation d'un dispositif d'accès à la contraception anonyme et gratuite, en complément des centres de planification, fondé sur la participation des professionnels de santé de ville	centres de planification et d'éducation familiale ORS	mise en œuvre du dispositif à partir de 2013	nbre de jeunes filles bénéficiant du dispositif
6-Améliorer le repérage des risques suicidaires	Connaître les besoins des professionnels en termes de détection des risques et y répondre de manière adaptée	<b>Mesure 1 :</b> Evaluation des besoins de formation des professionnels au contact des publics les plus vulnérables, et en fonction, développement de la formation à l'écoute, au repérage et à l'orientation	ARS DRAAF MSA Etablissements de santé établissements et services médico sociaux URPS	évaluation des besoins fin 2011 mise en place des réponses au besoin en 2012	nbre de professionnels ayant bénéficié d'une formation
	Prévenir la récidence	<b>Mesure 1 :</b> Evaluation de la prise en charge des suicidants	Professionnels de santé, éducatifs, sociaux	évaluation réalisée en 2012	résultats de l'évaluation

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
7- Prévenir les problèmes bucco dentaires chez les jeunes enfants et les populations vulnérables	Améliorer l'hygiène buccodentaire	<b>Mesure 1 :</b> Développement de la sensibilisation de la population	ARS		évaluation du plan de sensibilisation de la population
		<b>Mesure 2 :</b> Intégration dans l'organisation des établissements scolaires du brossage des dents	Caisses d'Assurance-Maladie Éducation Nationale Collectivités locales		nbre d'établissements scolaires intégrant le brossage des dents
	Faire progresser la participation à l'examen de prévention MT'Dents de l'ensemble des tranches d'âge (6-9-12-15-18 ans) et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans les zones défavorisées	<b>Mesure 1 :</b> Sensibilisation et formation des partenaires locaux notamment ceux agissant auprès des populations éloignées du système de soins et auprès des 15-18 ans	Associations gravitant autour des publics en difficultés (Missions locales, associations de quartiers, associations oeuvrant ne faveur des gens du voyage...) Conseils généraux-services sociaux Professionnels de Santé y compris les Instituts de Formation correspondants Associations et syndicats des chirurgiens dentistes Pharmaciens		nbre de partenaires sensibilisés et formés évaluation de formation

## II.6. LA PREVENTION AU BENEFICE DES PATIENTS : FAVORISER L'AUTONOMIE DES PATIENTS ET PREVENIR LES RISQUES INFECTIEUX ASSOCIES AUX SOINS

Les actions de prévention dite « tertiaire » cherchent à limiter les risques de rechutes, séquelles, ou complications d'une maladie.

Elles concernent les personnes subissant une atteinte à leur santé, quelle que soit leur situation (hospitalisation, suivi médical en ambulatoire...).

Ce volet de la prévention prend en compte, entre autres impératifs, la sécurité des soins et la recherche d'autonomisation des patients, mais aussi la préparation des sorties d'hospitalisation, l'amélioration des pratiques professionnelles, la qualité de vie des personnes malades ou dépendantes...

En ce sens, la prévention au bénéfice des patients requiert une forte coordination des différents acteurs qui interviennent auprès de la personne et de sa famille : professionnels de l'hôpital, professionnel des soins de ville, spécialistes de l'éducation pour la santé, structures d'aides à domicile, services médico-sociaux...

Le volet PPS a limité sa réflexion à 2 axes :

- l'éducation thérapeutique des patients (I),
- l'amélioration du dispositif de lutte contre les infections associées aux soins (II).

Pour chacun de ces axes,

- un état des lieux a été réalisé,
- des constats ont été posés,
- des objectifs d'évolution en matière d'organisation des services et des acteurs ont été dégagés.

### II.6.1. Favoriser l'autonomie et la qualité de vie : L'éducation thérapeutique du patient

Face à l'allongement de l'espérance de vie, et à la prégnance croissante des maladies chroniques, un effort majeur doit être réalisé en matière d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage. Le but est ici de renforcer l'autonomie des patients et de retarder la survenue de pathologies secondaires entraînant des limitations fonctionnelles et une dégradation de la qualité de vie.

La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage repose sur la mobilisation et les compétences des acteurs du système de soins.

Selon l'OMS (1998), « l'éducation thérapeutique du patient doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le

traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »

#### II.6.1.1. Etat des lieux et diagnostic

##### II.6.1.1.1 Le cadre institutionnel et législatif

En France, le développement de l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques » 2007-2011.

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux Territoires (Loi HPST) du

21 juillet 2009 a introduit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le droit français par son article 84 : « l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soins du patient. 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 des médicaments afférents à sa maladie ».

L'éducation thérapeutique est désormais inscrite dans le code de la santé publique

(art. L.1161-1 à L.1161-4). Sa mise en œuvre nécessite l'élaboration de programmes structurés auxquels peuvent être couplées des actions d'accompagnement.

Article L 1161-2 : « les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des Agences Régionales de Santé ».

Article L 1161-3 : « les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ».

Les programmes d'ETP sont autorisés pour 4 ans par le Directeur Général de l'ARS conformément à la loi du 21 juillet 2009 et aux textes réglementaires parus le 2 août 2010 :

##### II.6.1.1.2 L'existant : les actions et les acteurs

L'ETP s'est développée en France depuis une vingtaine d'années de façon non structurée et non coordonnée, à l'initiative de professionnels convaincus de son intérêt.

Aujourd'hui cette pratique, désormais réglementée, doit être structurée sous forme de programmes qui doivent faire l'objet d'une autorisation auprès des ARS.

Fin 2010- début 2011, la mise en place du régime d'autorisation a permis de dresser l'état des lieux des initiatives existantes, puisque les programmes en cours ont dû être déclarés par leurs promoteurs aux fins d'autorisation.

On observe que :

- Les pathologies les plus fréquemment prises en charge dans une dimension éducative sont le diabète, l'insuffisance cardiaque et respiratoire, les stonies digestives et urinaires, le surpoids/

obésité... et concerneraient plus de 6 000 patients dans la région.

- Les promoteurs sont principalement des établissements de santé publics et privés. Le secteur médico-social ne semble pas développer d'actions. Quelques réseaux ont une démarche d'ETP et les 3 régimes d'Assurance Maladie développent des programmes nationaux déclinés en région.
- Les actions d'ETP sont essentiellement financées sur les crédits dédiés aux missions d'intérêt général des établissements de santé. En outre, le FNPEIS de l'assurance maladie soutient certains programmes ainsi que le FIQCS pour les actions menées au sein des réseaux.

#### II.6.1.1.3 Le diagnostic

L'examen des programmes ayant fait l'objet d'une demande d'autorisation a mis en évidence :

- le caractère très hospitalo-centré des actions d'ETP : les établissements de santé développent des programmes en faveur de malades hospitalisés ou repérés par une hospitalisation ;
- des initiatives dispersées et qui s'ignorent plus ou moins mutuellement au sein d'un même établissement de santé,
- actuellement, l'ETP ne figure pas dans les pratiques exigibles prioritaires pour l'accréditation des établissements de santé,
- peu d'implication du secteur des soins ambulatoires, avec de ce fait, de probables difficultés d'accessibilité pour les malades (hormis le démarrage récent d'ateliers animés par la MSA sur les maladies cardiovasculaires),
- des manques en matière de formation, initiale et continue : un DU en Limousin qui est à réactualiser,
- des carences méthodologiques dans la conception des programmes,
- des difficultés de mise en œuvre (files actives peu importantes, difficiles à constituer) et dans la capacité à évaluer les programmes,
- des nouveaux modes de rémunération destinés à favoriser l'exercice coordonné des soins, et notamment l'ETP, inscrits dans les textes mais encore expérimentaux et pour le moment peu utilisés en Limousin,
- des professionnels, notamment IDE, qui se forment mais qui n'ont pas ensuite la possibilité de mettre en pratique,
- un manque de coordination entre décideurs,
- un manque d'outils pertinents et communs pour le suivi et l'évaluation des programmes.

#### II.6.1.2. Les objectifs pour favoriser l'autonomie et la qualité de vie des patients

##### OBJECTIF STRATÉGIQUE UNIQUE

**Favoriser le développement d'une éducation thérapeutique du patient de qualité et de proximité**

##### Objectif opérationnel 1 :

Mobiliser les partenaires pour définir et mettre en œuvre une politique efficace et efficiente de l'ETP en Limousin

Mesure 1 : Mise en place d'une concertation institutionnelle visant notamment à :

- définir les priorités régionales, notamment les pathologies pour lesquels l'ETP est particulièrement porteuse d'efficacité pour le malade,
- coordonner l'attribution des financements en fonction des priorités définies
- mobiliser les nouveaux modes de rémunération dans les projets d'exercice coordonné des soins : maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé pluridisciplinaires, réseaux de santé, pôles de santé...
- dialoguer avec les opérateurs

Mesure 2 : Développement des ressources régionales favorisant le développement quantitatif et qualitatif de l'ETP, en mettant en place un centre de ressources régional ayant notamment les missions suivantes :

- information,
- documentation,
- formation des opérateurs potentiels,
- accompagnement technique et méthodologique des promoteurs,
- mutualisation des ressources et des compétences entre opérateurs,
- évaluation,
- communication sur les programmes d'ETP existants

##### Partenaires impliqués :

- ARS,
- Assurance maladie,
- URPS,
- Établissements de santé,
- Université,
- CISS,
- Pôle de compétences en éducation pour la santé,
- EPSILIM.

**Objectif opérationnel 2 :**

Coordonner les acteurs de l'ETP

Mesure 1 : Organisation d'une offre d'ETP :

- facilement accessible, donc développée au niveau de chaque territoire de proximité,
- pluridisciplinaire, intégrant des professionnels de santé mais aussi de l'éducation pour la santé, et des bénévoles issus d'associations d'aide aux malades,
- coordonnant les différents intervenants au sein du parcours de soins du patient (ETP initiale, ETP de suivi, ETP de suivi approfondi), en veillant à la complémentarité entre secteur hospitalier et ambulatoire
- effectuée en lien étroit avec le médecin traitant.

Mesure 2 : Intégration de l'ETP dans les projets stratégiques des établissements de santé

Mesure 3 : Mutualisation des ressources et des compétences à l'intérieur d'un même établissement de santé et entre établissements de santé

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- Assurance maladie
- URPS- médecins-pharmaciens d'officine- infirmiers...
- Établissements de santé

**Objectif opérationnel 3 :**

Développer la formation des professionnels et bénévoles, tant en formation initiale que continue

Mesure 1 : Amélioration de l'intégration de l'ETP dans la formation médicale initiale

Mesure 2 : Détermination des niveaux de formation nécessaires en fonction du rôle de chacun dans un programme d'ETP, et construction des formations adaptées

Mesure 3 : Repérage des organismes de formation en capacité de proposer les formations définies

Mesure 4 : Conception d'une formation diplômante de type DU/DIU adaptée aux besoins avec étude de la pertinence d'une formation à socle commun de compétences en éducation pour la santé

**Partenaires impliqués :**

- ARS, Pôle de compétences en éducation pour la santé
- Université,
- Organismes de formation.

**II.6.2. Prévenir les infections associées aux soins (IAS) : la maîtrise du risque infectieux****II.6.2.1. Etat des lieux**

L'enquête de prévalence 2010 de la région Limousin a mobilisé 24 des établissements de santé de la région. Elle a concerné 5199 patients et a montré un taux global d'infections de 3,9 % pour 3,6 % de patient infectés.

Les infections urinaires sur sonde concernent 5,4 % des patients sondés et les infections du site opératoire 2,4 % des patients opérés récemment ( $\leq 1$  mois au jour de l'enquête)

Le tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales comporte cinq indicateurs et un score agrégé. Il fait partie des indicateurs qualité et sécurité des soins que les établissements de santé doivent mettre à disposition du public annuellement.

**ICALIN**

Cet indicateur objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce score sur 100 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement. Calculé automatiquement à partir des données des bilans annuels standardisés ; le score chiffré est associé à une classe de performance de A à F.

Les résultats dans la région sont en progression régulière depuis 2005, avec :

- 25 % d'établissements en classe A en 2005 et 76 % en 2009 ;
- tous les établissements en A, B ou C depuis 2008.

Mais ces résultats restent en deçà de la moyenne nationale.

**ICSHA**

ICSHA est l'indicateur de consommation des produits hydro alcooliques. C'est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'observance de l'hygiène des mains, mesure stratégique de la prévention des infections nosocomiales et de la diffusion des BMR. Un objectif personnalisé est calculé pour chaque établissement concerné. L'ICSHA correspond au pourcentage de réalisation de cet objectif ; il est également traduit en classes de résultats de A à F.

Dans la région, la progression est régulière mais lente :

- depuis 2008, aucun établissement n'est en classe F.
- en 2008 comme en 2007, les trois quarts des établissements se situent dans les classes C et D ; mais il est important de noter qu'il existe une réelle amélioration, avec trois fois moins d'établissements en D et une forte progression de la classe C.

Mais ces résultats demeurent très insuffisants :

- Globalement seulement 52 % de l'objectif est atteint en 2009 ;
- Très peu d'établissements Limousin sont en classe A ce qui est significativement inférieur aux autres régions. Exemple, en 2008 : 5 % en Limousin, 21 % en Aquitaine.

Le Limousin est à la 24e place nationale en 2008.

**ICATB**

Cet indicateur objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce score, chiffré sur 20 points, est associé à une classe de performance de A à F

La progression est régulière depuis 2006 avec une forte progression en 2008, confirmée en 2009.

Il y avait 10 % des établissements en classe A en 2007, 64 % le sont en 2009.

Mais ces résultats encourageants sont inférieurs aux autres régions (données CCLIN et nationales)

Ils montrent l'existence de problèmes importants de :

- Formation de prescripteurs,
- Évaluation des pratiques,
- Informatisation des prescriptions.

**SurvISO**

La surveillance des infections du site opératoire est une nécessité pour conduire une démarche de maîtrise du risque infectieux en chirurgie. Il s'agit de sensibiliser tous les professionnels concernés à analyser et donc améliorer leurs pratiques.

Tous les établissements concernés participent à la surveillance des infections du site opératoire, selon des modalités très différentes d'un établissement à l'autre.

**ICSARM**

L'indice SARM (staphylococcus aureus résistant à la méticilline) permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement pour cette bactérie, multi résistante aux antibiotiques fréquemment en cause dans les infections nosocomiales.

Il s'agit d'un indicateur « glissant » sur 3 ans, qui dépend du nombre d'hospitalisations des patients et de la politique mise en œuvre dans l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM.

En Limousin, le taux médian 2006-2008 était mauvais et classait la région à la 24e place nationale.

**Le score agrégé**

Ce score est élaboré à partir des résultats de quatre des indicateurs précédents (sauf SARM). Il offre pour les usagers un affichage simplifié sous forme d'une note sur 100 et d'une classe de A à E.

**Les signalements externes :**

Conformément aux articles R 6111-12 à R 6111-17 du code de la santé publique, les professionnels de santé déclarent en interne la survenue de toute infection nosocomiale. Lorsque leur nature correspond à au moins un des critères de signalement (définis à l'article R 6111-13), le professionnel chargé du signalement externe applique la procédure de signalement validée.

Le taux de signalements externes dans la région Limousin a varié d'un maximum de 28,3 pour 10 000 lits en 2006 à un minimum de 16,4 pour 10 000 lits en 2006 et semble se stabiliser autour de 20 pour 10 000 lits depuis 2008.

**Le « bon usage » des antibiotiques :**

En 2009, 16 établissements Limousin (46 %) ont participé à tous les volets de l'enquête « antibiotique » du CCLIN Sud Ouest et 21 au volet consommation seul (60 %).

Les résultats recourent ceux d'ICATB avec des défauts d'évaluation, de formation des nouveaux prescripteurs et de dispensation.

**Les BMR (bactéries multi résistantes aux antibiotiques) :**

Il existe une surveillance, réalisée à partir des laboratoires de bactériologie. En Limousin 6 établissements y participent (1 CHU, 4 CH et 4 MCO)

Sur un total de 483 souches de S. aureus retenues, 158 étaient résistantes à la méticilline (SARM) soit 32,7 %.

Le taux d'incidence de SARM pour 1 000 JH était de 0,65. Le taux d'incidence pour 1 000 JH des hémocultures positives à SARM était de 0,079 pour tous les SARM et de 0,058 pour les souches acquises dans l'établissement.

**Conclusions :**

Malgré de réels progrès, il subsiste en LIMOUSIN des problèmes.

Une attention particulière doit être donnée à l'évolution de la politique de maîtrise des antibiotiques (via l'indicateur ICATB), de la consommation des SHA (via l'indicateur ICSHA)

L'amélioration attendue passe également par la généralisation de l'évaluation des pratiques professionnelles et le développement de l'évaluation à priori des risques.

**II.6.2.2. Les objectifs**

Le programme régional de maîtrise des infections associées aux soins comprend, au minimum, les éléments suivants :

- déclinaison régionale du programme national de prévention des IAS en établissements de santé et des directives nationales pour la prévention des IAS dans les établissements médicosociaux ;
- programme régional pour l'amélioration de la qualité des soins de ville (à venir) ;
- déclinaison régionale du programme national de maîtrise des BMR (programme en cours de finalisation) ;
- déclinaison régionale du plan national de préservation de l'efficacité des antibiotiques, programme en cours de réévaluation

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS vise à prendre en compte les différentes dimensions de la prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé, dans les établissements médico-sociaux et dans les soins de ville.

Il s'articule autour de 3 axes stratégiques :

- développer une politique globale de prévention,
- mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS,
- agir sur les déterminants du risque IAS.

Le programme national de prévention des infections nosocomiales qui constitue la déclinaison du plan stratégique dans les établissements de santé s'articule, lui, autour de six grandes orientations :

- promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins,
- optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance,
- anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique,
- maintenir l'usager au centre du dispositif,
- améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales,
- promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales.

Les objectifs généraux sont en établissements de santé de :

- consolider l'expérience acquise et réaliser une démarche d'approfondissement de la politique actuelle en adaptant l'organisation, les moyens et les actions aux spécificités des catégories d'établissements (CPOM)
- progresser sur les domaines toujours prioritaires :
  - la maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs invasifs
  - la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques.
- valoriser l'expertise de la gestion du risque infectieux au profit de la gestion des risques et de la qualité des soins.
- favoriser la formation et l'évaluation ces bonnes pratiques qui assurent la sécurité des patients
- disposer d'un plan régional de maîtrise des épidémies à germes ciblés sur leur potentiel épidémiogène important ou sur le pouvoir pathogène

Dans les établissements médico-sociaux, il s'agit de structurer une politique de prévention des infections associées aux soins (IAS) adaptée aux besoins et contraintes de ces structures.

Enfin, dans le secteur des soins de ville, l'objectif est de développer une démarche préférentiellement incitative et à trouver des vecteurs pour sensibiliser les professionnels et mener des actions à leur attention.

La gestion des événements indésirables que sont les IAS a ouvert la voie à la gestion des autres risques liés aux soins. Le Décret du 12 novembre 2010 définit la gestion des risques associés aux soins : « La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise ».

Les établissements de santé doivent :

- désigner un coordonnateur de la gestion des risques ;
- mettre en place un programme d'actions,
- mettre en œuvre les actions de formation et de communication nécessaires.

Les axes de travail principaux portent donc sur le renforcement du repérage, du signalement et de la gestion des infections associées aux soins.

Les points particuliers de préoccupation sont :

#### **La maîtrise des BMR**

Les mécanismes de résistances acquises par les bactéries sont nombreux et certains d'entre eux sont transférables à d'autres bactéries de même espèce mais également d'espèces différentes. Cette diffusion horizontale de la résistance peut être à l'origine d'une diffusion épidémique ou endémique de ces bactéries d'autant plus difficile à maîtriser que l'arsenal thérapeutique est limité. Le nombre d'antibiotiques efficaces souvent très limité pourrait être source potentielle d'impasse thérapeutique.

Trois exemples sont pris en compte :

#### La résistance à la méticilline :

La résistance à la méticilline des staphylocoques (SARM) a été l'une des premières multi résistances décrites. La transmission essentiellement par manuportage est à l'origine de contamination croisée source d'infections associées aux soins (IAS).

La surveillance des infections à SARM dans les hôpitaux suggère que leur diminution résulte essentiellement des campagnes de lutte contre la transmission croisée, renforcée par la promotion des solutions hydro-alcooliques.

Le taux de SARM est un des indicateurs du tableau de bord (ICSARM).

A noter que globalement (sensibles et résistants) les staphylocoques « dorés » sont les premiers germes responsables d'ISO (30,8 % des ISO) et le 2e germe responsable pour l'ensemble des IAS (ENP 2006).

#### Les bêta lactamase à spectre étendu : BLSE

Autrefois appelée « bêtalactamase à spectre élargi », ce mécanisme transférable confère une résistance aux céphalosporines de 3e génération. Il est de plus en plus souvent rencontré notamment en ville. Cette émergence se voit en particulier pour E coli (infections urinaires en ville) et aussi pour Klebsiella

Le rapport du haut conseil de la santé publique (HCSP) « Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination » préconise des mesures de :

- information et de formation (monde médical, microbiologistes et population),
- surveillance : suivre le taux de résistance de type BLSE en termes d'incidence et de prévalence au sein de l'espèce E. coli.,
- considérations thérapeutiques et notamment bon usage des antibiotiques (cf. paragraphe antibiotiques),
- mesures d'hygiène : précautions standard et précautions complémentaires.

#### Les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) :

La première détection d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) de type KPC a été décrite aux Etats-Unis en 1996 (résistantes à l'ensemble des molécules de la classe des  $\beta$ -lactamines, en particulier aux carbapénèmes).

Depuis 2010, l'émergence des EPC est préoccupante car la production de carbapénémases est souvent associée à d'autres mécanismes de résistance, rendant ces bactéries résistantes à d'autres classes d'antibiotiques, ce qui pourrait conduire à terme à des impasses thérapeutiques.

Des recommandations du HCSP (bactéries commensales porteuses de mécanismes de résistance émergents) et la circulaire du 6 décembre 2010 (relative à la mise en œuvre de mesures de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases) doivent permettre de maîtriser la diffusion de ces bactéries. (cf. signalement et plan de maîtrise)

#### Le renforcement des dispositifs de signalement interne et externe

L'objectif est à inclure dans les CPOM

→ Le signalement interne

Deux types d'actions peuvent être conduits :

- Vérifier l'organisation du dispositif de signalement interne de chaque établissement
- Systématiser l'utilisation d'outil d'analyse des événements indésirables :

Ex : Méthode ALARM

→ Les signalements externes

Pour améliorer les signalements externes au niveau régional, plusieurs actions peuvent être mises en place :

- Organiser des réunions régulières des « signaleurs »
- Mettre en place une réflexion régionale pour parvenir à un consensus sur les événements à signaler à la CVAGS
- Organiser des rencontres régulières entre plate forme de l'ARS et l'ARLIN

- Définir les modalités locales d'inclusion dans le dispositif de télésignalement des I.N. (e-SIN),
- déployé par l'InVS.
- Concernant le signalement des EPC, l'objectif est de sensibiliser les établissements, informer et mettre en place le dispositif prévu au plan national.

#### La promotion du bon usage des antibiotiques

Les objectifs seront de renforcer les actions déjà menées en partenariat avec notamment l'OMEDIT.

Le Programme régional de gestion du risque (PRGDR) doit être un appui pour le développement et la diversification des actions à mener.

Celles-ci pourraient être de plusieurs ordres :

→ Mise en place d'un séminaire sur l'utilisation des anti-infectieux qui devrait concerner en priorité le DES de médecine générale et être centré sur les indications de l'antibiothérapie et le bon usage des antibiotiques (=Action du plan)

Il devrait porter sur les pathologies infectieuses les plus courantes en médecine générale mais aussi les pathologies susceptibles de faire émerger des résistances, particulièrement pour les résistances les plus évolutives.

Les généralistes pourraient par ailleurs recevoir une formation sur l'utilisation des anti-infectieux au cours de leur stage, notamment hospitalier, en médecine polyvalente.

→ D'après la synthèse des bilans annuels des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, il y a eu en 2008 une formation destinée aux nouveaux prescripteurs dans seulement 44,6 % des établissements

Il faut donc généraliser les formations et inscrire cet objectif dans les CPOM.

→ Antibiotiques et personnes âgées

La Consommation d'antibiotiques des plus de 65 ans (représentant 16,5 % de la population française) correspond à 17,5 % de la consommation totale des antibiotiques, mais avec une structure de consommation différente de celle de la population nationale : la consommation des quinolones et des antibiotiques destinés aux infections urinaires est supérieure (source de données : AFS-SAPS).

Par ailleurs, l'enquête nationale de Prévalence des traitements antibiotiques dans les établissements de santé, 2006, a montré que 16,3 % des patients  $\geq 65$  ans recevait un traitement Antibiotique.

Une surconsommation d'antibiotiques est suspectée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : elle relève en partie de l'incapacité à distinguer l'infection de la colonisation, du fait que, le plus souvent, on ne va pas jusqu'au bout du diagnostic (accès à un plateau technique difficile, coût). En effet, en cas de suspicion d'infection, la personne âgée est traitée sans que le diagnostic ait été confirmé.

Les questions qui posent le plus souvent problème en EHPAD sont les pathologies courantes, comme les infections urinaires. Cependant les infections graves en EHPAD, dont font partie les

insuffisances respiratoires aiguës, sont aussi concernées par ce problème.

Cette surconsommation d'antibiotiques évoquée chez les sujets âgés ne semble pas concerner seulement les EHPAD, mais la question se pose aussi pour les établissements de santé, dont 56 % des patients ont plus de 65 ans.

Objectifs :

- Il faut au minimum faire connaître et appliquer les recommandations existantes et sans doute insister sur la formation et la prévention pour les soignants : adaptation des recommandations aux personnes âgées, problématique du choix des antibiotiques,
- il apparaît intéressant de réaliser des études spécifiques concernant l'antibiothérapie chez les personnes âgées.
- Il faut mieux organiser le suivi de l'apparition des complications de l'antibiothérapie chez les personnes âgées.
- concernant les dispositifs de signalement externe, il est important d'organiser et valoriser le signalement des IRA et GEA en établissements.
- des journées régionales à l'attention notamment des EHPAD, au cours desquelles la problématique du bon usage des antibiotiques est abordée, devraient être organisées.

→ Bon usage des antibiotiques :

- en matière d'antibioprophylaxie chirurgicale (AtB P) :

les points importants sont l'application des consensus et la promotion des actions d'EPP notamment individuelles

Les principales propositions portent sur :

- la révision des protocoles d'AtB.P. des établissements,
- la systématisation de la vérification de la bonne connaissance de ces protocoles d'ATBP par les prescripteurs et singulièrement les nouveaux arrivants, vacataires ou remplaçants,
- la mise en place d'une « check list » conformément aux recommandations de la HAS.

Une réflexion sur l'antibio-prophylaxie en matière de soins dentaires pourrait être lancée en partenariat avec les chirurgiens dentistes

- en matière d'antibiothérapie :

Au vu des constats effectués, les actions principales pourraient porter sur

- la sensibilisation et la formation concernant certaines familles d'antibiotiques,
- le renforcement du contrôles systématiques des ordonnances,
- le respect des règles de prescription en intégrant celles liées au dispositif de réévaluation à 72 heures ;
- antibiothérapies vétérinaires :

D'après l'Organisation mondiale de la santé, 50 % des antibiotiques produits dans le monde sont destinés aux animaux, pour les soigner ou favoriser leur croissance et ainsi accroître le rendement en viande. Comme chez l'homme, la pression de sélection générée par l'utilisation d'antibiotiques chez les animaux d'élevage contribue à l'apparition de bactéries résistantes.

Ces bactéries peuvent ensuite être transmises à l'homme.

Ainsi, l'utilisation d'antibiotiques comme additifs alimentaires a été incriminée dans l'apparition et la diffusion de certaines résistances aux antibiotiques.

Depuis 1998, aucun antibiotique présentant une résistance croisée avec des médicaments prescrits chez l'homme n'est autorisé comme additif alimentaire dans les élevages.

Une plus large confrontation des données de santé animale et humaine apparaît indispensable pour maîtriser la diffusion de la résistance aux antibiotiques et préserver leur efficacité.

- Le renforcement des bonnes pratiques assurant la sécurité des patients

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins passe par une évolution culturelle importante, un renforcement des formations et la généralisation de l'usage d'outils validés tant collectivement que sur le plan individuel.

**Les axes de travail portent sur :**

**La réduction des gestes et soins infectieux inutiles :**

- Jusqu'à maintenant les efforts avaient essentiellement porté sur les bonnes pratiques (=B.P.) de soins prescrits ; l'objectif est d'élargir le champ d'action aux bonnes indications (=B.I.) des dispositifs invasifs et des gestes et soins infectieux,

**La systématisation de l'usage des « Check lists » :**

- évaluation de la réalité de la mise en place de la check list au bloc opératoire
- mise en place de la check list concernant les cathéters centraux

Évaluation des pratiques : audits de pratiques, dispositifs d'autoévaluation ciblés, systématisation de l'utilisation d'outils validés d'analyse des causes, etc

**La mise en place de l'outil d'annonce d'un évènement indésirable :**

- affichage du poster dans les lieux de réunion des équipes,
- diffusion du guide qui offre une synthèse de ce qui est à faire et à ne pas faire dans l'annonce d'un dommage associé aux soins durant les différentes étapes de ce processus,
- réflexion collective concernant les procédures à mettre en place dans les établissements,
- mise en place de structures de soutien dédiées à l'écoute et au suivi psychologique des professionnels ayant à faire face à l'annonce d'un dommage.

**La promotion de l'accréditation individuelle des médecins pour les activités médicales à risques.**

**La mise en place de programmes de suivi de certaines populations :**

- Certaines populations justifient la mise en place de programmes systématiques de suivi (évaluation du risque, prise en charge adaptée)

Les actions proposées dans le cadre de ce schéma portent sur :

#### -> Les patients greffés

Le CHU de LIMOGES est autorisé pour effectuer les greffes rénales (50 à 60 greffes par an environ) ainsi que les greffes cardiaques (10 greffes par an en moyenne)

Compte tenu des risques spécifiques présentés par ces patients, il est indispensable d'assurer un suivi adapté :

- veille et alerte,
- antibiothérapies

#### -> Les infections ostéo - articulaires sévères

Les infections ostéo-articulaires (IOA) complexes associées aux soins recouvrent essentiellement les infections sur prothèse ou sur matériel d'ostéosynthèse et les infections post-traumatiques qui sont le plus souvent des infections post-opératoires.

Ces infections sont graves. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel, beaucoup plus rarement le pronostic vital.

Le CHU de LIMOGES devrait être identifié comme centre correspondant dans le cadre de l'inter-région Sud Ouest.

- le développement des actions dans le secteur ambulatoire

Les propositions de travail concernent :

- le partenariat avec l'assurance maladie (PRGDR notamment) en vue de relayer et accentuer les stratégies en matière de prescription d'AtB

Ex: Contribuer au développement de l'utilisation des référentiels par les médecins, pour un moindre usage dans les infections urinaires et les infections respiratoires hautes

- promouvoir l'utilisation des tests rapides : TDR angines, bandelettes urinaires dans les infections urinaires
- Faciliter la diffusion et l'appropriation des recommandations en matière d'hygiène et de prévention du risque infectieux en cabinet médical (Réf : recommandations de juin 2007)
- Mettre en place un partenariat avec les chirurgiens dentistes
- indications de l'antibioprophylaxie.

#### Les objectifs opérationnels proposés

##### Objectif opérationnel 1

Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs

Action 1 : Promotion de la « check list » CVC et évaluer sa mise en place

Action 2 : Renforcement de la maîtrise des accidents d'exposition au sang (AES) et promouvoir l'analyse des causes

Action 3 : Mise en place le centre « correspondant » pour les infections ostéo-articulaires complexes et évaluer son activité

##### **Partenaires impliqués :**

- établissements de santé concernés
- CHU
- médecine du travail
- ARLIN

**Objectif opérationnel 2**

Maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique

Action 1 : Systématisation de la mise en place de la surveillance de la consommation des solutés hydro alcooliques (SHA), par exemple avec l'outil Excel

Action 2 : Soutien à la mise en place d'une stratégie de vaccination des personnels : grippe, coqueluche, rougeole, hépatite B

Action 3 : Mise à disposition d'un plan loco-régional de maîtrise des épidémies

**Partenaires impliqués :**

- Établissements
- ARS
- ARLIN
- Médecine du travail

**Objectif opérationnel 3**

Promouvoir le bon usage des antibiotiques

Action 1 : Systématisation de la mise en place de formations des médecins :

- formation médicale initiale,
- nouveaux prescripteurs

Action 2 : Maîtrise de la prescription de certaines familles d'antibiotiques

Action 3 : Évaluation de la mise à jour et de l'application des protocoles d'antibioprophylaxie (AtBP) dans les établissements de santé concernés

Action 4 : Évaluation de l'application du dispositif de réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures

**Partenaires impliqués :**

- UFR
- URPS
- Établissements de santé
- Établissements médicosociaux
- ARLIN
- OMEDIT

**Objectif opérationnel 4**

Développer les bonnes pratiques dans les différents champs concernés (hospitalier, médico-social, ambulatoire)

Action 1 : Généralisation de l'utilisation d'outils validés d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles (analyses de scénarii, RMM ...) et individuelles

Action 2 : Incitation des établissements de santé à adhérer aux propositions d'audits validés par le GREPHH

Action 3 : Mise en place de l'outil d'annonce d'un dommage associé aux soins

Action 4 : Diffusion des recommandations en matière d'hygiène et de prévention du risque infectieux en cabinet libéral et évaluation de leur appropriation

**Partenaires impliqués :**

- ARS
- Établissements de santé
- Établissements médicosociaux
- ARLIN
- EPSILIM
- URPS

**Objectif opérationnel 5**

Renforcer l'action dans les établissements médico-sociaux

Action 1 : Diffusion de la connaissance, en direction des EHPAD, des recommandations existantes en matière de risque infectieux et évaluer leur application.

**Partenaires impliqués :**

- EHPAD
- ARLIN
- EPSILIM

## II.6.3. Déclinaison du plan d'actions

## FAVORISER L'AUTONOMIE DES PATIENTS ET PRÉVENIR LES RISQUES INFECTIEUX ASSOCIÉS AUX SOINS

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1 - Favoriser le développement d'une éducation thérapeutique du patient de qualité et de proximité	Mobiliser les partenaires pour définir et mettre en œuvre une politique efficace et efficiente de l'ETP en Limousin	<p><b>Mesure 1 :</b> Mise en place d'une concertation institutionnelle des décideurs et financeurs de l'ETP visant notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- définir les priorités régionales, notamment les pathologies pour lesquels l'ETP est particulièrement porteuse d'efficacité pour le malade, - coordonner l'attribution des financements en fonction des priorités définies</li> <li>- dialoguer avec les opérateurs</li> </ul>	ARS Assurance maladie	<p>mise en place effective de la concertation institutionnelle dernier trimestre 2011</p> <p>coordination des différents financements en 2012</p>	financements totaux mobilisés sur l'ETP
		<p><b>Mesure 2 :</b> Développerment des ressources régionales favorisant le développement quantitatif et qualitatif de l'ETP, en mettant en place un centre de ressources régional</p>	<p>ARS Assurance maladie URPS établissements de santé Université CISS Pôle de compétences en éducation pour la santé EPSILIM</p>	<p>mise en place effective du centre de ressources dernier trimestre 2011</p>	<p>rédaction du projet du centre ressources</p> <p>évaluation de la mise en œuvre de ce projet</p>

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1 - Favoriser le développement d'une éducation thérapeutique du patient de qualité et de proximité	Coordonner les acteurs de l'ETP	<b>Mesure 1 :</b> Organisation d'une offre d'ETP : - facilement accessible, donc développée au niveau de chaque territoire de proximité, - pluridisciplinaire, donc ouverte à des intervenants de l'éducation pour la santé, des bénévoles d'associations... - coordonnant les différents intervenants au sein du parcours de soins du patient (ETP initiale, ETP de suivi, ETP de suivi approfondi), en veillant à la complémentarité entre secteur hospitalier et ambulatoire - effectuée en lien étroit avec le médecin traitant.	ARS Assurance maladie URPS- médecins-pharmaciens d'officine- infirmiers... établissements de santé	durée du PRS	nbre de projets impliquant de manière coordonnée le secteur hospitalier et le secteur des soins de ville conformité des projets au cahier des charges de l'ETP
		<b>Mesure 2 :</b> Intégration de l'ETP dans les projets des établissements de santé		durée du PRS	% de projets d'établissements intégrant des programmes d'ETP Qualité des projets
		<b>Mesure 3 :</b> Mutualisation des ressources et des compétences à l'intérieur d'un même établissement de santé et entre établissements de santé		durée du PRS	nbre d'établissements ayant mutualisé des fonctions liées à l'ETP
	Développer la formation des professionnels et bénévoles, tant en formation initiale que continue	<b>Mesure 1 :</b> Amélioration de l'intégration de l'ETP dans la formation médicale initiale	ARS Université organismes de formation Pôle de compétences en éducation pour la santé	la réflexion avec l'Université est initiée en 2012	évolution des contenus dans la formation médicale initiale
		<b>Mesure 2 :</b> Détermination des niveaux de formation nécessaires en fonction du rôle de chacun dans un programme d'ETP, et construction des formations adaptées		formations construites en 2013	
		<b>Mesure 3 :</b> Repérage des organismes de formation en capacité de proposer les formations définies		repérage effectué en 2012	
		<b>Mesure 4 :</b> Conception d'une formation diplômante de type DU/DIU adaptée aux besoins		formation mise en place en 2014	

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2 - Améliorer le dispositif de lutte contre les infections associées aux soins	Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs	<b>Action 1 :</b> Promotion de la « check list » relative aux cathéters veineux centraux (CVC) et évaluer sa mise en place	établissements de santé concernés ARLIN	100 % des établissements 2012	taux d établissements
		<b>Action 2 :</b> Renforcement de la maîtrise des accidents d'exposition au sang (AES) et promouvoir l'analyse des causes	Établissements concernés services de santé au travail	systematiser un dispositif dans tous les établissements concernés	
		<b>Action 3 :</b> Mise en place du centre « correspondant » pour les infections ostéo-articulaires complexes et évaluation de son activité	CHU	après autorisation, organiser le centre au niveau régional et inter régional 2012	nombre de patients pris en charge
	Maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique	<b>Action 1 :</b> Systématisation de la mise en place de la surveillance de la consommation des solutés hydroalcooliques (SHA) par exemple avec l'outil Excel	Établissements ARLIN	100 % des établissements concernés	évolution de l'indicateur ICSHA du tableau de bord
		<b>Action 2 :</b> Soutien à la mise en place d'une stratégie de vaccination des personnels et professionnels de santé en matière de lutte contre la grippe, la coqueluche, la rougeole, l'hépatite B	directions des établissements de santé, médico- sociaux services de santé au travail URPS	durée du PRS	pourcentages de professionnels vaccinés
		<b>Action 3 :</b> Mise à disposition d'un plan loco-régional de maîtrise des épidémies	établissements ARLIN	1er semestre 2012	
	Promouvoir le bon usage des antibiotiques	<b>Action 1 :</b> Systématisation de la mise en place ou adaptation de formation des médecins : formation médicale initiale, nouveaux prescripteurs	UFR URPS établissements	durée du PRS	évolution de l'indicateur ICATB du tableau de bord
		<b>Action 2 :</b> Maîtrise de la prescription de certaines familles d'antibiotiques	Établissements de santé établissements médicosociaux ARLIM OMEDIT	durée du PRS	Évolution des consommations des antibiotiques ciblés
		<b>Action 3 :</b> Evaluation de la mise à jour et l'application des protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale (ATBP) dans les établissements de santé concernés	établissements de santé ARLIN OMEDIT	2012	
		<b>Action 4 :</b> Evaluation de l'application du dispositif de réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures	tous établissements ARLIN OMEDIT	2012	

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures	Partenaires	Objectifs à atteindre ou échéance à respecter	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2 - Améliorer le dispositif de lutte contre les infections associées aux soins	Développer les bonnes pratiques dans les différents champs concernés	<b>Action 1 :</b> Généralisation de l'utilisation d'outils validés d'évaluation des pratiques professionnelles collectives et individuelles : analyses de scénarii, RMM, accréditation	établissements de santé établissements médicosociaux EPSILIM ARLIN	durée du PRS	
		<b>Action 2 :</b> Incitation des établissements de santé à adhérer aux propositions d'audits validés par le GREPHH	ARLIN établissements de santé	durée du PRS	Évolution des taux de participation aux audits
		<b>Action 3 :</b> Mise en place de l'outil d'annonce d'un dommage associé aux soins	établissements EPSILIM	2012	
		<b>Action 4 :</b> Diffusion des recommandations en matière d'hygiène et de prévention du risque infectieux en cabinet libéral et évaluer leur appropriation	ARLIN URPS	durée du PRS	
	Développer l'action dans les établissements médico-sociaux	<b>Action 1 :</b> Diffusion de la connaissance, en direction des EHPAD, des recommandations existantes en matière de risque infectieux et évaluer leur application.	EHPAD ARLIN EPSILIM	durée du PRS	suivi des signalements externes (IRA, GEA...)

## II.7. ÉVALUATION DU VOLET PPS DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

### II.7.1. Principes d'évaluation

« Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention (l'intervention pouvant être un projet, un programme, un plan, une politique) en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, l'objectif étant de faire en sorte que les différents acteurs concernés, dont les champs de jugement sont parfois différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention, pour qu'ils puissent construire individuellement ou collectivement, un jugement susceptible de se traduire en action. » (Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. *L'évaluation : concepts et méthodes*. Ed. Presses de l'Université de Montréal, 2009).

La promotion de la santé vise toujours une amélioration de la santé de la population ou de certains groupes de la population qui peut être atteinte par une influence positive exercée sur des déterminants de la santé et sur d'autres facteurs pertinents.

Les effets des projets de promotion de la santé ne sont en général pas immédiats mais se développent à long terme.

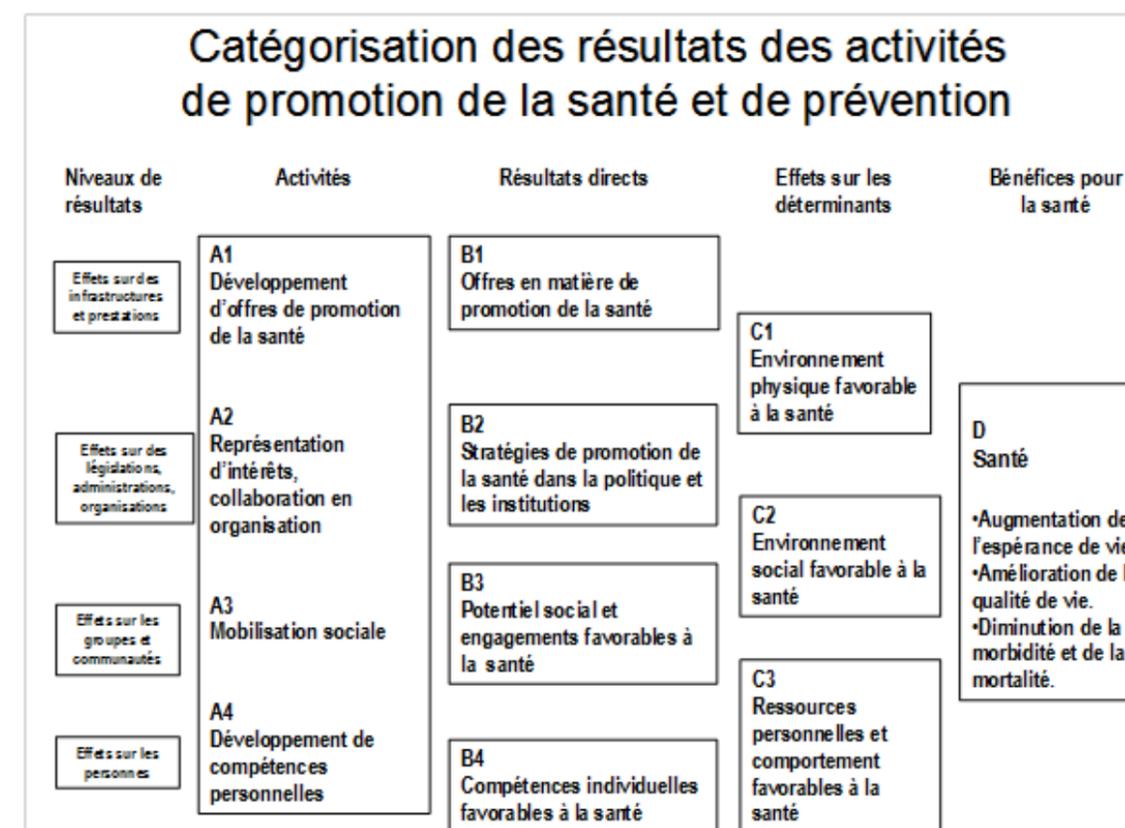
L'évaluation est à positionner à différents niveaux :

- l'évaluation de l'atteinte des objectifs en termes de gain pour la santé (évolution de la mortalité prématurée, évolution de la prévalence de l'obésité...), qui relève du cadre plus global de l'évaluation de la politique de santé menée par l'ARS à travers les différents schémas et programmes.
- l'évaluation des actions déployées au niveau des populations et des territoires dans le cadre des priorités définies par le volet PPS, qui devra être conçue dans le cadre des projets de proximité, avec l'appui nécessaire de l'ARS et du Pôle de compétences en éducation pour la santé notamment par la diffusion des outils existants et la formation des animateurs et porteurs de projets.
- l'évaluation du schéma lui-même, et singulièrement du volet PPS, qui devra être adaptée aux objectifs de celui-ci, qui visent essentiellement à favoriser le développement quantitatif et qualitatif, et la structuration de la promotion de la santé et de la prévention.

Le volet PPS du schéma régional de prévention a été construit à partir du modèle de catégorisation des résultats, conçu par Promotion Santé Suisse et adapté pour la France par l'INPES, qui permet d'établir un lien entre les activités déployées, les facteurs qui influencent de manière positive ou négative les déterminants de santé, qui ont eux-mêmes un impact sur les indicateurs de santé.

Le modèle de catégorisation des résultats des activités en promotion de la santé est donc l'outil adapté aux besoins d'évaluation du volet PPS du schéma régional de prévention.

Aperçu synthétique du modèle



Le modèle repose sur le constat que, pour parvenir à améliorer la santé (D « bénéfiques pour la santé »), il est nécessaire d'agir sur les déterminants de santé (C) :

- environnement physique,
- environnement social,
- ressources personnelles et comportements favorables à la santé.

L'obtention d'effets sur ces déterminants exige de passer par un niveau intermédiaire d'évaluation, celui des résultats directs (B) des activités et facteurs de changement que sont :

- l'offre de promotion de la santé et de prévention,
- les stratégies dans les politiques et les institutions,
- la mobilisation sociale,
- l'acquisition de compétences favorables à la santé.

Les résultats obtenus après mise en œuvre du volet PPS, mesurés à l'aide des indicateurs proposés dans le tableau récapitulatif annexé, pourront ainsi être répartis dans les différentes catégories de ce modèle et mis en perspective.

De nombreux objectifs et mesures du volet PPS portent sur la modification des facteurs qui ont une influence sur les déterminants de la santé. Certains portent directement sur la modification de ces déterminants, mais l'évolution de ces déterminants devra quant à elle être complétée à partir des résultats de la mise en œuvre des projets locaux de santé.

### II.7.2. Objectifs évaluatifs

On peut d'ores et déjà fixer les objectifs évaluatifs prioritaires du volet PPS, qui pourront être repris dans le processus évaluatif du PRS

#### Évolution de l'offre de prévention et promotion de la santé

- évaluation de la professionnalisation du domaine de la prévention- promotion de la santé et évaluation de la progression de la culture de promotion de la santé chez les « décideurs ».
- évaluation de l'implication de nouveaux acteurs: établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, professionnels de santé libéraux et notamment ceux exerçant dans le cadre des exercices coordonnés.
- amélioration de la connaissance sur les questions de santé et de l'accessibilité pour la population de l'offre de prévention- promotion de la santé.
- évaluation de l'accessibilité aux dépistages, et en particulier de l'accessibilité des personnes handicapées, et à la contraception des mineures.

#### Stratégies institutionnelles

- évaluation de l'intégration de l'approche systémique de la santé et de la prise en compte des environnements dans les projets: projets locaux de santé, projets de structures tels qu'établissement scolaires, établissement de santé et médico-sociaux...
- évaluation de la coordination des décideurs en matière de stratégie et de financement.
- évaluation de la stratégie et de l'impact de la communication développée sur les priorités du PRS.
- évaluation de la prise en compte de l'influence des milieux de vie dans les projets locaux ou de structures.
- évaluation de l'organisation des examens de santé petite enfance et grossesse et de la progression des connaissances sur l'état de santé de cette partie de la population.
- évaluation de la connaissance relative à la couverture vaccinale et aux maladies à prévention vaccinale.
- évaluation de la stratégie de développement de l'éducation thérapeutique du patient.
- évaluation de la stratégie de prévention des risques d'infections associés aux soins.

#### Mobilisation sociale

- évaluation de l'implication de la population dans les projets locaux de santé
- évaluation de la mobilisation dans les débats publics
- évaluation de l'amélioration de la connaissance et de l'implication de la population dans la question des environnements et milieux de vie

#### Compétences favorables à la santé

- évaluation de processus et de démarche qualité pour les actions d'éducation pour la santé menées en milieu scolaire et universitaire
- évaluation de processus et de démarche qualité pour les actions d'éducation pour la santé menées en direction des personnes âgées et handicapées

## ANNEXES DU VOLET PPS

**Annexe I :** Les politiques publiques leviers de la promotion de la santé.

**Annexe II :** Recensement des dispositifs et actions des partenaires institutionnels.

**Annexe III :** Les acteurs opérationnels.

**annexe IV :** Synthèse des financements alloués par le GRSP aux actions de prévention et d'éducation pour la santé de 2007 à 2010.

**Annexe V :** Cahier des charges de contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé sur les actions de promotion de la santé – Prévention -Gestion des risques.

## BIBLIOGRAPHIE

### Lois

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST).

### Décrets

- Décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des Préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements.
- Décret n° 2006-212 du 23 février 2006 relatif à la sécurité des activités d'importance vitale (articles R. 1332-1 à R. 1332-42 du code de la défense).
- Décret n° 2010-224 du 4 mars 2010 relatif aux pouvoirs des Préfets de zone de défense et de sécurité.
- Décret n° 2010-678 du 21 juin 2010 relatif à la protection du secret de la défense nationale.
- Décret n° 2010-1008 du 30 août 2010 relatif à la transmission des données individuelles par les professionnels de santé à l'Institut de Veille Sanitaire.
- Décret N° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret n° 2010-904 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP qui définit la procédure d'autorisation,
- Décret 2010-906 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP qui définit les champs de compétences nécessaires,

### Arrêtés

- Arrêté du Premier ministre du 21 décembre 2010 portant approbation de la directive nationale de sécurité relative à la veille et l'alerte sanitaires.
- Arrêté relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation précisant les critères de qualité requis,
- Arrêté relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP qui précise le niveau de compétence minimal requis, à savoir 40 heures de formation d'enseignements théoriques et pratiques.
- Plan Stratégique Régional de Santé du Limousin en date du 18 février 2011.

**Directives et Règlements**

- Directive Nationale de Sécurité (DNS) relative à la veille et l'alerte sanitaires. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; mise à jour de décembre 2010.
- Règlement Sanitaire International (RSI) du 15 juin 2007.

**Protocoles avec le préfet**

- Protocole relatif aux actions et aux prestations réalisées par l'Agence Régionale de Santé pour le compte du Préfet de la Haute-Vienne, signé le 1er juillet 2010,
- Protocole relatif aux actions et aux prestations réalisées par l'Agence Régionale de Santé pour le compte du Préfet de la Creuse, signé le 1er juillet 2010,
- Protocole relatif aux actions et aux prestations réalisées par l'Agence Régionale de Santé pour le compte du Préfet de la Corrèze, signé le 1er juillet 2010.
- Protocole cadre préfigurant l'organisation de la défense et la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires en zone sud-ouest, validé le 23 juin 2010 par les quatre DGARS des régions de la zone de défense sud-ouest.

**Circulaires**

- Circulaire DHOS/DGS 272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.
- Circulaire DHOS\E2 – DGS\SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DHOS/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national de prévention des IAS
- Circulaire DHOS/DGS/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013
- Circulaire relative à la doctrine d'État pour la prévention et la réponse au terrorisme nucléaire, radiologique, biologique, chimique et par explosifs (NRBC-E) n° 747/SGDN/PSE/PPS du 30 octobre 2009.
- Circulaire interministérielle du 4 mai 2010 relative aux diagnostics des sols dans les lieux accueillant les enfants et les adolescents, validée par le Secrétaire Général, le CNP, le 28 avril 2010 – Visa CNP/SG 2010-16.
- Circulaire interministérielle n°DGS/DUS/SG-DMAT/DSC/DGCS/DGOS/2010/395 du 12 novembre 2010 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale.
- Circulaire n°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de

contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC).

- Arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'ES met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Instruction DGOS-466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des IOA complexes.
- Instruction n°DGOS/PF/2011/211 du 6 juin 2011 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

**Recommandations et Etudes**

- La veille et l'alerte sanitaires en France- Document publié par l'InVs en février 2011.
- Les synthèses de l'ORS Fiche n° 45 – juillet 2010. Aide à l'identification des besoins de santé en région Limousin et dans ses territoires.
- Les synthèses de l'ORS Fiche n° 46 – juillet 2010. Les maladies à caractère professionnel en Limousin.
- ORS-Evaluation du PRSP- Rapport n° 206-Janvier 2010.
- ORS-Enquête régionale de couverture vaccinale-Rapport n° 211 - décembre 2009
- ORS- regards sur la santé des collégiens- Rapport n° 183-Mai à octobre 2009

**Notes et courriers**

- Courrier du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité HFDS/PCR/SSL n° 71 du 30 mars 2010 relatif aux missions de défense et de sécurité des Agences Régionales de Santé.
- Note du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité du 20 avril 2010 relative à la veille et l'urgence sanitaires dans les Agences Régionales de Santé/principes d'organisation et de fonctionnement.
- Courrier du Directeur Général de la Santé visa CNP 2010-110 du 17 juin 2010 concernant la relation entre les Agences Régionales de Santé et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires.
- Courrier InVs au Directeur Général de l'ARS du Limousin, en date du 17 mars 2011 relatif au déploiement du système de télé-signalement des infections nosocomiales e-SIN.

**Webographie**

- [www.invs.fr](http://www.invs.fr)
- <http://www.limousin.developpement-durable.gouv.fr> (DREAL)

## LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Anne ARNAUD, infirmière scolaire au SUMPPS

Catherine AUPETIT, délégation territoriale de l'ARS de la Creuse

Valérie BARRY, CISS du Limousin

Florien BESSE, délégation territoriale de l'ARS de la Haute-Vienne

Cécile BINET, délégation territoriale de l'ARS de la Creuse

Catherine BLET, mutualité sociale agricole du Limousin

Professeur François BONNEAU, CHU de LIMOGES - président du SUMPPS

Anthony BONNET, La Mutuelle des Etudiants (LMDE)

Nadine BONNOT, délégation territoriale de l'ARS de la Haute-Vienne

Michel BOULLAUD, délégation territoriale de l'ARS de la Haute-Vienne

Anne-Laure BOUNICAUD, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Dominique BOURGOIS, ARS du Limousin

Emilie BRAULT, ARS du Limousin

Dominique CAILLOCE, CHU Limoges

Dr Nadine CHARISSOUX, direction environnement santé de la ville de LIMOGES

Thierry CHAUSSE, conseil départemental de l'ordre des infirmiers

Roger CHOUIN, directeur territorial de la protection judiciaire de la jeunesse du limousin

Laurence CLAUDON, ARS du Limousin

Gilles COUDERT, ARS du Limousin

Eliane CUSSAGUET, délégation territoriale de l'ARS de la Haute-Vienne

Annie DARDILHAC, centre hospitalier de SAINT-JUNIEN

Catherine DE BLOMAC, EPSILIM

Solange DELALANDE, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Dr Jean-Michel DELAUDAUD, direction régionale du service médical de l'assurance maladie du centre-Ouest

Professeur François DENIS, CHU Limoges

Laurence DOMINGE, ARS du Limousin

Catherine DUBOIS-RUSSIÉ, direction hygiène et santé de la ville de BRIVE

Yves DUCHEZ, délégation territoriale de l'ARS de la Creuse

Patrice EMERAUD, délégation territoriale de l'ARS de la Corrèze

Eliane FALGERE, caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Vienne

Joël FALLET, caisse primaire d'assurance maladie de la Corrèze

Michèle FAUCHER, délégation territoriale de l'ARS de la Haute-Vienne

Gilles FAUGERAS, ORULIM

Rémi FEUILLADE, LIMAIR

Clémire FOURNEREAU, ARS du Limousin

Dominique FRANÇOIS, ARS du Limousin

Josette FRAUDET, direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

Christine GARCIA, rectorat de l'académie de LIMOGES

Sophie GASSIMBALA, direction régionale du service médical de l'assurance maladie du Centre-Ouest

Dr Philippe GERMONNEAU, CIRE Limousin-Poitou

Bernadette GOURAUD, caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Vienne

Thierry GUYONNET, ARS du Limousin

Marcel GRAZIANI, président du CISS du Limousin

Dr Danièle HENIAU-MARQUET, conseil général de la Haute-Vienne

Jean-Claude HENNO, direction environnement santé de la ville de LIMOGES

Karine JAIN, délégation territoriale du Limousin de la protection judiciaire de la jeunesse

Jean JAOUEN, ARS du LIMOUSIN

Bruno KOPP, délégation territoriale de l'ARS de la Creuse

Claire LAGARDE, conseil régional du Limousin

Jean-Yves LAMBROUIN, directeur du service départemental d'incendie et de secours de la Haute-Vienne

Marie-France LAROCHE, CISS du Limousin

Marie-Laure LAROCHE, CHU Limoges  
 Astrid LASNIER, ANPAA de la Haute-Vienne  
 Philippe LAYCURAS, direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt  
 Nadine LEFEVRE-SCHMITT, ARS du Limousin  
 Jean-Luc LEGER, vice-président du conseil général de la Creuse  
 Jacqueline LHOMME-LEOMENT, conseillère régionale du Limousin  
 Philippe MARCOU, direction régionale du service médical de l'assurance maladie du centre-Ouest  
 Serge MARIE, CCLIN Sud-Ouest  
 Dominique MASSONIE, délégation territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse du Limousin  
 Dr Daniel MATHÉ, médecin chef du service départemental d'incendie et de secours de la Haute-Vienne  
 Hugues MAZAUD, SIRDPC préfecture de la Haute-Vienne  
 Marc MICHAUD, Limousin, Nature, Environnement  
 Béatrice MOTTET, direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations  
 Dr Marcelle MOUNIER, CHU de LIMOGES  
 Dominique ORIOL, ANPAA de la Corrèze  
 Karine PAROT, direction environnement santé de la ville de LIMOGES  
 Philippe PASCAUD, caisse primaire d'assurance maladie de la Creuse  
 Martine PELLERIN, IREPS du Limousin  
 Dr. Pierre -Bernard PETITCOLIN, ORULIM  
 Dr Isabelle PLAS, délégation territoriale de l'ARS de la Corrèze  
 Dr Nadine RENAUDIE, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi  
 Chantal ROCHE, conseil général de la Haute-Vienne  
 Dr Philippe ROGEZ, CHU Limoges

Laurence RUARD, ANPAA de la Corrèze  
 Nicole SABOURDY, CISS Limousin  
 Françoise SALÉ, caisse du régime social des indépendants du Limousin  
 Evelyne SARRE, ARS du Limousin  
 Richard SCANDELLA, foyer de vie de Chatain à ARFEUILLE CHATAIN (Creuse)  
 Claudie SIALELLI, mutualité sociale agricole du Limousin  
 Yves TARNAUD, conseil de l'ordre des pharmaciens  
 Dr Françoise THARAUD, ARS du Limousin  
 Dr Pierre TRESMONTAN, ARS du Limousin  
 Fabienne VENTENAT, Mutualité Française française  
 Patricia VIALE, ARS du Limousin  
 Jean-Pierre XATARD, pharmacien

## ANNEXES

## Annexe I : LES POLITIQUES PUBLIQUES LEVIERS DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Services de l'État	Collectivités territoriales	Sécurité sociale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direction régionale jeunesse, sports cohésion sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiques de la jeunesse</li> <li>- politique des sports</li> <li>- politique de cohésion sociale</li> </ul> </li> <li>• <b>Directions départementales cohésion sociale et protection des populations</b></li> </ul> <p><b>cohésion sociale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de la vie associative, du sport et des pratiques physiques et sportives</li> <li>- inclusion sociale avec les publics identifiés et politiques sociales associées</li> <li>- veille sociale</li> </ul> <p>hébergement et logement politique de la ville actions éducatives en faveur de l'enfance et de la jeunesse Déléguée départementale aux droits des femmes</p> <p>« <b>protection des populations</b> »</p> <p>Santé animale et environnement: santé et protection animales. :</p> <p>Sécurité sanitaire des aliments: hygiène alimentaire et abattoirs</p>	<p><b>Communes et groupements de communes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- politiques communales de développement social : politique de la ville, projet éducatifs locaux avec les CAF...</li> <li>- Politiques culturelles</li> <li>- Plans locaux d'urbanisme</li> <li>- programmes locaux de l'habitat et lutte contre l'habitat non décent</li> <li>- plans de déplacement urbain</li> <li>- politiques enfance- jeunesse, notamment restauration des écoliers, programmes de réussite éducative...</li> <li>- action sociale via les CCAS notamment en direction des personnes âgées (ex : repas à domicile)</li> <li>- contrôle technique et administratif des règles d'hygiène ; dans les communes où existe un service communal d'hygiène et de santé, le préfet délègue au maire certaines compétences (lutte contre l'habitat insalubre, lutte contre le bruit...)</li> </ul> <p>...</p>	<p><b>Sécurité sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurance-Maladie (Régime général, agricole et indépendants)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ouverture des droits maladie (voire retraite et autres droits sociaux pour le régime agricole)</li> <li>- gestion du risque assurantiel notamment par le développement direct ou le soutien financier à des actions de prévention</li> </ul> </li> <li>• <b>Assurance-retraite et santé au travail (CARSAT)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ouverture des droits à retraite</li> <li>- prévention des risques professionnels</li> <li>- qualité de vie des seniors (prévention dépendance, dont aides à l'amélioration de l'habitat)</li> </ul> </li> <li>• <b>Caisses d'allocation familiales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>mise en œuvre de la politique de la famille via la liquidation de prestations et le financement de certaines actions (contrats enfance, financement de l'animation sociale, Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents...)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Éducation Nationale - Rectorat - Université</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique éducative <ul style="list-style-type: none"> <li>- dont promotion de la santé dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves.</li> <li>- Elle vise à : favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel.</li> </ul> </li> <li>• Détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité.</li> <li>• Recherche</li> </ul>	<p><b>Conseils généraux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- politique d'insertion et d'action sociale</li> <li>- politique en faveur des personnes âgées et handicapées</li> <li>- politiques en faveur de la jeunesse</li> <li>- politiques en faveur de l'enfance (dont PMI et ASE)</li> <li>- transports</li> <li>- environnement (= stations d'épuration)</li> </ul> <p>...</p>	

Services de l'État	Collectivités territoriales	Sécurité sociale
<p><b>DIRECCTE</b></p> <p>développement des entreprises et de l'emploi, insertion professionnelle amélioration de la qualité du travail et des relations sociales et le respect du droit du travail, respect des règles de la concurrence, de la consommation et de la métrologie légale</p>	<p><b>Conseil régional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- politique environnementale (ex : schéma régional climat – air-énergie, schéma de l'aménagement de l'eau, plans éco-phytosanitaires)</li> <li>- transports</li> <li>- développement économique et emploi (agriculture,...)</li> <li>- insertion des jeunes</li> <li>- aménagement du territoire (dont maisons de santé pluriprofessionnelles)</li> <li>- formation (dont formations sanitaires et médico-sociales, infrastructures lycées dont restauration...)</li> <li>- culture et sports</li> <li>- contrats de pays</li> <li>...</li> </ul>	
<p><b>DIRPJJ</b></p> <p>prise en charge et éducation des mineurs délinquants et en danger confiés par les juges et tribunaux pour enfants (protection et éducation visant à favoriser l'intégration de ces mineurs, leur insertion scolaire, sociale et professionnelle) incarcérés</p>		
<p><b>DREAL</b></p> <p><b>politiques en matière d'environnement, de développement et d'aménagement durables</b>; suivi des installations nuisantes</p> <p><b>promotion de la participation des citoyens dans l'élaboration des projets</b> ayant une incidence sur l'environnement ou l'aménagement du territoire;</p> <p><b>information et formation et à l'éducation des citoyens</b> sur les enjeux du développement durable et à leur sensibilisation aux risques.</p>		
<p><b>DRAAF</b></p> <p>mise en œuvre des <b>politiques liées à l'agriculture et la forêt</b>, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qualité et sécurité alimentaire</li> <li>- plan d'action pour l'accès à une offre alimentaire sûre diversifiée et durable</li> <li>- développement durable des espaces agricoles et forestiers</li> <li>- enseignement agricole</li> </ul>		

Services de l'État	Collectivités territoriales	Sécurité sociale
<p><b>Préfecture</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécurité routière</li> <li>- Délégation régionale aux droits des femmes</li> <li>- Lutte contre les drogues et toxicomanies (MILDT)</li> </ul>		
<p><b>Direction départementale des territoires (DDT)</b> développement des territoires, tant urbains que ruraux, par le biais des politiques agricole, forestière, d'urbanisme, de logement, de risques, de construction publique, de transports, maritime...</p> <p><b>politique en matière de logement</b> : développement de l'offre, rénovation urbaine et lutte contre l'habitat indigne ;</p>		

## Annexe II : RECENSEMENT DES DISPOSITIFS ET ACTIONS DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

(Réalisé à partir de rencontres avec les partenaires et/ou de retours des questionnaires)

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
DRJSCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès à la prévention pour les personnes les plus démunies</li> <li>- La santé des personnes en situations particulières: sans abri; issues de l'immigration; des quartiers ou zones sensibles; gens du voyage. (La DRJSCS assure une vigilance, et les dispositifs sont gérés par les Directions Départementales de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations)</li> <li>- La prévention par le sport pour tout public,</li> <li>- La santé des pratiquants du sport, et les sportifs de haut niveau,</li> <li>- La lutte contre le dopage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Actions collectives de prévention par le sport:</li> <li>b) Actions collectives à visée plus thérapeutique:</li> <li>c) <b>Actions ponctuelles:</b> Journées médicales françaises de la Fédération du basket, Week-end « santé, sport, bien-être » ...</li> <li>d) <b>Protection de la santé des sportifs de haut niveau:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi médical des sportifs, individuellement.</li> <li>- Lutte contre le dopage, par des interventions de l'antenne médicale du CHU de Limoges, auprès des clubs sportifs (en priorité) et par les contrôles inopinés à l'occasion des manifestations sportives.</li> </ul> </li> <li>e) <b>Accès aux droits-Prévention:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veille quant à l'accès aux droits de populations spécifiques: conseils et accompagnement social pour accéder aux soins.</li> <li>- Prévention de la toxicomanie, et de la délinquance.</li> </ul> </li> <li>f) <b>Développement de la vie associative:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des bénévoles: aide alimentaire; accès aux droits.</li> <li>- Accompagnement des personnes en difficultés par un soutien aux associations</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La DRJSCS gère au nom du préfet les crédits de fonctionnement des dispositifs d'accompagnement et des établissements d'hébergement (BOP177)</li> <li>- Elle coordonne les actions des directions départementales (DDCSPP) chargées de l'élaboration et la mise en œuvre des différents plans départementaux (Accueil, Hébergement, Insertion; Schémas départementaux des gens du voyage).</li> <li>- Politique de la Ville (délégation régionale de l'Accés intégrée à la DRJSCS)</li> <li>- Fonds national pour le développement du sport représenté en région par le préfet de région délégué territorial et le DRJSCS, et par une commission territoriale du CNDS.</li> </ul> <p><b>Modalités d'actions:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médecin conseiller régional (poste actuellement vacant).</li> <li>- Des services de suivi, et de contrôle, au niveau sportif, et social.</li> <li>- Conventions avec les établissements de santé, sociaux.</li> <li>- Subventions aux associations opératrices de prévention, ou d'actions spécifiques.</li> <li>- Implication dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale, et des projets avec les collectivités locales.</li> </ul> <p><b>Moyens d'actions:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui technique et financier de la DRJSCS au mouvement sportif régional (association loi 1901)</li> <li>- Responsabilité du Budget Opérationnel de Programmes (BOP) 219: « Sport-Prévention par le sport et protection des sportifs »</li> <li>- Responsabilité du BOP 177: « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé-précarité: accès pour tout public vulnérable.</li> <li>- Les publics prioritaires notifiés dans le BOP 219</li> <li>- Le suivi médical de tous les sportifs (dont le « haut niveau »)</li> <li>- Les actions de prévention: lutte contre les addictions; Sport-santé; « Bien vieillir », PNNS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prévention est réalisée avec des actions éparpillées, suivant les thématiques, ou les secteurs géographiques. (L'effet de dilution peut parfois enlever de la crédibilité). Elle serait à développer avec davantage de coordination, et auprès de public plus jeune.</li> <li>- Le coût des activités sportives. Un projet de « Pass multi-forme santé » est en réflexion, afin de proposer une diminution du coût pour pratiquer plusieurs activités, notamment pour les publics qui ont peu d'accès à la pratique et qui pour la plupart sont susceptibles de développer des pathologies type diabète, obésité du fait de leur sédentarité.</li> <li>- Les addictions pouvant toucher les sportifs, mais constatées aussi chez les encadrants.</li> <li>- Les conditions de vie de certaines populations, en difficultés au niveau de l'alimentation, de l'hébergement, ou de l'isolement.</li> </ul> <p><b>Attentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'amélioration de la coordination de tous les services concourant sur un même territoire de proximité au bien être ou à la santé d'une personne, quelque soit son âge.</li> <li>- Mise en place d'un plan stratégique régional de santé, recherchant l'égalité de traitement de populations spécifiques ou isolées, notamment en zone rurale.</li> <li>- Établir des relations partenariales permettant la prise en compte de paramètres environnementaux</li> </ul>

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
<b>DDCSPP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilotage dispositifs d'accueil, d'orientation et d'hébergement</li> <li>- Accès au logement</li> <li>- Contrat urbain de cohésion sociale: politique de la Ville</li> <li>- TIAC: enquêtes</li> <li>- Activités périscolaires: CEL</li> <li>- Politique du sport et de l'activité physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilotage de dispositifs et financement.</li> <li>- Effecteur pour TIAC</li> <li>- Secrétariat CDPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Précaires</li> <li>- Gens du voyage</li> <li>- Tout public (sport)</li> <li>- Handicapés (handisport)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Population des quartiers prioritaires de la politique de la ville.</li> <li>- Populations très précaires</li> <li>- Favoriser le bien-être et l'estime de soi pour ces populations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer l'activité physique en direction des publics prioritaires, dans un but de mieux-être.</li> <li>- Développer les pratiques d'activité physique adaptées pour les publics handicapés (par ex dans le cadre des GEM, des ESAT...)</li> <li>- Monter des projets pour les quartiers dans le cadre de la semaine « sport, santé, bien-être » qui se déroule en septembre chaque année.</li> </ul>
<b>Education Nationale - Rectorat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Education et enseignement</li> <li>- Approche globale de la santé des élèves et de son impact sur la scolarité</li> <li>- <u>Circulaire du 12 janvier 2001</u> sur les orientations générales et les missions des médecins et des infirmiers</li> <li>- Missions générales : « la mission de l'école dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves. Elle vise à : favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel.</li> <li>- Détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité.</li> <li>- Agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves.</li> <li>- Accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins, développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque.</li> <li>- Contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie ».</li> </ul>	<p>5 domaines d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention individuelle: bilans globaux de santé, dépistage et suivi individuel des enfants nécessitant une prise en charge particulière, soutien à la fonction parentale dans le cadre de la scolarité, lien avec les familles et partenaires.</li> <li>- Projet de convention collective et promotion de la santé, notamment dans le cadre de contrats d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).</li> </ul> <p>Thématiques prioritaires: éducation à la sexualité, prévention des conduites addictives, éducation nutritionnelle, prévention des souffrances psychiques et du mal-être, prévention des violences intra-familiales, formation aux 1<sup>ers</sup> secours.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des urgences individuelles et collectives (méningite, TIAC, événements traumatisants...)</li> <li>- Contribution à la formation continue des personnels.</li> <li>- Contribution ponctuelle aux actions de recherche épidémiologiques.</li> <li>- Elaboration de la stratégie académique.</li> </ul>	115 000 élèves dont 61 000 en pré-élémentaire et élémentaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé scolaire (médecins – 13 ETP soit 1 ETP pour 11 300 élèves et infirmières – 115 ETP soit 1 pour 1 000 élèves).</li> <li>- Enseignants.</li> <li>- Équipes éducatives.</li> <li>- Service social : assistante de service social dans le 2nd degré – 31,5 ETP soit 1 pour 1 700 élèves et conseillère technique conseils et expertise 1er degré.</li> <li>- Territoire très inégalement pourvu pour les médecins et assistantes sociales.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés d'harmonisation académique des programmes de prévention : la politique de prévention dépend de la volonté et du dynamisme du chef d'établissement et des équipes éducatives (enjeu de mobilisation et de formation).</li> <li>- Difficultés de financement et de mise en œuvre faute de temps pour les actions de prévention.</li> <li>- Mauvaise lisibilité des parcours de prévention dans le 1er degré (pas de suivi car pas d'exploitation des bilans de santé faute d'outils).</li> <li>- Déficit surtout en Creuse et en Corrèze de services d'accompagnement (type SESSAD) pour les dyspraxies ou troubles spécifiques des apprentissages.</li> <li>- Manque de fluidité des parcours de scolarisation et d'insertion professionnelle des enfants handicapés malgré la création d'un poste IEN ASH chargé du suivi de la problématique au Rectorat.</li> <li>- Attentes : prévention: articulation et coordination des moyens institutionnels (ex : projet éducation sexualité) pour mettre en place des actions communes, des programmes pluriannuels communs.</li> <li>- Médico-social : articulation avec les MDPH sur la scolarisation, meilleur partenariat avec les services de soins.</li> <li>- Améliorer le service rendu à l'élève : adapter ses actions à l'évolution des politiques sociales et aux problématiques nouvelles.</li> <li>- Développer connaissance et compétence professionnelle en interinstitutionnel (culture commune).</li> </ul>

Parte- naires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
SUMPPS	Assurer la prise en charge du bien être somato-psychique de l'étudiant dans la continuité de la santé scolaire Réponse à la demande de soins Intégration en milieu universitaire des étudiants en situation de Handicap Accueil et visite médicale obligatoires des étudiants internationaux en attente d'un titre de séjour Participation aux campagnes de vaccination Actions de prévention collective	Examen préventif à visée médicale psychologique et sociale Consultations individuelles Entretiens spécialisés (psychologue, psychothérapeute, relaxation psychothérapique, nutrition, allergologie, tabac, sexualité) Campagne d'affichage TP Éducation Santé Rencontres avec les personnels enseignants et administratifs (prévention suicide)	Étudiants de l'Université de Limoges Personnels enseignants et administratifs Site de Brive, Tulle, Ussel, Guéret, Egletons ENSCI, ENSA, IRFE, IFMK, École de service Social, CRF, IFSI CRF	1 Directeur 1 Médecin Psychiatre 5 médecins Généralistes 1 Psychologue 3 Infirmières 2 Assistantes Sociales 1 Secrétaire	Mal être et risque suicidaire Dysfonctionnements alimentaires Toxicomanie Intoxication Alcoolique aigue de fin de semaine Contraception et sexualité Tabagisme	Depuis 5 ans, avec la constitution d'un centre de santé médical et soins infirmiers, le service a vu tripler (de 881 à 2351) le nombre des examens effectués à la demande des étudiants. Il en est de même concernant la prise en charge en relaxation psychothérapique (de 89 à 299 en l'espace d'un an) Du fait de sa situation de proximité avec les étudiants, le SUMPPS peut apporter une aide médicale appropriée et rapide aux étudiants, notamment à ceux en situation de précarité ou présentant des besoins spécifiques, qui sans cela, renonceraient aux soins.
DIRECCTE	- La santé des travailleurs. - L'emploi des personnes handicapées ou malades.	- Elaboration du Plan Régional de Santé au Travail - Inspection et contrôle, conseil aux salariés et aux entreprises. Médiation/facilitation	- Salariés - Entreprises	- Inspection du travail, services de santé au travail. - PRITH (cellules opérationnelles de maintien dans l'emploi). - Les préventeurs de terrain : CARSAT, ARACT, OPPBTP, MSA SST... (contratualisation avec un certain nombre de préventeurs).	PRST : * Evaluation des risques * CMR et risques émergents * TMS * Risques psycho-sociaux * Risques routiers	- Les champs d'action de la DIRECCTE et de l'ARS sont complémentaires mais bien différents. - Les services de santé au travail ne peuvent pas être mobilisés sur des actions de santé globale qui seraient menées dans l'entreprise car ils disposent de moyens restreints ; « ce n'est pas aux services de santé au travail de parler de diabète, de dépistage du cancer... » - Besoin de meilleure lisibilité de qui fait quoi dans le champ des handicapés - manque de coordination des acteurs intervenant autour de la personne qui peut aboutir à des situations graves telles que licenciement pour inaptitude. - Risques psycho-sociaux identifiés comme très prégnant dans les établissements médico-sociaux sous tutelle de l'ARS : besoin de répondre à ce problème, à resituer dans le cadre de la qualité de la prise en charge (comment être un professionnel bientraitant si l'on est soi-même maltraité par la direction ou en contexte de conflits internes ?) - Attente vis-à-vis de l'ARS : peut apporter de la méthode, de l'information.

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
DDT	1 - Politique en matière d'environnement, de développement et d'aménagement durable; suivi des installations à risque, protection des milieux, aménagement du territoire	Réduction des substances dangereuses dans l'environnement, surveillance de la qualité des milieux, contribution ou pilotage de documents de planification (SCRAE ? SDAGE, SAGE, documents d'urbanisme...)				
	2 - Politique en matière de logement : portage des politiques techniques de la construction	- Actions d'information auprès des professionnels et des acteurs locaux concernés - Participation aux réflexions locales sur le sujet	Professionnels de la construction		La qualité de l'air intérieur et la ventilation dans un contexte « d'étanchéification » des logements pour en améliorer les performances thermiques	
	3 - Prévention du bruit des infrastructures	- Traitement à la source des points noirs de bruit sur le réseau routier national				
DIRPJJ	- Protection des mineurs en danger	- Elaboration du projet territorial de PJJ comportant un volet « santé » - Bilans de santé par le CRESLI - Accès aux droits - Prévention conduites à risques	mineurs sous main de justice	l'infirmière territoriale mène des actions en partenariat avec CODES, ANPAA, centre Bobillot, Aides...  moyens renforcés dans les centres éducatifs fermés	santé physique et mentale des jeunes placés sous la protection de la PJJ dont accès aux services de pédopsychiatrie et création de partenariats avec ceux-ci	- prise en compte dans la commission santé justice de l'ARS de la problématique des mineurs hors détention - difficulté pour les éducateurs de trouver des interlocuteurs dans le secteur psychiatrique sur des cas difficiles/besoin d'appui aux équipes éducatives/projet de mise en place d'une commission « cas difficiles » où le secteur psy devra être présent - besoin de facilitation de l'accès aux droits par un renforcement des partenariats avec les caisses
CONSEIL RÉGIONAL						

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
Conseil Général 87	<p><b>1 - Personnes âgées</b></p> <p>compétences légales en matière d'aides aux personnes âgées : aide ménagère, allocation représentative de services ménagers, fourniture de repas, APA à domicile et en établissement, participation aux frais d'hébergement</p> <p>prestations extra-légales : participation à la prestation d'accueil de jour en EHPAD, téléassistance</p>	<p>financement de prestations légales et extra-légales</p> <p>subventions d'investissement</p> <p>évaluations médicales (3581 en 2009) pour les demandes d'APA à domicile</p> <p>journées départementales de gérontologie en partenariat avec le CHU</p>	Personnes âgées	57 millions consacrés aux PA en 2009 Plan gérontologique départemental 2007-2011		<p><b>1 - sur personnes âgées et personnes handicapées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- difficultés entre le sanitaire et le médico-social sur les situations individuelles, multiplicité des intervenants à domicile (sorties d'hospitalisation, parcours des personnes...)</li> <li>- informations préoccupantes à domicile (avec ou sans maltraitance) en augmentation en lien notamment avec les syndromes démentiels</li> <li>- besoin de renforcement des formations des personnels des services d'aide à domicile</li> <li>- difficulté à faire intervenir un SSIAD dans certaines situations</li> <li>- problématique de la démographie médicale</li> <li>- montée en charge des problématiques liés au handicap psychique</li> <li>- vieillissement des populations dans les établissements pour adultes handicapés</li> <li>- financement de la dépendance et du handicap : situation critique des services d'aide à domicile, places d'ehpad non autorisées faute de crédits de médicalisation</li> </ul> <p>attentes relatives au secteur PA et PH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- décloisonnement sanitaire/médico-social, coopérations à renforcer notamment autour du maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</li> <li>- formation des professionnels</li> <li>- aides aux aidants (mise en place d'un groupe technique?)</li> <li>- synergie avec les partenaires autour des actions de coordination et de prévention (chutes, nutrition, audition, prévention routière, Alzheimer) mise en place en Haute-Vienne (animateurs du Conseil général)</li> <li>- moyens de médicalisation à adapter au type de population prise en charge : handicapés intellectuels vieillissants, jeunes adultes polyhandicapés</li> </ul>
	<p><b>2 - Personnes handicapées</b></p> <p>mise en œuvre de l'obligation de compensation du handicap, individuelle et collective : aides humaines, aménagements du domicile, accompagnement à la citoyenneté et à l'autonomie, offre de places en établissements et services spécialisés.</p>	<p>financement de la PCH</p> <p>financement de prises en charge</p> <p>fonctionnement de la MDPH</p>	Personnes handicapées	Schéma départemental des personnes handicapées 2009-2013 49 millions consacré au PH en 2009		

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
Conseil Général 87	<b>3 - Insertion-emploi</b>	<p>actions individuelles et collectives relatives à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accès aux droits santé (aide à la demande cmuc lors de l'instruction des dossiers rsa)</li> <li>- la socialisation, comportant information et éducation sanitaire sur diverses thématiques (15 à 20 groupes de 10 personnes par an)</li> <li>- actions spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- souffrance psychique avec PASS mobile santé mentale (250 personnes par an) et 4 dispositifs territorialisés (120 personnes par an)</li> <li>- accompagnement et prise en charge des problématiques alcooliques (groupes de parole 80 à 100 personnes par an)</li> </ul> </li> </ul>	Tous publics, mais plus particulièrement les plus défavorisés	<p>Plan départemental d'insertion</p> <p>10 ETP médecins 3 ETP sages-femmes 22,5 ETP puéricultrices 9,5 ETP infirmières (dont accompagnement des personnes en difficultés sociales et de santé) 2 psychologues 2 éducatrices de jeunes enfants 3 animatrices petite enfance 15 TISF</p>		<p><b>2 - sur insertion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moyens et modalités inadaptés pour assurer un accompagnement dans le temps nécessaire à une réelle aide aux personnes en souffrance psychique : délais de RV avec les psychiatres supérieurs à 2 mois, pas de consultations de psychologues prises en charge pour les personnes précaire</li> <li>- déficit en milieu rural de relais médicaux et sociaux appropriés</li> <li>- coordination entre intervenants aléatoire</li> <li>- limites de la médecine de main d'œuvre et du travail quant à l'évaluation de l'aptitude des personnes précaires en recherche d'emploi</li> </ul> <p>attentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sensibilisation et formation des professionnels de santé aux situations de précarité</li> <li>- développement des pratiques en réseau</li> <li>- opérationnalité des diverses contributions précédentes</li> <li>- facilitation de l'accès aux droits des usagers</li> <li>- développement du suivi à domicile en sortie d'hospitalisation, psychiatrique ou autres secteurs hospitaliers (prise en charge obésité)</li> </ul>

Parte- naires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
Conseil Général 87	<b>4 – Parentalité-petite enfance</b>	<p><u>Domaines d'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépistage et prévention des problèmes de santé des enfants de moins de 6 ans,</li> <li>- prévention médico-psycho-sociale et soutien à la parentalité en direction des futurs parents et des familles avec enfants de moins de 6 ans, prévention de la maltraitance,</li> <li>- agrément des modes de garde des enfants de moins de 6 ans (multiaccueil/crèches/haltegarderie, assistants maternels) et avis pour les accueils de loisirs sans hébergement d'âge maternel</li> <li>- accompagnement individuel et collectif des personnes en difficultés sociales et de santé (public RSA, AAH...)</li> </ul> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visites pré et postnatales au domicile/CS pré et postnatales en MSD par les sages-femmes</li> <li>- Préparation à la naissance et à la parentalité/réunion d'info. auprès de futurs parents par les sages-femmes</li> <li>- Aide à domicile auprès des familles en difficultés (avec de jeunes enfants) par les TISF</li> <li>- Consultations psychologiques prénatales et post-natales par les psychologues (aide à la parentalité, dépistage des troubles précoces du développement et de la relation parents-enfants)</li> <li>- Visites de prévention à domicile auprès des familles en post-natal : puéricultrices</li> <li>- Consultations médicales de prévention pour les enfants de moins de 6 ans (vaccination, développement psychomoteur, sommeil, alimentation...): médecins, puéricultrices</li> </ul>				<p><b>3 - sur parentalité-petite enfance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>=&gt; Problème du transport en zone rurale de certaines familles pour accéder au réseau de soins</li> <li>=&gt; Problème d'utilisation des bus sur Limoges pour les familles avec plusieurs enfants (obligation de plier les poussettes)</li> <li>=&gt; Problème de l'absence de consultations spécialisées en zone rurale</li> <li>=&gt; Délais d'attente pour accès consultations spécialisées (ophtalmo/ORL/dentiste/pédiatre HME), CAMSP ALSEA, CMPP, psychologue scolaire</li> <li>=&gt; Manque de médecins généralistes sur certains secteurs (Beaubreuil)</li> <li>=&gt; Propension pour les familles à faire intervenir SOS médecin (VAD – immédiateté de la réponse) plutôt que de recourir à une consultation chez le médecin traitant (pas de suivi régulier par médecin traitant)</li> <li>=&gt; Problème de compréhension de certaines familles sur la nécessité du soin et des prises en charge orthophonique, psychologique, de rééducation... (beaucoup d'absentéisme, difficultés à maintenir une régularité des prises en charge)</li> <li>=&gt; Importance des problématiques liées aux difficultés sociales, difficultés d'exercice de la parentalité (monoparentalité, population migrante – « choc culturel », parents carencés, parents présentant des problèmes d'addiction) avec retentissement sur la santé des enfants et des adultes, importance des troubles psycho-comportementaux chez le jeune enfant,</li> </ul>

Conseil Général 87	<p><b>4 – parentalité-petite enfance</b> (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animation de salles d'attente : animatrices petite enfance</li> <li>- Lieux accueils parents-enfants (écoute, information, échanges pour les parents, ateliers d'éveil et de rencontre pour les enfants de 0-3 ans à l'espace PMI et en MSD...): animés par EJE, animatrices petite enfance, puéricultrices, psychologues, travailleurs sociaux</li> <li>- Bilans de santé (+ élaboration avec l'équipe enseignante/restauration scolaire des projets d'accueil individualisé) et dépistages dans toutes les écoles maternelles (dépistage visuel en petite section, dépistage auditif/troubles du langage en moyenne section, visite médicale en moyenne section avec approche globale du développement de l'enfant sur le plan psychomoteur, alimentation, sommeil, aspect éducatif et relationnel...): médecins, infirmières</li> <li>- Mise en place d'action d'éducation à la santé en MSD (à partir de problèmes repérés par les travailleurs médico-sociaux) ou en école maternelle (à la demande des enseignants)</li> <li>- Travail avec les 3 maternités et le service de pédiatrie HME : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion mensuelle: maternité CHU, pédopsy., PMI, infirmier en addictologie</li> <li>• Visite hebdomadaire d'une puéricultrice PMI dans les 3 maternités</li> <li>• Fiches de liaison: maternités &lt;-&gt; PMI, pédiatrie &lt;-&gt; PMI</li> </ul> </li> <li>- Conseils techniques, suivi, accompagnement des modes de garde collectifs et des assistants maternels.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>=&gt; Problèmes des sorties précoces de la maternité avec des bébés fragiles de petits poids (&lt; 2,5 kg) et des parents en difficultés</li> <li>=&gt; Problèmes des familles en situation irrégulière sans logement (appel 115 :pas de solution), avec enfants de moins de 3 ans (voire, nouveau-nés sortants de la maternité)</li> <li>=&gt; Insuffisance d'auxiliaires à la vie scolaire (AVS) pour les enfants porteurs de handicap en école maternelle</li> <li>=&gt; Difficultés d'accompagnement des assistantes maternelles par insuffisance de temps pour les professionnelles</li> <li>• attentes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- intégration de la médecine de ville dans le Réseau périnatalité pour repérage précoce et orientation des familles et enfants en difficultés</li> <li>- développement du suivi</li> <li>- psychiatrie à domicile des dyades mères-bébés</li> </ul> </li> <li>• autre piste évoquée par Dr Hénaud-Marquet: outil de type dossier partagé à expérimenter sur le champ de l'enfance pour améliorer le travail en réseau</li> </ul>
--------------------	--	---	--	--	--	---

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
ASSURANCE MALADIE - régime général	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>programmes nationaux de Gestion du risque :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépistage des cancers</li> <li>- hygiène bucco-dentaire</li> <li>- prévention des maladies chroniques (prévention hta, dépistage diabète)</li> <li>- incitation vaccination anti grippale et autres (ROR, papillomavirus)</li> <li>- préservation autonomie personnes âgées</li> <li>- bon usage des antibio</li> <li>- éducation thérapeutique</li> </ul> </li> <li>• <b>actions participant aux priorités du PRSP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- périnatalité- maternité</li> <li>- santé mentale</li> <li>- addictions</li> <li>- santé des jeunes</li> <li>- précarité</li> </ul> </li> <li>• <b>autres actions locales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nutrition-activité physique</li> <li>- éducation à la santé à la demande</li> <li>- soutien aux associations</li> <li>- forums santé</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les caisses sont à la fois opérateurs et financeurs</li> </ul> types d'intervention <ul style="list-style-type: none"> <li>- réunions séances d'information collectives (public, groupes, médecins...)</li> <li>- actions de communication diverses (expositions, diffusion plaquettes, affiches)</li> <li>- ateliers personnes âgées,</li> <li>- financement d'opérateurs autres (ex : éducation thérapeutique)</li> <li>- participation à des manifestations avec tenue de stands (ex : semaine alzheimer, semaine des addictions, forums divers)</li> <li>examens de santé</li> <li>sevrage tabagique</li> <li>actions d'éducation thérapeutique menée par le CES</li> </ul>	personnes âgées et handicapées, malades, fragilisées	communication sous forme de manifestations grand public information des publics via des courriers individuels actions directes envers les publics, collectives et parfois individuelles (cf. prévention HTA) financements (actions locales, éducation thérapeutique) action des délégués de l'AM auprès des médecins libéraux centre d'examens de santé		

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
CARSAT	1 - personnes âgées et handicapées - plan PAPA : - prévention désinsertion professionnelle, situation de rupture sociale et professionnelle, facilitation accès aux soins, mise en place d'un parcours prévention santé (lutte contre exclusion sociale) pour personnes malades, handicapées, fragilisées - préserver qualité de vie des seniors et faciliter le maintien à domicile	- prévention des chutes (ateliers équilibre), aide aux aidants, allocation de retour à domicile après hospitalisation - action de service social pour accompagner et aider les assurés en arrêt de travail de + de 90 jours pour prévenir la précarisation, les assurés bénéficiaires de PI, les assurés en sortie d'hospitalisation, les personnes susceptibles de l'aide complémentaire santé pour faire valoir leurs droits	personnes âgées et handicapées, malades, fragilisées			
	2 - assurance des risques professionnels AT MP	- Tarification : notification aux entreprises de leur propre taux de cotisation - Prévention et conseil en matière de risques professionnels - Contrôle du risque et mesure coercitive ci besoins (injonction/ majoration de taux) - Accompagnement financier - Formation en intra ou inter entreprise - Caractérisation de certaines nuisances chimiques ou physiques - Analyse documentaire	les salariés au travers la mobilisation du chef d'entreprise	- Un service Tarification - Un service Prévention - Un service Documentation - Un service Support et Formation - Un Centre de mesures physiques 80 personnes 3 millions de subventions	Exposition aux produits Cancérogènes Mutagènes et Reprotoxiques Les Troubles Musculo Squelettiques Les Risques PsychoSociaux L'Intérim Le BTP La Grande Distribution Le Risque Routier	Le PRST est l'outil de partenariat privilégié les axes de travail sur les seniors et la pénibilité, qui font l'objet de plans d'actions dans les entreprises (liés notamment à la réforme des retraites) peuvent être des pistes de travail dans le cadre du PRS

Partenaires	Champ d'action dans la prévention, la promotion de la santé et l'EPS/ ou actions ayant un impact sur la santé	Type d'intervention	Public/âge de la vie pris en compte	Moyens/ Ressources/ Outils	Priorités	Commentaires Problématiques/Attentes/ Mises en évidence
MSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- santé : prévention, comportements</li> <li>- offre de soins</li> <li>- plan pluriannuel santé sécurité au travail : prévention des risques professionnels ; conditions de travail, stress, insertion</li> <li>- environnement : produits phytosanitaires</li> <li>plan pluriannuel d'action social : conditions de vie, autonomie, logement, aide ménagère</li> <li>parcours prévention :</li> <li>• programmes liés à l'âge et aux pathologies</li> <li>• programmes liés aux risques professionnels</li> <li>- portail « ma prévention santé »</li> </ul>	<p>organisation des dépistages des cancers du sein et colorectal, organisations des « instants santé » (bilans de santé, vaccination...)</p> <p>participation à la réflexion sur l'offre de soins, accompagnement des MRS pour élaboration d'un projet de santé et questions juridiques, éducation thérapeutique)</p> <p>multiples actions transcrites dans le plan</p> <p>multiples interventions dans le domaine social transcrites dans le plan interventions dans le cadre de crises agricoles</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service prévention</li> <li>- Service médical</li> <li>- Service de la médecine du travail et Service prévention des risques professionnels</li> <li>- Service social</li> <li>• <b>MSA service » :</b> Fédération d'association déployant des actions complémentaires aux actions de la MSA sur les territoires ruraux</li> <li>• <b>ASEPT :</b> Association santé éducation sur les territoires (mise en œuvre d'actions collectives : ateliers mémoires- avec une déclinaison pour les personnes établissement, prévention des chutes chez la personne âgée.</li> <li>• <b>Association « Horizon Limousin services » :</b> aide ménagère, aide aux formalités administratives, transports...</li> <li>• <b>Le GEIQ :</b> groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ agricole)</li> <li>• <b>L'ASSIAL :</b> gestion de mesures de tutelle, accompagnement socio-professionnel des exploitants agricoles bénéficiaires du RSA</li> <li>• <b>Élus MSA (725 sur la région</b></li> </ul> <p>financement MSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la personne vieillissante : préservation de son capital santé et de son autonomie (approche globale)</li> <li>- le dépistage des cancers, les examens de santé</li> <li>- contribuer aux politiques d'amélioration de l'accès aux soins, sur les territoires ruraux la santé au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention : <ul style="list-style-type: none"> <li>- inquiétude sur le financement des actions</li> <li>- coordination avec les autres intervenants en la matière</li> </ul> </li> <li>• Médico social <ul style="list-style-type: none"> <li>- comment maintenir la personne le plus longtemps à son domicile (petite domotique, téléalarme, comportement...)</li> <li>- nécessité des structures adaptées (PUV)</li> </ul> </li> </ul> <p>Une cohérence dans l'action mais aussi une reconnaissance des actions MSA</p>

## Annexe III : LES ACTEURS OPÉRATIONNELS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

(DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION)

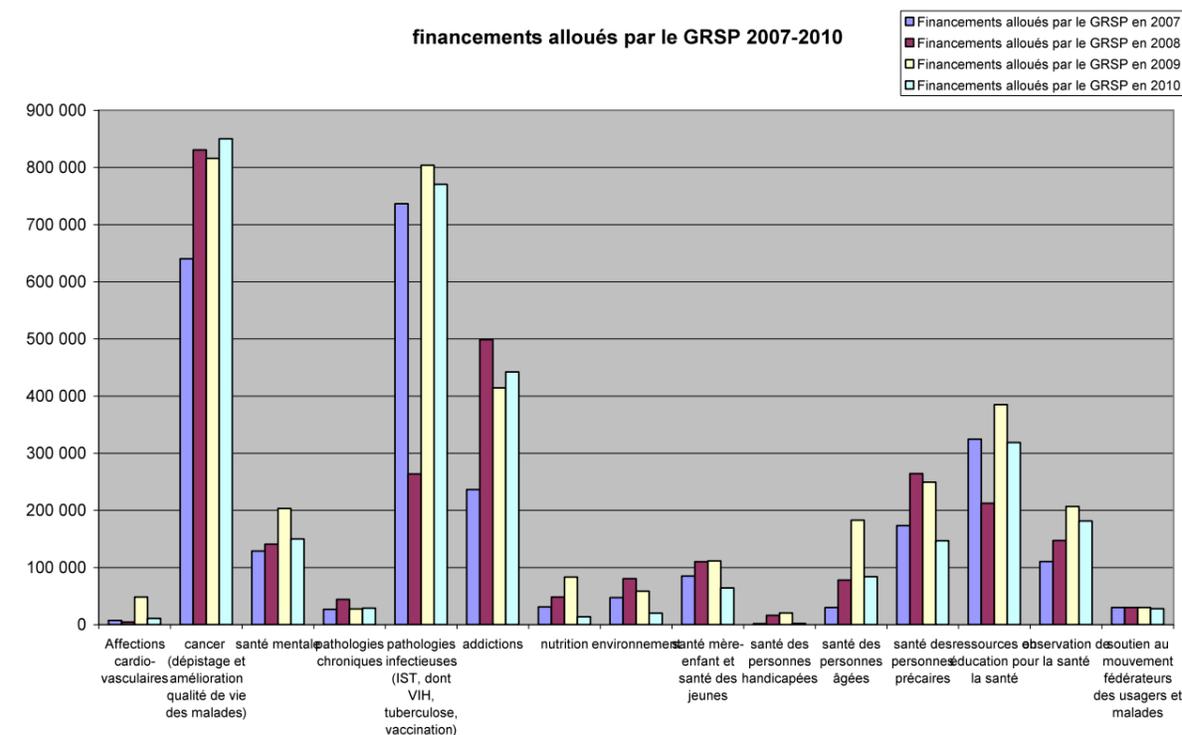
	Acteurs opérationnels publics et privés		Typologie d'actions développées
<b>PROMOTION DE LA SANTE</b>	Toutes les collectivités publiques de par leurs politiques sectorielles les « milieux de vie » : école, entreprise, institutions de toute nature (y compris hôpitaux, établissements médico-sociaux, d'hébergement...) les media de toute nature (presse, internet, journaux locaux...) les organismes d'observation et d'évaluation (ORS) les organismes de recherche		actions sur les milieux et conditions de vie information, sensibilisation, communication mobilisation des populations de leur ressort (« rendre actifs ») connaissance recherche
<b>EDUCATION POUR LA SANTE</b>	- Associations spécialisées dans le domaine de la prévention et l'éducation à la santé (associations généralistes et spécialisées par thématiques) - Mutuelles - Caisses d'assurance-maladie - établissements scolaires avec leurs personnels de santé, éducatifs ... - établissements et services médico-sociaux, structures d'hébergement ... - établissements de santé Personnel social et éducatif, par ex de la Protection maternelle et infantile, de l'Aide sociale à l'enfance, des services sociaux... - PJJ - SPIP police, gendarmerie (ex : actions de lutte contre la toxicomanie des Formateurs relais anti-drogues-FRAD) - associations de proximité oeuvrant dans différents domaines : social, culturel, de loisirs, sportives, d'habitants, caritatif, réseau d'appui aux parents... - associations de malades, d'usagers du système de santé, associations de familles, de défense de l'environnement, de consommateurs, de parents d'élèves - laboratoires pharmaceutiques CNFPT		actions de prévention auprès de groupes, appui en méthodologie, information, communication, sensibilisation, production d'outils, coordination locale, documentation, formation, actions de prévention menées directement par les caisses et/ou sous-traitées : actions auprès de groupes information, communication, sensibilisation, dépistage actions de prévention auprès de groupes (directes ou sous-traitées), information, communication, sensibilisation, prise en charge individuelle, repérage précoce, actions de prévention auprès de groupes (directes ou sous-traitées), information, communication, sensibilisation, information, sensibilisation, prévention individuelle, actions de prévention auprès de groupes prise en charge individuelle, prévention individuelle, actions de prévention de groupe, dépistage, prise en charge sociale prise en charge individuelle, actions auprès de groupes, prise en charge sociale actions de prévention auprès de groupes actions de prévention auprès de groupes, accompagnement, actions de prévention auprès de groupes, information, sensibilisation, accompagnement, prise en charge sociale, information, sensibilisation, communication, formation
<b>PREVENTION SELECTIVE DE CERTAINES MALADIES ET CERTAINS RISQUES</b>	- professionnels de santé libéraux : médecins pharmaciens et leurs groupements, MK, IDE, ... dans les différents modes d'exercice : exercice isolé, réseaux de santé, pôles de santé, maisons de santé... - centres d'examens de santé - centres de santé - centres de vaccinations - établissements de santé - établissements médico-sociaux et autres institutions et services - structure de gestion des dépistages organisés des cancers - services de santé au travail et services préventeurs dont CARSAT, ARACT...		information, travail en réseau, prévention individuelle, dépistage, prise en charge sanitaire (sevrage...) dépistage, prévention individuelle prise en charge sanitaire, dépistage, prévention individuelle, prévention individuelle travail en réseau, dépistage, prise en charge sanitaire (sevrage, consultations nutritionnelles...), prise en charge sociale dépistage, prise en charge individuelle, travail en réseau organisation du dépistage information, sensibilisation, communication sur le dépistage formation (des médecins libéraux) prévention individuelle et collective, dépistage,
<b>PREVENTION AU BENEFICE DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE</b>	- associations de malades - professionnels de santé libéraux : médecins pharmaciens, MK, IDE, ... dans les différents modes d'exercice : exercice isolé, réseaux de santé, pôles de santé, maisons de santé - centres de santé - établissements de santé - établissements et services médico-sociaux		éducation du patient, éducation thérapeutique (dimension individuelle et collective), prise en charge sociale, accompagnement, travail en réseau (pour le retour à domicile et le maintien à domicile, par ex),

## Annexe IV : SYNTHÈSE FINANCEMENTS GRSP 2007-2010

(ACTIONS DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE)

AXES DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE	Financements alloués par le GRSP en 2007	Financements alloués par le GRSP en 2008	Financements alloués par le GRSP en 2009	Financements alloués par le GRSP en 2010	Montant moyen annuel de financement par axe du PRSP	poinds de chaque axe/total financement alloué
Affections cardio-vasculaires	7 479	4 500	48 236	11 111	17 832	0,59 %
cancer (dépistage et amélioration qualité de vie des malades)	640 303	830 773	815 837	850 109	784 256	25,85 %
santé mentale	128 657	140 766	203 224	149 861	155 627	5,13 %
pathologies chroniques	26 900	44 250	27 432	28 798	31 845	1,05 %
pathologies infectieuses (IST, dont VIH, tuberculose, vaccination)	736 416	263 692	804 058	770 560	643 682	21,22 %
addictions	236 357	498 797	414 503	442 143	397 950	13,12 %
nutrition	30 986	48 351	83 306	13 830	44 118	1,45 %
environnement	47 315	80 357	58 753	20 151	51 644	1,70 %
santé mère-enfant et santé des jeunes	85 110	110 151	111 399	64 316	92 744	3,06 %
santé des personnes handicapées	1 830	16 096	20 488	2 150	10 141	0,33 %
santé des personnes âgées	30 100	78 166	182 882	83 960	93 777	3,09 %
santé des personnes précaires	173 210	264 471	249 648	146 870	208 550	6,88 %

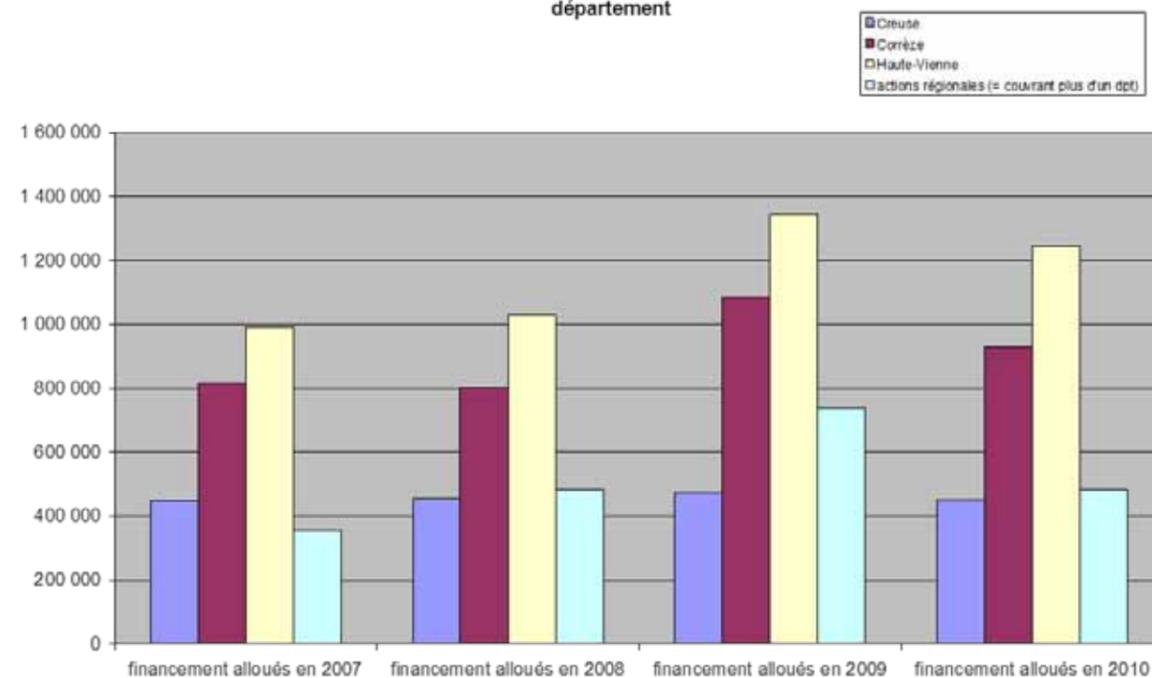
AXES DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE	Financements alloués par le GRSP en 2007	Financements alloués par le GRSP en 2008	Financements alloués par le GRSP en 2009	Financements alloués par le GRSP en 2010	Montant moyen annuel de financement par axe du PRSP	poinds de chaque axe/total financement alloué
ressources en éducation pour la santé	324 745	212 574	385 032	318 800	310 288	10,23 %
observation de la santé	110 412	147 025	206 700	181 300	161 359	5,32 %
soutien au mouvement fédérateurs des usagers et malades	30 000	30 000	30 000	28 050	29 513	0,97 %
<b>TOTAL</b>	<b>2 609 820</b>	<b>2 769 969</b>	<b>3 641 498</b>	<b>3 112 009</b>	<b>3 033 324</b>	<b>100,00 %</b>



## Répartition géographique des financements alloués par le GRSP

	financement alloués en 2007	financement alloués en 2008	financement alloués en 2009	financement alloués en 2010	total 2007-2010	évolution 2007-2010	Poids relatif consacré dans la répartition des financements sur la période	Poids de la population départementale dans la région
Creuse	448 633	454 594	471 181	453 245	1 827 653	1 %	15,06 %	17 %
Corrèze	814 574	803 154	1 087 422	930 367	3 635 517	14 %	29,96 %	33 %
Haute-Vienne	992 710	1 029 208	1 344 505	1 246 212	4 612 635	26 %	38,02 %	50 %
actions régionales (= couvrant plus d'un dpt)	353 903	483 013	738 390	482 185	2 057 491	36 %	16,96 %	
<b>total</b>	<b>2 609 820</b>	<b>2 769 969</b>	<b>3 641 498</b>	<b>3 112 009</b>	<b>12 133 296</b>	<b>19 %</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

financements alloués par le GRSP aux actions de prévention de 2007 à 2010- ventilation par département



## Annexe V : CAHIER DES CHARGES

## CONTRACTUALISATION ARS-ETABLISSEMENTS DE SANTE SUR LA PROMOTION DE LA SANTE- PREVENTION - GESTION DES RISQUES

## Les constats :

Les établissements de santé sont déjà, dans le cadre de leurs activités traditionnelles, impliqués dans la prévention :

- prévention des risques infectieux liés aux soins,
- activités de prévention des IST (CDAG/CIDDIST), de prévention de la tuberculose, qui sont encadrés sur le plan légal et réglementaire,
- actions de prévention tertiaire (de type accompagnement thérapeutique des patients), d'aide aux aidants, souvent portées par des associations mais qui en fait émanent largement de professionnels de santé de l'hôpital (ex : actions de rééducation cardiovasculaire portées par les clubs Cœur et Santé, actions d'aide aux aidants de personnes âgées ...)
- orientations de patients vers les activités éducatives des associations (ex : activité physiques adaptées),
- interventions informatives des associations de promotion de la santé dans les services d'hospitalisation (ex : interventions d'associations de malades de l'alcool, interventions des associations de lutte contre le SIDA, interventions de CODES dans les maternités et lors des séances de préparation à l'accouchement...)

Mais ces activités sont souvent précaires, peu organisées et peu lisibles.

L'hôpital a besoin de :

- nouvelles organisations ; ex : l'éducation thérapeutique du patient, le dépistage ...,
- nouveaux métiers : professionnalisation, lisibilité des actions, faisabilité et pérennisation,
- nouveaux partenariats : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé- IREPS-, pôle de compétence régional en éducation pour la santé ...

Les établissements sont appelés à s'inscrire dans une stratégie pérenne de promotion de la santé, de prévention et de maîtrise des risques, en fonction de leurs compétences, de leurs moyens et de leur inscription dans leur environnement (territoire, partenariats...)

Les objectifs des hôpitaux promoteurs de santé sont :

- l'amélioration de la qualité, du bien-être des patients, de leur famille, du personnel, avec prise de conscience de l'impact de l'environnement hospitalier sur la santé de ces groupes,
- l'approche santé globale des patients et non seulement l'approche curative, avec un encouragement du patient à une participation active aux soins, et une information de qualité dispensée au patient (programmes éducatifs pour le patient et sa famille),

- la reconnaissance des besoins particuliers de certains groupes de populations, dans le respect des valeurs et cultures de ceux-ci,
- la priorité à la qualité de vie des malades chroniques,
- l'amélioration de la coopération entre l'hôpital et l'extérieur (soins de ville, services sociaux...).

Cette démarche de prévention doit s'inscrire dans l'objectif d'amélioration permanente de la qualité et de la sécurité des soins.

Le manuel de certification des établissements de santé, version 2010, met en place des « pratiques exigibles prioritaires », afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification. La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets. La non-atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduit systématiquement à une décision de certification péjorative voire à une non-certification.

Parmi les 13 critères retenus, nous insisterons dans ce cadre sur :

- La politique et l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles,
- La fonction "gestion des risques",
- La gestion des événements indésirables,
- La maîtrise du risque infectieux,
- Le système de gestion des plaintes et réclamations,
- la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient,
- L'organisation du bloc opératoire.

Les établissements sont des acteurs importants de la maîtrise des risques sanitaires et doivent s'inscrire pleinement dans l'organisation régionale de veille, d'alerte et de gestion de ces risques.

Les axes forts sont :

- Une organisation rationnelle des vigilances y compris environnementales et la mise en place de dispositifs efficaces de signalement interne et externe des « événements indésirables » ;
- L'élaboration et le contrôle de l'effectivité des plans de gestion des risques et de crise : plans blancs et annexes, plan de maîtrise des épidémies...

#### Les pistes d'action :

##### Les priorités

Les champs d'action dans lesquels doivent s'inscrire les établissements sont particulièrement vastes. Dans le cadre du Projet régional de santé (PRS), les choix pourront être faits en fonction des compétences des équipes, des moyens mobilisables mais aussi du niveau d'implication dans les organisations et stratégies territoriales, projets du territoire de santé et de territoires de proximité, contrats locaux de santé...

Nous insisterons sur :

- L'importance en matière de promotion de santé et de prévention du « trépied » des déterminants :
  - alcool,
  - tabac,
  - nutrition/activité physique.
- La prise en compte des objectifs et des priorités du PSRS, et notamment :
  - la contribution à la réduction de la mortalité prématurée évitable,
  - la correction des inégalités en matière de santé,
  - la maîtrise des pathologies chroniques.
- L'importance de la maîtrise des risques infectieux (infections associées aux soins, pathologies transmissibles et épidémies, risques émergents.
- L'importance de la maîtrise des risques environnementaux :
  - Prise en compte du bruit dans la qualité de la prise en charge des patients et du personnel,
  - Prise en compte de la qualité de l'air dans les établissements,
  - Prise en compte du traitement des effluents des établissements de santé vis-à-vis des résidus de médicaments et des perturbateurs endocriniens.

##### Les actions

##### La mise en place d'un plan de maîtrise des épidémies dans chaque établissement, de santé ou médico social :

- désignation des responsables du plan,
- modalités d'organisation de l'isolement géographique des patients, et notamment possibilité d'un secteur de cohorting pour les E. S,
- modalités d'information de l'ensemble des services de l'établissement,
- premières mesures à mettre en place dans chaque service concerné,
- modalités de communication externe.

**L'organisation hospitalière :**

- organisation de la gestion des risques,
- création de, ou participation à une « fédération de santé publique » visant à coordonner les activités de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique des patients, accompagner les services dans la mise en place d'actions, concevoir et animer des formations pour les personnels...
- développement de la culture de l'évaluation des pratiques collectives et individuelles et appropriation des outils,
- actions de développement de réseaux de santé,
- actions d'amélioration des conditions de travail
- actions de préservation de l'environnement.

**Le personnel :**

- actions de formation et d'appui du personnel pour la prise en compte de la promotion de la santé dans leurs pratiques,
- actions de promotion de la vaccination et du dépistage.

**Les patients et leur entourage :**

- mise en place et/ou participation à des programmes d'éducation thérapeutiques,
- actions visant à insérer les associations de patients dans la vie des services de soins,
- actions d'aide aux aidants.

**Les partenariats et la communauté extérieure à l'hôpital :**

- amélioration de la continuité des prises en charge par le développement d'actions de relais :
  - gestion des courriers de sortie,
  - développement de démarches du suivi/accompagnement type coaching
- interventions dans le cadre de programmes de sensibilisation/formation, éducation pour la santé, dans le monde de l'entreprise, en milieu scolaire...
- renforcement du rôle d'établissements « ressource » :
  - mise à disposition de locaux,
  - formations de personnels et engagement dans des actions,
  - actions transgénérationnelles,
  - maison des usagers...

**Les indicateurs de suivi et d'évaluation**

Ils seront définis avec chaque établissement en fonction des objectifs retenus.