

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION 2012-2016

**Version soumise à consultation dans le cadre de l'article L1434-3
du Code de la santé publique**

SOMMAIRE

I.	ELEMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE	5
II.	LA METHODE D'ELABORATION DU SCHEMA	10
	VOLET VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES (VAGUSAN).....	11
1.1	Le contexte	12
1.2	Les objectifs du VAGUSAN	13
1.2.1	Optimiser les modalités de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes	14
1.2.2	Garantir la continuité de la veille et de la sécurité sanitaires à l'échelle régionale.....	15
1.2.3	Développer / renforcer la surveillance et le signalement des évènements sanitaires	15
1.2.4	Renforcer la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins et les bactéries multi résistantes (BMR) et favoriser le bon usage des antibiotiques	17
1.2.5	Améliorer le dispositif organisationnel et les plans de prise en charge des situations exceptionnelles à fort impact sanitaire	18
1.2.6	Développer la communication et l'information sur la veille et la sécurité sanitaires.....	20
	VOLET PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	22
1.1	Etat des lieux	23
1.1.1	Evaluation du Plan régional de santé publique 2006-2010.....	23
1.1.2	Le bilan de l'offre	23
1.1.3	Le bilan de la campagne 2010 de conventionnement des opérateurs en santé publique.....	23
1.2	Les principaux défis.....	25
1.2.1	La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé	25
1.2.2	La lutte contre les maladies chroniques.....	27
1.3	Les priorités en matière de prévention	28
1.3.1	Renforcer les stratégies de dépistage	28
1.3.2	Promouvoir les vaccinations	32
1.3.3	Agir sur les comportements	33
1.3.4	Agir sur les risques sanitaires environnementaux et professionnels.....	39
1.3.5	Promouvoir les actions dans le champ de la santé mentale	42
1.3.6	Soutenir le développement de l'éducation thérapeutique	44
1.4	Les acteurs, les actions et l'organisation de la prévention et de la promotion de la santé	47
1.4.1	Mieux articuler les interventions des acteurs institutionnels	47
1.4.2	Améliorer l'offre de service des opérateurs en prévention et promotion de la santé.....	50
1.5	L'évaluation et le suivi des actions	54
	ANNEXES.....	55

I. ELEMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE

1.1. LA PLACE DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION DANS LE PRS

L'Agence régionale de santé affirme sa volonté de mettre la prévention et la promotion de la santé au cœur de sa politique au travers du schéma régional de prévention. En fonction des enveloppes budgétaires votées chaque année dans la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale, et selon les modalités de gestion du fonds d'intervention régional, l'ARS mettra en œuvre la fongibilité asymétrique prévue par la loi en faveur des actions de prévention et de promotion de la santé.

Fixé pour une durée de cinq ans, le Schéma Régional de Prévention est un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du Projet Régional de Santé (PRS) introduit par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Au sein du Projet régional de santé, le Schéma Régional de Prévention vise à planifier et organiser l'offre en matière de prévention et de promotion de la santé au niveau régional et par territoire de santé, voire en infra territorial, pour répondre aux priorités définies par déterminant et par population. Il contribue à l'atteinte des objectifs fixés par le Plan Stratégique Régional de Santé.

Dans le respect des définitions rappelées en annexe, le schéma régional de prévention définit les priorités d'actions pour la région Centre au regard des faits marquants de l'état de santé mis en évidence par le diagnostic régional. Pour ce faire, les actions de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) définies par le présent schéma sont hiérarchisées en fonction des facteurs (encore appelés « déterminants ») les plus influents sur la santé des individus.

Le Schéma Régional de Prévention présente des particularités :

- La population cible : le schéma concerne l'ensemble de la population de la région (promotion de la santé) ;
- La nécessité de développer une approche intersectorielle et interministérielle : la promotion de la santé est portée également par d'autres politiques de l'Etat (travail, environnement, logement, aménagement du territoire, éducation,...), par les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale; elle est mise en œuvre par les services de santé scolaire et universitaire, santé au travail, protection maternelle et infantile et par l'ensemble des partenaires et associations agissant sur les déterminants de la santé ;
- La nécessité de faire connaître et de valoriser les actions des opérateurs.

L'exigence de continuité des prises en charge au bénéfice de l'utilisateur suppose de penser les parcours de santé dans une dimension globale : - promotion de la santé- prévention –prévention individuelle (dépistage et vaccination) – prévention tertiaire - soin – médicosocial...- et [précaution-prévention – alerte – gestion des urgences].

Ainsi, une forte complémentarité des mesures du présent schéma est à prévoir avec les autres schémas qui composent le PRS :

- avec le SROS (dans ses deux volets ambulatoire et hospitalier) notamment pour ce qui concerne l'éducation pour la santé, la prévention médicalisée, la prévention au bénéfice du patient et de son entourage mais aussi la veille et la gestion des crises ;
- avec le SROMS, pour le développement d'une offre de promotion de la santé de qualité et efficiente, adaptée aux publics pris en charge par le secteur médico-social (personnes handicapées, personnes âgées dépendantes ou présentant des difficultés spécifiques) ainsi que pour la veille et la gestion de crise au sein des établissements ;

- avec le programme régional de gestion du risque assurantiel en santé (PRGDR), en lien avec l'assurance maladie, notamment s'agissant de l'éducation pour la santé, de la prévention médicalisée et de l'éducation thérapeutique.

1.2. LES ENJEUX ET LES PRINCIPES

Le Plan Stratégique Régional de Santé s'est fixé trois ambitions :

➤ **Améliorer l'espérance de vie en bonne santé** : si l'espérance de vie augmente, elle peut s'accompagner de l'apparition d'incapacités ou de limitations fonctionnelles altérant la qualité de vie et la santé des individus. Les leviers d'amélioration se situent à la fois :

- dans le domaine de la prévention primaire afin d'éviter l'apparition des maladies ou des altérations.
- dans le champ de la prévention secondaire, afin de repérer précocement, notamment au travers des actions de dépistage.
- dans le champ de la prévention tertiaire, via la recherche de solutions d'accompagnement adaptées permettant de compenser ces altérations, éviter les complications et améliorer la qualité de vie.

➤ **Promouvoir l'égalité devant la santé** : Le plan stratégique régional de santé a démontré que les inégalités sociales de santé sont encore fortes et accrues par les inégalités territoriales. Les stratégies d'intervention définies par le schéma de prévention doivent contribuer à la réduction de ces écarts en conférant aux individus les moyens d'être acteurs de leur propre santé, ce qui suppose d'apporter une attention particulière aux populations fragiles du fait de leur âge, de leur environnement ou de leur position sociale.

➤ **Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient** : L'accessibilité et la qualité du système de santé sont des facteurs déterminants dans l'amélioration de la santé de la population. Il s'agit de concilier la qualité du service et des prestations rendues à la population en favorisant le partage des bonnes pratiques professionnelles, l'expression des droits des usagers, et la maîtrise des dépenses. Cette ambition revêt une dimension particulière dans le contexte des finances publiques qui encadre l'exercice d'élaboration du Projet régional de santé. Son élaboration et sa mise en œuvre devront tenir compte de cette contrainte en recherchant l'efficacité des différentes composantes du système de santé.

Principes du Schéma Régional de Prévention :

Respect de principes éthiques : dans son élaboration et dans sa mise en œuvre, le Schéma Régional de Prévention doit respecter plusieurs principes éthiques qui correspondent à certaines valeurs fondamentales et qui doivent être particulièrement défendues en matière de santé publique.

Ces principes et valeurs sont les suivants :

- deux principes éthiques incontournables : la bienfaisance et la non malfaisance
- des principes et valeurs « choisis » : l'autonomie, la solidarité, la justice, la confidentialité
- et aussi : le bien-être, le bien commun, la non discrimination et la non stigmatisation sociale, la responsabilité, l'équité, la démocratie sanitaire et la liberté de choix des individus.

Le Schéma Régional de Prévention doit répondre à de grands enjeux :

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment par le déploiement de la promotion de la santé, la prise en compte des spécificités des territoires de proximité.

Le partage des politiques de prévention et de promotion de la santé et la recherche de mises en œuvre concertées entre institutions.

La mobilisation des élus et des collectivités territoriales, sur la question de la promotion de la santé, dans un contexte de territorialisation des politiques publiques accrue par la loi HPST.

La complémentarité des prises en charge : [promotion de la santé- prévention –prévention individuelle (dépistage et vaccination) – prévention tertiaire - soin – médicosocial], et [précaution-prévention – alerte – gestion des urgences].

Une meilleure connaissance des actions et des populations touchées par une représentation cartographique permettant le positionnement géographique des actions en éducation pour la santé et en promotion de la santé.

Le recentrage des financements sur les actions prioritaires, dont l'impact devra être mesuré.

Le renforcement de la professionnalisation des acteurs en prévention et promotion de la santé.

La cohérence avec les plans ou programmes nationaux.

Dans un premier temps, le Schéma Régional de Prévention s'attachera à mesurer quantitativement l'offre et les populations ciblées dans les territoires et dans un second temps, à mesurer qualitativement les actions mises en œuvre à l'aide d'indicateurs de procédure et de résultats.

Sa mise en œuvre oblige :

- à parfaire la connaissance des besoins des populations de la région, a minima par territoire de santé, souvent sur des territoires de dimension infra-départementale.
- à identifier précisément les indicateurs sanitaires à disposition.
- à privilégier les interventions susceptibles d'avoir un impact sur les déterminants de santé, dans les zones géographiques où des écarts manifestes sont constatés dans le diagnostic établi.

1.3. LES TERRITOIRES DE PROXIMITE : DIMENSIONNEMENT ET OPPORTUNITE

L'Agence Régionale de Santé assure le pilotage de la stratégie régionale en matière de santé, et est à ce titre garante du déploiement d'une offre généraliste en éducation et promotion de la santé dans les territoires de santé, qui correspondent en région Centre aux six départements.

Les territoires de proximité ou territoires de projets sont des zones géographiques où peuvent être menés les projets d'éducation, promotion pour la santé et prévention. Ces zones peuvent être délimitées à l'échelle du quartier, d'une ville, d'une agglomération, ou d'un Pays, et les questions de santé s'y intègrent dans une dimension plus large de concertation et de coordination.

La mise en œuvre des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) peut donner lieu à des contrats de santé. Pour décliner les objectifs de santé publique et environnementale dans les territoires faisant l'objet de Contrats Locaux de Santé, les principes d'actions suivants prévaudront :

- la cohérence avec les objectifs définis au Schéma Régional de Prévention,
- la prise en compte et le respect de la dimension interministérielle, c'est-à-dire, la prise en compte des objectifs et des moyens d'actions développés sur ces mêmes territoires par d'autres administrations de l'Etat, avec une attention particulière pour ce qui concerne le déploiement de la politique de la ville.

Au sein des territoires de santé, les territoires de projets sont notamment définis au regard des spécificités mises en lumière par l'étude sur les inégalités cantonales de santé réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Centre en juillet 2010.

Néanmoins, d'autres facteurs sont déterminants comme l'engagement des élus et décideurs et l'implication de la population (concept de santé communautaire en promotion de la santé).

1.4. LE CADRE REGLEMENTAIRE DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

L'article R.1434-3 du Code de la Santé Publique précise le contenu du Schéma Régional de Prévention :

« Le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :

1° Des actions, médicales ou non, concourant à :

- a) La promotion de la santé de l'ensemble de la population ;
- b) La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage ;
- c) La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique ;

2° Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;

3° Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;

4° Les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;

5° Les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

Les autres actions de prévention et de promotion de la santé de la population des 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. »

Non opposable au sens juridique, le Schéma de Prévention a vocation à servir de cadre de référence aux interventions en santé publique et environnementale des acteurs professionnels et institutionnels présents sur le territoire régional. Les projets soumis à l'ARS devront être compatibles avec les axes de ce Schéma.

1.5. LES ELEMENTS DE REFERENCE

Pour élaborer ce Schéma, l'Agence régionale de santé s'est appuyée sur plusieurs documents de référence :

- Le guide méthodologique national produit par le Secrétariat général des ministères sociaux
- Les référentiels internationaux en matière de prévention, d'éducation pour la santé et en promotion de la santé :
 - Déclaration d'Alma Ata (1978)
 - Charte d'Ottawa (1986)
 - Déclaration de Jakarta (1997)
- Le glossaire de la promotion de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1997)
- Les documents méthodologiques produits par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)¹
- L'étude régionale réalisée en 2010 par l'ORS sur « les inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de santé »
- La base de données régionale des financements en santé publique et environnementale 2010 de l'Agence Régionale de Santé
- Les plans régionaux antérieurs tels que le Schéma Régional d'Education et de Promotion de la Santé 2003-2007 et le Plan Régional de Santé Publique 2006-2010, ainsi que l'évaluation qui en a été faite (Rapport Euréval 2010)
- Les plans régionaux en vigueur : le Plan Régional Santé au Travail 2010-2014 et le Plan Régional Santé Environnement 2010-2014.

1.6. LES LEVIERS DE MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre du Schéma Régional de Prévention pourra s'appuyer sur 4 types de leviers d'action identifiés :

- La stratégie d'attribution des crédits d'intervention de l'Agence et sa nécessaire adaptation afin de correspondre aux objectifs du Schéma.
- Le développement de programmes d'évaluation dont l'un des objectifs vise notamment à apprécier les résultats des actions menées par rapport aux objectifs de santé publique, dans une préoccupation d'efficacité.
- L'animation territoriale : les Délégations Territoriales de l'ARS, auxquelles cette mission est conférée, sont chargées à ce titre de relayer, susciter, accompagner et le cas échéant coordonner les actions des partenaires/institutions/acteurs au sein de territoires de santé identifiés. Les Délégations Territoriales exercent notamment ce rôle dans le cadre de la mise en place des Contrats Locaux de Santé, outils d'application transverses du Projet Régional de Santé.

La nécessaire coordination des politiques publiques qui implique le développement d'une approche intersectorielle et interministérielle : la promotion de la santé se trouve portée directement ou indirectement par d'autres ministères ou par les collectivités territoriales.

¹ Agences régionales de santé : promotion, prévention et programmes de santé – INPES 2009 – Réduire les inégalités sociales de santé

II. LA METHODE D'ELABORATION DU SCHEMA

La rédaction du **Volet Veille Alerte et Gestion des Urgences SANitaires (VAGUSAN)** s'est faite dans le cadre d'un groupe de travail régional interne qui a été ouvert aux partenaires extérieurs. Le Directeur d'un Centre Hospitalier a notamment participé à ces travaux.

La construction du **Volet Prévention et Promotion de la Santé (PPS)** s'est fondée sur une démarche de santé publique, afin de répondre aux questions : sur quels déterminants de santé, sur quelles populations et sur quels territoires est-il nécessaire d'agir prioritairement, quels sont les freins et leviers actuels ?

Un cahier des charges a été rédigé afin de porter cette démarche auprès de 13 groupes identifiés comme « transversaux » dans le cadre du PRS au sens du continuum de prises en charge : promotion, dépistage, prévention/champ sanitaire/éducation thérapeutique/prise en charge médico-sociale :

- Soins de premier recours,
- Traitement des cancers,
- Périnatalité et petite enfance,
- Santé mentale,
- Soins aux personnes détenues,
- Urgences,
- Lutte contre l'exclusion / Accès aux soins des personnes en situation de précarité
- Education thérapeutique du patient – maladies chroniques,
- Maladies transmissibles,
- Insuffisance rénale chronique,
- Personnes âgées,
- Enfants handicapés,
- Adultes handicapés.

Les étapes de construction du Volet relatif à la Prévention, à la promotion de la santé et à la santé environnementale ont été les suivantes :

- Identification des priorités issues du Plan Stratégique Régional de Santé à décliner dans le Schéma Régional de Prévention.
- Identification et positionnement des ressources en éducation pour la santé, en promotion de la santé et en prévention sur les territoires de santé de la région et de leurs thématiques d'intervention.
- Approche des besoins des populations au travers des représentants des groupes de travail territoriaux.
- Analyse des cartographies de mortalité et morbidité différentielles, réalisées par l'Observatoire Régional de la Santé.
- Définition des déterminants comportementaux et sociaux prioritaires en lien avec les travaux engagés sur chacune des thématiques alimentant le Schéma Régional de Prévention.
- Identification des leviers pour une évolution favorable de l'offre en région.

VOLET VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES (VAGUSAN)



1.1 LE CONTEXTE

La loi de santé publique du 9 août 2004 (article 19) a inséré un article L3110-6 dans le CSP qui précise que "le plan mentionné à l'article L1411-11 (plan régional de santé publique) comporte obligatoirement un Plan d'action Relatif à l'Alerte et à la Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire". Ainsi est né le PRAGSUS. Le volet VAGUSAN du présent schéma vient aujourd'hui s'inscrire dans sa continuité.

Si le PRAGSUS était relativement récent, il nécessitait toutefois une actualisation ayant pour objet de prendre en compte la création des ARS.

A ce titre, le VAGUSAN tire notamment les conséquences de la création des plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaires au sein des ARS. Il insiste sur l'organisation de la gestion des alertes au sein de l'ARS et la nécessité d'un lien étroit avec les services préfectoraux, notamment les directions départementales interministérielles, ainsi qu'avec les administrations centrales.

En effet, la constitution des ARS marque la volonté de renforcer les leviers territoriaux au service des préoccupations de santé publique. Ces leviers doivent aussi être utilisés pour améliorer la qualité des dispositifs de Veille et Sécurité Sanitaires (VSS) en vue de réduire les inégalités en la matière constatées au sein des territoires. A cet effet, la finalité de ce volet du SRP est d'inscrire la veille et la sécurité sanitaires dans une véritable démarche stratégique.

Le volet VAGUSAN du SRP doit donner une visibilité sur l'organisation de la gestion des alertes sanitaires en région et les articulations entre les acteurs impliqués.

Il doit aussi permettre d'insérer les protocoles passés avec les préfets de département en vertu de l'article R.1435-2 du code de la santé publique dans l'organisation générale de la veille et de la sécurité sanitaires en région (relations avec les directions départementales interministérielles, modalités opérationnelles de mise en œuvre des dispositions de l'article L. 1413-15 du code de la santé publique...).

Dans le cadre de ses attributions et de ses compétences, l'ARS doit assurer une veille permanente permettant de détecter toute menace pour la santé publique. En effet, conformément aux dispositions prévues dans le Code de la Santé Publique et reprises dans les protocoles organisant les modalités de coopération entre chaque préfet de département et le DGARS, celui-ci doit informer le préfet sans délai de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé des populations.

L'ARS doit également informer de toute alerte ou événement significatif le ministère de la santé par l'intermédiaire du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORUSS) ainsi que l'ARS de zone dont le siège est situé à Rennes.

La veille sanitaire vise à détecter précocement la survenue d'un événement ou un phénomène inhabituel ou anormal pouvant représenter un risque pour la santé humaine afin de prendre des mesures de protection de la population.

Cette mission est partagée entre l'ARS et l'Institut national de veille sanitaire (InVS), représentée au niveau régional par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) en région, qui apporte son expertise indépendante.

A cette fin, l'offre de veille sanitaire vise à mettre en place un système de surveillance performant et à renforcer la capacité de gestion des acteurs concernés en cas d'alerte sanitaire.

Le champ de cette veille comprend entre autres :

- Les maladies transmissibles, notamment celles relevant du dispositif de déclaration obligatoire ou de signalement à l'autorité sanitaire, et toute situation ayant un impact sur la santé des populations.
- Le domaine de la santé environnementale, qui recouvre la surveillance des milieux de vie : eaux et aliments, espaces clos (habitats, établissements recevant du public (ERP), transports) et environnement extérieur (air, pollutions atmosphériques, activités industrielles, urbanisme).

Le système de veille s'appuie sur trois sources d'information :

- Un réseau de surveillance d'indicateurs sanitaires collectés en routine dans le cadre de systèmes conçus dans ce but, et reflétant l'état de santé d'un individu ou d'une population, ou une exposition environnementale à un agent dangereux.
- La détection des événements de toute nature et de toute origine qui peuvent être associés à une menace pour la santé publique.
- Des dispositifs de surveillance mis en place pour des situations particulières (exemples : grands rassemblements, évènements climatiques.)

L'alerte

L'alerte sanitaire résulte de l'évaluation et des investigations conduites dans le cadre du système de veille décrit ci-dessus, qui font apparaître une menace pour la santé publique.

Un système d'alerte implique la mise en œuvre en routine des actions suivantes :

- recueil de signaux de toute nature
- vérification d'informations
- analyse de données et évaluation de la menace
- déclenchement de l'alerte
- transmission si nécessaire de l'alerte aux niveaux zonal, national et parfois international
- mise en place de mesures immédiates de contrôle au niveau local
- mise en œuvre des investigations
- évaluation de la réponse
- renforcement de la surveillance en post-alerte.

1.2 LES OBJECTIFS DU VAGUSAN

Dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires, le Plan Stratégique Régional de Santé s'est fixé pour objectif d'optimiser l'organisation de la veille et la gestion des urgences sanitaires

En effet, dès leur création en avril 2010, l'une des missions dévolues aux ARS a été de mettre en place « une plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires ». Cette plateforme a pour vocation de recevoir et de gérer l'ensemble des alertes et signalements d'évènements de la région pouvant comporter un risque pour la santé de la population.

Son fonctionnement repose sur :

- Une Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS), composée de personnels dédiés à la veille sanitaire. La CVAGS assure la réception de l'ensemble des signaux et des alertes de la région au moyen d'un point focal régional. Elle mobilise et coordonne les personnels techniques compétents de l'ARS pour évaluer, investiguer et gérer les alertes reçues.
- La Cellule de l'InVS en région (CIRE) : elle contribue à l'évaluation de signaux et apporte son expertise épidémiologique dans l'évaluation et l'investigation des signaux. Elle analyse les données de surveillance et transmet à la CVAGS les alertes qui en sont issues.
- La Cellule de Préparation et de Gestion des Crises (CPGC).

L'optimisation de cette plateforme passera par la mise en œuvre de **6 objectifs opérationnels** :

- Optimiser les modalités de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes.
- Garantir la continuité de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale.
- Fiabiliser la surveillance et le signalement des événements sanitaires
- Renforcer la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins et les bactéries multi résistantes (BMR), et favoriser le bon usage des antibiotiques
- Améliorer le dispositif organisationnel et les plans de prise en charge des situations exceptionnelles à fort impact sanitaire.
- Développer la communication et l'information sur la veille et la sécurité sanitaire.

1.2.1 OPTIMISER LES MODALITES DE RECEPTION ET DE TRAITEMENT DES SIGNAUX ET DE GESTION DES ALERTES

Depuis le 1^{er} avril 2010, l'ARS du Centre a mis en place la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires. Elle inclut un point focal régional de réception des signaux réservé aux professionnels et institutions concernés de la région, auxquels ses coordonnées ont été communiquées en juin 2010.

Dès 2010, la réception et la régulation des signaux ont été régionalisées avec l'affectation de personnels dédiés et formés, l'appui d'infirmières de santé publique placés sous la responsabilité d'un médecin.

En 2011, l'investigation et la gestion des signaux et alertes sanitaires (maladies à déclaration obligatoire, épidémies en collectivité, autres alertes de pathologie infectieuse) ont été régionalisées et sont gérées par un binôme infirmière de santé publique-médecin de santé publique, mutualisé pour toute la région.

Les signaux environnementaux restent gérés en première ligne par les techniciens et ingénieurs sanitaires, basés dans les Délégations Territoriales de l'ARS avec, en tant que de besoin, un appui par les équipes régionales.

ACTIONS A MENER :

⇒ Harmoniser les pratiques d'évaluation des signaux et de gestion des alertes :

La régionalisation du traitement des signaux et des alertes permet d'harmoniser les pratiques professionnelles et d'assurer un traitement équitable et homogène sur l'ensemble du territoire régional.

Des procédures et des outils ont été mis en place dès 2010, qu'il conviendra d'améliorer, de développer et d'actualiser, ce qui implique :

- d'exercer une veille sur les textes réglementaires et les événements sanitaires,
- d'analyser régulièrement les événements survenus en région et d'évaluer les modalités de traitement,
- d'organiser des retours d'expérience.

⇒ Développer des collaborations institutionnelles pour le signalement et la gestion des signaux sous la forme de :

- protocoles et d'outils communs,
- retours d'expérience entre institutions : ex : Santé travail (ARS-DIRECCTE), infections nosocomiales (ARS-ARLIN-C-CLIN), toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) et alertes alimentaires (ARS-DDPP ou DDCSPP),
- journées régionales d'échanges,
- formations communes.

- ⇒ **Renforcer l'information des partenaires de l'ARS assurant les signalements sur**
 - l'organisation de la veille sanitaire régionale,
 - les évolutions réglementaires du domaine,
 - les suites d'alertes particulières,
 - les données de surveillance.

- ⇒ **Poursuivre la formation des personnels de l'ARS mais également des partenaires extérieurs au moyen de :**
 - séminaires de formation pour les personnels de l'ARS en charge de la gestion,
 - sessions de formation des cadres administratifs d'astreinte de l'ARS,
 - participation à des groupes de travail inter-régionaux et nationaux.

1.2.2 GARANTIR LA CONTINUITÉ DE LA VEILLE ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRES À L'ÉCHELLE RÉGIONALE

Depuis le 1^{er} avril 2010, la réception et la gestion des signaux sont assurés 24H/24. La plateforme de veille et d'urgence sanitaires est ouverte et opérationnelle sans interruption de 8H30 à 18H les jours ouvrables. En dehors de ces horaires, le relais est assuré par un dispositif d'astreinte, qui fonctionne tous les jours de l'année.

Le dispositif d'astreinte est structuré au sein de l'ARS au moyen :

- d'astreintes des cadres administratifs, au niveau régional et dans chaque Délégation Territoriale (DT),
- d'astreintes techniques : astreintes régionalisées des médecins, des ingénieurs ; astreinte inter-régionale des épidémiologistes de la CIRE.

Depuis le 1^{er} juillet 2010, un système régional d'information partagé pour le traitement des signaux et alertes de veille sanitaire a été mis en service.

L'ARS du Centre s'est équipé d'un portail Web, validé par l'InVS, dénommé Orages, qui permet le partage sécurisé des données relatives aux signaux sanitaires et environnementaux entre tous les personnels impliqués dans leur gestion.

ACTIONS A MENER :

- ⇒ **Poursuivre la régionalisation des systèmes de surveillance :**
Développer la couverture régionale des réseaux de surveillance auprès des partenaires institutionnels de l'ARS.

- ⇒ **Améliorer le partage de l'information entre les acteurs concernés au moyen :**
 - de points hebdomadaires sur la situation sanitaire de la région,
 - d'outils permettant d'évaluer l'activité de veille sanitaire réalisée dans la région (tableaux de bord, cartographie..).

1.2.3 DÉVELOPPER / RENFORCER LA SURVEILLANCE ET LE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS SANITAIRES

De manière générale, des progrès doivent être réalisés pour aboutir à un signalement systématique des maladies à déclaration obligatoire (MDO) et des événements sanitaires tels que les épidémies en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

On assiste en effet à un cloisonnement des circuits de signalements dans un paysage institutionnel encore très compartimenté et « verticalisé », chaque institution devant rendre compte à son propre niveau hiérarchique.

Par ailleurs, la couverture du réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) reste insuffisante dans la région. En effet, seuls 2 établissements hospitaliers transmettent des données de résumés de passage aux urgences (RPU) exploitables (c'est-à-dire avec un codage « diagnostic et gravité »).

Deux associations SOS médecins, bientôt les trois de la région, transmettent régulièrement des données de motifs d'appels et de diagnostic. La veille syndromique est donc très parcellaire, sans couverture régionale. Plusieurs établissements ont informatisé les urgences et pourraient mettre en place les RPU prochainement.

ACTIONS A MENER

⇒ Améliorer le taux de signalement dans la région Centre :

- Développer la culture du signalement par l'animation de réseaux de professionnels régionaux : exemples : urgentistes, réanimateurs, infectiologues, EPHAD, médecins généralistes (Sentiweb, Grog, SOS médecins...) par :
 - o l'information sur la veille sanitaire et son organisation.
 - o l'animation de réseau.
 - o la rétro-information (bilan, compte rendu d'investigation, point épidémiologiques et bulletin de veille sanitaire).
 - o des journées scientifiques et de retour d'expériences régionales ou nationales.
- Décloisonner le fonctionnement entre institutions notamment par des procédures inter-institutionnelles définissant les circuits de signalement : (fiche de signalement, échanges d'annuaires..),

⇒ Sécuriser les systèmes d'information et les circuits de signalement :

- Sécuriser le système de remontée des maladies à déclaration obligatoire.
- Formaliser, valider et faire connaître le circuit de réception.
- Assurer le suivi de la base régionale des maladies à déclaration obligatoire mise à disposition courant 2011 (détection des cas groupés, suivi des tendances).
- Garantir la fiabilité des systèmes d'information et le respect des règles de confidentialité.

⇒ Développer des systèmes de surveillance sanitaire spécifiques et syndromiques

- Poursuivre la régionalisation de systèmes de surveillance spécifiques afin d'améliorer leur qualité et l'efficacité grâce à la proximité, notamment pour les pathologies suivantes :
 - o Cas groupés d'infection respiratoire aiguë (IRA) et gastroentérite aiguë (GEA) en EPHAD.
 - o Tuberculose : suivi des tendances, identification des populations vulnérables, gestion des cas en milieu de soins et en collectivités.
 - o Infections sexuellement transmissibles.
 - o Intoxications au monoxyde de carbone.
- Améliorer l'intégration de la veille non spécifique dans le dispositif d'alerte et de mesure d'impact des événements sanitaires en région Centre, par les actions suivantes :
 - o Assurer la couverture territoriale du programme SurSAUD (Surveillance sanitaire des urgences et des décès)
 - o Animer le réseau Oscour incluant les Services d'Urgence hospitaliers et pré-hospitaliers.
 - o Promouvoir la certification électronique des décès.
 - o Améliorer l'analyse des fluctuations usuelles et inhabituelles des indicateurs de morbidité et mortalité.

1.2.4 RENFORCER LA PREVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS ET LES BACTERIES MULTI RESISTANTES (BMR) ET FAVORISER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Il convient d'étendre au secteur médico-social et ambulatoire la politique de prévention, de lutte et de gestion des Infections Associées aux Soins (IAS) mise en place dans les établissements de santé mais également favoriser le bon usage des antibiotiques. Cela nécessite, notamment, de mettre en place :

- des systèmes de surveillance et de signalement de ces évènements, en développant les approches de prévention et en évaluant les actions conduites dans ce domaine,
- des dispositifs de suivi de l'évolution des résistances bactériennes, des formations / informations sur le bon usage et le mésusage des antibiotiques,

Il convient également de :

- S'appuyer sur les résultats obtenus dans le domaine de la prévention et de la gestion des infections associées aux soins (IAS) au sein des établissements de santé pour :
 - Développer une politique de prévention des IAS au sein des secteurs médicosocial et ambulatoire,
 - Etendre cette politique de prévention et de gestion des risques aux risques cliniques en établissement, en mettant en place des systèmes de surveillance et de signalement des évènements, en développant les approches de prévention et en évaluant les actions conduites dans ce domaine.
- Intégrer cette démarche de prévention des risques liés aux soins, à la coordination des vigilances et au développement de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), qui constituent trois leviers d'assurance qualité pour la démarche des soins.

La conduite de cette politique s'appuiera pour les infections associées aux soins sur l'Antenne Régionale de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) en relation avec le C.CLIN, sur les comités de vigilance et des risques et les acteurs des différents établissements (équipes opératoires d'hygiène hospitalière, correspondants des différentes vigilances, gestionnaire des risque, infectiologues et biologistes ...).

La sélection, l'émergence et la diffusion de bactéries résistantes aux antibiotiques est une menace pour la sécurité des patients hospitalisés ou pris en charge par la médecine ambulatoire et constitue un problème de santé publique de plus en plus grave en France. L'un des principaux facteurs de l'augmentation de la résistance aux antibiotiques est constitué par un mésusage de ces molécules : prescription inutiles, utilisation d'antibiotiques à large spectre, posologies ou durée d'administration inadéquates,

ACTIONS A MENER :

Positionner l'ARLIN du Centre – Réseau des Hygiénistes du Centre (RHC) notamment dans le développement des programmes et des actions de lutte contre les Infections Associées aux Soins dans les Etablissements médicosociaux en liaison avec le C.CLIN.

Améliorer la pertinence, l'exhaustivité et le traitement du signalement des infections nosocomiales.

Renforcer la prévention des infections à bactéries multi résistantes (BMR), notamment les Entérobactéries Productrices de Carbapénémases (EPC) et de leur diffusion en extra hospitalier.

Mettre en place un plan de gestion de crise en cas de survenue de cas groupés de BMR et EPC.

Développer le « bon usage du médicament », comme élément principal de la politique de gestion des risques au sein des établissements de santé et médico-sociaux, de la médecine libérale mais également auprès du public par :

- l'amélioration des règles de prise en charge par les antibiotiques en :
 - améliorant l'application des protocoles et des référentiels de prescription,
 - encourageant l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique, notamment dans le cadre des angines et des infections urinaires,
- un suivi régional de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne à ces molécules,
- des actions de formation / information, des conseils auprès des prescripteurs.

Cet objectif ne pourra être atteint que par la collaboration entre tous les acteurs concernés par cette problématique (ARS, médecins hospitaliers et libéraux,...) à travers un réseau ou une coordination.

1.2.5 AMELIORER LE DISPOSITIF ORGANISATIONNEL ET LES PLANS DE PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES A FORT IMPACT SANITAIRE

La prise en charge des situations exceptionnelles implique **l'élaboration de plans par rapport aux risques considérés comme importants**, plans dont l'élaboration et la mise en œuvre relèvent de la responsabilité des Préfets de département. Les protocoles signés entre ces derniers et l'Agence Régionale de Santé prévoient que les Préfets peuvent solliciter l'avis de l'Agence Régionale de Santé sur un plan de défense et de sécurité ainsi que sa contribution pour l'élaborer.

La planification de défense et de sécurité doit, au-delà des risques généraux, prendre en compte les risques majeurs de chacun des départements.

Des risques spécifiques à la région identifiés :

Le risque d'inondation figure au premier plan des risques naturels eu égard aux crues de la Loire et de certains de ses affluents. Ainsi, les zones inondables concernent plus de 300 000 personnes directement exposées.

S'agissant des **risques technologiques**, la région Centre, qui est la 5^{ème} région la plus industrialisée de France, compte actuellement 69 installations SEVESO, c'est-à-dire présentant des risques majeurs. Ces installations se situent notamment dans les secteurs de la pyrotechnie, de la logistique, du stockage de produits phytosanitaires, d'engrais, de liquides inflammables, de la chimie et des stockages souterrains de gaz.

En outre, **4 centrales nucléaires** sont implantées sur son territoire, à Belleville dans le Cher, à Dampierre en Burly dans le Loiret, à St Laurent des Eaux dans le Loir et Cher et à Chinon en Indre et Loire.

Par ailleurs, la position géographique de la région Centre en fait un carrefour important pour les transports avec de nombreuses voies de communication routières et ferroviaires, supportant un transit de marchandises dense, et avec une gare ferroviaire de triage parmi les plus importantes du territoire national. De ce fait, les risques liés au transport, notamment de matières dangereuses, ne sont pas négligeables.

Enfin, la région comporte également un grand barrage, le barrage d'Eguzon construit sur la Creuse et situé dans le département de l'Indre.

Des risques sanitaires non liés à des caractéristiques régionales :

Il convient de tenir compte de la survenue potentielle d'épidémies, provoquées par des maladies émergentes ou ré-émergentes. Le dispositif de veille et d'alerte régionalisé mis en place à l'ARS a vocation à en permettre la détection précoce.

Par ailleurs, les conséquences sanitaires d'évènements climatiques ou d'actes terroristes entrent également dans le champ de la planification de défense et de sécurité.

Les actions à mettre en œuvre pour améliorer le dispositif organisationnel doivent intégrer les difficultés liées aux spécificités de la préparation à la gestion de crise, à savoir :

- développer des actions transversales.
- faire prendre conscience que ce domaine est l'affaire de tous et ne relève pas seulement de quelques experts.
- réussir à convaincre les interlocuteurs, le plus souvent préoccupés par la gestion des affaires courantes à accepter de prendre du temps pour travailler sur des scénarii dont la probabilité d'occurrence est faible, voire très faible.
- dépasser les réactions d'évitement des acteurs potentiels de la crise provoquées par des mises en situation entraînant une perte des repères et suscitant un malaise.

C'est pourquoi, un effort particulier reste nécessaire pour développer la culture de gestion de crise. Ceci est particulièrement important au sein d'une structure comme l'ARS qui, lors de sa création, a rassemblé des personnels venant d'horizons différents, dont certains éloignés des problématiques de gestion de crise.

ACTIONS A MENER :

⇒ En matière organisationnelle, consolider les cellules d'appui à la gestion de crise :

Ces cellules ont été créées, tant au niveau du siège de l'ARS que de chaque Délégation Territoriale, pour être activées dès lors qu'une situation exceptionnelle à laquelle se trouvent confrontées les autorités ne peut être gérée en mode de fonctionnement normal. Leurs moyens doivent être fiabilisés, notamment en ce qui concerne la logistique.

Les procédures de mobilisation des cellules d'appui ainsi que les procédures de liaison avec le représentant de l'ARS dans les cellules de gestion de crise des préfectures, à savoir les centres opérationnels départementaux (COD), seront professionnalisés à la faveur d'exercices et ajustées en fonction des enseignements tirés.

Les bases de données comportant les coordonnées permettant de communiquer en urgence avec les professionnels de santé doivent être améliorées et complétées. En outre, le dispositif d'alerte de ces professionnels doit être renforcé. Enfin, un système d'information géographique pour aider à la préparation et à la gestion d'une crise sous l'angle sanitaire doit être élaboré.

⇒ En matière de planification, poursuivre la révision des volets sanitaires des plans et procédures :

En effet, cette révision se révèle nécessaire pour :

- Intégrer l'évolution doctrinale récente visant à privilégier des plans génériques adaptables à différents types de situation, tels qu'un plan de vaccination massive ou un plan de distribution de produits de santé à une population importante.
- Parvenir à une meilleure prise en compte des risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (NRBC).
- Harmoniser dans le cadre régional les orientations relatives à la révision des volets sanitaires des plans départementaux dans un souci de cohérence.
- Procéder aux ajustements résultant de la modification des périmètres d'action entraînée par la révision générale des politiques publiques.
- Réaliser les volets sanitaires destinés à compléter la panoplie des plans.

Ce **travail de révision** qui vient d'être effectué sur les volets sanitaires des plans canicule va porter plus spécifiquement sur ceux des plans pandémie grippale, iode, NRBC, en fonction des orientations émanant du ministère chargé de la santé, des préfets de zone et de département.

De plus, l'ARS est amenée à réviser les fiches décrivant les actions concernant le champ sanitaire du plan ORSEC et de ses divers composantes (ORSEC dispositions générales, ORSEC-Nombreuses victimes, ORSEC-Plan particulier d'intervention pour chaque installation à risque, ORSEC-Inondation...) placés sous la responsabilité des préfets de département.

⇒ **Sensibiliser et former à la culture de gestion de crise :**

Des séances de sensibilisation et de formation sont prévues pour les personnels de l'ARS, au moyen notamment de mises en situation.

Par ailleurs, des formations sont menées avec le concours de l'ARS zonale au profit des personnels hospitaliers de la région Centre dans le domaine NRBC.

Enfin, l'ARS va s'attacher en outre à **renforcer la préparation des établissements de santé à faire face à des situations de catastrophes** dans le cadre de démarches d'inspection et de contrôle spécifiques et d'un suivi de l'élaboration des plans blancs d'établissement ainsi que des exercices destinés à les tester.

1.2.6 DEVELOPPER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION SUR LA VEILLE ET LA SECURITE SANITAIRES

Compte tenu de la récente mise en place de l'ARS du Centre, son rôle, ses missions en termes de veille et sécurité sanitaires ainsi que son champ d'intervention sont encore méconnus. Toutefois, il est important de rappeler que la communication en cas de crise relève de la responsabilité des Préfets de département.

Le passage encore récent d'organisations départementales à une harmonisation régionale des pratiques, explique également la méconnaissance des circuits de signalement d'une part et du fonctionnement de la veille sanitaire d'autre part (notamment les astreintes 24h/24, les partenaires identifiés, les expertises métiers de l'Agence...). Parallèlement, l'appropriation des problématiques sanitaires par les médias se développe.

La communication de crise peut se distinguer en deux catégories:

- la communication directement utile pendant la gestion de la crise (alertes, consignes, communication de coordination des opérations) destinée à réduire les impacts directs de la crise,
- la communication régulière envers le grand public et les partenaires externes visant à les informer et à les sensibiliser sur le champ de la sécurité sanitaire et ses enjeux.

ACTIONS A MENER

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

- Développer des stratégies de communication en lien avec les services déconcentrés de l'Etat (qui fait quoi en situation de crise) et les établissements de santé et médico-sociaux. Il s'agit d'harmoniser les pratiques, d'identifier selon l'urgence sanitaire et l'impact, qui communique : l'établissement, le service déconcentré de l'Etat ou l'autorité sanitaire que l'Agence Régionale de Santé représente, ou encore une communication à deux voix. Aujourd'hui il est primordial, au cours de la gestion de crise, de fiabiliser la communication et de définir des éléments de langage, en créant notamment des liens forts avec les services de l'Etat et les établissements.

- Développer des outils permettant une information rapide des partenaires (professionnels de santé et populations à risques). Les outils à déployer devront être performants et fiables notamment en matière de sécurité de l'information.

⇒ **Développer la communication avec les partenaires externes et le grand public**

- Renforcer les liens avec les relais territoriaux (Collectivités territoriales, Unions Régionales des Professionnels de Santé...).
- Identifier ces relais.
- Définir une approche afin de leur présenter la veille sanitaire.

⇒ **Développer des outils de sensibilisation des professionnels de santé à la gestion des alertes et des urgences sanitaires :**

Le développement de la communication avec les partenaires passe également par la mise en place d'outils de sensibilisation. En effet, il semble nécessaire d'expliquer la veille et la gestion des alertes et des urgences sanitaires ainsi que les missions de l'Agence Régionale de Santé et l'expertise qu'elle peut apporter aux professionnels de santé et autres partenaires extérieurs.

⇒ **Informier et sensibiliser le grand public au champ de la sécurité sanitaire :**

Ceci passe notamment par des intermédiaires que sont les médias et les professionnels de santé déjà sollicités lors des campagnes de communication nationales (réalisées par le Ministère en charge de la santé ou l'INPES...) et régionales de prévention et de promotion de la santé. Des échanges d'information doivent être entretenus de façon permanente avec ces relais.

VOLET PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

1.1 ETAT DES LIEUX

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, l'ARS s'est substituée à 7 structures dont le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)². Elle dispose ainsi d'éléments de bilans et d'analyses sur ce champ d'intervention dont il est nécessaire de tenir compte pour définir et mener à bien les objectifs du présent schéma de prévention.

1.1.1 EVALUATION DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE 2006-2010

Les conclusions de l'évaluation intermédiaire du Plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2010 en 2009³ faisaient état de plusieurs recommandations pour la conduite du futur schéma régional de prévention :

- Mener un diagnostic préalable de manière partagée et concertée avec l'ensemble des acteurs
- Définir des priorités régionales ciblées, hiérarchisées et légitimes au regard de la situation régionale et de la perception du problème par la population
- Poursuivre et ancrer l'approche globale de la santé
- Identifier des moyens au service des objectifs
- Poursuivre la territorialisation de la politique régionale de santé
- Favoriser explicitement les démarches partenariales.

1.1.2 LE BILAN DE L'OFFRE

Dans le cadre des travaux préparatoires au Plan Stratégique Régional de Santé 2012-2016 (PSRS), un bilan de l'offre en prévention et promotion de la santé a été réalisé⁴. Ce bilan rappelle en préalable que le domaine de la prévention et promotion de la santé recouvre un périmètre très large, faisant appel à de multiples acteurs, de nature juridique et institutionnelle très variée (établissement et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, opérateurs associatifs, collectivités, assurance maladie, etc).

Compte tenu de la diversité d'acteurs, les données de bilan restent encore partielles. A un panel de promoteurs relativement étoffé dans le Loiret et l'Indre et Loire, s'oppose une offre concentrée sur quelques associations et structures dans les autres départements en 2011. Il s'y ajoute une vision globale incomplète des actions territorialisées réalisées par cet ensemble d'acteurs. L'offre en prévention et promotion de la santé est donc confrontée à une nécessaire réorganisation et une exigence de coordination.

1.1.3 LE BILAN DE LA CAMPAGNE 2010 DE CONVENTIONNEMENT DES OPERATEURS EN SANTE PUBLIQUE

Les financements accordés par l'ARS du Centre dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé ont été octroyés à l'issue d'un appel à projet régional, établi sur la base d'un cahier des charges, présentant par thématique de santé publique les axes prioritaires à mettre en œuvre. Chaque dossier retenu et financé fait l'objet d'un conventionnement entre l'ARS et le promoteur de ce dossier.

Les domaines d'action retenus pour l'année 2010 étaient les suivants :

- l'accès aux soins
- les addictions
- l'éducation pour la santé
- les maladies chroniques
- la nutrition
- les maladies transmissibles

² Article 129 de la Loi HPST du 21 juillet 2009

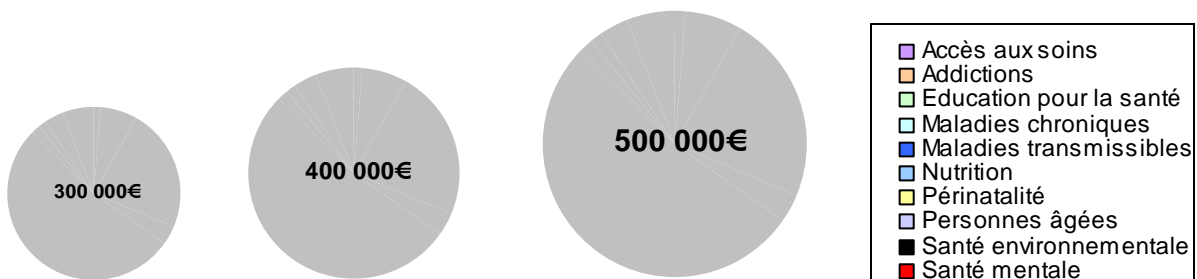
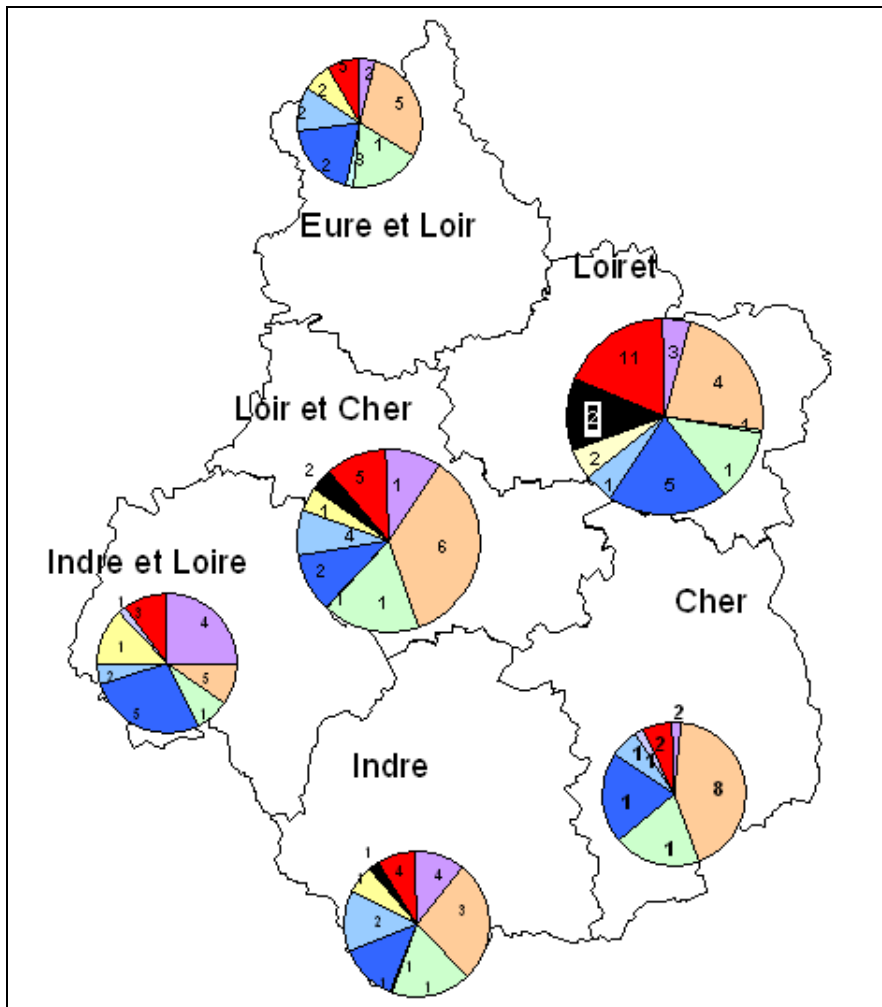
³ Rapport évaluation intermédiaire du PRSP de la région Centre – juillet 2009

⁴ Document « diagnostic de l'offre » - octobre 2010 – ARS du Centre

- la périnatalité
- la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
- la santé environnementale
- la santé mentale.

Au final, en 2010, 75 promoteurs ont été retenus par l'ARS pour mener des actions de prévention et de promotion de la santé dans les territoires de la région.

Cartographie des financements accordés par l'ARS à l'issue de l'appel à projet 2010



Remarque :

- La taille des cercles est proportionnelle au volume total de financements octroyés dans le département.
- Les chiffres indiqués dans chaque portion des cercles représentent le nombre d'opérateurs de prévention destinataires des fonds octroyés

1.2 LES PRINCIPAUX DEFIS

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) a rappelé les faits marquants de l'état de santé des habitants de la région Centre. Beaucoup de ces faits marquants constituent autant de défis que le schéma de prévention doit relever.

1.2.1 LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

Les inégalités sociales de santé s'expriment par des différences d'état de santé mesurables entre les groupes sociaux. En outre, les inégalités territoriales de santé renforcent les inégalités sociales⁵ d'une part en raison d'une exposition variable à des déterminants naturels (climat, géographie, eau, air, etc) en fonction des territoires, et d'autre part en raison d'un développement variable des infrastructures et des activités développées.

Le rapport sur les inégalités cantonales de santé élaboré par l'ORS du Centre constitue une base objective permettant de mesurer l'écart entre les territoires de la région, et donc entre les populations qui les composent.

Une typologie en **5 classes** a été retenue :

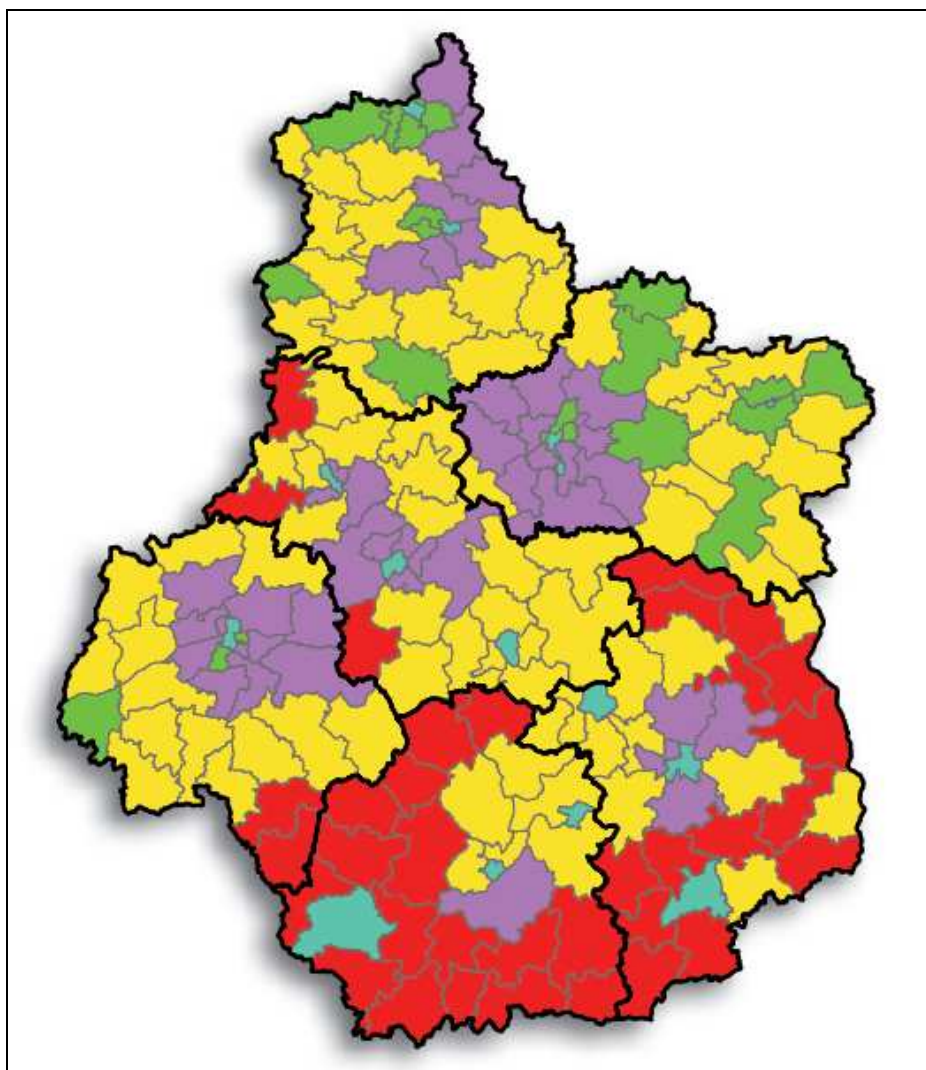
- **Classe A** : Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante
- **Classe B** : Villes-centres, forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, très bonne offre de soins
- **Classe C** : Cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD, en sous-mortalité générale, bien équipés en services hospitaliers
- **Classe D** : Cantons avec une faible offre de soins, en surmortalité par morts violentes
- **Classe E** : Cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins

L'analyse globale des indicateurs au travers cette typologie en 5 classes met particulièrement en évidence les inégalités suivantes :

- le sud de la région avec des cantons ruraux, en surmortalité et avec une faible offre de soins ;
- les cantons urbanisés et denses sur l'axe ligérien et au nord-est de la région, alliant des populations favorisées et précaires, en sous-mortalité générale mais en surmortalité prématurée, avec une bonne offre de soins ;
- les cantons périurbains plutôt favorisés en sous-mortalité générale (et prématurée pour certains). Un contraste existe tout de même entre ces cantons. En effet, toutes les villes-centres ne sont pas entourées de cantons favorisés. C'est le cas de Romorantin-Lanthenay, Vierzon et Issoudun, villes dont les banlieues sont plutôt en situation défavorable..

La typologie cantonale : une représentation des inégalités sociales et territoriales de santé

Source : « les inégalités cantonales de santé en région Centre :
une répartition territoriale des déterminants de santé » - ORS du Centre - 2010



Résultats de la typologie en 5 classes après consolidation			
	Nombre de cantons après consolidation	Nombre d'habitants au RP 2006	% de la population au RP 2006
■ Classe A	42	664 124	26,3%
■ Classe B	14	611 180	24,3%
■ Classe C	21	380 414	15,1%
■ Classe D	73	645 800	25,6%
■ Classe E	35	218 049	8,7%
Ensemble	185	2 519 567	100%

1.2.2 LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES

Les maladies chroniques définies par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, une ancienneté de plusieurs mois ont un retentissement sur la vie quotidienne. En effet ces maladies sont longues, évolutives, souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves.

Touchant près de 15 millions de personnes en France, les maladies chroniques constituent un véritable défi pour le système de santé au niveau de la prévention et de l'organisation des soins. En 2011, à partir de la définition retenue par le Haut Conseil de la Santé Publique et en appliquant les estimations nationales (20% de la population française seraient concernés par une maladie chronique) 500 000 malades chroniques vivent en région Centre.

Du fait de certaines caractéristiques de la région Centre comme son étendue, sa population à prédominance âgée (près de 10% de la population a plus de 75 ans), des inégalités sociales et territoriales marquées, adossées à une pénurie chronique et s'aggravant des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, la prévention, la prise en charge et l'éducation thérapeutique des malades chroniques sont un véritable défi si l'on veut aller vers une espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire une vie sans handicap la plus longue possible.

Relever le défi du développement des maladies chroniques c'est œuvrer au plus près des comportements, nutrition, activités physiques et sportives, tabac, alcool ; mais aussi favoriser une coordination de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des malades chroniques tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social et, au-delà de ces professionnels, une implication forte des malades eux-mêmes et des associations qui les représentent et les soutiennent.

1.3 LES PRIORITES EN MATIERE DE PREVENTION

1.3.1 RENFORCER LES STRATEGIES DE DEPISTAGE

Augmenter le nombre de **dépistages du cancer (sein, colorectal plus particulièrement)**, mais aussi de la **tuberculose, des infections sexuellement transmissibles, des troubles du développement de l'enfant et des maladies chroniques** est une priorité en région Centre.

En effet, le dépistage permet grâce à un diagnostic précoce d'avoir accès à un traitement au premier stade des maladies et d'avoir ainsi de plus grandes chances de guérison ou de bénéficier de solutions de compensation adaptées permettant de limiter les conséquences ou les complications associées.

Concernant le dépistage des cancers du sein et colorectal

Le Plan Stratégique Régional de Santé en région Centre a inscrit un objectif de réduction de l'incidence et de la prévalence des cancers.

En région Centre, les cancers étaient la 2^{ème} cause de décès après les maladies cardiovasculaires, avec 6 700 décès annuels pour la période 2000-2007, soit 28% des décès, dont la majorité était masculine (61%). L'analyse de la mortalité par territoire démontre des disparités importantes entre départements avec notamment une concentration de valeurs élevées, concernant le taux comparatif de mortalité, sur le sud de la région et plus particulièrement dans le Cher. Par ailleurs, l'analyse des données de mortalité prématurée (avant 65 ans) évitable montre que les cancers sont la première cause de décès prématuré, tant chez les femmes (47% des décès chez les moins de 65 ans), que chez les hommes (39,4% des décès chez les moins de 65 ans).

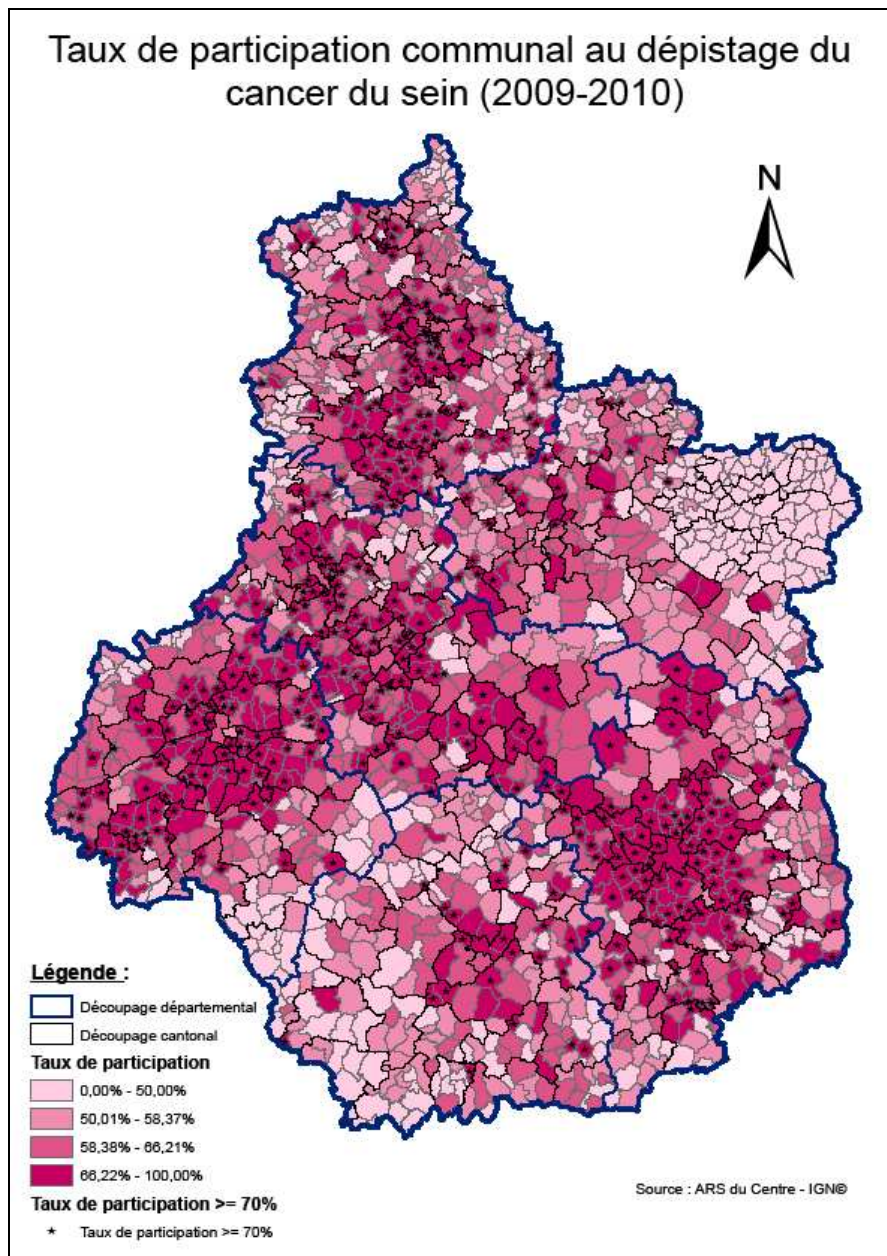
Les programmes de dépistage organisés des cancers du sein et colo rectal sont généralisés à l'ensemble des départements français. En effet, ces cancers sont à la fois les plus fréquents et les plus accessibles au dépistage en 2011. L'efficacité de ces dépistages repose notamment sur un taux de participation le plus large possible.

En dehors de ces deux priorités de dépistage organisé, l'ARS suivra avec attention les résultats d'expérimentation sur trois dépistages de cancers suivis des orientations nationales pour leur mise en place. Ces expérimentations en cours concernent, d'une part, les cancers buccaux en Indre et Loire, d'autre part, les cancers cutanés dans d'autres régions, et enfin, le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus en Indre et Loire et dans le Cher.

Pour le dépistage du cancer du sein, l'objectif de l'ARS en région Centre est d'atteindre en 2013 un « taux de participation de la population féminine de 50 à 74 ans » égal à 70 %, conformément aux recommandations de l'Institut National du Cancer (Inca).

A l'issue de la campagne 2008/2009, ce taux régional était de 60,1 % (données validées par l'InVS). La situation de cet indicateur demeure différente selon les départements, notamment en raison de leur date d'entrée effective dans le dépistage organisé, et au sein même d'un département, selon les communes et cantons.

La cartographie régionale sur le dépistage des cancers du sein 2009-2010, ci-après, témoigne de ces contrastes. Elle montre à la fois des circonscriptions géographiques plutôt denses en taux de participation, mais pointe également les zones où ces efforts doivent être concentrés comme dans le département de l'Indre, mais également de la frange nord/est du Loiret. Son objectif est de cibler les territoires où les actions d'incitation au dépistage organisé doivent être intensifiées.



S'agissant du cancer colorectal, celui-ci représente la 3^{ème} localisation la plus fréquente chez les hommes et la 2^{ème} chez les femmes. Il est également au 2^{ème} rang des décès par cancer. Avec environ 1700 nouveaux cas et 800 décès par an, la région Centre est proche de la moyenne française pour l'incidence et les décès.

En région Centre, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal était de 39,2% en 2009, et visé à 45% en 2010.

Pour le dépistage organisé du cancer colorectal, l'objectif de l'ARS du Centre est d'atteindre un taux de participation de 53% en 2013.

Concernant le dépistage de la tuberculose

En France métropolitaine, le nombre de cas déclarés de tuberculose décroît de manière régulière depuis plus de 50 ans, passant, selon les données de l'InVS, de 31 167 en 1972 à 5146 en 2009. Pourtant, le taux de déclaration reste très élevé dans plusieurs groupes de population notamment les populations dont les conditions socio-économiques sont les plus défavorables.

En 2009, le taux de déclaration pour la France métropolitaine, était de 8,3/100 000 habitants, en région Centre avec 7,7 cas / 100 000 habitants, ce taux est légèrement plus faible. Cependant, la proximité du Loiret et d'Eure et Loir avec l'Île de France, qui est une région à incidence forte, constitue un risque d'évolution défavorable du nombre de cas de tuberculose en région Centre.

Concernant le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Leur surveillance dans le cadre du réseau RésIST confirme l'augmentation des infections à gonocoque entre 2008 et 2009 sur l'ensemble des régions, à la fois pour les populations hétérosexuelles et homosexuelles.

Alors que le nombre de cas de syphilis déclarés a d'abord augmenté en 2007 puis diminué en 2009 et 2010, les tendances observées pourraient être le reflet d'un ralentissement de la transmission ou la conséquence d'un défaut de diagnostic.

Parallèlement, le nombre de diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 19 % chez l'homme et de 25 % chez la femme entre 2008 et 2009 au sein des 56 laboratoires qui participent régulièrement à cette surveillance depuis 2007 en France. Cette évolution est principalement due à la progression du dépistage des personnes asymptomatiques dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). L'augmentation du nombre de diagnostics étant essentiellement liée à la progression du dépistage de patients asymptomatiques, on ne peut conclure qu'il s'agisse d'une plus grande diffusion de l'infection à *Chlamydia trachomatis* en France.

Pour le VIH, en 2009, le résultat était de 1,9 test positif pour 1000 tests effectués la région Centre, soit la deuxième région métropolitaine sur cet indicateur après l'Île de France (4,5 tests positifs pour 1000) et avant la région PACA (1,5 test pour 1000 tests).

Concernant le dépistage des maladies chroniques

Compte-tenu de leur progression rapide, notamment liée au vieillissement de la population, les maladies chroniques constituent un défi. La prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques est souvent complexe et nécessite une succession d'interventions multiples, dont le dépistage constitue une étape déterminante.

Concernant le dépistage des troubles du développement de l'enfant

D'une part, le repérage et la prise en charge précoces des troubles du langage chez l'enfant constituent une priorité de santé publique depuis 2001 avec la mise en place d'un plan interministériel (Santé, Éducation Nationale). L'intérêt de dépister et d'orienter précocement les enfants déficitaires ou troublés dans leur développement cognitif et langagier est majoritairement reconnu pour prévenir les conséquences dramatiques d'un dépistage trop tardif (risque d'échec scolaire, d'illettrisme, de marginalisation) et de permettre plus précocement des actions médicales, de diagnostic et d'élaboration de projets thérapeutiques.

D'autre part, le repérage et la prise en charge précoces des troubles de la surdité constituent également un volet important des dépistages à conduire.

L'ensemble des actions à conduire est détaillé dans le Schéma régional d'organisation médico-sociale.

OBJECTIFS	Actions à mener
Renforcer le dépistage des cancers du sein et colorectal	Conforter le pilotage régional des structures de gestion des dépistages organisés, l'harmonisation des pratiques et la mutualisation des moyens : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre les travaux réalisés dans le cadre du Comité technique opérationnel régional des structures de dépistage ▪ Poursuivre la mise en place du site internet régional sur le site de l'ARS ▪ Poursuivre les analyses de taux de participation infra territoriaux ▪ Promouvoir une base de données régionale des dépistages organisés et la mutualisation des actions de support
	Accompagner les structures de gestion des dépistages organisés des cancers sur la communication et l'information grand public
	Mettre en réseaux les centres de radiologie et les structures départementales de gestion des cancers dans le cadre du programme de télémédecine et du plan d'actions de développement des systèmes d'information en santé.
	Définir et mettre en œuvre une stratégie optimale de repérage et de suivi des personnes à risques
	Evaluer la possibilité de la mise en œuvre d'un dispositif de type « Mammobile »
Renforcer le dépistage de la tuberculose	Conforter l'information des médecins libéraux en matière de procédures de dépistage et de prévention de la tuberculose
	Améliorer leur connaissance concernant les structures de lutte contre cette pathologie
Poursuivre le dépistage des IST	Organiser le rapprochement des structures de dépistage et d'information (CDAG et CIDDIST) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ en optimisant le maillage territorial de ces structures ▪ en couplant les vaccinations au dépistage des IST (notamment en ce qui concerne l'hépatite B)
	Améliorer la précocité du dépistage du VIH <ul style="list-style-type: none"> ▪ en accompagnant la mise en place des tests de dépistage rapide (TROD) parmi les personnes appartenant aux populations à risque ▪ en sensibilisant les professionnels à l'obligation de dépister les personnes à faible risque apparent
Mieux dépister les maladies chroniques	Favoriser le renforcement des stratégies de dépistage de ces pathologies dans la pratique régulière des médecins généralistes
	Organiser des campagnes spécifiques de dépistage: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépister et repérer les sujets à risque d'hypertension artérielle (HTA) ▪ Organiser, en coopération avec les ophtalmologues, le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie (fixe voire itinérant), ▪ Organiser chez les diabétiques l'accès à l'ophtalmologue et au pédicure au moins une fois par an (« Bon pied, Bon œil »), ▪ Organiser le dépistage du surpoids et de l'obésité des femmes ayant un projet de grossesse et des femmes enceintes.

1.3.2 PROMOUVOIR LES VACCINATIONS

Le progrès de la vaccination et des traitements antibiotiques et antiviraux ont permis de faire reculer la mortalité et la morbidité des maladies infectieuses. Sur la période 2003-2007, les maladies infectieuses ont tué par an près de 10 000 personnes France entière et environ 400 personnes en région Centre.

Elles constituent encore une importante cause de morbidité avec notamment des problématiques nouvelles et préoccupantes : l'émergence de nouvelles infections, les risques de pandémie, le risque de bioterrorisme, la résurgence d'infections connues, la résistance de certaines bactéries aux antibiotiques, les infections nosocomiales....

Les épidémies saisonnières (grippe, gastroentérites...) ont, malgré une morbidité généralement peu sévère, un coût économique important. Parallèlement l'augmentation de la fréquence des voyages à l'étranger expose les voyageurs à un environnement infectieux inhabituel, demandant des mesures de prévention individuelle adaptées. Ainsi l'explosion de la circulation à l'échelle planétaire des hommes et des biens favorise la dissémination d'infections émergentes. Le cas de l'épidémie de rougeole avec 18 000 cas déclarés en janvier 2008 et septembre 2011 en est une illustration.

L'objectif est donc d'améliorer la couverture vaccinale des populations notamment en restaurant la confiance de la population.

S'agissant plus particulièrement de la couverture vaccinale des enfants de 24 mois, l'objectif est d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 95,5% en 2013 (valeur 2009 : 90,1%)

OBJECTIF	Actions à mener
Promouvoir les vaccinations	Développer des actions d'information visant à promouvoir les vaccinations et le rattrapage vaccinal auprès de la population générale selon les recommandations du calendrier vaccinal
	Développer des actions d'information et de sensibilisation spécifiques en direction des professionnels de santé s'agissant de leur propre vaccination Les équipes opérationnelles d'hygiène et des comités de lutte contre les infections nosocomiales pourront utilement être mobilisées.
	Développer des actions d'information et de sensibilisation spécifiques en direction des futurs et jeunes parents, et des professionnels de santé s'agissant de la vaccination des enfants
	Promouvoir spécifiquement la vaccination contre les hépatites <ul style="list-style-type: none">▪ auprès des adolescents 11 / 15 ans▪ des populations à risque (précaires, migrants, usagers de drogues,...).
	Développer des outils d'évaluation de la couverture vaccinale

1.3.3 AGIR SUR LES COMPORTEMENTS

Concernant les addictions avec ou sans substance

Les comportements à risque s'observent lorsqu'une personne met sa santé, sa situation sociale ou sa vie en danger. Cela est souvent révélateur d'un mal-être. Une conduite à risque est parfois vécue comme un moyen de conquérir une place dans un groupe ou dans la société. Ces conduites à risque peuvent engendrer des addictions.

Les addictions sont caractérisées par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement qui vise à procurer du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, en dépit de la connaissance des conséquences négatives dues à ce comportement. Les addictions sont principalement liées à l'usage de substances psycho-actives (tabac, alcool, médicaments, cannabis,...) mais il existe aussi des addictions sans substance dites comportementales comme certains troubles des conduites alimentaires (boulimie, anorexie,...), le jeu pathologique, les cyberaddictions et d'autres troubles du comportement (troubles compulsifs obsessionnels par exemple). Les addictions s'étendent de l'usage à risque à la dépendance - qui ne les résume pas - en passant par l'usage nocif du produit ou de l'expérience addictive.

En région Centre, les consommations de produits licites ou illicites, et les conduites addictives avec ou sans substance, représentent un poids important en termes de mortalité et de morbidité.

La consommation de **tabac** est en augmentation régulière en région Centre, et environ 3450 décès en moyenne par an sont imputables au tabac. Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent la 1^{ère} cause de mortalité par cancer de la région (environ 1 100 décès par an).

L'alcool est responsable d'environ 960 décès par an en moyenne en région Centre. Les nouveaux phénomènes de consommation d'alcool, comme le « binge drinking » chez les jeunes et les adolescents est aussi en hausse constante dans la région. L'alcool est impliqué dans un grand nombre d'autres problèmes : syndrome d'alcoolisation fœtale, maladies de l'appareil circulatoire, troubles psychiques, suicides, accidents, violences envers autrui notamment conjugales, etc...

La consommation de produits illicites ou détournés de leur usage a été marquée ces dernières années par une évolution des modalités de consommation (diminution de l'injection, apparition de drogues de synthèse, développement de la polyconsommation).

En matière de prévention et de lutte contre les addictions, l'offre de prévention complète d'autres offres de santé (médico-sociale, ambulatoire et hospitalière) et de politiques menées par divers partenaires : Cohésion sociale, Education Nationale, Sécurité routière, lutte contre la délinquance. Par ailleurs, le dispositif « Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie » (MILDT) est géré au plan local par les Préfets de département, avec une articulation régionale assurée par le Préfet de région.

S'agissant des actions à conduire en prévention et promotion de la santé dans le champ des addictions, l'ARS accordera une priorité à celles visant les déterminants tabac et alcool, considérant leur poids en termes d'impact sur les données de mortalité et de morbidité.

Concernant la promotion d'une alimentation saine et une activité physique et sportive

Une alimentation inadéquate couplée à une insuffisance d'activité physique est un déterminant majeur des principales maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et l'obésité⁶. Par ailleurs, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque reconnus de plusieurs cancers et sont également des facteurs de risque de survenue d'une récurrence ou d'un second cancer. 15 à 20 % des morts par cancer peuvent être attribuées au surpoids et à l'obésité⁷.

En région Centre, les adultes⁸ présentent une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale (14,5%) avec un taux de 17,7%.

En France, un recul de la surcharge pondérale et de l'obésité des enfants⁹ entre 1999/2000 et 2005/2006 coïncidant avec la mise en place du Programme national nutrition santé (PNNS). En région Centre, la diminution de la prévalence est également visible entre les deux périodes mais uniquement pour le surpoids, la prévalence de l'obésité restant stable. La diminution de la prévalence du surpoids en région (-0.3%) reste cependant inférieure à celle observée France entière (-2.3%). Elle reste néanmoins à 11 % de surpoids dont 3 % d'obésité en 2010.

Les objectifs de l'ARS sont d'atteindre en 2013 un objectif de 10,6 % d'enfants atteints de surpoids et d'obésité, dont 7,8 % de surpoids et 2,8 % d'obésité.

A ce titre, il faut rappeler que le Plan Obésité (PO) 2010-2013 précise l'organisation du dépistage, la modalité de prise en charge des patients obèses et de leur suivi.

Par ailleurs, le Baromètre Santé Nutrition 2008 a permis d'identifier un sous-groupe de personnes en situation d'insécurité alimentaire, c'est-à-dire qui déclarent « souvent » ou « parfois » de ne pas avoir assez à manger dans leur foyer (insécurité alimentaire quantitative) ou pas toujours les aliments souhaités (insécurité alimentaire qualitative). Différentes études menées dans les territoires de la région Centre, relatives aux habitudes alimentaires des bénéficiaires d'épicerie sociale confirment les éléments mis en évidence au niveau national.

Les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique sont socialement déterminés, et non pas seulement « individuels ». C'est ainsi qu'il convient d'orienter les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel tant vers les comportements des individus (causes proximales) que le contexte dans lequel les comportements s'insèrent (causes fondamentales).

Chez les personnes âgées, la prévalence de la dénutrition en établissements de court séjour est de 60%¹⁰ et, la prévalence de la dénutrition en maison de retraite est de 45%¹¹. La dénutrition est à l'origine d'une augmentation de la morbidité, de la mortalité et d'une dégradation de la qualité de vie et est aussi un facteur de perte de chance pour les personnes malades.

⁶ Programme national nutrition santé 3 (2011-2015)

⁷ Calle E, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ, Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. N Engl. J. Med. 2003; 348 (17): 1625-1638.

⁸ Etude « Obepi roche » 2009

⁹ Enquête du cycle triennal de la DREES auprès des enfants de dernière année de maternelle – année scolaire 2005-2006

¹⁰ Enquête AHPH (2003)

¹¹ Desport JC et al. Nutrition clinique et métabolisme, mai 2010

Concernant la santé sexuelle et reproductive

Le déterminant « santé sexuelle et reproductive » recouvre un large périmètre qui, dans un contexte contemporain, implique d'aborder ce sujet sous divers programmes, auprès de la population féminine et masculine.

Les politiques publiques traitent, dans ce cadre, l'ensemble des questions relatives à la planification familiale. Cette dernière recouvre l'ensemble des mesures de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG), en favorisant l'accès à l'information et à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à la contraception d'urgence et à l'IVG. La population féminine représente ici une cible prioritaire, dans la mesure où, pour l'OMS « la capacité d'une femme à espacer et à limiter ses grossesses a un impact direct sur sa santé et son bien-être ainsi que sur l'issue de chaque grossesse ».

Au vu du diagnostic de l'état de santé de la population réalisé en région Centre, les actions menées doivent contribuer à la diminution du nombre de grossesses non désirées, en particulier chez les mineures, et à améliorer l'accès et la prise en charge en matière d'IVG.

En outre, les questions d'information et d'éducation à la sexualité, très en lien avec la prévention des IST et du VIH, concernent la population masculine et féminine.

Les modalités de mise en œuvre des actions listées ci-après prendront en compte les résultats de l'enquête régionale sur « La santé des jeunes » menée à l'initiative du Conseil régional et en partenariat avec l'ARS auprès des lycéens au cours de l'année scolaire 2010/2011.

OBJECTIF	Actions à mener
Renforcer la lutte contre les addictions avec ou sans substance	Développer les actions de sensibilisation et d'éducation pour la santé auprès des populations cibles : jeunes, femmes enceintes, populations précaires, détenus, personnes en situation de handicap (dont handicap psychique)
	Développer le repérage précoce, l'intervention brève et l'orientation des personnes présentant une addiction
	Renforcer les actions de réduction des risques
	Développer les partenariats entre les secteurs ambulatoire, sanitaire, médicosocial et associatif de l'addictologie : <ul style="list-style-type: none">▪ Créer une Instance régionale de l'addictologie, représentative de l'ensemble des acteurs de l'addictologie afin de rendre plus efficace la lutte contre les addictions.▪ Définir des indicateurs d'activité communs aux différents acteurs de l'addictologie.▪ Promouvoir la mise en place d'un dispositif d'observation partagé des usages et des produits au sein de l'Instance régionale de l'addictologie.▪ Organiser une journée annuelle sur les échanges de pratiques inter-professionnelles en addictologie.▪ Promouvoir, auprès des centres de formation (faculté de médecine, de psychologie et de pharmacologie, Instituts de formation en soins infirmiers, écoles de sages-femmes,...) la réalisation de stages dans les structures d'addictologie de la filière hospitalière, des secteurs médico social et associatif.

	<p>Renforcer la formation et la recherche en addictologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer les compétences addictologiques dans la formation continue des médecins généralistes, des médecins scolaires, des médecins du travail, des professionnels paramédicaux ainsi que dans les plans de formation continue de professionnels non soignants tels que les travailleurs sociaux et les personnels au contact des populations à risque. ▪ Utiliser des référentiels validés par le niveau régional pour former à l'addictologie les professionnels ainsi que les acteurs de 1ère ligne. ▪ Promouvoir les formations et la recherche sur les addictions sans substance. ▪ Déterminer la typologie des personnes impliquées dans des accidents mortels de la circulation avec usage de substances psychoactives licites ou illicites et identifier les territoires connaissant un taux élevé d'accidents de la circulation impliquant ces substances, conjointement avec les services de la préfecture et de la sécurité routière, afin d'optimiser l'efficacité des mesures de prévention. ▪ Etablir un état des lieux régional des addictions chez les femmes enceintes.
--	---

OBJECTIF	Actions à mener
<p>Favoriser une alimentation saine et une activité physique et sportive</p>	<p>Développer les actions de sensibilisation sur les bonnes habitudes alimentaires et à la pratique régulière d'activité physique et sportive chez toutes les populations dont les enfants de 0 à 6 ans et les jeunes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les femmes sur les risques de surpoids et d'obésité dès la grossesse (lors de l'entretien prénatal précoce par exemple) ▪ Réaliser une semaine « manger, bouger » en écoles maternelles sur les territoires prioritaires repérés par l'étude de l'ORS sur les inégalités cantonales de santé (2010) ▪ Poursuivre l'action « suppression de la collation en école maternelle » ▪ Soutenir les actions d'éducation nutritionnelle dans les cantines ▪ Favoriser le développement d'actions sur la restauration scolaire par les Collectivités territoriales (amélioration de l'offre alimentaire, formation des personnels, actions éducatives...) ▪ Promouvoir l'opération « un fruit à la récré » dans les territoires signataires d'un Contrat Local de Santé ou de la Charte Ville active PNNS ▪ Encourager les actions de mobilité active (ex. pédibus) ▪ Soutenir les actions autour de la « nutrition à petit budget » auprès des jeunes adultes, scolarisés ou non ▪ Soutenir la conduite d'actions adaptées envers les personnes en situation de handicap <p>Développer la sensibilisation des parents au repérage précoce de l'obésité des enfants de moins de 6 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les parents à la surveillance de la courbe taille-poids afin de repérer l'apparition du rebond ▪ Renforcer les messages auprès des parents au cours des consultations en écoles maternelles par la PMI (3-4 ans) et par le service médical de l'académie à 6 ans <p>Poursuivre les actions visant à promouvoir l'allaitement maternel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Former les acteurs de santé sur les questions relatives à l'allaitement maternel ▪ Renforcer l'information sur l'allaitement maternel lors des consultations pré-conceptionnelles et de l'entretien prénatal précoce

	<p>Favoriser le repérage et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée, en établissement et à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser le public lors de la « Semaine bleue » ▪ Sensibiliser les personnes réalisant le portage de repas à domicile ▪ Elaborer une plaquette d'information pour les aidants naturels ou professionnels au repérage des signes liés à la dénutrition ▪ Diffuser les recommandations de l'HAS par des réunions sur les territoires en direction des EHPAD ▪ Favoriser l'échange de pratiques sur la prise en charge de la dénutrition dans le cadre du réseau régional des Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) <p>Favoriser l'activité physique adaptée auprès des personnes présentant une pathologie chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la création du réseau Sport-santé en région Centre ▪ Mener des actions de formations des éducateurs médico-sportifs sur l'adaptation des activités physiques et sportives aux pathologies chroniques ▪ Augmenter l'offre d'APA par la mise à disposition d'équipement et de créneaux horaires pour les associations ou fédérations sportives
	<p>Structurer la coordination régionale pour mettre en cohérence les différents plans nationaux et leur déclinaison régionale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituer une instance régionale chargée de coordonner la déclinaison régionale des différents plans nationaux, en s'appuyant sur le Comité Régional de l'Alimentation (CRALIM), auquel siègent l'ARS et les différentes institutions et partenaires. ▪ Créer un Comité technique régional, piloté par l'ARS, chargé de proposer les modalités opérationnelles de déclinaison des objectifs et actions en matière de nutrition et activité physique, d'analyser les besoins des territoires de proximité et de coordonner les priorités. Ce comité technique sera composé d'experts et d'acteurs de terrain.

OBJECTIF	Actions à mener
<p>Promouvoir la santé sexuelle et reproductive</p>	<p>Poursuivre et renforcer les actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes et des personnes en situation de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser des séances d'information à la sexualité, à la contraception et à l'IVG dans les établissements scolaires en particulier les collèges, lycées (y compris lycées privés, lycées agricoles ...) et les universités, ainsi qu'en milieu extrascolaire (missions locales, Bureau Information Jeunesse...) ▪ Sensibiliser les professionnels à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées et accompagner ces dernières dans ce domaine
	<p>Mettre en place des actions de prévention et de réduction des risques de transmission des infections sexuellement transmissibles auprès des publics suivants : jeunes, prostitués, usagers de drogues, personnes détenues.</p>
	<p>Repérer et prendre en charge les femmes enceintes victimes de violences conjugales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des formations pour orienter, accompagner et soutenir les femmes victimes de violences, des réunions d'information et des rencontres pour les médecins, sages femmes, établissements de santé, etc

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser aux professionnels la liste des structures susceptibles de prendre en charge ces personnes et le numéro vert de la plateforme santé régionale
	<p>Améliorer l'information et la préparation au projet de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer l'information sur les consultations pré-conceptionnelles auprès des médecins libéraux, sages-femmes libérales, hôpitaux... ▪ Mettre en place des actions d'information sur le projet de grossesse auprès des jeunes (missions locales, point info jeunesse, université...) ▪ Organiser des actions d'information du public sur le rôle et missions des sages-femmes
	<p>Promouvoir le développement de l'entretien prénatal précoce en région</p>
	<p>Faciliter l'accès à la contraception pour les mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etudier les modalités d'un partenariat renforcé avec le Conseil Régional, par exemple pour la mise en place d'un « Pass' contraception » en région ▪ Favoriser la mise en place de dispositifs expérimentaux avec les professionnels libéraux.
	<p>Développer le recours à la contraception d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la formation des médecins sur la contraception orale et la contraception d'urgence, notamment par le biais des formations médicales continues ▪ Améliorer l'information sur les textes en vigueur en matière de contraception d'urgence aux pharmaciens, aux médecins libéraux et sages-femmes, par la transmission, par exemple, de courriers, plaquettes et rappel du numéro de la plateforme téléphonique et de l'adresse MSN...
	<p>Améliorer la connaissance des femmes et des professionnels sur les dispositifs et modalités de prise en charge des IVG :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer l'information des professionnels de santé et autres professionnels (sociaux, médico-sociaux) autour des dispositifs existants, délais, méthodes de l'IVG ▪ Promouvoir le n° vert et l'adresse MSN de la plateforme « IVG-contraception »

1.3.4 AGIR SUR LES RISQUES SANITAIRES ENVIRONNEMENTAUX ET PROFESSIONNELS

Concernant l'environnement en santé

Agir sur l'environnement est essentiel afin de garder et de préserver sa santé. Dans ce cadre, le plan stratégique régional de santé a rappelé que les déterminants environnementaux, l'eau, l'air, le sol méritent une attention constante. C'est ainsi que les priorités du Plan Régional Santé-Environnement 2 (PRSE 2) ont été intégralement relayés dans le domaine « veille et sécurité sanitaires ».

L'ARS pilote ou copilote des actions du PRSE 2 adopté en décembre 2010, articulé autour de six thèmes majeurs :

- **Les produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques**¹² avec notamment la réduction de l'exposition des enfants et des femmes enceintes en âge de procréer aux substances les plus dangereuses.
- **L'habitat et l'air intérieur**¹³ avec la protection de la santé et de l'environnement des enfants et des personnes vulnérables, la connaissance et l'amélioration de la qualité de l'air intérieur, la lutte contre l'habitat indigne, et la limitation de l'impact du bruit dans les bâtiments.
- **Le transport et les particules**¹⁴ avec la réduction des émissions de particules du secteur domestique, et l'amélioration de la santé et du confort des usagers et des travailleurs du transport.
- **L'eau et les légionnelles**¹⁵ avec l'amélioration de la qualité de l'eau potable, la protection de manière efficace la ressource aux échelles des périmètres de protection et des aires d'alimentation de captage, et l'amélioration de la prévention de la survenue des cas de légionellose.
- **La réduction des expositions environnementales**¹⁶ pour ne pas être exposé à des facteurs de risques environnementaux.
- **La formation et information**¹⁷ en santé environnementale et sa promotion auprès des collectivités et grand public, mais aussi la formation continue en santé environnement travail des professionnels de santé.

S'agissant de la problématique spécifique des **pesticides** qui fait l'objet du plan **Ecophyto** piloté par la DRAAF, l'ARS s'associera en tant que de besoin à la sensibilisation des agriculteurs aux risques pour la santé humaine et aux précautions d'usage des produits phytosanitaires, mais aussi à la sensibilisation du grand public à la réduction de l'usage des produits phytosanitaires ainsi qu'aux bonnes pratiques phytosanitaires¹⁸.

En outre, compte-tenu de la problématique spécifique de la région face au **risque nucléaire** en raison de la présence sur le territoire régional de quatre centrales nucléaires, il est nécessaire de rappeler que le PRSE2 prévoit également une action¹⁹ visant à limiter l'impact sanitaire des installations nucléaires de base sur les travailleurs comme sur le public. Cette action relève de la responsabilité de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN).

¹² Fiches action 12 et 13 du PRSE 2

¹³ Fiches action 1 à 4 du PRSE 2

¹⁴ Fiches 6 à 10 du PRSE 2

¹⁵ Fiches 18, 19 et 21 du PRSE 2

¹⁶ Fiche 22 du PRSE 2

¹⁷ Fiches 14 et 15 du PRSE 2

¹⁸ Actions 4.2 et 4.3 du Plan Ecophyto

¹⁹ Fiche action 23 du PRSE 2

En complément des actions portées par le PSRE2, l'ARS retient également trois autres thèmes recouvrant :

- **Les risques liés aux UV naturels ou artificiels** qui sont à l'origine de cancers de la peau. Les cancers de la peau et en particulier les mélanomes sont en constante augmentation en France. Ils ont doublé en 10 ans. L'incidence actuelle est de 10/100 000, avec pour la région Centre de 250 à 300 nouveaux mélanomes par an.
- **L'exposition aux radiations ionisantes** liée à l'utilisation médicale de ces radiations à visée diagnostique et thérapeutique, mal documentée en particulier chez les enfants.
- **Les accidents de la vie courante** qui sont particulièrement importants chez les enfants de 0 à 4 ans et chez les personnes de plus de 65 ans.

Concernant les risques professionnels

S'agissant de la santé au travail, l'ARS s'associera en tant que de besoin à la mise en œuvre des objectifs définis par le Plan Régional Santé au Travail (PRST) 2010-2014 notamment par l'amélioration de la connaissance en santé au travail, la poursuite d'une politique active de prévention des risques professionnels et la promotion des démarches de prévention des entreprises.

Des actions relatives à la prévention des risques professionnels sont inscrites dans le Plan cancer et le Plan régional santé travail pour la prévention du risque CMR (Cancérogène, Mutagène et Reprotoxique). Les différents acteurs et partenaires sont amenés à travailler de concert et à déployer leurs compétences et moyens respectifs pour favoriser la mise en œuvre des mesures.

Les entreprises, principaux acteurs, doivent être sensibilisées à leur « empreinte santé » qui concerne la santé de leurs salariés ainsi que la santé des populations qui consomment les produits. Il s'agit là d'un enjeu pour les entreprises aussi important que de mesurer leur « empreinte écologique » ou leur « empreinte carbone ».

On estime à 95 000 le nombre de salariés exposés en région Centre à des produits CMR²⁰, soit 16% des salariés. Le risque chimique n'occasionne globalement que peu d'accidents du travail graves ou mortels. En revanche, il est à l'origine d'un nombre significatif de maladies. Par exemple, 4 à 8,5 % des cancers sont aujourd'hui suspectés d'avoir une origine professionnelle. La réduction de l'exposition des salariés à ces agents chimiques et l'amélioration de leur suivi médical au cours de leur activité et après (suivi post professionnel) est essentiel.

En particulier, le suivi post professionnel est ciblé par l'ARS pour les raisons suivantes:

- Lors de la cessation d'activité, ce domaine ne relève plus de la médecine du travail,
- La fréquence d'apparition de cancers en post professionnel en raison du délai entre l'exposition et la survenue des cancers,
- L'importance du nombre de personnes concernées et l'absence de suivi : environ 59 000 personnes de plus de 60 ans sur la région Centre. Environ 2250 dossiers de suivi post professionnels sont actuellement traités par les CPAM²¹. En 2002, le suivi post professionnel était très réduit en région Centre²².

Enfin, lorsque les expositions professionnelles n'ont pas été tracées, les patients présentant des cancers ont des difficultés à faire reconnaître l'origine professionnelle de leur pathologie.

²⁰ Enquête nationale SUMER 2003

²¹ Point réalité par les organismes d'assurance maladie au 15 octobre 2008

²² Cour des comptes 2002

Les actions de prévention mises en œuvre dans ce domaine s'inscrivent pour partie dans le cadre du **Plan Régional de Santé au Travail 2010 – 2014** applicable à la région Centre, dont l'un des enjeux est « d'assurer une meilleure coopération entre les acteurs régionaux de la prévention dans le respect de leurs attributions.

Concernant les accidents de la vie courante

Il convient de renforcer l'observation de ce phénomène, et de privilégier des actions spécifiques envers les 0-4 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans.

Concernant ces dernières, il y a lieu de favoriser la coopération et la coordination régionale. A ce titre, il convient de citer le projet développé par les Caisses d'Assurance Maladie dans le cadre de « la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées » (PAPA). Ce projet, qui concerne le « Bien vieillir », repose sur une coordination régionale entre les 3 régimes d'Assurance Maladie et a vocation à intervenir dans 3 directions :

- la mutualisation et le partage d'informations entre tous les acteurs,
- le renforcement de l'information et de la sensibilisation de ces mêmes acteurs,
- le développement des compétences en prévention des acteurs et professionnels concernés.

OBJECTIFS	Actions à mener
Poursuivre et renforcer la prévention et la promotion en santé environnementale	Poursuivre la mise en œuvre des actions du PRSE 2.
	Poursuivre des actions de prévention contre les risques solaires en classe de CE2-CM2 tout en sensibilisant les familles
	Limiter l'exposition aux radiations ionisantes en proposant la mise en place d'un carnet d'irradiation médicale.
	Prévenir les accidents de la vie courante chez les enfants de 0 à 4 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une veille sur la connaissance des causes de ce type d'accidents pour adapter la prévention. ▪ Améliorer la perception par les jeunes parents des risques d'accidents de la vie courante chez leurs enfants. ▪ Informer les personnes de plus de 65 ans sur les risques de chutes, la prévention de l'ostéoporose et les aménagements du domicile. ▪ Repérer les facteurs de risques de chutes sur la base d'outils validés. ▪ Intégrer la démarche de prévention des chutes dans chaque projet personnalisé et individualisé (PPI) en particulier sur les patients à risques.
Promouvoir la prévention des risques professionnels	Sensibiliser des entreprises à leur « empreinte santé »
	Améliorer le suivi post professionnel des personnes antérieurement exposées.
	Améliorer l'identification et la déclaration en maladie professionnelle, notamment des cancers

1.3.5 PROMOUVOIR LES ACTIONS DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

Dans le domaine de la santé mentale, un focus particulier est fait en région Centre sur le développement de la prévention du risque suicidaire, suite au diagnostic initial réalisé dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui a confirmé une situation de surmortalité régionale par suicide. Le suicide représente une des principales de causes de décès chez les jeunes (15-25 ans et 25-44 ans). Le nombre de personnes âgées touchées reste également important.

Les actions ici proposées se situent dans le prolongement des actions déjà entreprises dans la région depuis 2003, et en conformité avec les orientations du Programme National d'actions contre le suicide 2011-2014 rendu public début septembre 2011.

Le premier axe de ce programme national rappelle « la nécessité d'agir le plus en amont possible de l'acte suicidaire », ce qui implique notamment l'acquisition et le développement de compétences psychosociales des individus – particulièrement des enfants et des jeunes – au sens où ces compétences sont « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement »²³.

Ce programme national, qui vise l'ensemble de la population, insiste notamment sur :

- l'intervention le plus en amont possible en particulier pour limiter et mieux prendre en charge la souffrance psychique des individus.
- le développement d'actions spécifiques envers les milieux du travail, agricole et scolaire.
- la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé et de l'ensemble des personnes susceptibles d'être au contact de personnes à risques.

Dans ce domaine de la santé mentale, la période périnatale est souvent déterminante en termes de prévention : les troubles précoces de la relation mère-enfant peuvent constituer des facteurs de fragilité avec un retentissement potentiel sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Le repérage précoce de ces troubles est donc fondamental. Les actions développées en ce sens par le schéma de prévention s'inscrivent en complémentarité des actions de dépistage et d'accompagnement précoce inscrites au sein du schéma régional d'organisation médico-sociale²⁴.

Le Programme National d'actions contre le suicide positionne les Agences Régionales de Santé (ARS) puisqu'elles sont chargées d'assurer la coordination des acteurs pour la mise en œuvre des actions de prévention du suicide adaptées aux spécificités régionales.

La mise en œuvre des actions présentées ci-après demandera une forte complémentarité avec les partenaires institutionnels de l'ARS, mais également entre les acteurs et professionnels de la prévention, des secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier.

Le contenu des actions est susceptible d'évoluer sur la durée du PRS afin de prendre en compte les orientations et objectifs du futur Plan national « Psychiatrie et santé mentale ».

²³ Définition de l'OMS (1993)

²⁴ Actions du SROMS – volet enfant, adolescents et adultes handicapés – objectif opérationnel 3 et 4.

OBJECTIFS	Actions à mener
Mieux connaître les besoins en santé mentale	Construire une étude régionale en santé mentale, transversale aux domaines de prise en charge.
Développer les habiletés et les compétences psychosociales des enfants dès la maternelle	<p>Renforcer les connaissances théoriques et pratiques des professionnels de l'éducation, de la petite enfance et du secteur médico-social, sur les compétences psychosociales et parentales.</p> <p>Ces actions pourront prendre appui sur les outils développés par l'INPES à destination des professionnels de l'enseignement et de la petite enfance.</p>
Renforcer la prévention du risque suicidaire	<p>Poursuivre les formations des « Personnes ressources sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire » en particulier, en milieu scolaire auprès des enseignants, en milieu du travail, en milieu carcéral et en direction des personnels intervenant auprès des personnes âgées.</p> <p>Préalablement, il sera nécessaire de mieux identifier géographiquement les compétences d'ores et déjà formées en région Centre.</p>
	<p>Améliorer le maillage territorial en poursuivant la structuration des réseaux dans chacun des départements.</p>
	<p>Participer à la Journée Nationale sur la prévention du suicide.</p>
Généraliser le repérage des troubles précoces de la relation mère-enfant	<p>Développer la mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce chez les femmes enceintes afin d'identifier, le plus tôt possible, toute difficulté d'ordre médico-psycho-sociale et de préparer la femme et/ou le couple à la naissance et à la parentalité afin de garantir le bon développement psycho-affectif de l'enfant.</p>
Conforter les activités de repérage des jeunes en difficulté	<p>Développer des actions visant à aider les personnes au contact des jeunes et adolescents à repérer ceux d'entre eux qui sont en difficulté : le repérage des troubles dépressifs / de la souffrance psychique de l'adolescent se référera par exemple à des recommandations professionnelles à diffuser.</p>

1.3.6 SOUTENIR LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Touchant près de 15 millions de personnes en France, soit environ 20 % de la population française, les maladies chroniques constituent un véritable défi pour le système de santé au niveau de l'organisation des soins. Parmi eux 500 000 malades chroniques vivent en région Centre.

L'éducation thérapeutique²⁵ s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Son objectif est de rendre le malade chronique plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être conformes à un cahier des charges national et soumis à l'autorisation de l'Agence régionale de santé²⁶. Par contre les actions d'accompagnement qui ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage et ne sont pas soumises à autorisation²⁷.

L'objectif est de développer une offre d'ETP « plus équitable », mieux répartie sur le plan des populations couvertes (géographiquement et socialement) et des pathologies prises en charge.

Depuis 2011, un Comité régional de pilotage de l'éducation thérapeutique du patient a été mis en place par l'ARS. Ses principales missions sont de développer et de structurer une offre ETP de qualité.

Au-delà de l'éducation thérapeutique, la prévention tertiaire a pour objectif de réduire les handicaps secondaires dus à la conjonction de pathologies chroniques et à la poursuite d'habitudes de vie néfastes pour la santé.

Au 1^{er} septembre 2011, **107 programmes d'éducation thérapeutique du patient** ont été autorisés en région Centre. Leur répartition, tant quantitative que qualitative (pathologie concernée) est hétérogène d'un territoire de santé à l'autre.

Ces programmes, principalement développés par des équipes hospitalières (78% des programmes sont portés par des établissements de santé publics ou privés) restent centrés sur les grandes agglomérations et portent prioritairement sur :

- le diabète (35% des programmes),
- les maladies cardio-neuro-vasculaires (18%)
- les respiratoires chroniques (16%).

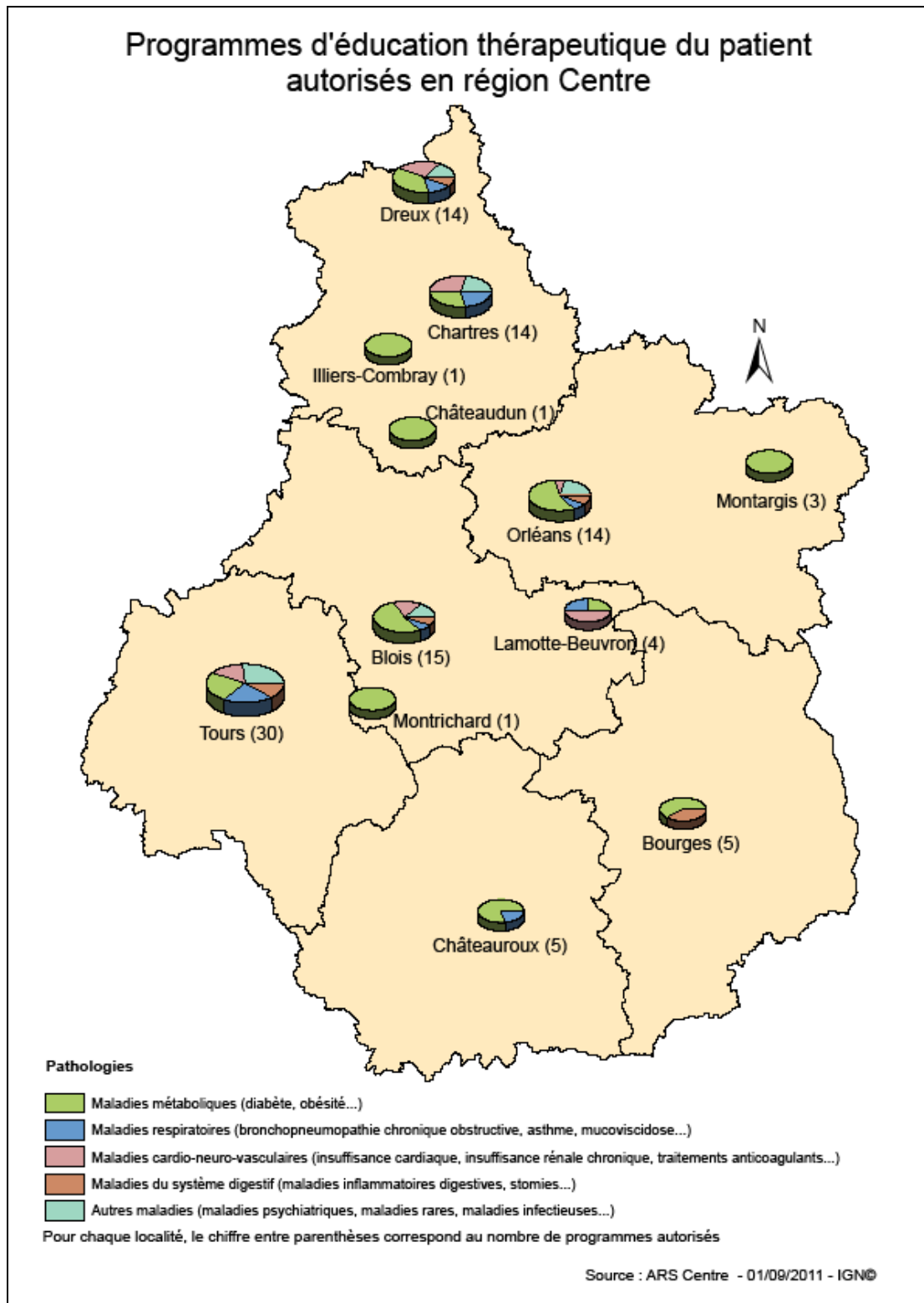
Les départements de l'Indre et du Cher disposent chacun de 5 programmes autorisés alors que ceux de l'Eure-et-Loir et de l'Indre-et-Loire proposent chacun 30 programmes. Un seul des 107 programmes autorisés a été co-construit avec une association de patients agréée.

²⁵ Article L1161-1 du code de santé publique

²⁶ Article L1661-2 du code de santé publique

²⁷ Article L1161-3 du code de santé publique

Cartographie des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient autorisés par l'ARS du Centre au 01/09/2011



OBJECTIF	Actions à mener
<p>Soutenir le développement de l'éducation thérapeutique</p>	<p>Promouvoir et développer une éducation thérapeutique du patient de qualité, participant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.</p>
	<p>Développer l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies respiratoires, et en particulier, d'asthme, pour la population générale et plus spécifiquement pour les enfants par des actions permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser l'observance des traitements ▪ Eduquer les patients sur les conduites à tenir en cas de crise d'asthme ▪ Informer sur les bonnes pratiques l'ensemble des professionnels de santé : journées régionales de l'insuffisance respiratoire
	<p>Renforcer l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies chroniques et des personnes dépendantes</p> <p>Soutenir les actions des associations de patients concernant l'accompagnement de ces personnes (aides aux aidants).</p>

1.4 LES ACTEURS, LES ACTIONS ET L'ORGANISATION DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les acteurs intervenant sur le champ de la Prévention et Promotion de la Santé sont multiples et interviennent sur des thématiques distinctes selon les missions. Ces acteurs sont des institutionnels, des collectivités territoriales, des associations spécifiquement dédiées à la mise en œuvre d'actions de prévention et promotion de la santé ou des professionnels de la santé et du secteur social.

Pour atteindre les objectifs fixés par le schéma de prévention, il convient à la fois de mieux articuler les actions des acteurs institutionnels, d'améliorer l'offre de service des opérateurs en prévention et promotion de la santé et de rappeler le rôle des acteurs du soin et du médico-social en matière de prévention.

1.4.1 MIEUX ARTICULER LES INTERVENTIONS DES ACTEURS INSTITUTIONNELS

L'article L1432-2 du code de la santé publique dispose que le directeur général de l'agence régionale de santé exerce au nom de l'Etat les compétences [en matière de santé] qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

L'ARS du Centre est chargée du pilotage régional du système de santé et de la mise en œuvre de la politique régionale de santé publique. Son champ d'intervention couvre l'ensemble des domaines de la santé publique : la prévention, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation de l'offre de soins dans les cabinets médicaux de ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales.

Mais l'ARS doit coordonner ses actions avec plusieurs partenaires dont les compétences sont essentielles pour améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé dans sa globalité plus efficace. En effet, la prise en compte globale des personnes dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale exige un décloisonnement des différents champs abordant ces questions.

Les services de l'Etat :

Service de l'Etat concerné	Mission en matière de santé
Rectorat (Education nationale)	<p>"Promotion de la santé en faveur des élèves.</p> <p>Le Ministère chargé de l'Education nationale définit les objectifs de la politique de santé en faveur des élèves. Ces orientations sont déclinées à travers les projets académiques sous la responsabilité du recteur, départementaux sous la responsabilité des inspecteurs d'académie, des établissements scolaires mais également sous la responsabilité des directions diocésaines pour l'enseignement privé sous contrat. Chaque établissement scolaire, sous la responsabilité du chef d'établissement, définit dans le cadre de son projet, les modalités particulières de mise en œuvre des objectifs en matière d'éducation à la santé et à la citoyenneté.</p> <p>Médecine préventive universitaire</p> <p>La médecine préventive et universitaire, placée sous la responsabilité du président de l'Université, est accessible gratuitement et répond aux besoins de santé des étudiants: offre de soins adaptée au public jeune, prévention individuelle et collective, étude de l'état de santé des étudiants et accès aux droits."</p>

<p>Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL)</p>	<p><u>Environnement et Logement</u> Début 2010, dans le cadre de la réforme de l'Etat, les Directions régionales de l'Environnement (DIREN), de l'Équipement (DRE) et de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE) ont fusionné pour donner naissance à la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL). Cette nouvelle structure régionale pilote en particulier, sous l'autorité du Préfet de région, les politiques publiques de développement durable résultant des engagements du Grenelle Environnement.</p>
<p>Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)</p>	<p><u>Jeunesse, Sports et Cohésion sociale</u> Sous l'autorité du Préfet de Région, la DRJSCS assure la promotion du sport et le développement de la vie associative et de la politique de jeunesse, d'éducation populaire et de vie associative. Par ailleurs, elle est en charge des politiques sociales (prévention et lutte contre les exclusions, protection des personnes vulnérables,...), en liaison étroite avec les Préfets de département, les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS) ou Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).</p>
<p>Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRRECTE)</p>	<p><u>Santé au travail</u> Réunis au sein du Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels piloté par la DIRRECTE, les préventeurs régionaux de la santé au travail participent à la définition et à la mise en œuvre du Plan Régional Santé au Travail : Inspections du Travail, Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT),...</p>
<p>Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF)</p>	<p><u>Alimentation et Agriculture</u> La DRAAF est un service déconcentré de l'Etat relevant du ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire. Elle est notamment chargée de la mise en œuvre de la politique de l'alimentation, en lien étroit avec la Santé environnementale.</p>

Les collectivités territoriales :

- **Le Conseil Régional :**
Le Conseil régional et l'ARS du Centre ont signé le 8 novembre 2010 une Convention cadre de partenariat pour trois ans, afin de mettre en place une politique régionale commune de prévention et de promotion de la santé en faveur des lycéens durant le temps de leur parcours scolaire au lycée, à tous les moments et dans tous les espaces de cette vie scolaire.

Cette Convention cadre fait l'objet, chaque année scolaire, d'une Convention d'application, qui décline les actions mises en œuvre annuellement.

Trois projets ont été développés en 2011 :

- o une enquête sur la santé des jeunes en région Centre ;
- o un appel à projets sur le champ « Prévention / Santé » autour des axes « alimentation / nutrition » (équilibre alimentaire, troubles de l'alimentation ...), « conduites à risques » (sexualité, accidents de la route, stress, mal être, consommation produits ...) et « santé environnementale » (hygiène, bruit, qualité de l'air...) ;
- o des Assises inter départementales de la Restauration (initiation d'un réseau « alimentation dans les lycées »).

- Les Conseils Généraux

Ils sont des acteurs majeurs auprès des populations âgées, handicapées, des enfants et des familles, avec le pilotage de Schémas Départementaux. Via les services de Protection Maternelle et Infantile et l'Aide sociale à l'enfance, les Conseils Généraux interviennent aux côtés de nombreux partenaires pour la surveillance prénatale des futures mères, le suivi des jeunes enfants et l'aide éducative, sociale, sanitaire, économique... aux familles en difficulté.

En matière d'insertion, ils mènent une politique spécifique en faveur de l'insertion des moins de 25 ans, coordonnent et soutiennent l'action des acteurs de la prévention et de l'accompagnement social.

- Les villes et les territoires ruraux (Pays)

La territorialisation des politiques publiques en lien avec la santé ont donné un rôle majeur aux Pays, aux Villes, chargés de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et de prévention à l'échelle de leur territoire, sur la base de concertations élargies associant des professionnels, des élus, et la population.

Par ailleurs, 6 villes sont engagées dans une démarche de prévention de l'obésité et de promotion de la nutrition sous la labellisation prévue par le plan national nutrition-santé..

4 villes ont intégré le réseau ville-santé OMS (Saint-Jean-de-la Ruelle, Orléans, Blois et Châteauroux).

Les organismes de sécurité sociale (CPAM, MSA, RSI, CARSAT)

Ils participent à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de la prévention : programme SOPHIA - service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les diabétiques pris en charge dans le cadre d'une Affection de longue durée-, le dépistage organisé des cancers, la prévention bucco-dentaire, la vaccination anti-grippale, la préservation de la perte d'autonomie de la personne âgée,... Il peut s'agir soit d'un soutien financier, via un fonds de prévention dédié, soit de l'intervention de professionnels ad hoc (exemple des centres d'examen de santé, dont 3 sont gérés par des organismes d'Assurance Maladie en région).

ACTIONS A MENER :

Pour améliorer la coordination des interventions de ces acteurs, l'Agence régionale de santé s'appuiera sur :

- **La commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile** prévue par les articles L 1432-1 et D1432-1 à D1432-5 du code de la santé publique : Sa mission est d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par ses membres.
- **La représentation des collectivités territoriales** au sein de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, aux réunions de laquelle participent également les services de l'Etat et les organismes de sécurité sociale avec une voix consultative et dans les conférences de territoire.
- **L'implantation de délégations territoriales** de l'ARS dans chacun des départements.

Dans cet objectif de coordination, l'ARS proposera l'élaboration d'une charte commune d'intervention en promotion de la santé entre les partenaires (associations, élus,...) en fonction des thématiques permettra d'avoir un langage commun.

Elle organisera également des journées d'échanges pour faire connaître la politique régionale et les objectifs prioritaires de l'ARS et favoriser ainsi l'appropriation du schéma régional de prévention.

En outre, pour améliorer la politique de santé sur les territoires, l'Agence régionale de santé favorisera les contrats locaux de santé :

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». L'article L.1434-17 du Code de la Santé Publique dispose notamment que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclu par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

Il est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé dans ses différentes composantes : prévention, soin et médico-social. Il incarne la dimension intersectorielle de la politique de santé dans le but de mieux répondre aux enjeux d'accès aux soins, aux services, et à la prévention des personnes, notamment des personnes vulnérables, et aux enjeux d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local.

Le Contrat local de santé a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de projets locaux de santé, notamment portés par les élus locaux, en veillant à leur articulation et leur cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Ces projets, qui reposent sur des diagnostics locaux de santé publique, contribuent à l'instauration d'un débat local sur les problématiques de santé du territoire entre institutions, professionnels, associations, population...

Les Contrats Locaux de santé doivent être considérés comme un moyen impulsé par l'ARS au titre de sa politique de réduction des inégalités de santé entre territoires. Il vise à traiter l'ensemble des aspects pouvant avoir un impact positif sur la santé : éducation, insertion sociale, logement. L'ARS financera des actions au sein des contrats locaux de santé sur la durée du contrat.

1.4.2 AMELIORER L'OFFRE DE SERVICE DES OPERATEURS EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

1.4.2.1 Renforcer l'offre en éducation et promotion de la santé en l'organisant autour du pôle de compétence régional

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a soutenu l'émergence dans chaque région d'un pôle de compétences en promotion de la santé, plate forme ressources au service des intervenants institutionnels et associatifs du champ de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Il fédère les compétences identifiées au niveau de la région, et a notamment pour missions de :

- proposer des formations pour améliorer la qualité des interventions et la professionnalisation des acteurs ;
- apporter des conseils méthodologiques aux promoteurs locaux ;
- délivrer des conseils en documentation aux acteurs locaux ;
- piloter et évaluer des projets régionaux de santé publique.

En région Centre, c'est la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS) qui assure les missions dévolues à ce « Pôle de compétences régional ».

Le réseau « Education et Promotion de la santé » de la région Centre repose sur 6 Comités Départementaux d'Education pour la Santé (CODES), réunis au sein de la FRAPS depuis 2006 avec d'autres partenaires, la région ne disposant pas de Comité Régional d'Education pour la Santé.

Aujourd'hui, dans un souci d'efficience et compte tenu des points de fragilité de l'offre en prévention et promotion de la santé tels que ressortant du diagnostic, l'ARS du Centre souhaite impulser une restructuration organisationnelle du réseau, afin de préserver une offre en éducation pour la santé dans chaque département, d'améliorer la qualité, l'harmonisation et l'efficience des actions produites.

Par ailleurs, l'ARS du Centre ne dispose pas d'une lisibilité suffisante des acteurs et partenaires impliqués dans des démarches de prévention et d'éducation pour la santé, ni des actions qu'ils développent. Ces acteurs interviennent dans des champs très diversifiés, selon des formes juridiques diverses, et leurs modes d'action sont multiformes. Ce recensement devient encore plus complexe par le fait que tous ne s'inscrivent pas dans le cadre de campagnes de prévention officielles et subventionnées.

OBJECTIF	Actions à mener
Renforcer l'offre en éducation et promotion de la santé	Positionner le Pôle de compétences régional comme référent en éducation et promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positionner le pôle de compétence régional comme référent sur les concepts et les approches ▪ Organiser la diffusion et la promotion de référentiels et des bonnes pratiques professionnelles en promotion de la santé ▪ Favoriser la professionnalisation des opérateurs.
	Consolider le réseau régional en éducation et promotion de la santé généraliste autour du pôle de compétences régional <ul style="list-style-type: none"> ▪ favoriser la structuration des relations entre les actuels Comités d'Education pour la Santé (CODES) et la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS).
	Définir les missions des CODES en tant qu'antennes territoriales <ul style="list-style-type: none"> ▪ veiller à la coordination entre elles de la documentation, la formation en promotion de la santé et éducation pour la santé généraliste, le conseil méthodologique, l'animation territoriale, la coordination territoriale. ▪ Promouvoir la mutualisation régionale des compétences thématiques entre chaque « antenne territoriale » ou CODES ▪ Organiser la complémentarité entre antennes ou la suppléance en l'absence d'opérateurs.

1.4.2.2 Renforcer l'efficacité des interventions en santé publique en prenant en compte l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Le diagnostic posé en préalable à la rédaction du Plan stratégique a montré la multiplicité des acteurs et partenaires impliqués dans la mise en œuvre des actions de santé publique et environnementale, avec des couvertures géographiques et populationnelles diverses selon les territoires pour des raisons de contexte, d'histoire ou plus simplement de présence ou non d'acteurs en prévention promotion de la santé.

L'impact des actions de prévention et promotion de la santé actuellement conduites et financées par l'ARS reste aujourd'hui insuffisamment mesuré et objectivé tant du point de vue de leur efficacité que de leur objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales.

OBJECTIF	Actions à mener
Renforcer l'efficience des interventions en santé publique	Cibler les territoires prioritaires en matière de prévention et promotion de la santé selon les modalités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place d'un système d'information permettant l'observation et l'analyse cartographique de l'activité des opérateurs (déploiement de l'outil OSCARS - Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé). ▪ Effectuer des croisements entre ces données d'observation, les indicateurs régionaux de mortalité et de morbidité, les facteurs de risque, de handicap et de dépendance et les indicateurs d'inégalités sociales et territoriales de santé disponibles.
	Renforcer le cadre d'intervention des opérateurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir plus précisément les cahiers des charges en amont de la mise en œuvre des actions, ▪ Prioriser et sélectionner des actions de prévention ayant eu des résultats, ▪ Renforcer la professionnalisation des acteurs, ▪ Evaluer les actions ▪ Promouvoir l'accréditation des opérateurs²⁸
	Faire évoluer les modalités de financement de la prévention et de la promotion de la santé pour favoriser l'adéquation entre les besoins « présumés » et les actions à conduire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ par le lancement d'appels à projets ciblés sur une thématique et/ou sur un territoire, ▪ par le lancement de « commandes de projets », par exemple à titre expérimental et selon les procédures à définir.

1.4.2.3 Conforter le rôle des professionnels de la santé et du social en matière de prévention.

Les professionnels en promotion/éducation pour la santé ont une mission reconnue d'éducateurs pour la santé, et assurent la mise en place de coordinations sur un sujet spécifique de santé, auprès de publics-cibles, dans le cadre d'une démarche qualité. Ces acteurs exercent un rôle auprès d'autres acteurs pour leur permettre de développer leurs compétences en matière de promotion de la santé. Il s'agit de la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS), de la Mutualité Française Région Centre (MFC).

Les professionnels de santé jouent également un rôle primordial en matière de prévention confirmé par le code de la santé publique, qu'il s'agisse :

- des établissements de santé (Art L6112-1, 7° et 10°)
- des médecins généralistes de premier recours (Art L4310-1, 6°),
- des pharmaciens (Art L5125-1-1-A, 5° et 8°),
- des « pôles de santé constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux » (Art L6323-4)
- des établissements et services médico-sociaux.

²⁸ Cahier des charges de l'INPES

Pour ces professionnels, l'enjeu réside dans le décloisonnement du soin, à l'ouverture à l'éducation pour la santé, et ainsi permettre une collaboration entre soignants et les acteurs de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

D'autres acteurs, professionnels ou bénévoles, qui assurent une mission d'éducation pour la santé dans les champs éducatif, social sont susceptibles d'intervenir en relai des messages de prévention et de promotion pour la santé tels, par exemple, les travailleurs sociaux, les animateurs jeunesse, les enseignants, les animateurs sportifs,...

Des experts thématiques, qu'ils soient des acteurs professionnels ou des associations de malades et de bénévoles, ont également un rôle d'information important sur les causes et les conséquences de comportements à risques, sur la promotion de comportements préventifs et favorisant la mobilisation des communautés confrontées à ces risques.

Les acteurs dits « économiques » se sont engagés depuis quelques années dans le développement de politiques d'éducation à la santé. Le partenariat de l'ARS avec ces acteurs se conçoit sous réserve d'une charte éthique respectée par ces acteurs.

Les entreprises, enfin, sont amenées à conduire des actions de prévention dans le champ de leur secteur d'activité, en priorité au bénéfice de leurs salariés, parfois envers leurs interlocuteurs externes.

1.5 L'ÉVALUATION ET LE SUIVI DES ACTIONS

Les modalités d'évaluation et de suivi du Schéma régional de prévention se conformeront aux modalités définies par le Plan Stratégique Régional de Santé pour l'ensemble des composantes du Projet régional de Santé.

Ainsi, s'agissant du suivi des objectifs opérationnels et des actions du présent schéma, un tableau de bord unique regroupera les indicateurs de suivi et de réalisation. Le recueil et l'analyse de ces indicateurs permettront de mesurer les réalisations prévues et l'avancée des travaux sur les cinq années de mise en œuvre.

Une restitution des résultats du suivi sera réalisée à minima une fois par an par l'ARS auprès des instances de démocratie sanitaire, mais aussi du Conseil de surveillance de l'ARS et des commissions de coordination.

Quant à la démarche d'évaluation, elle porte sur l'impact ou les effets des politiques menées et relève donc des objectifs fixés par le Plan Stratégique qui a défini les modalités de son organisation.

ANNEXES

LES DEFINITIONS EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

La santé, de quoi parlons-nous ?

En France, la conception de la santé reste très liée à la maladie. Or, la santé, au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, se décline selon trois composantes que sont : le physique, le social et le mental. La santé représente donc un processus constant d'adaptation de l'individu aux multiples facteurs qui agissent sur lui. Ces facteurs déterminants pour la santé relèvent de dimensions d'une part collectives (politiques, sociales, économiques, culturelles, environnementales), et d'autre part individuelles (biologiques, psychologiques, modes de vie...).

La promotion de la santé, un cadre de référence

"La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci". Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme 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 le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.²⁹

Il s'agit donc d'un processus qui intègre les facteurs environnementaux dans un processus beaucoup plus général, lequel « offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de vie ».

On sait désormais que les approches globales de développement de la santé sont les plus efficaces.

En promotion de la santé, l'action **sur les déterminants de santé** est primordiale.

Ces derniers sont de plusieurs ordres :

- Personnels : génétiques, ressources physiques, psychologiques et sociales, habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique...),
- Environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...),
- Sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics),
- Economiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...),
- Liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique).

L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé propose aux personnes de comprendre et renforcer leur pouvoir de dire et d'agir, individuellement et collectivement, afin d'améliorer leur bien-être, leur qualité de vie, leur santé. Elle fonde les conditions de l'exercice de la citoyenneté nécessaire à la mise en œuvre des quatre autres stratégies de la promotion de la santé. En effet, limiter la promotion de la santé à l'éducation pour la santé est réducteur, cette dernière se complète nécessairement d'un axe « protection » de la santé, via un environnement social et un climat de vie favorables à la santé.

La prévention primaire

La prévention primaire vise à éviter l'apparition de maladies ou d'altérations de l'état de santé ; les stratégies d'intervention en éducation et promotion de la santé en direction de la population générale ou de publics cibles y concourent largement.

²⁹ La Charte d'Ottawa (1986, OMS).

La prévention secondaire

La prévention secondaire s'adresse à un sous groupe de population exposé à des risques spécifiques, dont la nature et les circonstances d'exposition sont à définir. Ce type de prévention s'appuie sur des messages ou action de réduction ou de meilleure gestion de ces risques : La prévention médicalisée couvre le champ du dépistage (des maladies infectieuses, du cancer, des facteurs de risque ...).

La prévention tertiaire au bénéfice des patients et de leur entourage

Les actions de prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique : ces actions de prévention tertiaire cherchent à limiter les risques de rechutes, de séquelles ou de complications d'une maladie, et à faciliter la réadaptation et la réinsertion des personnes présentant des incapacités fonctionnelles de toute origine.

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

Sigle	Intitulé
AAP	Autorisation d'Appel à Projet
AC	Accompagnement à la Contractualisation
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AJ/HT	Accueil de Jour – Hébergement Temporaire
AM	Assurance Maladie
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AMU	Aide Médicale Urgente
ANESMS	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Ateliers Santé Ville
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAQCS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins
CAQS	Contrat d'Amélioration de la Qualité des Soins
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASP	Cellule Ambulatoire et Soins de Proximité
CBUM	Contrat de Bon Usage du Médicament
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC	Comité Départemental Canicule
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDSAE	Centre Départemental de Soins d'Accompagnement et d'Education
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHIC	Centre Hospitalier Inter Communal
CHRO	Centre Hospitalier Régional d'Orléans
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDIST	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CIRE	Cellule Institut de veille sanitaire en REgion (ancienne dénomination : Cellule InterRégionale d'Epidémiologie)
CLAT	Centre de Lutte AntiTuberculeux
CLIN	Centre de Lutte des Infections Nosocomiales
CLS	Contrats Locaux de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODAMUPS	COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CODES	COmité Départemental d'Education pour la Santé
CORRUS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPER	Contrat de Projet Etat-Région
CPGC	Cellule de Préparation à la Gestion de Crise

CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRDS	Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
CRIRC	Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique
CRONDPS	Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
CRRS	Centre de Réception et de Régulation des Signaux
CRS	Conférence Régionale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS	Conseil de Surveillance
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Convention Tripartite
CTP	Convention Tripartite Pluri-annuelle
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVGAS	Cellule de Veille et Gestion d'Alertes Sanitaires
DCC	Dossier Communiquant de Cancérologie (dans le DMP Dossier Médical Personnel)
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDI	Directions Départementales Interministérielles
DDT	Directions Départementales des Territoires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP	Dossier Médical Personnel
DO	Déclaration Obligatoire
DP	Dialyse Péritonéale
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DT / DT-ARS	Délégation Territoriale de l'ARS
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements (et services) Sociaux et Médico-Sociaux
EVC-EPC	Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé du Centre
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GDR	Gestion Du Risque
GIR/PATHOS	Groupes Iso Ressources /Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
GMPS	Gir Moyen Pondéré Soins
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDAD	HémoDialyse A Domicile
HDJ	Hospitalisation De Jour

HL	Hôpital Local
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IFMK	Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS	INstitut de Veille Sanitaire
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRESDA	Institut Régional pour Sourd et Déficiants Auditifs
ISEMA	Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
LMD	Licence Master Doctorat
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison Départementale des Adolescents
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MERRI	Mission d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation
MIG	Missions d'Intérêt Général
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MMG	Maisons Médicales de Garde
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NRBC	Nucléaire – Radiologique – Bactériologique - Chimique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORS	Observatoire Régional de la Santé
OSCARS	Outil d'observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PA	Personnes Agées
PAI	Plan d'Aide à l'Investissement
PAIS	Plateforme Alternative d'Innovation en Santé
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS	Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
PDS(A)	Permanence Des Soins (Ambulatoire)
PH	Personnes Handicapées
PH	Praticiens Hospitaliers
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement
POSU	POle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences
PPS	Programme Personnalisé de Soins
PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PRAGSUS	Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire

PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention
PR GDR	Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIICE	Plan Régional Interdépartemental d'Inspection Contrôle et Evaluation
PRISME	Prévention des Risques - Inspection - Signalement de la Maltraitance en Etablissement social et médico-social
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PUI	Pharmacies à Usage Intérieur
RCP	Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
REIN	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
ROR	Répertoire Opérationnel Ressources
RPU	Résumés de Passage aux Urgences
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SIOS	Schéma Interrégional d'Organisation des Soins
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNIIR-AM	Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRR	Service de Rééducation et de Réadaptation
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
T2A ou TAA	Tarifification A l'Activité
TED	Trouble Envahissant du Développement
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
UHR	Unités d'Hébergement Renforcées
UNV	Unité Neuro Vasculaire
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USSAPB	Unité Sécurité Sanitaire des Activités Pharmaceutiques et Biologiques
VAGUSAN	Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires