

# Schéma

EN RÉGION CENTRE

2012-2016

*régional  
de  
prévention*







<b>I/ ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE</b>	<b>5</b>
----------------------------------------------	----------

<b>II/ LA MÉTHODE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA</b>	<b>10</b>
-----------------------------------------------	-----------

## ON DES URGENCES SANITAIRES

<b>1.1 LE CONTEXTE</b>	<b>13</b>
<b>1.2 LES OBJECTIFS DU VAGUSAN</b>	<b>14</b>
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 événements 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. . . . .	16
1.2.5 Améliorer le dispositif organisationnel et les plans de prise en charge des situations exceptionnelles à fort impact sanitaire . . . . .	17
1.2.6 Développer la communication et l'information sur la veille et la sécurité sanitaires . . . . .	19

## PROMOTION DE LA SANTÉ

<b>1.1 ETAT DES LIEUX</b>	<b>21</b>
1.1.1 Evaluation du Plan régional de santé publique 2006-2010 . . . . .	21
1.1.2 Le bilan de l'offre . . . . .	21
1.1.3 Le bilan de la campagne de conventionnement 2010 des opérateurs en santé publique. . . . .	22
<b>1.2 LES PRINCIPAUX DÉFIS</b>	<b>23</b>
1.2.1 La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. . . . .	23
1.2.2 La lutte contre les maladies chroniques. . . . .	23
<b>1.3 LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION</b>	<b>24</b>
1.3.1 Renforcer les stratégies de dépistage. . . . .	24
1.3.2 Promouvoir les vaccinations . . . . .	27
1.3.3 Agir sur les comportements . . . . .	28
1.3.4 Agir sur les risques sanitaires environnementaux et professionnels. . . . .	32
1.3.5 Promouvoir les actions dans le champ de la santé mentale. . . . .	34
1.3.6 Soutenir le développement de l'éducation thérapeutique . . . . .	35
<b>1.4 LES ACTEURS, LES ACTIONS ET L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ</b>	<b>36</b>
1.4.1 Mieux articuler les interventions des acteurs institutionnels . . . . .	36
1.4.2 Améliorer l'offre de service des opérateurs en prévention et promotion de la santé . . . . .	39
<b>1.5 L'ÉVALUATION ET LE SUIVI DES ACTIONS</b>	<b>41</b>

<b>ANNEXES</b>	<b>42</b>
----------------	-----------

<b>GLOSSAIRE</b>	<b>44</b>
------------------	-----------

1

# Éléments de contexte et de cadrage



# LA PLACE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION 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. 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 (FIR), 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 (SRP) 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 (PSRS).

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 – médico-social...

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

- avec le Schéma régional de l'organisation des soins (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 Schéma régional de l'organisation médico-sociale (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 personnes 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.

## 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. Sa mise en œuvre devra 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.

## LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ : DIMENSIONNEMENT ET OPPORTUNITÉ

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 locaux 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'action 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 (ORS) 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).



## LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

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 régional 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.

## LES ÉLÉMENTS DE RÉFÉRENCE

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'éducation pour la santé (INPES)<sup>1</sup>,

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

## LES LEVIERS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du Schéma régional de prévention pourra s'appuyer sur quatre 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'efficience,
- 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.



# 2

## La méthode d'élaboration du schéma





**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
- éducation 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.

# 3

# Volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)



## LE CONTEXTE

**L**a 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 Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (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 schéma 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 Directeur général de l'ARS, celui-ci doit informer le préfet sans délai de tout évènement sanitaire présentant un risque pour la santé des populations.

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

**LA VEILLE SANITAIRE** vise à détecter précocement la survenue d'un évènement 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, 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 évènements 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** 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 six 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 sanitaires à l'échelle régionale,
- fiabiliser la surveillance et le signalement des évènements 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 sanitaires.

### 1.2.1 OPTIMISER LES MODALITÉS DE RÉCEPTION ET DE TRAITEMENT DES SIGNAUX ET DE GESTION DES ALERTES

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 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 placées 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 : exemple : 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<sup>er</sup> 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 8 h 30 à 18 h 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,
- d'astreintes techniques : astreintes régionalisées des médecins, des ingénieurs ; astreinte inter-régionale des épidémiologistes de la CIRE.

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

L'ARS du Centre s'est équipée d'un portail Web, validé par l'InVS, dénommé Outil de recueil, d'analyse et de gestion des événements sanitaires (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, cartographies...).

## **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 Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR) reste insuffisante dans la région. En effet, seuls deux 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 :
  - l'information sur la veille sanitaire et son organisation,
  - l'animation de réseau,
  - la rétro-information (bilan, compte rendu d'investigation, points épidémiologiques et bulletin de veille sanitaire),
  - 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 :
  - cas groupés d'Infection respiratoire aiguë (IRA) et Gastroentérite aiguë (GEA) en EPHAD,
  - tuberculose : suivi des tendances, identification des populations vulnérables, gestion des cas en milieu de soins et en collectivités,
  - infections sexuellement transmissibles,
  - 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 :
  - assurer la couverture territoriale du programme Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSAUD),
  - animer le réseau Oscour incluant les services d'urgence hospitaliers et pré-hospitaliers,
  - promouvoir la certification électronique des décès,
  - améliorer l'analyse des fluctuations usuelles et inhabituelles des indicateurs de morbidité et mortalité.

## **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**

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 événements, 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 au sein des établissements de santé pour :
  - développer une politique de prévention des IAS au sein des secteurs médico-social et ambulatoire,
  - étendre 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 événements, 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'Évaluation 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 risques, 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 : prescriptions inutiles, utilisation d'antibiotiques à large spectre, posologies ou durées 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 établissements médico-sociaux 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 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 AMÉLIORER 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'ARS 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<sup>e</sup> 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, **quatre centrales nucléaires** sont implantées sur son territoire, à Belleville dans le Cher, à Dampierre-en-Burly dans le Loiret, à Saint-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 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'événements 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 professionnalisées 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 VOILETS 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, bactériologiques, 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 DÉVELOPPER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION SUR LA VEILLE ET LA SÉCURITÉ 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 24 h/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...),
- 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'ARS et l'expertise qu'elle peut apporter aux professionnels de santé et autres partenaires extérieurs.

#### **INFORMER 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.

# 4

## Volet prévention et promotion de la santé



## ÉTAT DES LIEUX

**D**ans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, l'ARS s'est substituée à sept structures dont le Groupement régional de santé publique (GRSP)<sup>2</sup>. 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 ÉVALUATION DU PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2006-2010

**LES CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION INTERMÉDIAIRE DU PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (PRSP) 2006-2010** en 2009<sup>3</sup> 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 (PSRS) 2012-2016, un bilan de l'offre en prévention et promotion de la santé a été réalisé<sup>4</sup>. 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 (établissements 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.

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

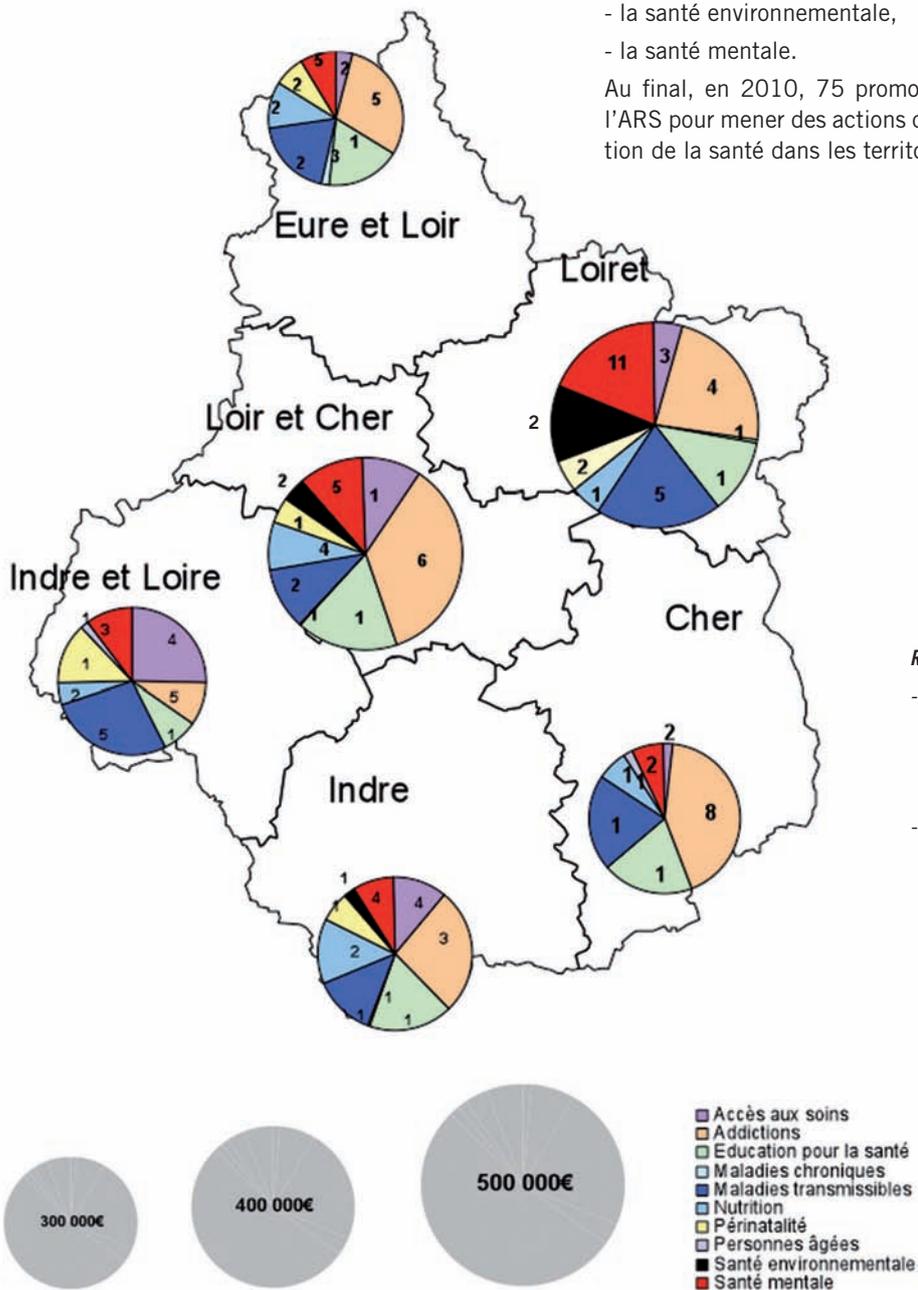
### 1.1.3 LE BILAN DE LA CAMPAGNE DE CONVENTIONNEMENT 2010 DES OPÉRATEURS EN SANTÉ PUBLIQUE

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 projets régional, établi sur la base d'un cahier des charges, présentant par thématiques 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,
- 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 projets 2010

## LES PRINCIPAUX DÉFIS

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

### 1.2.1 LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

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 sociales<sup>5</sup> 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.

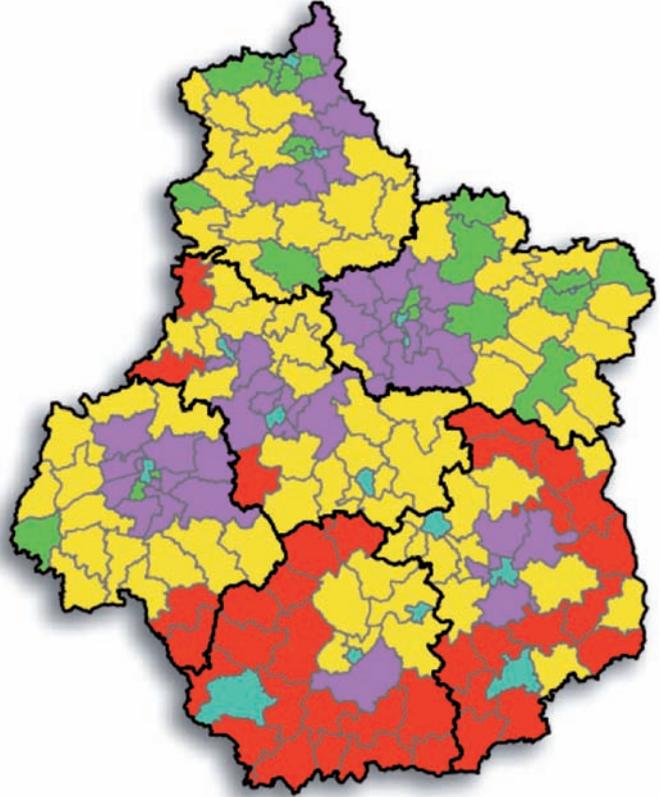
Une typologie en **5 classes** a été retenue :

- **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 de cette typologie en cinq 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 (HCSP) 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 PRIORITÉS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

### 1.3.1 RENFORCER LES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE

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 organisé 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<sup>e</sup> 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 évitable (avant 65 ans) 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 colorectal 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).**

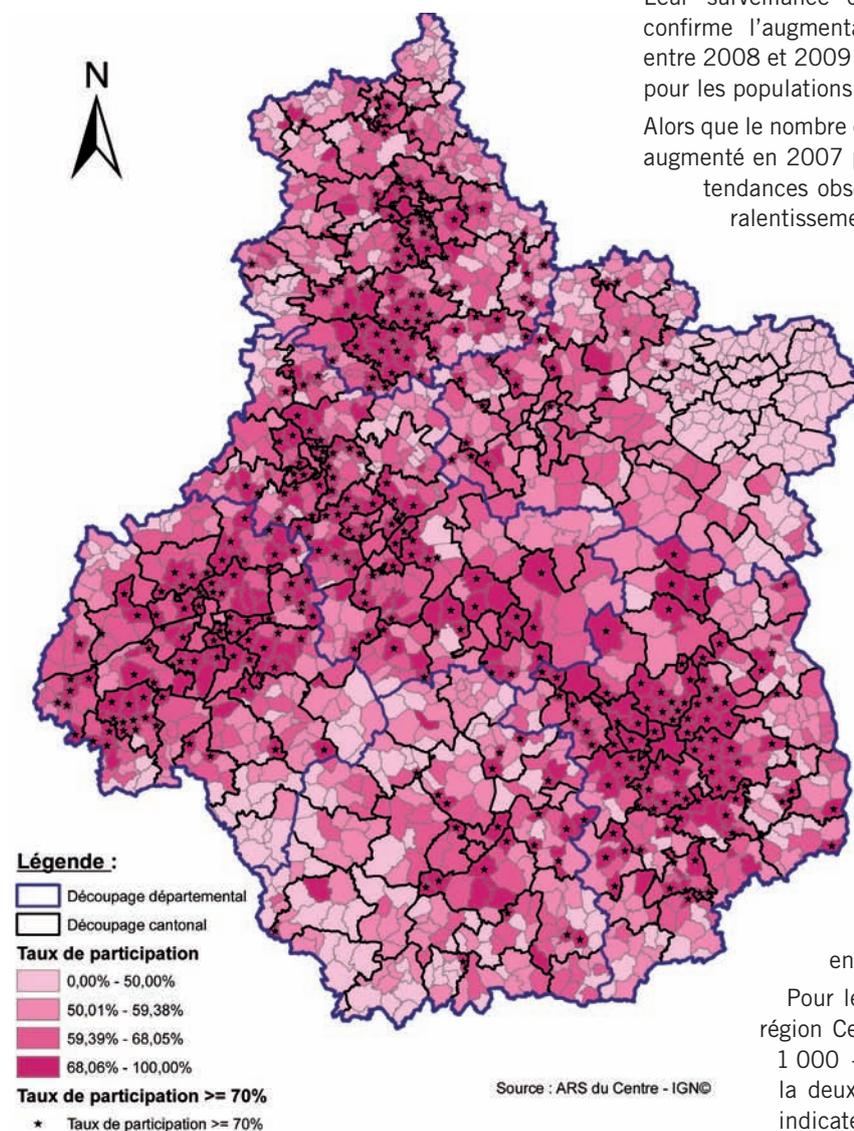
A l'issue de la campagne 2009/2010, ce taux régional était de 59,5 % (données validées par l'InVS). La situation de cet indicateur demeure différente selon les départements, notamment en raison de leur date d'entrée effective dans le dépistage organisé, et au sein même d'un département, selon les communes et cantons.

La cartographie régionale sur le dépistage des cancers du sein 2009-2010, ci-contre, 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<sup>e</sup> localisation la plus fréquente chez les hommes et la 2<sup>e</sup> chez les femmes. Il est également au 2<sup>e</sup> rang des décès par cancer. Avec environ 1 700 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.**



**Taux de participation communal au dépistage organisé du cancer du sein (2009-2010)**

**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 5 146 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 de

l'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 pour la région Centre était de 1,9 test positifs pour 1 000 -tests effectués la région Centre, soit la deuxième région métropolitaine sur cet indicateur après l'Île de France (4,5 tests positifs pour 1 000) et avant la région PACA (1,5 test pour 1 000 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
<b>Renforcer le dépistage des cancers du sein et colorectal</b>	<b>Conforter le pilotage régional des structures de gestion</b> des dépistages organisés, l'harmonisation des pratiques et la mutualisation des moyens : <ul style="list-style-type: none"> <li>• poursuivre les travaux réalisés dans le cadre du Comité technique opérationnel régional des structures de dépistage,</li> <li>• poursuivre la mise en place du site internet régional sur le site de l'ARS,</li> <li>• poursuivre les analyses de taux de participation infra territoriaux,</li> <li>• promouvoir une base de données régionale des dépistages organisés et la mutualisation des actions de support.</li> </ul>
	<b>Accompagner les structures de gestion des dépistages organisés des cancers sur la communication et l'information grand public</b>
	<b>Mettre en réseaux les centres de radiologie et les structures départementales de gestion</b> des cancers dans le cadre du programme de télémédecine et du plan d'actions de développement des systèmes d'information en santé.
	<b>Cibler les actions d'incitation au dépistage vers les populations précaires</b>
	<b>Evaluer la possibilité de la mise en œuvre d'un dispositif de type "Mammable"</b>
<b>Renforcer le dépistage de la tuberculose</b>	<b>Conforter l'information des médecins libéraux</b> en matière de procédures de dépistage et de prévention de la tuberculose
	<b>Améliorer leur connaissance</b> concernant les structures de lutte contre cette pathologie
<b>Poursuivre le dépistage des IST</b>	<b>Organiser le rapprochement des structures de dépistage et d'information</b> (CDAG et CIDDIST) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en optimisant le maillage territorial de ces structures,</li> <li>• en couplant les vaccinations au dépistage des IST (notamment en ce qui concerne l'hépatite B).</li> </ul>
	<b>Améliorer la précocité du dépistage du VIH</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en accompagnant la mise en place des Tests rapide d'orientation diagnostique (TROD) parmi les personnes appartenant aux populations à risque,</li> <li>• en sensibilisant les professionnels à l'obligation de dépister les personnes à faible risque apparent.</li> </ul>
<b>Mieux dépister les maladies chroniques</b>	<b>Favoriser le renforcement des stratégies de dépistage de ces pathologies dans la pratique régulière des médecins généralistes</b>
	<b>Organiser des campagnes spécifiques de dépistage</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• dépister et repérer les sujets à risque d'Hypertension artérielle (HTA),</li> <li>• organiser, en coopération avec les ophtalmologues, le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie (fixe voire itinérant),</li> <li>• organiser chez les diabétiques l'accès à l'ophtalmologue et au pédicure au moins une fois par an ("Bon pied, Bon œil"),</li> <li>• organiser le dépistage du surpoids et de l'obésité des femmes ayant un projet de grossesse et des femmes enceintes.</li> </ul>

### 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 en France, 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 entre 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 contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, l'objectif est d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 95,5 % en 2013 (valeur 2009 : 90,1 %)**

OBJECTIF	ACTIONS À MENER
<b>Promouvoir les vaccinations</b>	<b>Développer des actions d'information visant à promouvoir les vaccinations et le rattrapage vaccinal</b> auprès de la population générale selon les recommandations du calendrier vaccinal
	<b>Développer des actions d'information et de sensibilisation spécifiques en direction des professionnels de santé s'agissant de leur propre vaccination</b> Les Equipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) pourront utilement être mobilisées.
	<b>Développer des actions d'information et de sensibilisation spécifiques en direction des futurs et des jeunes parents, et des professionnels de santé s'agissant de la vaccination des enfants</b>
	<b>Promouvoir spécifiquement la vaccination contre les hépatites</b> • auprès des adolescents 11 / 15 ans, • des populations à risque (précaires, migrants, usagers de drogues,...).
	<b>Développer des outils d'évaluation de la couverture vaccinale</b>

### 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 psychoactives (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 3 450 décès en moyenne par an sont imputables au tabac. Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent la 1<sup>re</sup> 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 sont 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 des 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 toxico-

manie" (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 de l'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'obésité<sup>6</sup>. Par ailleurs, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque reconnus de plusieurs cancers et également de survenue d'une récurrence ou d'un second cancer. 15 à 20 % des morts par cancer peuvent être attribués au surpoids et à l'obésité<sup>7</sup>.

En région Centre, les adultes<sup>8</sup> 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 enfants<sup>9</sup> entre les périodes 1999/2000 et 2005/2006 coïncide avec la mise en place du Programme national nutrition santé (PNNS). En région Centre, la diminution de la prévalence est également constatée 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 pourcentage de 10,6 % d'enfants atteints de surpoids et d'obésité, dont 7,8 % atteints de surpoids et 2,8 % atteints d'obésité.**

A ce titre, il faut rappeler que le Plan obésité (PO) 2010-2013 précise l'organisation du dépistage, les modalités 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.

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

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) qu'en intégrant 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 %<sup>10</sup> et la prévalence de la dénutrition en maison de retraite est de 45 %<sup>11</sup>. La dénutrition est à l'origine d'une augmentation de la morbidité, de la mortalité et d'une dégradation de la qualité de vie. Elle est aussi un facteur de perte de chance pour les personnes malades.

### 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 des populations féminine et masculine.

Les politiques publiques traitent, dans ce cadre, l'ensemble des questions relatives à la planification fami-

liale. 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, auprès des populations féminine et masculine.

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
<p><b>Renforcer la lutte contre les addictions avec ou sans substance</b></p>	<p><b>Développer les actions de sensibilisation et d'éducation pour la santé auprès des populations cibles :</b> jeunes, femmes enceintes, populations précaires, détenus, personnes en situation de handicap (dont handicap psychique).</p>
	<p><b>Développer le repérage précoce, l'intervention brève</b> et l'orientation des personnes présentant une addiction.</p>
	<p><b>Renforcer les actions de réduction des risques.</b></p>
	<p><b>Développer les partenariats entre les secteurs ambulatoire, sanitaire, médicosocial et les acteurs de l'addictologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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,</li> <li>• définir des indicateurs d'activité communs aux différents acteurs de l'addictologie,</li> <li>• 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,</li> <li>• organiser une journée annuelle sur les échanges de pratiques inter-professionnelles en addictologie,</li> <li>• promouvoir, auprès des centres de formation (faculté de médecine, de psychologie et de pharmacologie, Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), écoles de sages-femmes,...) la réalisation de stages dans les structures d'addictologie de la filière hospitalière, des secteurs médico social et associatif.</li> </ul>
<p><b>Renforcer la formation et la recherche en addictologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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,</li> <li>• utiliser des référentiels validés par le niveau régional pour former à l'addictologie les professionnels ainsi que les acteurs de 1<sup>re</sup> ligne,</li> <li>• promouvoir les formations et la recherche sur les addictions sans substance,</li> <li>• 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,</li> <li>• établir un état des lieux régional des addictions chez les femmes enceintes.</li> </ul>	

10 - Enquête APHP (2003)

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

OBJECTIF	ACTIONS À MENER
<p><b>Favoriser une alimentation saine et activité physique et sportive</b></p>	<p><b>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 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensibiliser les femmes sur les risques de surpoids et d'obésité dès la grossesse (lors de l'entretien prénatal précoce par exemple),</li> <li>• 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),</li> <li>• poursuivre l'action "suppression de la collation en école maternelle",</li> <li>• soutenir les actions d'éducation nutritionnelle dans les cantines,</li> <li>• favoriser le développement d'actions sur la restauration scolaire par les collectivités territoriales (amélioration de l'offre alimentaire, formation des personnels, actions éducatives...),</li> <li>• 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,</li> <li>• encourager les actions de mobilité active (ex. pédibus),</li> <li>• soutenir les actions autour de la "nutrition à petit budget" auprès des jeunes adultes, scolarisés ou non,</li> <li>• soutenir la conduite d'actions adaptées envers les personnes en situation de handicap.</li> </ul>
	<p><b>Développer la sensibilisation des parents au repérage précoce de l'obésité des enfants de moins de 6 ans :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensibiliser les parents à la surveillance de la courbe taille-poids afin de repérer l'apparition du rebond,</li> <li>• renforcer les messages auprès des parents au cours des consultations en écoles maternelles par la Protection maternelle et infantile (PMI) (3-4 ans) et par le service médical des Inspections académiques à 6 ans.</li> </ul>
	<p><b>Poursuivre les actions visant à promouvoir l'allaitement maternel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• former les acteurs de santé sur les questions relatives à l'allaitement maternel,</li> <li>• renforcer l'information sur l'allaitement maternel lors des consultations pré-conceptionnelles et de l'entretien prénatal précoce.</li> </ul>
	<p><b>Sensibiliser les partenaires de l'aide alimentaire afin de faciliter l'accès à une alimentation équilibrée et promouvoir les actions d'éducation nutritionnelle auprès du public bénéficiaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poursuivre l'action sur la mobilisation et la coopération en faveur de l'aide alimentaire,</li> <li>• mener des actions d'appui et d'accompagnement (formation, échanges de pratiques...) des structures d'aide alimentaire,</li> <li>• promouvoir les actions d'éducation nutritionnelle auprès du public bénéficiaire de l'aide alimentaire.</li> </ul>
	<p><b>Favoriser le repérage et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée, en établissement et à domicile :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensibiliser le public lors de la "Semaine bleue",</li> <li>• sensibiliser les personnes réalisant le portage de repas à domicile,</li> <li>• élaborer une plaquette d'information pour les aidants naturels ou professionnels au repérage des signes liés à la dénutrition,</li> <li>• diffuser les recommandations de la HAS par des réunions sur les territoires en direction des EHPAD,</li> <li>• favoriser l'échange de pratiques concernant la prise en charge de la dénutrition dans le cadre du réseau régional des Comités de liaison alimentation nutrition (CLAN).</li> </ul>
	<p><b>Favoriser l'activité physique adaptée auprès des personnes présentant une pathologie chronique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poursuivre la création du réseau "Sport-santé" en région Centre,</li> <li>• mener des actions de formations des éducateurs médico-sportifs sur l'adaptation des activités physiques et sportives aux pathologies chroniques,</li> <li>• augmenter l'offre d'activité physique adaptée par la mise à disposition d'équipement et de créneaux horaires pour les associations ou les fédérations sportives.</li> </ul>
	<p><b>Structurer la coordination régionale pour mettre en cohérence les différents plans nationaux et leur déclinaison régionale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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,</li> <li>• 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 d'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.</li> </ul>

OBJECTIF	ACTIONS À MENER
<p><b>Promouvoir la santé sexuelle et reproductive</b></p>	<p><b>Poursuivre et renforcer les actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes et des personnes en situation de handicap :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 (BIJ)...),</li> <li>sensibiliser les professionnels à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées et accompagner ces dernières dans ce domaine.</li> </ul>
	<p><b>Repérer et prendre en charge les femmes enceintes victimes de violences conjugales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>diffuser aux professionnels la liste des structures susceptibles de prendre en charge ces personnes et le numéro vert de la plateforme santé régionale.</li> </ul>
	<p><b>Améliorer l'information et la préparation au projet de grossesse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>développer l'information sur les consultations pré-conceptionnelles auprès des médecins libéraux, sages-femmes libérales, hôpitaux...</li> <li>mettre en place des actions d'information sur le projet de grossesse auprès des jeunes (missions locales, point info jeunesse, université...),</li> <li>organiser des actions d'information du public sur le rôle et les missions des sages-femmes.</li> </ul>
	<p><b>Promouvoir le développement de l'entretien prénatal précoce en région</b></p>
	<p><b>Faciliter l'accès à la contraception pour les mineurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>étudier les modalités d'un partenariat renforcé avec le Conseil Régional, par exemple pour la mise en place d'un "Pass' contraception" en région,</li> <li>favoriser la mise en place de dispositifs expérimentaux avec les professionnels libéraux.</li> </ul>
	<p><b>Développer le recours à la contraception d'urgence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>améliorer la formation des médecins sur la contraception orale et la contraception d'urgence, notamment par le biais des formations médicales continues,</li> <li>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, avec rappel du numéro de la plateforme téléphonique et de l'adresse MSN...</li> </ul>
<p><b>Améliorer la connaissance des femmes et des professionnels sur les dispositifs et les modalités de prise en charge des IVG :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>renforcer l'information des professionnels de santé et autres professionnels (sociaux, médico-sociaux) autour des dispositifs existants, délais, méthodes de l'IVG,</li> <li>promouvoir le n° vert et l'adresse MSN de la plateforme "IVG -contraception".</li> </ul>	

### 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, comme l'eau, l'air et 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**<sup>12</sup> 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**<sup>13</sup> 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**<sup>14</sup> 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 légionelles**<sup>15</sup> 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**<sup>16</sup>,
- **la formation et l'information**<sup>17</sup> en santé environnementale et sa promotion auprès des collectivités et du 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 Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (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 phytosanitaires<sup>18</sup>.

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 PRSE 2 prévoit également une action<sup>19</sup> 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).

En complément des actions portées par le PRSE 2, 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 PRST pour la prévention du risque Cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR). 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 CMR<sup>20</sup>, 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) sont essentielles.

12 - Fiche action 13 du PRSE 2

13 - Fiches action 1 à 4 du PRSE 2

14 - Fiches 6 et 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

20 - Enquête nationale SUMER 2003

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 2 250 dossiers de suivi post professionnel sont actuellement traités par les CPAM<sup>21</sup>. En 2002, le suivi post professionnel était très limité en région Centre<sup>22</sup>.

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.

Les actions de prévention mises en œuvre dans ce domaine s'inscrivent pour partie dans le cadre du PRST 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 trois régimes d'Assurance Maladie et a vocation à intervenir dans trois 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.

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

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

22 - Cour des comptes 2002

### 1.3.5 PROMOUVOIR LES ACTIONS DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ 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 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 en région Centre 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"<sup>23</sup>.

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 schéma régional d'organisation médico-sociale<sup>24</sup>.

Le Programme national d'actions contre le suicide positionne les ARS : 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 Plan national "Psychiatrie et santé mentale".

OBJECTIF	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	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. Ces actions pourront prendre appui sur les outils développés par l'INPES à destination des professionnels de l'enseignement et de la petite enfance.
Renforcer la prévention du risque suicidaire	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. Préalablement, il sera nécessaire de mieux identifier géographiquement les personnes déjà formées au repérage de la crise suicidaire en région Centre.
	Améliorer le maillage territorial en poursuivant la structuration des réseaux dans chacun des départements.
	Participer à la Journée Nationale sur la prévention du suicide.
Généraliser le repérage des troubles précoces de la relation mère-enfant	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.
Conforter les activités de repérage des jeunes en difficulté	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 notamment à des recommandations professionnelles à diffuser.

23 - Définition de l'OMS (1993)

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

### 1.3.6 SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

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 thérapeutique du patient (ETP)<sup>25</sup> 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 santé<sup>26</sup>. En revanche, les actions d'accompagnement, qui ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, ne sont pas soumises à autorisation<sup>27</sup>.

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.

En 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 en éducation thérapeutique du patient de qualité.

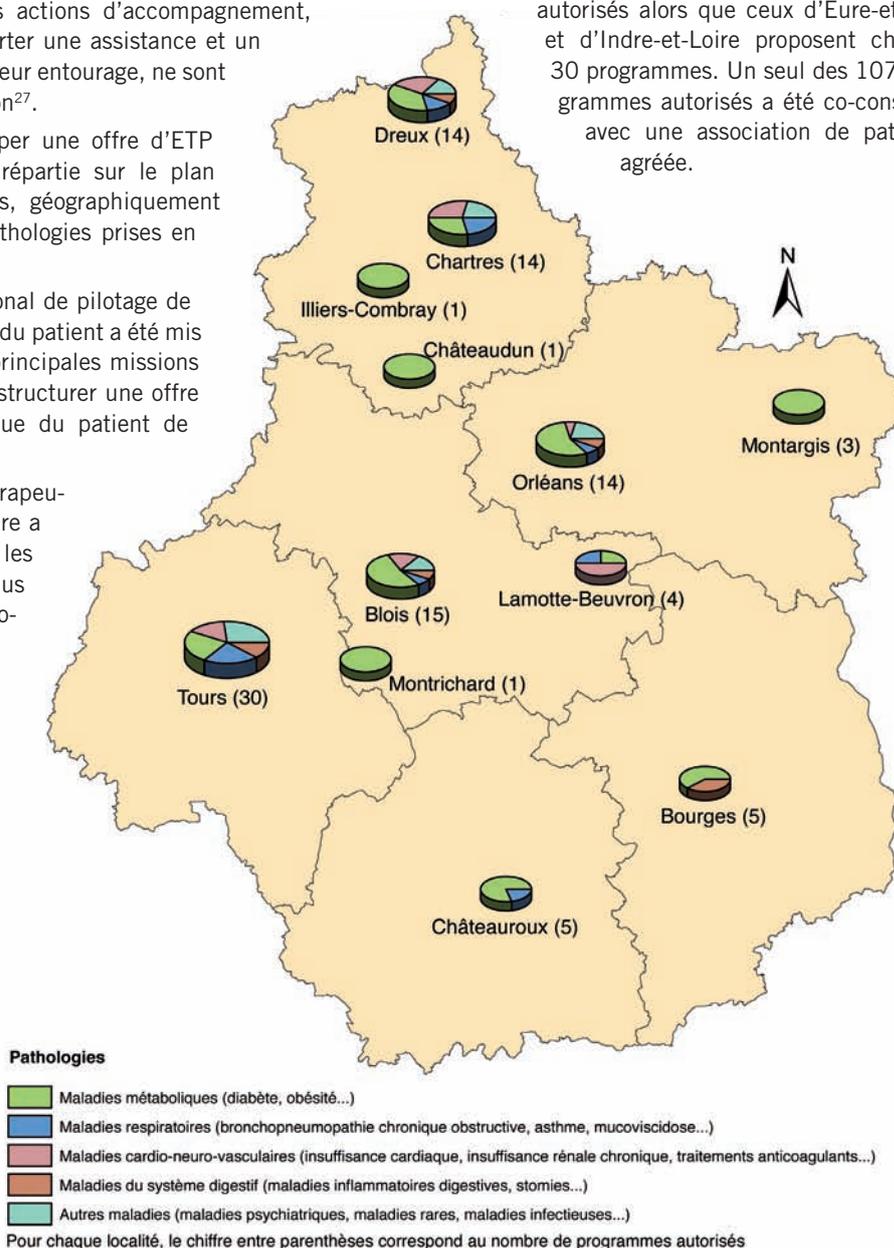
Au-delà de l'éducation thérapeutique, la prévention tertiaire a pour objectif de réduire les handicaps secondaires dus à la conjonction de pathologies chroniques et à la poursuite d'habitudes de vie néfastes pour la santé.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, **107 programmes d'éducation thérapeutique du patient** ont été autorisés par l'Agence régionale de santé 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 pathologies respiratoires chroniques (16 %).

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



Source : ARS Centre - 01/09/2011 - IGN©

#### Cartographie des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés par l'ARS du Centre au 01/09/2011

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

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

## 1.4

# LES ACTEURS, LES ACTIONS ET L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

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 rendre le système de santé dans sa globalité plus efficace. En effet, la prise en compte globale des personnes dans leurs dimensions physique, psychologique et sociale exige un décloisonnement des différents champs abordant ces questions.

## Les services de l'État

SERVICE DE L'ÉTAT CONCERNÉ	MISSION EN MATIÈRE DE SANTÉ
<b>Rectorat (Éducation nationale)</b>	<p><b>Promotion de la santé en faveur des élèves :</b> Le Ministère chargé de l'Éducation 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><b>Médecine préventive universitaire</b> 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>
<b>Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL)</b>	<p><b>Environnement et Logement</b> Début 2010, dans le cadre de la réforme de l'État, 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>
<b>Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)</b>	<p><b>Jeunesse, Sports et Cohésion sociale</b> 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>
<b>Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECTE)</b>	<p><b>Santé au travail</b> Réunis au sein du Comité régional de prévention des risques professionnels piloté par la DIRECTE, 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 (OPPBTP).</p>
<b>Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF)</b>	<p><b>Alimentation et Agriculture</b> La DRAAF est un service déconcentré de l'État 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 :

- une enquête sur la santé des jeunes en région Centre,
- 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...),
- des Assises interdépartementales 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 (PMI) et l'Aide sociale à l'enfance (ASE), 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, six 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 (PNNS).

Quatre villes ont intégré le réseau ville-santé de l'Organisation mondiale de la santé (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'examens de santé, dont trois 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 L1432-1 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, afin notamment de permettre l'utilisation d'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 (CLS)

Les 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 ainsi que "la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus 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 AMÉLIORER L'OFFRE DE SERVICE DES OPÉRATEURS EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

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

L'Institut national de prévention et d'éducation 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 "Éducation et promotion de la santé" de la région Centre repose actuellement sur six structures départementales :

- quatre Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) dans les départements du Cher, d'Eure-et-Loir, de l'Indre et du Loiret,
- deux antennes territoriales de la FRAPS dans les départements d'Indre-et-Loire et de Loir-et-Cher.

Les CODES sont membres de la FRAPS depuis 2006 avec d'autres partenaires, la région ne disposant pas de Comité régional d'éducation 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	<p><b>Positionner le Pôle de compétences régional comme référent en éducation et promotion de la santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• positionner le Pôle de compétence régional comme référent sur les concepts et les approches,</li> <li>• organiser la diffusion et la promotion de référentiels et des bonnes pratiques professionnelles en promotion de la santé,</li> <li>• favoriser la professionnalisation des opérateurs.</li> </ul>
	<p><b>Consolider le réseau régional en éducation et promotion de la santé généraliste autour du Pôle de compétences régional :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• favoriser la structuration des relations entre les actuels Comités d'éducation pour la santé (CODES) et la Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (FRAPS).</li> </ul>
	<p><b>Définir les missions des CODES en tant qu'antennes territoriales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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,</li> <li>• promouvoir la mutualisation régionale des compétences thématiques entre chaque "antenne territoriale" et CODES,</li> <li>• organiser la complémentarité entre antennes ou la suppléance en l'absence d'opérateurs.</li> </ul>

### 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 et 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 par rapport à leur objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales.

OBJECTIF	ACTIONS À MENER
Renforcer l'efficacité des interventions en santé publique	<p><b>Cibler les territoires prioritaires en matière de prévention et promotion de la santé selon les modalités suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mettre en place un système d'information permettant l'observation et l'analyse cartographique de l'activité des opérateurs (déploiement de l'application OSCARS - Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé),</li> <li>• 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.</li> </ul>
	<p><b>Renforcer le cadre d'intervention des opérateurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• définir plus précisément les cahiers des charges en amont de la mise en œuvre des actions,</li> <li>• prioriser et sélectionner des actions de prévention probantes, ayant eu des résultats,</li> <li>• renforcer la professionnalisation des acteurs,</li> <li>• évaluer les actions,</li> <li>• promouvoir l'accréditation des opérateurs<sup>28</sup>.</li> </ul>
	<p><b>Faire évoluer les modalités de financement des programmes de prévention et de promotion de la santé pour favoriser l'adéquation entre les besoins "présupposés" et les actions à conduire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• par le lancement d'appels à projets ciblés sur une thématique et/ou sur un territoire,</li> <li>• par le lancement de "commandes de projets", par exemple à titre expérimental et selon des procédures à définir.</li> </ul>

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

Les professionnels en promotion et 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 en particulier de la Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (FRAPS), et de la Mutualité Française Région Centre (MUREC).

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 L 6112-1, 7° et 10°),
- des médecins généralistes de premier recours (art L 4310-1, 6°),
- des pharmaciens (art L 5125-1-1-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 L 6323-4),
- des établissements et services médico-sociaux.

Pour ces professionnels, l'enjeu réside dans le décloisonnement du soin, dans 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 et/ou social sont susceptibles d'intervenir en relais des messages de prévention et de promotion pour la santé tels que, 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 en 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 de prévention, 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 au 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 tant sur les modalités de conduite des programmes et actions que sur leurs impacts ou sur les effets des politiques menées. Elle relève donc des objectifs fixés par le Plan stratégique qui a défini les modalités de son organisation.

# 5

# Annexes



# LES DÉFINITIONS EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

## 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 : 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<sup>29</sup>.”

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...,
- économiques : 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.

29 - La Charte d'Ottawa (1986, OMS).

## 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.

## 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 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. Elles sont conduites au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment pour ce qui concerne l'éducation thérapeutique du patient.

# 6

# Glossaire



<b>SIGLE</b>	<b>INTITULÉ</b>
<b>AM</b>	Assurance Maladie
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASE</b>	Aide Sociale à l'Enfance
<b>ASV</b>	Ateliers Santé Ville
<b>CBUM</b>	Contrat de Bon Usage du Médicament
<b>CDAG</b>	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
<b>CG</b>	Conseil Général
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CIDDIST</b>	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
<b>CIRE</b>	Cellule Institut de veille sanitaire en REgion(ancienne dénomination : Cellule InterRégionale d'Epidémiologie)
<b>CLAT</b>	Centre de Lutte AntiTuberculeux
<b>CLIN</b>	Centre de Lutte des Infections Nosocomiales
<b>CLS</b>	Contrats Locaux de Santé
<b>CODES</b>	COmité Départemental d'Education pour la Santé
<b>CORRUS</b>	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPGC</b>	Cellule de Préparation à la Gestion de Crise
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CRDS</b>	Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
<b>CRRS</b>	Centre de Réception et de Régulation des Signaux
<b>CRSA</b>	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
<b>CSAPA</b>	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>CUCS</b>	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
<b>CVGAS</b>	Cellule de Veille et Gestion d'Alertes Sanitaires
<b>DDCSPP</b>	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
<b>DDI</b>	Directions Départementales Interministérielles
<b>DDT</b>	Directions Départementales des Territoires
<b>DIRECCTE</b>	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
<b>DO</b>	Déclaration Obligatoire
<b>DRAAF</b>	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
<b>DREAL</b>	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>DRJSCS</b>	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
<b>DT / DT-ARS</b>	Délégation Territoriale de l'ARS
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>ESMS</b>	Etablissements (et services) Sociaux et Médico-Sociaux
<b>FRAPS</b>	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé du Centre
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers

<b>SIGLE</b>	<b>INTITULÉ</b>
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>InVS</b>	Institut national de Veille Sanitaire
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MDO</b>	Maladies à Déclaration Obligatoire
<b>MILDT</b>	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>NRBC</b>	Nucléaire – Radiologique – Bactériologique - Chimique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de la Santé
<b>OSCARS</b>	Outil d'observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
<b>PJJ</b>	Protection Judiciaire de la Jeunesse
<b>PMI</b>	Protection Maternelle Infantile
<b>PNNS</b>	Plan National Nutrition Santé
<b>PNSE</b>	Plan National Santé Environnement
<b>PPS</b>	Programme Personnalisé de Soins
<b>PPS</b>	Prévention et Promotion de la Santé
<b>PRAGSUS</b>	Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire
<b>PRAPS</b>	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
<b>PR GDR</b>	Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>PRSE</b>	Plan Régional Santé Environnement
<b>PSRS</b>	Plan Stratégique Régional de Santé
<b>ROR</b>	Rougeole, Oreillons, Rubéole
<b>ROR</b>	Répertoire Opérationnel Ressources
<b>RPU</b>	Résumés de Passage aux Urgences
<b>SIDA</b>	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SROMS</b>	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
<b>SRoS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>URPS</b>	Unions Régionales des Professionnels de Santé
<b>VAGUSAN</b>	Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires



Retrouvez le contenu de ce document en ligne sur :  
[www.ars-centre.fr/projetregionaldesante](http://www.ars-centre.fr/projetregionaldesante)



**ARS du Centre**

Cité administrative Coligny  
131, rue du Faubourg Bannier - BP 74409  
45044 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 77 32 32

Fax : 02 38 54 46 03

[www.ars.centre.sante.fr](http://www.ars.centre.sante.fr)