

FEUILLE DE ROUTE PRÉVENTION PROMOTION POUR LA SANTÉ EN EURE-ET-LOIR

ÉDITION 2025



ÉDITO

Le Projet régional de santé (PRS) 2023-2028 trace les grandes orientations de la politique de santé pour les cinq prochaines années en Centre-Val de Loire. Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE 4) marque l'importance de l'intégration des enjeux liés à la santé environnementale dans les politiques publiques et les actions à mener. Pour garantir une mise en œuvre adaptée aux spécificités locales, nous avons choisi, en concertation avec les instances de démocratie sanitaire, d'élaborer des feuilles de route départementales axées sur la prévention. Ce travail de terrain a permis de dégager des priorités d'action propres à chaque territoire, réévaluées chaque année pour mieux répondre aux besoins de la population et aux défis de santé publique.

Dans l'Eure-et-Loir, cette feuille de route, pilotée par la Délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire, est le fruit d'une collaboration étroite entre acteurs locaux et équipe régionale. Elle poursuit plusieurs objectifs clés :

- traduire concrètement la stratégie régionale en actions de proximité, ancrées dans la réalité des territoires ;
- rendre l'offre de prévention plus lisible et accessible, en particulier pour les publics en situation de précarité dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) ;
- assurer un suivi rigoureux des actions du PRS pour atteindre les objectifs fixés ;
- planifier efficacement les interventions via une programmation pluriannuelle, garantissant une mobilisation optimale des ressources.

Cette déclinaison départementale réaffirme le rôle essentiel de la prévention en santé. Elle vise à agir sur les déterminants de santé – comportements individuels et environnementaux – avec une approche globale et positive, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

Nous avons à cœur de donner une réalité concrète à ces engagements : dépistage, santé environnementale, nutrition, lutte contre les addictions... Autant d'enjeux majeurs sur lesquels nous devons collectivement agir pour améliorer durablement la santé et la qualité de vie des habitants d'Eure-et-Loir.

L'ARS et ses partenaires sont pleinement engagés dans cette dynamique collective. Je tiens à remercier chaleureusement M. Denis Gelez, Directeur de la Délégation départementale d'Eure-et-Loir et ses équipes pour leur mobilisation sans faille. Merci également à tous les acteurs investis dans cette ambition partagée : ensemble, faisons de la prévention un levier puissant pour une meilleure santé publique !

Clara de Bort
Directrice générale

SOMMAIRE

Introduction	5
1. Diagnostic territorial.....	8
1.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	8
1.2 Caractéristiques de santé	9
1.3 Le recours aux soins.....	10
1.4 L'organisation territoriale des soins	11
1.5 Les facteurs environnementaux.....	14
1.6 L'offre de prévention	16
2. Synthèse	18
3. Orientations	21
Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé.....	21
Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge	22
Axe stratégique 3 : Déployer la prévention pour le plus grand nombre et pour tous.....	24
Axe stratégique 4 : Retarder les conséquences du vieillissement	26
Axe stratégique 5 : Développer la culture de l'urbanisme favorable à la santé....	29
Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé.....	30
Fiche Action n° 1	30
Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé.....	31
Fiche Action n° 2.....	31
Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé.....	32
Fiche Action n° 3.....	32
Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge.....	33
Fiche Action n° 4.....	33
Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge.....	34
Fiche Action n° 5.....	34
Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge.....	35
Fiche Action n° 6.....	35

Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge	36
Fiche Action n° 7	36
Axe stratégique 3 : Déployer la prévention pour le plus grand nombre et pour tous	38
Fiche Action n° 8	38
Axe stratégique 3 : Déployer la prévention pour le plus grand nombre et pour tous	39
Fiche Action n° 9	39
Axe stratégique n°4 : Retarder les conséquences du vieillissement	41
Fiche Action n° 10	41
Axe stratégique n°4 : Retarder les conséquences du vieillissement	42
Fiche Action n° 11	42
Axe stratégique 4 : Retarder les conséquences du vieillissement	43
Fiche Action n° 12	43
Axe stratégique n°4 : Retarder les conséquences du vieillissement	45
Fiche Action n° 13	45
Axe stratégique 4 : Retarder les conséquences du vieillissement	46
Fiche Action n° 14	46
Axe stratégique n°4 : Retarder les conséquences du vieillissement	47
Fiche Action n° 15	47
Axe stratégique 5 : Développer la culture de l’urbanisme favorable à la santé ...	48
Fiche Action n° 16	48
Axe stratégique 5 : Développer la culture de l’urbanisme favorable à la santé ...	51
Fiche Action n° 17	51



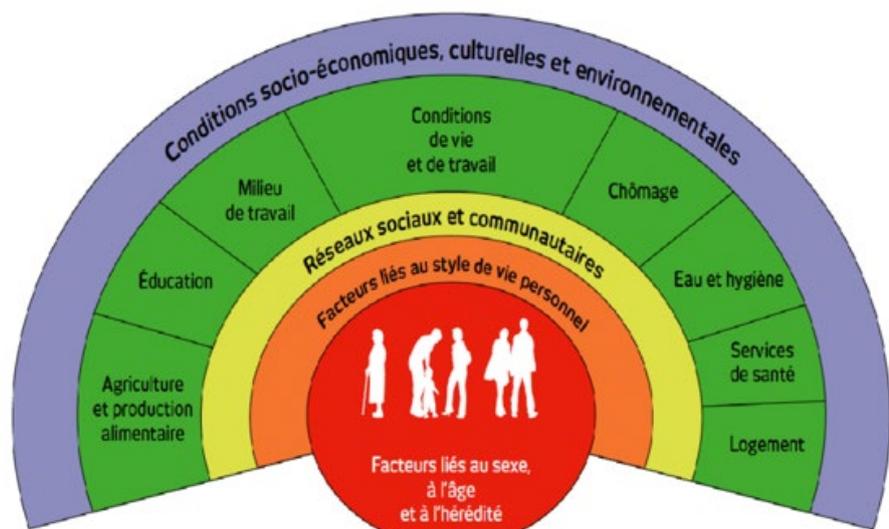
Introduction

80 %. C'est le poids estimé de l'impact des déterminants de santé dans la baisse de la mortalité prématurée, contre 20 % pour le soin.

Pourtant, nos politiques de santé, depuis de longues années, investissent énormément de temps, d'énergie, de moyens financiers et humains sur le soin et la prise en charge au travers de plateaux techniques de plus en plus performants qui allongent l'espérance de vie d'une population sans pour autant augmenter aujourd'hui l'espérance de vie en bonne santé.

En définissant comme première priorité le développement et le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé et en souhaitant décliner cette priorité au travers de feuilles de route départementales, le Projet Régional de Santé (PRS) de 3^{ème} génération 2023/2028 souhaite ainsi rééquilibrer les moyens à la main de la puissance publique, des acteurs de santé et des partenaires institutionnels en liant les politiques de prévention aux différents parcours de santé mais également en prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé.

Cette prise en compte des déterminants de santé est fondamentale car davantage que l'accès aux services de santé et d'autonomie, l'amélioration de la santé de la population dépend avant tout d'un ensemble de

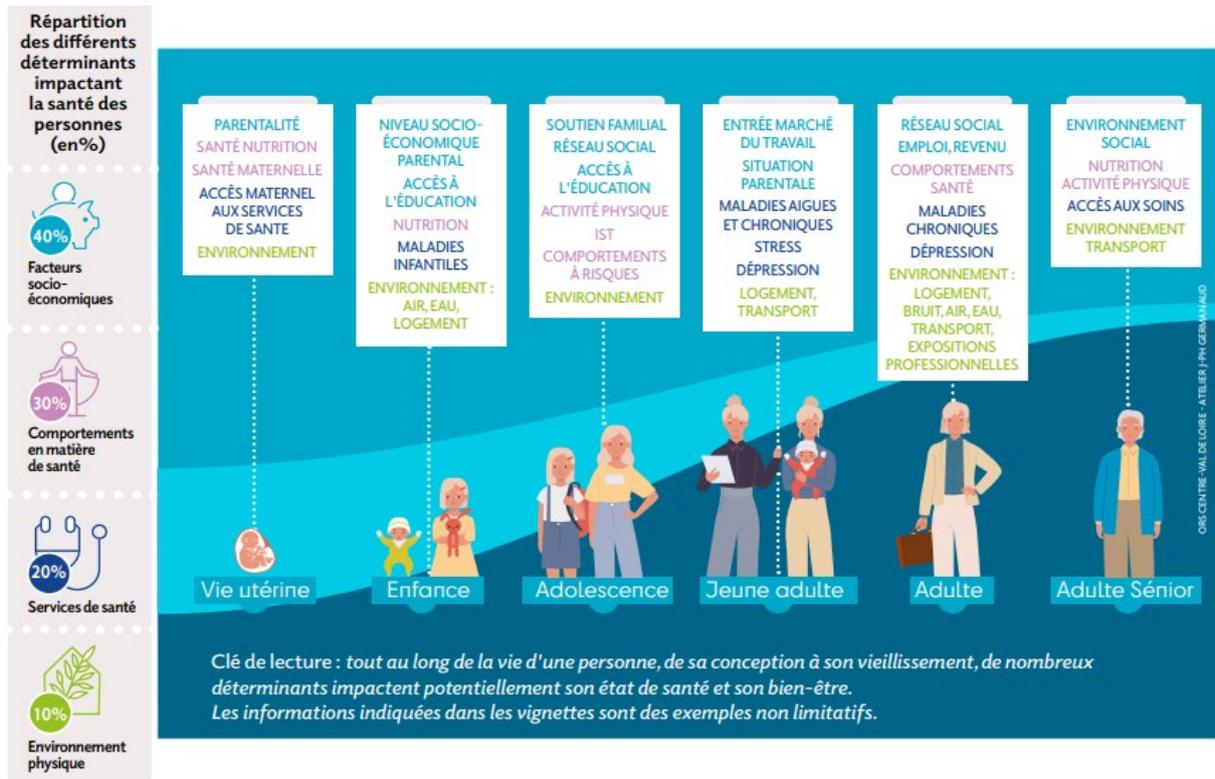


déterminants que sont les comportements individuels, l'environnement physique des personnes, leur contexte socio-économique, ..., illustrés dans ce schéma bien connu des acteurs de la prévention¹.

Ces déterminants de santé évoluent tout au long de la vie et leur poids et leur impact varient en fonction des choix et des non-choix de vie que tout un chacun établit ou subit.

¹ Modèle des déterminants de la santé de Whitehead & Dahlgren (1991)

Les impacts des déterminants de santé dans le parcours de vie



Source : Déterminants et état de santé de la population _ORS CVL_ 2022

En Eure-et-Loir, l'ARS, en lien avec le conseil territorial de santé (CTS), a souhaité, compte tenu du caractère multidimensionnel de la santé et des impacts des différents déterminants de santé dans le parcours de vie, que la feuille de route départementale soit co-élaborée avec l'ensemble des administrations œuvrant dans le domaine de la prévention afin de s'assurer de la mobilisation de tous, la prévention ne pouvant être l'affaire de la seule ARS.

La délégation départementale de l'ARS a ainsi conduit plusieurs réunions de travail avec l'ensemble des administrations, établissements et associations œuvrant dans le domaine de la prévention.

Le présent document trace donc des ambitions départementales partagées par la très grande majorité des acteurs du territoire et se veut structurant et éclairant pour l'organisation future de la politique départementale de prévention.

Les objectifs de la feuille de route à court et moyen termes sont multiples :

- Etablir un pont entre la stratégie et une mise en œuvre concrète des actions dans les territoires au plus près des besoins (territorialisation des actions) ;
- Donner de la lisibilité à l'offre en prévention et aux actions ;
- Permettre une priorisation des actions du PRS, avec un suivi régulier et de nature à garantir l'atteinte des objectifs retenus (mesure d'impact) ;
- Optimiser la planification en assurant une programmation pluriannuelle des actions et des financements.

Ce document n'a donc pas vocation à traiter l'ensemble des pathologies ou publics spécifiques (diabète, cancer, santé mentale, ...), certains faisant d'ailleurs l'objet d'un focus dans le PRS, dans le cadre des parcours spécifiques.

Néanmoins, chacun trouvera en annexe (annexe 1) un annuaire et un état des lieux actualisés et réalisés par la FRAPS qui dresse un panorama de l'existant dans le domaine de la prévention en Eure-et-Loir.

1. Diagnostic territorial

1.1 Caractéristiques socio-démographiques

L'exploitation des données issues d'OSCARD 2023² met en évidence plusieurs éléments :

⇒ Emploi, revenu, indicateur de pauvreté :

- Un niveau de vie médian, légèrement supérieur au niveau de vie de la Région et de la France métropolitaine ;
- Un taux de pauvreté et un taux de recours au RSA nettement inférieurs aux moyennes régionales et nationales ; néanmoins des disparités entre, d'une part, les franges franciliennes plutôt aisées et, d'autre part, les zones du nord et du sud-ouest du département davantage marquées par la pauvreté ;
- Une proportion de cadres plus importante sur l'agglomération chartraine et les franges franciliennes ;
- Un recours à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) le plus bas de la Région et nettement inférieur à la moyenne nationale avec cependant de fortes disparités infra-départementales (le recours à la C2S est très important sur le territoire drouais) ;
- Un taux de chômage de 6.9 % au troisième trimestre 2023 (source INSEE).

⇒ Caractéristiques démographiques :

- Un département plus jeune que les autres départements de la région avec **un fort vieillissement attendu dans les 6 à 7 ans** ; néanmoins, de forts contrastes entre un sud-ouest avec un vieillissement très marqué et le territoire drouais parmi les territoires les plus jeunes de la région ;
- Une monoparentalité plus marquée sur l'agglomération chartraine et l'extrême sud-ouest du département (Authon-du-Perche).

⇒ Handicap :

- Un taux de recours à l'AAH nettement inférieur aux moyennes nationale et régionale mais un recours plus marqué à l'AEEH (Allocation à l'Education de l'Enfant Handicapé).

² OSCARD : Observation Sociale Croisée des Acteurs Régionaux et Départementaux

1.2 Caractéristiques de santé

Le diagnostic de l'ORS de 2022³ dresse les principaux constats suivants :

- Un taux standardisé de mortalité générale légèrement inférieur à la moyenne régionale avec toutefois des disparités infra-départementales, en particulier deux territoires (« Les forêts du Perche » et « Entre Beauce et Perche ») avec des taux de mortalité nettement supérieurs ;
- Un taux standardisé de mortalité par cancer comparable à la moyenne régionale mais supérieur à la moyenne nationale avec deux territoires davantage impactés (« Les forêts du Perche » et « Le Bonnevalais ») ;
- Un taux standardisé de mortalité par suicide comparable au taux national et inférieur à la moyenne régionale avec cependant deux atypies : les territoires d'Authon du Perche et d'« Entre Beauce et Perche » pour lesquels les taux sont les plus importants du département ;
- Un taux standardisé de mortalité par diabète nettement plus bas que les moyennes régionales et nationales et sans contraste infra-départemental particulier ;
- Une mortalité liée au tabac légèrement inférieure aux taux régional et national et une relative homogénéité territoriale ;
- Une mortalité liée à l'alcool dans la moyenne régionale et supérieure à la moyenne nationale ; il est à noter cependant des écarts importants entre le territoire drouais et « Les portes euréliennes d'Île de France » pour lesquels la mortalité est parmi les plus basses de la région et l'ouest du département où la mortalité liée à l'alcool est nettement plus marquée ;
- Enfin, le département se caractérise par un taux de bénéficiaires d'ALD légèrement inférieur aux moyennes nationale et régionale (avec une part plus importante sur le sud et l'ouest du département où vit une population plus vieillissante).

En synthèse, **le département d'Eure-et-Loir ne présente pas d'atypies particulières en matière de santé** avec toutefois un point d'attention sur le territoire de Senonches (« Les forêts du Perche ») où les indicateurs de santé sont les plus dégradés du département.

Les principales affections longue durée (ALD) constatées par la CPAM dans le département sont les mêmes qu'aux niveaux régional et national, à savoir, par ordre de prévalence, le diabète, le cancer, les maladies coronaires, les insuffisances cardiaques et les affections psychiatriques de longue durée.

³ Déterminants et état de santé de la population _ ORS 2022

1.3 Le recours aux soins

La dépense annuelle moyenne par assuré du département est inférieure de plus de 200 euros aux moyennes régionale et nationale. **Cet écart est davantage lié à une moindre dépense d'hospitalisation qu'à une sous-consommation de soins de ville.**

S'agissant de la consommation de soins de ville, le département présente une structuration de dépense très particulière :

- Les euréliens recourent moins aux consultations médicales, très probablement en raison d'une densité médicale parmi les plus faibles de France ; entre 2021 et 2023, le taux de recours aux médecins généralistes a diminué, en particulier sur les territoires des CPTS du pays chartrain et du pays drouais qui sont désormais les territoires où le taux de recours est le plus faible. Ce sont également les deux territoires où la densité de médecins généralistes a le plus diminué, le territoire de la CPTS du pays drouais étant particulièrement sinistré.
- À l'inverse les euréliens dépensent davantage en matière de médicaments, de transports et d'arrêts de travail.

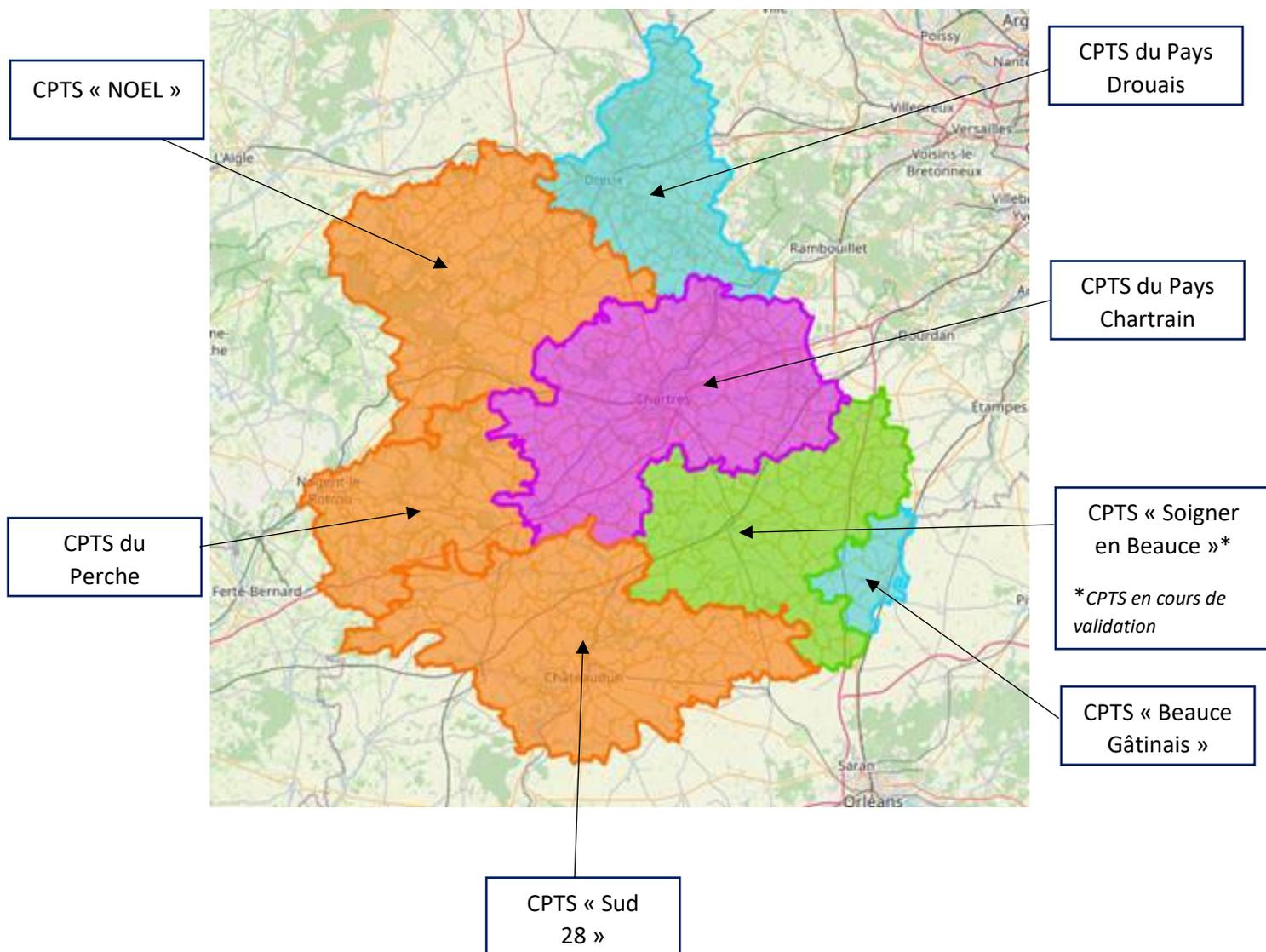
Cependant, malgré la baisse du nombre de médecins généralistes dans le département, **le nombre d'assurés de plus de 16 ans sans médecin traitant a baissé entre 2021 et 2023**, 81.7 % de la population disposant désormais d'un médecin traitant déclaré. Les améliorations sont plus nettes sur les territoires qui ont gagné des médecins sur la période (en particulier, la CPTS « Nord-Ouest Eure-et-Loir »). La situation reste un peu plus difficile sur les CPTS du pays drouais et « Sud 28 ».

Cette amélioration est encore plus significative pour les personnes en ALD puisque le nombre de personnes sans médecin traitant a été divisé par 2 (ou presque) sur les CPTS « Pays drouais », du Perche et « NOEL ». À l'inverse, la situation initialement vertueuse du territoire de la CPTS « Sud 28 » s'est nettement dégradée en raison du départ de praticiens non remplacés.

1.4 L'organisation territoriale des soins

- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Le département est aujourd'hui entièrement couvert par des CPTS.



Toutes les CPTS, hormis la CPTS « Soigner en Beauce », disposent, dans le cadre des financements qu'elles reçoivent de l'assurance maladie, de crédits dédiés à la mise en place d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Analyse territoriale de l'offre de soins par CPTS réalisée par la CPAM

⇒ Les CPTS « Sud 28 » et « Perche » sont des territoires davantage ruraux que les autres, dont la population est vieillissante. La part d'assurés en ALD est importante et la densité de professionnels de santé est faible sauf concernant les infirmiers. Un accès au médecin traitant (MT) est préservé pour le moment au sein de la CPTS « Perche » mais s'avère plus difficile dans le territoire de la CPTS « Sud 28 » et n'est pas compensé par une prise en charge régulière par un autre praticien même s'il n'est pas déclaré médecin traitant (faible part de patients suivis régulièrement par un médecin généraliste). Le montant moyen de médicaments remboursés par assuré est fort, en lien avec le profil des assurés qui sont plus âgés et atteints d'ALD. Le recours aux dispositifs de prévention n'est pas très élevé, surtout dans le Perche.

⇒ Les CPTS « Beauce-Gâtinais » et « Nord-Ouest Eure-et-Loir » couvrent des zones où la population est un peu plus jeune, avec une moindre proportion de bénéficiaires de l'ALD bien que le taux reste relativement important, et une moindre précarité. La densité en professionnels de santé est très faible mais la part des assurés ayant un médecin traitant plus avantageuse.

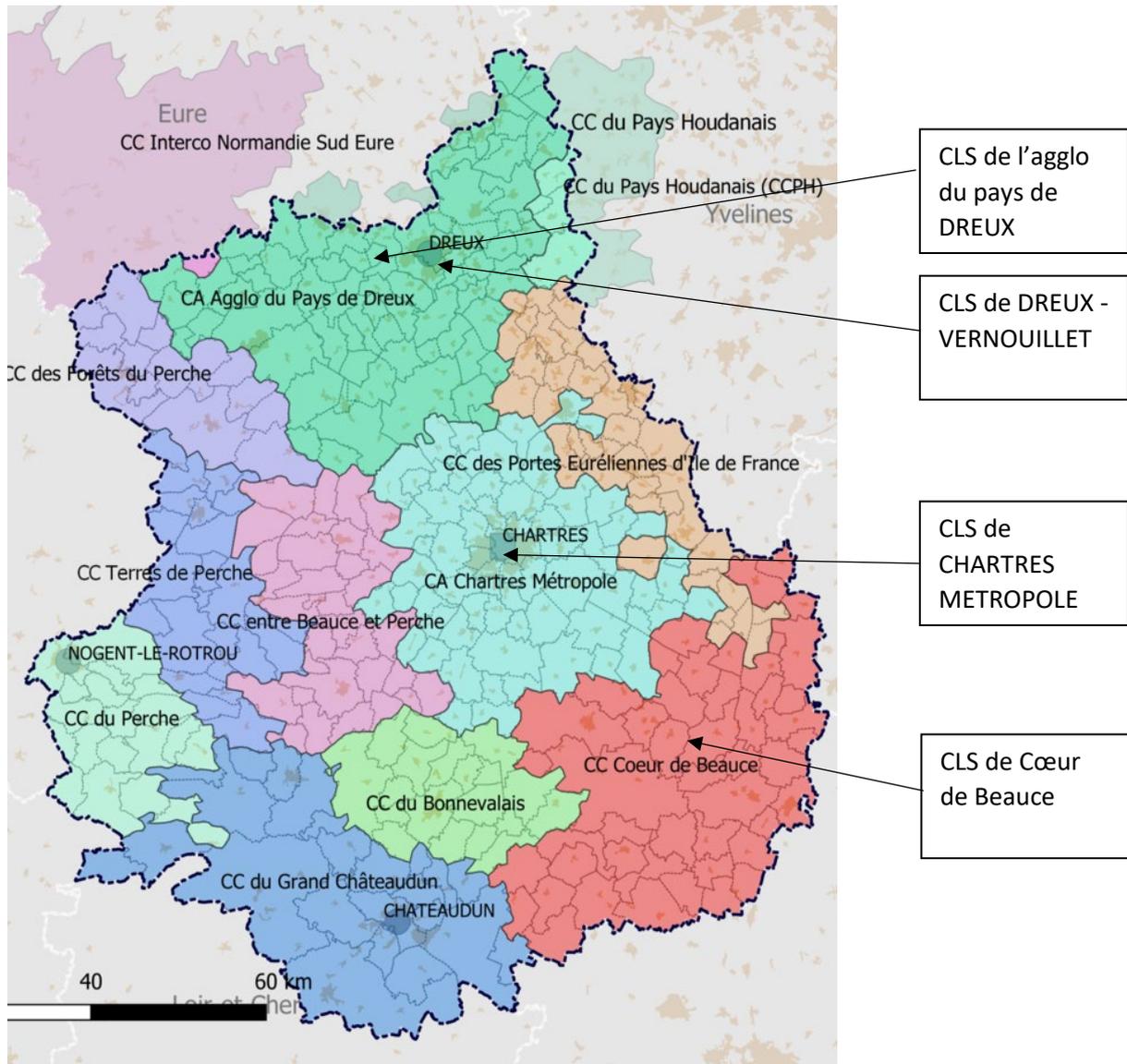
⇒ La CPTS « Soigner en Beauce » est un territoire intermédiaire : plus jeune, rural, avec moins d'assurés en ALD ou bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). Relativement moins d'assurés sont sans médecin traitant malgré l'offre de soins très faible sur ce territoire, et le recours aux dispositifs de prévention y est plutôt bon, même l'examen bucco-dentaire (EBD) alors que la densité de dentistes est, sur ce territoire, très basse et la plus faible du département.

⇒ Dans la CPTS « Pays drouais », la population est la plus jeune et la plus précaire du département. On observe un fort taux de patients sans médecin traitant mais légèrement compensé avec une part plus importante de patients suivis régulièrement par un médecin. La participation aux dispositifs de prévention est dans la moyenne sauf pour la vaccination contre la grippe et le dépistage du cancer colorectal.

⇒ Le territoire de la CPTS « Pays chartrain » se situe dans la moyenne sur de nombreux indicateurs. L'offre de soins y est la plus favorable du département, et pourtant on observe une part importante d'assurés sans médecin traitant, avec un certain nombre de ces assurés suivis quand même régulièrement par un médecin. La précarité est relativement importante (assurés sans mutuelle ou bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat). La participation aux programmes de prévention est assez bonne, notamment sur l'EBD et la vaccination anti-grippale.

- Les Contrats Locaux de Santé

L'Eure-et-Loir est l'un des départements de la région les moins couverts par un contrat local de santé. Au 1^{er} novembre 2024, seuls quatre CLS avaient été signés.



Un CLS est en cours de négociation sur la communauté de communes « Entre Beauce et Perche ».

Le CLS de CHARTRES Métropole présente la particularité de disposer également d'un conseil local de santé mentale (CLSM).

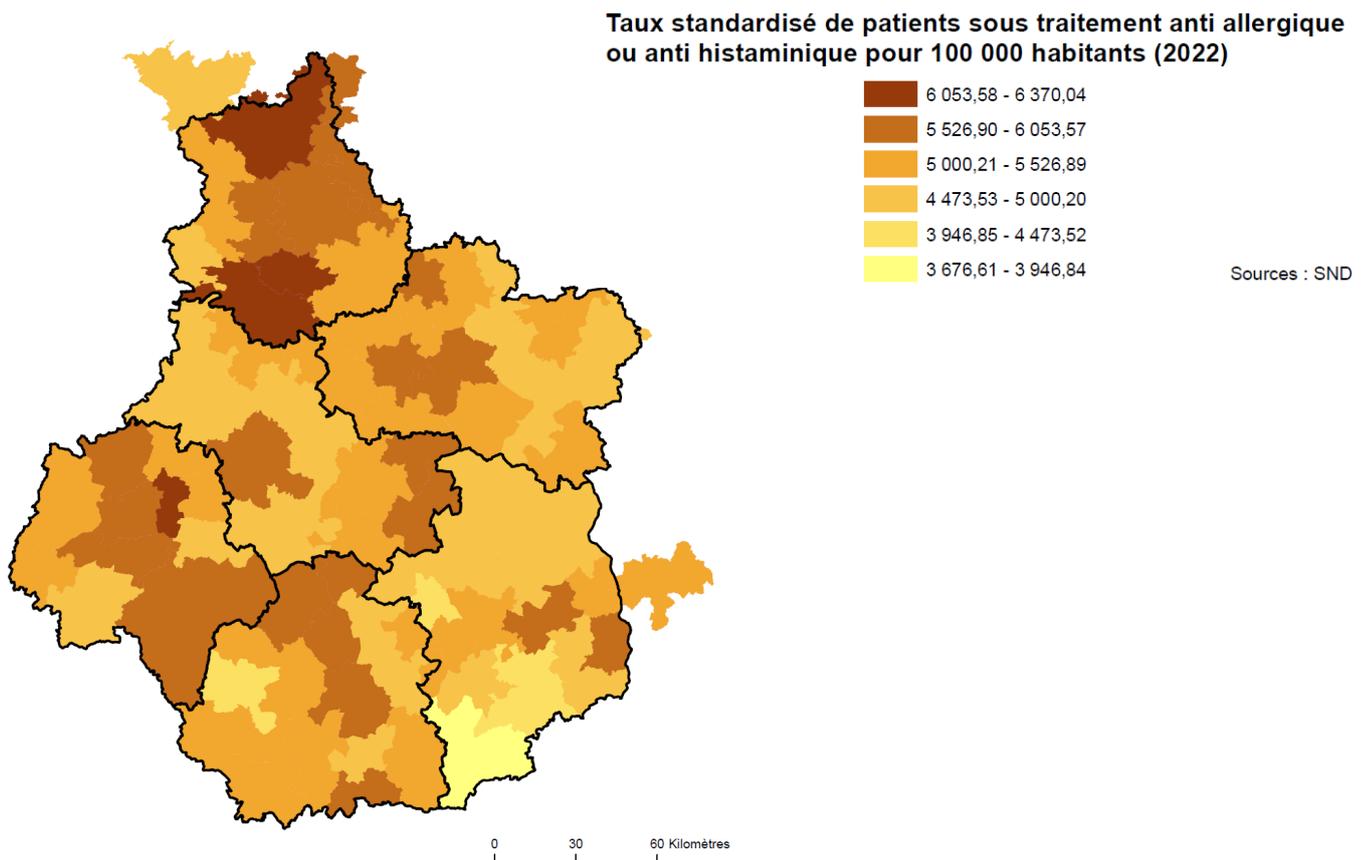
1.5 Les facteurs environnementaux

- Espèces à enjeux pour la santé humaine (ambrosie, chenilles processionnaires, moustique tigre) : en l'état actuel des connaissances, **l'Eure-et-Loir peut être considéré comme relativement préservé par ces espèces**, ce qui n'est pas le cas pour les départements limitrophes.
- Habitat Indigne : malgré les opérations de repérage réalisées dans le cadre des études pré-opérationnelles d'Opérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat, il n'existe pas de recensement précis de l'habitat Indigne ou dégradé, aussi, **la majorité des situations ne sont pas identifiées, seulement 15 à 20 signalements nouveaux étant en moyenne enregistrés chaque mois** par le Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI). Ces signalements concernent le plus souvent des situations de non-décence/infraction au Règlement Sanitaire Départemental (RSD) et ne reflètent pas la réalité du phénomène dans le département. Selon l'exploitation des fichiers fiscaux et fonciers par la Direction Générale des Impôts, le parc privé potentiellement indigne (PPPI) serait plus élevé dans le quart Sud-Ouest du département ; on y observe un taux de 7 à 9 % alors que les valeurs sont plus faibles dans le quart Nord-Est avec un taux de PPPI de 1 à 4 %. Les quatre principales villes du département concentrent à elles seules 33 % du PPPI total : Chartres (1213 ménages), Dreux (338), Châteaudun (761), Nogent-le-Rotrou (218). Les situations d'habitat indigne concernent majoritairement les propriétaires occupants en secteur rural (rapport 60/40) et majoritairement les locataires en secteur urbain (rapport 40/60).
- Intoxications au monoxyde de carbone : selon les derniers éléments statistiques datant de 2020, l'Eure-et-Loir compte proportionnellement **plus de personnes intoxiquées au monoxyde de carbone que les autres départements** (taux d'incidence supérieur de 20 % à la moyenne régionale). Le nombre de personnes intoxiquées, en valeur absolue, reste toutefois contenu.
- Pollution atmosphérique en Eure-et-Loir : les particules PM_{2,5} sont mesurées sur 8 sites de la région avec, en 2019, des dépassements de l'objectif de qualité sur quelques communes dans l'Eure-et-Loir (Chartres, Dreux, la pointe nord du département, etc.). **89 % de la population d'Eure-et-Loir (387 930 habitants)** pourrait être exposée à des niveaux de pollution supérieurs aux nouvelles préconisations de l'OMS pour les PM₁₀ d'après une modélisation régionale.
- Qualité de l'eau destinée à la consommation humaine en Eure-et-Loir :
 - o Qualité bactériologique de l'eau : en 2022, 99,3% de la population départementale a bénéficié d'une eau de bonne qualité, avec un taux de conformité des analyses supérieur à 95%. Sur les six dernières années, ce

taux n'a jamais été inférieur à 97,4%. **Les non-conformités constatées sont principalement dues à des défaillances de la désinfection.**

- Teneurs en nitrates dans les eaux distribuées : en 2022, 5 607 habitants, soit 1,3% de la population départementale, ont été alimentés par une eau dont la teneur moyenne en nitrates a dépassé la limite de qualité de 50 mg/L. Les situations de non-conformité concernent les unités de distribution visées initialement par un précontentieux européen « nitrates ».
- Teneurs en pesticides dans les eaux distribuées : en 2022, en Eure-et-Loir : 89,2 % de la population a été alimentée par une eau conforme aux limites de qualité ; 9,3 % de la population, soit 39 397 habitants, a été alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un dépassement ponctuel de la limite de qualité ; 1,5 % de la population, soit 6 421 habitants, a été alimentée par de l'eau ayant présenté des dépassements récurrents (plus de trente jours sur l'année) de la limite de qualité. Bien que la part de la population alimentée par de l'eau présentant des dépassements récurrents diminue de façon régulière depuis quatre ans, **celle concernant les dépassements ponctuels ou récurrents reste encore très élevée.**
- Les perchlorates : en 2022, **5,6 % de la population départementale était alimentée par une eau dont la teneur moyenne en ions perchlorate a dépassé le seuil de 4 µg/l. Il s'agit du seuil à partir duquel il est recommandé de limiter l'utilisation de l'eau pour la préparation des biberons des nourrissons de moins de 6 mois.** Le taux est proche de celui observé en 2021 mais très éloigné des 22 à 23 % constatés sur la période 2018-2020. La moitié Est du département est la plus concernée.

Enfin, sans que des liens soient directement établis entre les facteurs environnementaux et la prévalence des allergies, il est à noter une particularité propre au département concernant la proportion de personnes sous traitement anti-allergique.



1.6 L'offre de prévention

L'analyse des consultations avec les différentes administrations et opérateurs met en avant les constats suivants :

- Un nombre extrêmement important d'acteurs intervenant sur les sujets « Prévention- Promotion pour la santé » et une dispersion des modes de financement : le secteur s'appuie sur une multitude d'acteurs dont la plupart candidate à différents appels à candidatures, parfois pour des financements réduits. Personne n'a à ce jour de vision d'ensemble sur la globalité des opérateurs intervenant dans le secteur et si la mise en place d'une commission des acteurs de prévention en santé (CAPS) a permis d'établir une première photographie des opérateurs et de favoriser leur interconnaissance, il n'en reste pas moins que l'état des lieux a révélé que de nombreuses administrations intervenaient, consciemment ou inconsciemment, dans la prévention en santé, et qu'il est très difficile aujourd'hui de relier ces différentes interventions entre elles.
- Une absence de vision inter-administrations sur les sujets PPS : comme évoqué plus haut, chaque administration, en fonction des instructions qu'elle reçoit et des marges de manœuvre dont elle dispose, agit dans le domaine, la plupart du temps sans coordination entre elles et sans raccrocher ces interventions à une stratégie départementale. L'ARS et la CPAM partagent peu leurs stratégies, le Conseil Départemental établit un volet « prévention » dans le cadre de son

pacte « Eure-et-Loir Santé », la CAF développe des réponses sur la parentalité que la pédopsychiatrie souhaiterait elle-même développer, ... La difficulté n'est pas la volonté de chaque administration de préserver son domaine (chaque administration est régulièrement invitée à des groupes de travail établis par une autre administration) mais la difficulté finalement de relier ces réflexions à une stratégie d'ensemble. Personne n'a aujourd'hui de vision globale sur la prévention et la promotion en santé en Eure-et-Loir.

- Une faiblesse des coordinations thématiques : cette absence de vision d'ensemble (définition des besoins du territoire, développement d'une offre adaptée à ces besoins, évaluation de cette offre) est palpable dès qu'on approfondit un sujet. Certes, trois coordinations départementales ont été récemment créées (Education Thérapeutique du Patient – ETP –, sport santé, vaccination) mais les thématiques régulièrement financées (diabète, nutrition, addiction, développement des compétences psycho-sociales, santé sexuelle, ...) sont peu coordonnées, chaque opérateur répondant finalement à des besoins locaux qu'il a lui-même repérés.

2. Synthèse

L'analyse du diagnostic territorial ne met pas en évidence d'atypie majeure en termes de **morbimortalité et d'accès aux dispositifs de prévention**. En termes de comparaison interdépartementale, l'Eure-et-Loir est souvent proche de la moyenne régionale à l'exception du taux de prévalence en allergies pour lequel le département se situe très au-dessus de ses voisins infra-régionaux.

D'un point de vue infra départemental, des disparités existent selon les territoires de CPTS et peinent parfois à s'expliquer. Il est acquis que des mécanismes propres à chaque territoire compensent certaines faiblesses (par exemple, les territoires les plus vertueux en termes d'accès au médecin traitant ou de recours au médecin généraliste ne sont pas forcément les territoires les plus denses en médecins) mais ces mécanismes ne sont pas toujours explicites.

Parmi l'ensemble de ces sujets à explorer, la forte prévalence de la mortalité par cancer du sein de la communauté de communes « Les Forêts du Perche » est sans doute le sujet qui mérite une attention collective afin de s'assurer que cette surmortalité n'est due qu'à l'étroitesse des séries statistiques (« Les Forêts du Perche » constitue, en nombre d'habitants, le plus petit Etablissement Public de Coopération Intercommunale – EPCI - du département) et non à un contexte local (facteurs environnementaux, faible offre de soins, raisons sociologiques, ...).

Concernant **l'accès aux soins**, le département est évidemment pénalisé par son sous-équipement en professionnels de santé libéraux. Néanmoins, de manière également étonnante, la consommation de soins est proportionnellement plus faible pour les dépenses de soins hospitaliers que pour les dépenses de soins de ville.

On note, malgré une baisse du nombre de médecins généralistes, une amélioration du nombre de patients disposant d'un médecin traitant, en particulier pour les personnes atteintes d'une ALD. La couverture intégrale du département par des CPTS est indéniablement un point fort par son effet « amortisseur ».

S'agissant des **facteurs environnementaux**, l'Eure-et-Loir se distingue par un parc privé potentiellement indigne supérieur corrélé à un probable repérage insuffisant ainsi que par une qualité de l'eau qui, si elle s'améliore, reste néanmoins en deçà des standards requis. Le sujet des allergies mérite néanmoins une attention particulière et d'être exploré.

Au final, l'Eure-et-Loir, département de taille moyenne, se situe proche des moyennes nationale et régionale en termes de morbimortalité et reste finalement faiblement impacté (jusqu'à quand ?) par ses difficultés d'accès aux soins.

Cependant, puisque l'Eure-et-Loir, par ses caractéristiques, est assez proche des moyennes et évolutions nationales, il n'y a pas de raison, même si nous ne disposons pas forcément de données statistiques précises en la matière, que le département

échappe aux phénomènes observés à l'échelle de la France : le nombre de personnes en surpoids augmente, le taux de prévalence des diabètes de type 2 s'accroît (phénomène avéré en Eure-et-Loir), les enfants ont perdu, depuis 40 ans, près de 25 % de leur capacité cardio-vasculaire, l'impact des écrans sur la santé des enfants est de plus en plus interrogé, ...

Ce qui peut paraître paradoxal, c'est qu'en contrepartie, des actions sont engagées et financées depuis de nombreuses années et ne parviennent pas à enrayer ces évolutions.

Par conséquent, le sentiment domine parmi les acteurs de santé que le cadre d'organisation de ces dispositifs de prévention a atteint ses limites au sens où une partie de la population, faute d'information sur les risques encourus, d'accompagnement dans les démarches de soins ou d'appropriation des messages sur les conduites à tenir, reste en dehors des politiques de prévention. Ceci est en partie inexact dans la mesure où, par exemple, les politiques de dépistage du cancer ou les campagnes d'aide à l'arrêt du tabac ont produit des résultats positifs (en Eure-et-Loir comme en France) et où l'espérance de vie continue d'augmenter mais dans l'histoire de nos sociétés, en dehors d'évènements exceptionnels (guerres, épidémies, ...), pour la première fois, apparaît le risque de voir de nouvelles générations en moins bonne santé que les précédentes.

Ces évolutions interrogent donc notre cadre organisationnel de la prévention et en particulier, notre capacité, dans un monde de sur-information, à cibler les populations les moins réceptives et/ou les plus à risque et à favoriser des changements de comportement.

Il en est même de la survie de notre modèle de soins car dans un département qui va connaître une croissance d'ici 2030 de 30 % de sa population de 75 ans et + et qui connaît un taux d'ALD en augmentation continue, l'addition de nouveaux patients avec des pathologies évitables finirait par faire craquer un système de soins déjà en forte tension.

La feuille de route départementale se propose donc de ne pas être un catalogue des opérateurs de la prévention ni d'offrir une synthèse des recommandations nationales en prévention en santé que les professionnels connaissent déjà, mais plutôt d'envisager un nouveau schéma organisationnel dans l'espoir d'être le plus impactant possible. Ce schéma organisationnel s'appuiera sur deux leviers :

- Une impulsion départementale qui portera les visions stratégiques au travers d'une approche multi partenariale ;
- Une animation infra territoriale (à l'échelle de chaque CPTS et chaque CLS) afin de faire en sorte que les ambitions départementales se traduisent bien dans le quotidien des personnes (« le dernier kilomètre des politiques publiques »).

L'ambition transversale de cette organisation est de ne surtout pas délier la prévention des enjeux de santé ou de maintien de l'autonomie ordinaires.

En effet, la conviction portée par les acteurs du territoire est qu'il n'y a probablement pas plus important qu'un professionnel de santé, un patient expert ou un travailleur socio-éducatif pour convaincre un patient ou un usager d'une structure sociale ou médico-sociale à adopter les bons comportements de santé.

La deuxième conviction est que ce professionnel doit être connu du patient ou de l'utilisateur.

Enfin, la troisième conviction est qu'il est indispensable de rendre l'accès aux dispositifs d'accompagnement le plus aisé possible. De fait, le tandem « CPTS / collectivités territoriales » qui a plutôt bien fonctionné durant la crise COVID pour le dépistage et la vaccination apparaît comme le bon levier pour proposer, convaincre et organiser des actions de prévention adaptées aux besoins des territoires.

C'est pourquoi, même si la feuille de route n'en fait pas un objectif en soi, **la couverture intégrale du département par des contrats locaux de santé constituera un prérequis indispensable à sa réussite.**

3. Orientations

L'ambition de la feuille de route étant d'être le plus impactante possible, les axes stratégiques portent essentiellement sur des enjeux d'organisation, de coordination et de coopération et ne visent donc pas à créer dans l'immédiat de nouvelles actions de prévention.

Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé

Au regard de l'analyse de l'organisation de l'offre de prévention.

Il est proposé 3 actions :

- **La mise en place d'une gouvernance dédiée à la prévention et à la promotion en santé (fiche action n° 1)** : puisque ce sujet souffre de l'absence d'un pilotage coordonné, il est proposé de constituer une gouvernance spécifique dans l'optique de développer une vision interministérielle sur ces sujets.
↳ *Changement attendu* : stopper le fonctionnement en silo actuellement observé et permettre une vision panoramique du sujet que personne ne détient aujourd'hui.
- **L'intégration du sujet « prévention et promotion en santé » dans toutes les stratégies de santé et de maintien de l'autonomie (handicap, personnes âgées, personnes handicapées vieillissantes, ...) (fiche action n° 2)** : les différentes stratégies développées par l'ARS, le Conseil Départemental ou le groupement hospitalier de territoire accordent une large place au soin et à l'accompagnement. Le sujet de la prévention et promotion en santé est abordé de manière résiduelle et souvent perçu comme non prioritaire.
↳ *Changement attendu* : accorder davantage de place à la prévention dans les parcours de vie/ soins.
- **Le développement de coordinations thématiques porteuses d'ambitions départementales (fiche action n° 3)** : l'objectif est de ne plus aborder la prévention uniquement sous l'angle de la mise en place d'actions (trouver et financer des opérateurs qui développent des actions) mais de construire une stratégie départementale par grandes thématiques dont les principales ambitions seraient d'assurer une couverture équitable du territoire et de construire un programme d'actions répondant aux besoins du département.
Au regard des premières causes de mortalité, des taux de prévalence des ALD et des priorités relevées par les professionnels de terrain, il est proposé la création (ou la poursuite) de 10 coordinations thématiques :
 - Vaccination
 - Dépistage des cancers
 - Lutte contre la sédentarité-nutrition sport santé

- Vie affective-santé sexuelle
- Conduites addictives
- Compétences psycho-sociales des jeunes
- Education Thérapeutique du Patient
- Les 1000 premiers jours
- Lutte contre les espèces à enjeux pour la santé humaine (ambrosies, moustique tigre, chenilles processionnaires du chêne et du pin)
- Espace clos (habitat indigne, situations d'incurie voire de syndrome de Diogène, qualité de l'air intérieur, saturnisme, intoxications au monoxyde de carbone...)

↳ *Changement attendu* : faire en sorte que toutes les actions s'inscrivent dans un cadre départemental et répondent à des objectifs partagés par tous.

Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge

Sous l'égide de Santé Publique France, une politique nationale très volontaire s'est développée autour des « 1000 premiers jours ».

De nombreuses études ont montré, en effet, que l'organisme du bébé, dès la grossesse, est particulièrement sensible à ce qui l'entoure, à son environnement. Tout ce qu'il va vivre, que ce soient des choses positives ou au contraire négatives, peut influencer sa santé pour toute la vie.

Certaines expériences négatives pourront venir augmenter son risque de développer un certain nombre de maladies chroniques, une obésité ou des comportements liés à des addictions.

A l'inverse, les expériences positives auront un impact positif sur sa santé, tout au long de sa vie.

Cette ambition nationale s'est notamment traduite dans les départements par la signature de conventions entre les conseils départementaux, l'Etat et l'ARS portant sur la prévention et la protection de l'enfance et par le financement de nombreuses actions.

Si cette convention en Eure-et-Loir a permis des avancées incontestables, elle n'associe pas des partenaires pourtant très présents sur cette thématique des 1000 premiers jours (notamment la CAF et la CPAM) et ne couvre pas toutes les actions portées par les différents partenaires en la matière.

De même, au-delà de la période des 1000 premiers jours, il est acquis que l'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales, en particulier dans la détermination des caractéristiques individuelles, que ce soient les compétences personnelles et sociales que peut développer tout un chacun ou les habitudes de vie et les comportements.

Pourtant, bien que ciblé comme un vecteur essentiel de la santé, du bien-être et de la réussite éducative et sociale, le développement des compétences psychosociales est une piste stratégique encore insuffisamment déployée en prévention en santé publique, en éducation et en action sociale.

C'est pourquoi, outre la création d'une coordination thématique autour des 1000 premiers jours intégrant l'ensemble des acteurs présents sur le territoire (CAF, PMI, CPAM, Maternités, équipes de périnatalité, pédopsychiatrie,) (cf. fiche action n°3), il est proposé 4 actions :

- **Développer les compétences psychosociales (CPS) pour tous les enfants de 6^{ème} (fiche action n° 4) :** une instruction interministérielle d'août 2022 a posé comme objectif à 15 ans que la génération 2037 soit la première à grandir dans un environnement continu de soutien au développement des CPS. Cette fiche action vise donc à définir le cadre de mise en œuvre de cet objectif.

↳ *Changement attendu* : favoriser, par l'acquisition de compétences, le bien-être, la santé mentale et la réussite scolaire des jeunes et diminuer les conduites à risque.
- **Mieux accompagner l'usage des écrans (fiche action n° 5) :** le sujet des écrans est devenu en quelques années un véritable enjeu de santé publique, depuis la petite enfance (retards de langage, déficits de l'attention, ...) jusqu'à l'adolescence (harcèlement, problèmes de comportement, addictions aux écrans, ...). Les professionnels expriment à la fois une méconnaissance de la part des parents des effets du mésusage des écrans et une difficulté à gérer la consommation. L'objectif est donc de développer une action pluri-professionnelle visant à sensibiliser les jeunes et les familles sur les dangers des écrans et à les accompagner dans les usages des adolescents.
↳ *Changement attendu* : diminuer les motifs de consultation liés aux écrans.
- **Transformer la maison des adolescents en maison des enfants et des adolescents (fiche action n° 6) :** la maison des adolescents de Dreux et ses trois antennes (Chartres, Châteaudun et Nogent le Rotrou) sont particulièrement bien repérées ; cependant, les dialogues de gestion n'associent que l'ARS (seul financeur de ce dispositif) alors même que les motifs de consultation sont pluriels (problèmes de comportement, addictions, exercice difficile de la parentalité, harcèlement, mésusage des écrans, ...) ; de plus, l'accueil des jeunes avant 12 ans n'étant pas possible, les possibilités d'accès à ces consultations sont moins aisées (l'accueil en pédopsychiatrie étant pour la population plus stigmatisant que la maison des adolescents).

↳ *Changements attendus :*

- Favoriser l'accès des familles à une offre inconditionnelle de consultations.
 - Favoriser les coopérations avec les opérateurs des secteurs éducatif, social et de la parentalité en élargissant les dialogues de gestion à la CAF, l'Education Nationale et au Conseil Départemental.
- **Généraliser le dépistage précoce chez l'enfant (fiche action n° 7)**: sous l'impulsion de l'assurance maladie, il s'agit de lancer une action d'envergure concernant le repérage des troubles visuels et du langage en petite section de maternelle, en partenariat avec l'Education Nationale et les professionnels de santé volontaires (orthoptistes, orthophonistes), ainsi que de poursuivre l'objectif d'une génération sans carie (dans le cadre de l'opération MT'Dents).
↳ *Changement attendu* : apporter les soins nécessaires dès le plus jeune âge afin d'éviter des pertes de chance.

Axe stratégique 3 : Déployer la prévention pour le plus grand nombre et pour tous

L'inégalité d'espérance de vie entre cadres et ouvriers se situe à un peu moins de six ans pour les hommes et à trois ans et demi pour les femmes. Un chiffre quasiment identique à ce qu'il était dans les années 1970 et qui a très peu évolué depuis⁴. Ce chiffre illustre non seulement les écarts de pénibilité physique au travail mais aussi les différences, entre milieux sociaux, d'habitudes de vie et d'appropriation des messages de prévention.

Cette incapacité à réduire les écarts d'espérance de vie entre catégories socio-professionnelles interroge fortement notre modèle de prévention et notre capacité collective à être à la fois davantage prévenant et convaincant à l'endroit de certains publics.

Il est acquis qu'une partie des actions de prévention actuellement réalisées touchent un public déjà sensibilisé et pour lequel les actions mises en place n'ont finalement que peu d'impacts (public déjà convaincu). L'objectif au travers de la présente feuille de route est plutôt d'aller chercher une population plus éloignée en misant sur des relais susceptibles de favoriser un changement de comportement.

La priorité n'est pas forcément de faire davantage de prévention (après tout, la France est en bonne position à l'échelle européenne, que ce soit sur l'espérance de vie ou l'espérance de vie en bonne santé) mais plutôt de faire bénéficier l'ensemble de la population de ces avancées et donc de réajuster notre modèle de prévention en misant sur un axe complémentaire aux messages de sensibilisation et d'incitation nationaux.

⁴ Etude INED 2023

L'idée est d'atteindre les citoyens peu accessibles aux messages de prévention (citoyens en dehors des canaux d'information traditionnels) et/ou ne s'appropriant pas lesdits messages (messages complexes, trop nombreux ou citoyens développant une « réactance psychologique »). Pour atteindre ces cibles, il est proposé, sous l'égide des coordinations thématiques, de développer une offre répondant à trois enjeux :

- De rapidité : on sait que la motivation est, pour certains comportements (en particulier addictifs), essentielle et précaire ; la capacité à faire entrer rapidement dans un parcours de soin une personne disposée à réduire ou arrêter sa consommation de tabac ou d'alcool est essentielle sous peine de perdre son engagement. La question est donc notre capacité à organiser une offre suffisamment réactive pour intégrer des patients dans des démarches de soin, indépendamment des tensions pouvant exister sur l'offre de soins.
- De généralisation : le secteur de la prévention se caractérise à la fois par le développement d'actions expérimentales ou micro-locales et par la fragilité de ses financements (souvent temporaires). En termes de santé publique, l'impact de ces politiques interroge au regard de la faiblesse numérique des personnes concernées. L'idée, dans le cadre de la présente feuille de route, est de proposer le plus possible une généralisation à l'échelle départementale des actions de prévention et de promotion de la santé. Cette généralisation ne signifie pas la couverture intégrale du département mais un traitement homogène des inégalités sociales et territoriales de santé et, si besoin, une hiérarchisation des territoires prioritaires.
- De proximité : le développement d'une offre infra-territoriale est essentielle non seulement pour la rapprocher des citoyens mais surtout pour la structurer de la manière la plus adaptée aux besoins du territoire. En cela, le binôme « CLS – CPTS » doit occuper une place fondamentale dans la détermination de cette offre.

Les dispositifs de vaccination spécifiques (COVID, HPV), malgré leur différence (la vaccination anti-COVID s'appuyait sur les communes et les professionnels libéraux tandis que la vaccination contre le papillomavirus repose sur les collèges et le pôle santé publique de DREUX) sont les témoins, par leur succès, d'une organisation en proximité et de grande ampleur.

Deux actions sont proposées :

- **Capitaliser sur l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) CPTS pour décliner la stratégie définie sur chacune des 10 coordinations thématiques identifiées (fiche action n° 8)** : les CPTS ont toutes une mission socle sur la prévention. Cette mission socle est revue chaque année dans le cadre de la négociation CPTS/CPAM/ARS. En amont de cette négociation, chaque coordonnateur thématique réalise un bilan des résultats obtenus sur le territoire et propose des orientations prioritaires et des actions qui pourraient être conduites. Au vu de ces éléments, la CPTS, l'ARS et la CPAM sélectionnent quelques axes clefs pour lesquels des indicateurs annuels sont fixés dans l'ACI.

Changement attendu : renforcer la performance de l'offre de prévention en la connectant davantage aux besoins locaux et au tissu partenarial de proximité.

- **Confier aux coordonnateurs de CLS la responsabilité de la mise en synergie des volets « prévention et promotion de la santé » des différents contrats signés à l'échelle des EPCI (*fiche action n° 9*)** : aujourd'hui, un Etablissement Public de Coopération Intercommunale ou une commune peut signer un contrat local de santé (sous l'impulsion de l'ARS), une convention territoriale de services aux familles (sous l'impulsion de la CAF), un plan alimentaire territorial (sous l'impulsion de la DDT) et un contrat de ville "Engagements Quartiers 2030". Ces quatre documents comportent chacun des actions sur la prévention en santé mais la coordination, la complémentarité et la cohérence des différentes actions doivent être assurées uniquement par l'EPCI. L'objectif, sans aller nécessairement sur un document unique, est d'assurer en amont de la signature de ces documents, une association plus grande des signataires de ces documents pour éviter les redondances et surtout davantage lier les actions.

Changement attendu : mobiliser l'ensemble des leviers agissant sur les déterminants de santé.

Axe stratégique 4 : Retarder les conséquences du vieillissement

D'ici 2030, l'Eure-et-Loir verra sa population de personnes de plus de 75 ans augmenter de 30 %. Cette augmentation va inévitablement peser sur le système de soins et requiert que l'on retarde le plus possible les conséquences du vieillissement.

Or, aujourd'hui, le repérage des fragilités est souvent réalisé tardivement, en particulier à l'occasion d'une hospitalisation, l'expertise gériatrique étant mobilisée essentiellement lors d'un problème majeur de santé.

L'enjeu consiste donc, d'une part, à structurer une offre de repérage et d'évaluation des fragilités des personnes vieillissantes (intégrant également les spécificités des personnes en situation de handicap) et, d'autre part, à déployer des actions de prévention adaptées.

Six propositions :

- **Organiser le dépistage des fragilités des personnes âgées par des professionnels de santé de proximité (*fiche action n° 10*)** : il s'agit, en l'espèce, de déployer à l'échelle du département les bilans de prévention et/ou le programme ICOPE en associant les professionnels de santé libéraux.
↳ *Changement attendu* : évaluer précocement l'état de santé des personnes âgées afin d'anticiper la dégradation des fonctions déterminantes pour l'autonomie des personnes vieillissantes et d'évaluer les besoins d'aménagements, d'accompagnement ou de soins au domicile.

- **Mobiliser l'offre de consultation et d'évaluation gériatrique précocement dans le parcours de vie des personnes âgées (fiche action n° 11) :** l'expertise de médecins gériatres intervient essentiellement dans le cadre d'un parcours de soin consécutif à une dégradation de l'état de santé ou à un accident et est finalement faiblement mobilisée de manière préventive ; certes, une offre de consultation externe et d'hôpital de jour existe mais peine à se développer.

Changement attendu : faire bénéficier la population âgée d'une offre de consultation spécialisée, en amont d'une hospitalisation soudaine.

- **Renforcer l'expertise des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans l'accompagnement soignant des personnes handicapées vieillissantes (fiche action n° 12) :** les personnes en situation de handicap intellectuel (trisomie, autisme, ...) ont une espérance de vie plus courte pour plusieurs raisons :
 - Des co-morbidités (cardiaques, neurologiques, ...) sont souvent associées à leur handicap
 - Leurs difficultés de communication ne permettent pas toujours à ces personnes d'exprimer aisément leurs douleurs
 - L'entourage (familial ou professionnel) n'est pas toujours formé aux particularités du handicap et n'engage pas les actions de prévention ou de consultation nécessaires.

Il s'agit donc, sous l'égide de HandiSanté, d'initier auprès des ESSMS une culture d'accompagnement soignant plus experte des personnes en situation de handicap afin de prévenir la survenue de maladies et/ou d'apporter les soins plus précocement.

Changement attendu : tenir compte de la spécificité du vieillissement chez les personnes en situation de handicap

- **Mettre en cohérence les axes de la feuille de route départementale « prévention et promotion en santé », les priorités des coordinations thématiques et le programme coordonné de la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (fiche action n° 13) :** La commission des financeurs établit une stratégie départementale de la prévention de la perte d'autonomie grâce au programme coordonné, qui lui permet de définir les priorités de financement et d'actions. En tant qu'instance décisionnaire et de coordination, elle valide les priorités par le vote de l'ensemble de ses membres, conformément à ses statuts. Le but est donc de renforcer la synergie entre les objectifs de la présente feuille de route et le programme de la conférence des financeurs.

Changement attendu : faire de la conférence des financeurs un levier essentiel de la feuille de route « prévention / promotion en santé »

- **Etendre l'expérimentation sur le suivi des chutes conduite par le Conseil départemental d'Eure-et-Loir, le SDIS et la CPTS « Sud 28 » à l'ensemble du département (fiche action n° 14)** : depuis un an, sur le territoire de la CPTS « Sud 28 », les personnes âgées chutant à leur domicile et secourues par les sapeurs-pompiers, peuvent s'inscrire, si elles le souhaitent, dans un parcours de soins et d'accompagnement social afin de prévenir toute récurrence. Evalué comme prometteur par les acteurs du territoire, ce parcours pourrait, à moyen terme et sous l'égide du Conseil départemental d'Eure-et-Loir, du SDIS et de l'inter CPTS concerner tout le département.

↳ *Changement attendu* : proposer, en termes de prévention secondaire, un accompagnement adapté aux personnes chutant à domicile.

- **Couvrir l'intégralité du département en Centres Ressources Territoriaux (fiche action n° 15)** : les centres de ressources territoriaux ont pour mission de développer une offre nouvelle d'accompagnement à la perte d'autonomie à travers deux volets :
 - Volet 1 : favoriser l'accès aux soins et à la prévention en mutualisant sur chaque territoire les compétences et ressources gérontologiques disponibles aujourd'hui en établissement ou en service médico-social (EHPAD/service autonomie à domicile notamment) afin d'en faire bénéficier les professionnels, les personnes âgées du territoire et leurs aidants.
 - Volet 2 : proposer une offre de services renforcée et graduée, via la coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée et l'expertise du CRT dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Il s'agit donc de couvrir le département en centres ressources territoriaux afin de proposer le même niveau de services à l'ensemble de la population.

Changement attendu : organiser l'accompagnement du maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible.

Axe stratégique 5 : Développer la culture de l'urbanisme favorable à la santé.

Comme mentionné dans le diagnostic, l'Eure-et-Loir se distingue par une surreprésentation de patients sous traitement anti-allergie.

Le temps restreint de la rédaction de la feuille de route n'a pas permis de vérifier toutes les hypothèses, en particulier celle des pratiques de prescription (les médecins du département ont-ils une pratique plus développée de mise sous traitement ?).

Toutefois, la question de l'augmentation des allergies pose en filigrane celle de l'évolution des modes de vie, du changement des habitudes alimentaires, du tabac mais aussi de l'exposition répétée des populations à différentes pollutions intérieure ou extérieure et confirme l'idée selon laquelle la santé humaine est liée à celle des écosystèmes.

Par conséquent, au-delà du sujet des allergies, se pose finalement la question des aménagements favorables à la santé qui permettent une action simultanée sur un panel large de déterminants de santé et qui apparaissent comme une des mesures incontournables à déployer et à généraliser, en priorité à destination des populations et territoires les plus vulnérables.

Ces opérations, principalement à la main des collectivités, supposent d'abord une prise de conscience de ces dernières concernant leur légitimité d'actions, suivie de leur montée en compétences avec les outils *ad hoc* pour leur permettre de contribuer de manière ciblée à améliorer l'état de santé (prisme des déterminants de santé) des administrés du territoire considéré.

Deux actions sont proposées :

- **Créer les conditions propices au déploiement durable de l'urbanisme favorable à la santé (UFS) dans les territoires d'Eure-et-Loir (fiche action n° 16) :** aujourd'hui, les collectivités ne sont pas suffisamment éclairées sur les particularités environnementales de leur territoire, ni sur l'impact des choix d'urbanisme et d'aménagement en matière de santé ; le concept d'UFS s'avère encore complexe à appréhender (implication d'une multitude d'acteurs, avec diversité de thématiques).

Changement attendu : développer le concept de l'UFS dans les pratiques des partenaires impliqués et les outiller dans l'appropriation du sujet.

- **Accompagner les collectivités dans le déploiement d'aménagements urbains favorables à la santé (fiche action n° 17) :**

Changement attendu : intégrer l'urbanisme favorable à la santé comme l'un des leviers à la portée des collectivités pour impacter favorablement la santé des administrés.

FICHES ACTIONS

Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé

Fiche Action n° 1

Intitulé de l'action	Mettre en place une gouvernance dédiée à la prévention et à la promotion en santé
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Le diagnostic a mis en avant une absence de pilotage départemental du sujet et de fait, une absence de vision interministérielle.
Public cible	La population d'Eure-et-Loir Les administrations et l'ensemble des acteurs clés du territoire agissant sur l'ensemble des déterminants de santé
Objectifs opérationnels de l'action	Mettre en place un comité de pilotage départemental associant l'ensemble des administrations concernées par la prévention.
Pilotes	ARS – CPAM – Conseil Territorial de Santé 28
Porteurs de l'action	ARS – CPAM - Conseil Territorial de Santé 28, Education Nationale, CAF, Conseil Départemental
Partenaires	Les administrations, les collectivités territoriales, les CLS, les CPTS, les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les associations, ...
Leviers	Le co-portage initial de la feuille de route Une couverture du territoire en CLS et CPTS qui se consolide
Difficultés à prendre en compte	La mobilisation sur la durée des partenaires
Calendrier de mise en œuvre	Mise en place de la gouvernance au premier trimestre 2025
Indicateurs	Le nombre de réunions de gouvernance (cible de 3 / an). La mise en place des actions de la feuille de route (17 au total) sur la durée du PRS 3 (2028).

Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé

Fiche Action n° 2

Intitulé de l'action	Intégrer le sujet « prévention et promotion en santé » dans toutes les stratégies de santé et de maintien de l'autonomie (handicap, personnes âgées, personnes handicapées vieillissantes, ...)
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Les différentes stratégies développées par l'ARS, le Conseil Départemental ou le groupement hospitalier de territoire (GHT) accordent une large place au soin et à l'accompagnement. Le sujet de la prévention et promotion en santé est abordé de manière résiduelle et souvent perçu comme non prioritaire.
Public cible	La population d'Eure-et-Loir Les administrations et l'ensemble des acteurs clés du territoire agissant sur l'ensemble des déterminants de santé
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Accorder davantage de place à la prévention dans les parcours de vie, de santé et de soins à tous niveaux (prévention primaire, secondaire et tertiaire). • Développer la culture de la prévention.
Pilotes	ARS – Conseil Départemental
Porteurs de l'action	ARS – GHT – Conseil Départemental
Partenaires	Les établissements membres du GHT et les autres établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire, les collectivités territoriales, les associations, les professionnels de santé libéraux et les CPTS
Leviers	Les différents projets ou stratégies existants (projet médical et de soins partagé du GHT, stratégie autisme, stratégie polyhandicap, ...)
Difficultés à prendre en compte	Le réflexe du soin curatif et de l'accompagnement compensatoire
Calendrier de mise en œuvre	Sur toute la durée de la feuille de route
Indicateurs	L'augmentation du nombre d'actions de prévention et de promotion pour la santé sur le territoire.

Axe stratégique 1 : Impulser une dynamique départementale sur la prévention et la promotion de la santé

Fiche Action n° 3

Intitulé de l'action	Développer des coordinations thématiques
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	De nombreuses actions sont financées au coup par coup sans être reliées à une stratégie départementale et ne s'inscrivent pas toujours dans une démarche de santé publique (toucher le plus grand nombre ou toucher ceux qui en ont le plus besoin).
Public cible	La population d'Eure-et-Loir Les administrations et l'ensemble des acteurs clés du territoire agissant sur l'ensemble des déterminants de santé
Objectifs opérationnels de l'action	Faire en sorte que toutes les actions s'inscrivent dans un cadre départemental et répondent à des objectifs lisibles et partagés par tous.
Pilote	Le comité de gouvernance de la feuille de route départementale « prévention - promotion de la santé »
Porteur de l'action	Le comité de gouvernance de la feuille de route départementale
Partenaires	Les professionnels œuvrant sur le territoire
Leviers	Le savoir-faire des opérateurs et administrations sur les différents sujets
Difficultés à prendre en compte	La disponibilité des acteurs
Calendrier de mise en oeuvre	Nomination des coordonnateurs par la gouvernance en février 2025 Mise en place de l'ensemble des coordinations en avril 2025 Définition des axes de travail prioritaires pour chaque coordination, septembre 2025
Indicateurs	Nombre de coordinations opérationnelles en octobre 2025. Nombre d'actions déclinées par thématique et par territoire par an.

Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge

Fiche Action n° 4

Intitulé de l'action	Développer les compétences psychosociales (CPS) pour tous les enfants de 6 ^{ème}
<p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?</p>	<p>Malgré les améliorations observées ces dernières années, les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis des adolescents français restent préoccupantes compte tenu de l'impact de tels comportements sur des cerveaux en maturation.</p> <p>L'adolescence est une période propice aux expérimentations précoces et aux premiers excès qui peuvent conduire à une consommation régulière à l'âge adulte puis, éventuellement, à une dépendance.</p> <p>Ces comportements sont favorisés par une mauvaise image de soi, l'influence des pairs, des environnements familiaux ou sociaux insuffisamment protecteurs ainsi que par les multiples sollicitations de la publicité. Agir tôt et efficacement sur ces vulnérabilités et aider les jeunes à faire face aux conduites addictives, implique de leur permettre de se sentir mieux avec eux-mêmes, mieux avec les autres et avec leur environnement.</p>
<p>Public cible</p>	<p>Les enfants de l'ensemble des classes de 6^{ème} du département</p>
<p>Objectifs opérationnels de l'action</p>	<p>Favoriser, par l'acquisition de compétences, le bien-être, la santé mentale et la réussite scolaire des jeunes et diminuer les conduites à risque.</p>
<p>Pilotes</p>	<p>ARS et Education Nationale</p>
<p>Porteur de l'action</p>	<p>La coordination « Compétences Psycho-Sociales » pour les jeunes du territoire</p>
<p>Partenaires</p>	<p>Les collègues et les opérateurs du territoire</p>
<p>Leviers</p>	<p>L'expérience du déploiement de « Unplugged » sur le département</p>
<p>Difficultés à prendre en compte</p>	<p>Le nombre de personnes à former sur l'ensemble du territoire au regard du nombre de formateurs disponibles La disponibilité des professionnels (sur ce programme à long terme) Le turn over des professionnels des collègues Le coût engendré</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2028</p>
<p>Indicateurs</p>	<p>Le nombre de collègues ayant bénéficié de la formation et ayant débuté le déploiement du programme sur l'ensemble des classes de 6^{ème} par an (tableau de suivi d'annuel). Retour d'expérience sur la plus-value du programme.</p>

Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge

Fiche Action n° 5

Intitulé de l'action	Mieux accompagner l'usage des écrans
<p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?</p>	<p>Le sujet des écrans est devenu en quelques années un véritable enjeu de santé publique depuis la petite enfance (retards de langage, déficits de l'attention, troubles de la communication, retard du développement psychomoteur, ...) jusqu'à l'adolescence (harcèlement, problèmes de comportement, hyper-connexion, troubles de la présence, cyber sexualité, mésusages des écrans, addictions aux jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, ...)</p> <p>Les professionnels expriment à la fois une méconnaissance de la part des parents des effets du mésusage des écrans et une difficulté à accompagner la consommation.</p>
<p>Public cible</p>	<p>Les enfants de 0 à 18 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>0-6 ans</u> : accompagnement parental dans l'apprentissage (réseau périnatalité-PMI et CAF) • <u>6-12 ans</u> : télévision et plateformes de streaming et jeux interactifs, • <u>12-16 ans</u> : entrée au collège et accès aux premiers réseaux sociaux • <u>16-18 ans</u> : cyber-sexualisation, pornographie, darknet, ... <p>Les parents d'enfants et les proches d'enfants de 0 à 18 ans</p> <p>Les professionnels de la petite enfance (LAEP, crèches, assistantes maternelles, ...).</p>
<p>Objectifs opérationnels de l'action</p>	<p>L'objectif est de développer une action pluriprofessionnelle et pluridimensionnelle (éducative, relationnelle, psycho-sociale, ...) visant à sensibiliser les jeunes et les familles sur les dangers des écrans et à les accompagner dans les usages.</p>
<p>Pilotes</p>	<p>CAF et ARS</p>
<p>Porteurs de l'action</p>	<p>PMI - Maison des enfants et des adolescents – CAF – Education Nationale</p>
<p>Partenaires</p>	<p>PMI ; Maison Départementale des Enfants et Adolescents ; CPAM ; ARS ; CAF ; Education Nationale ; CICAT 28 ; UDAF ; FRAPS ; Gendarmerie-Police ; E-enfance (3018) ; CNIL ; Promeneurs du Net</p>
<p>Leviers</p>	<p>Etat des lieux de l'existant (actions, outils, partenaires, ...).</p> <p>Formation e-enfance : possibilité d'interventions et d'outils disponibles.</p> <p>Nomenclature PEGI : contenu du jeu et risques selon l'âge.</p> <p>Promeneurs du Net comme professionnels « sentinelles », experts des dangers.</p>
<p>Difficultés à prendre en compte</p>	<p>Omniprésence et ampleur du phénomène qui se veut exponentiel</p> <p>La notion « d'incontournabilité ».</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2025-2028</p>
<p>Indicateurs</p>	<p>Nombre d'actions réalisées sur le territoire en lien avec le sujet.</p> <p>Nombre de familles touchées par l'action.</p> <p>La diminution du nombre de consultations pour des motifs liés aux écrans au sein des Maisons des enfants et des adolescents.</p>

Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge.

Fiche Action n° 6

Intitulé de l'action	Transformer la maison des adolescents (MDA) en maison des enfants et des adolescents (MDEA)
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	La maison des adolescents de DREUX et ses trois antennes sont aujourd'hui bien repérées et permettent un accès aisé à des primo-consultations dans des délais rapides. Néanmoins, ces consultations étant ouvertes uniquement aux jeunes âgés de 12 à 21 ans, se pose la question d'un accueil analogue pour les moins de 12 ans.
Public cible	Les enfants et adolescents du département
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter la MDA pour qu'elle modifie son projet de service. • Profiter de cette extension pour inclure dans le comité de pilotage de la MDEA l'Education Nationale, le Conseil Départemental et la CAF. • Evaluer l'impact financier et organisationnel. • Prévoir une montée en charge du dispositif Etendre le public de la MDA de DREUX dans un premier temps.
Pilotes	ARS - CAF- Education Nationale - Conseil Départemental
Porteur de l'action	Maison des Adolescents
Partenaires	L'ASE Le Délégué départemental à la protection de l'enfance Les infirmiers scolaires Les chargés de coopération des CTSF Les lieux d'écoute enfants – parents Les CMPP Le DITEP, ...
Leviers	Le fonctionnement en réseau de la pédopsychiatrie départementale
Difficultés à prendre en compte	Les difficultés de montée en charge des antennes de NOGENT LE ROTROU et CHATEAUDUN
Calendrier de mise en œuvre	2025-2028
Indicateurs	Mise en œuvre de la transformation. Mise en place du COPIL départemental intégrant, outre l'ARS, les partenaires associés (CAF, Education Nationale, Conseil Départemental). Nombre de sollicitations de la part des partenaires. Satisfaction des partenaires d'amont. Capacité de la MDEA à trouver en aval des solutions d'accompagnement.

Axe stratégique 2 : Développer une stratégie durable en investissant dans la prévention dès le plus jeune âge

Fiche Action n° 7

Intitulé de l'action	Généraliser le dépistage précoce chez l'enfant
<p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?</p>	<p>La littérature scientifique et le diagnostic du territoire mettent en évidence non seulement l'importance d'un dépistage précoce de troubles ou maladies chez l'enfant (pour éviter toute perte de chance) mais aussi des caractéristiques témoignant d'une santé dégradée des jeunes enfants dans différents domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les troubles sensoriels, du langage/de la communication et les troubles du développement • Les troubles liés au mésusage des écrans • Les retards vaccinaux • Le surpoids • La santé bucco-dentaire <p>Ces troubles touchent en particulier les jeunes enfants des couches sociales les moins favorisées.</p>
<p>Public cible</p>	<p>Enfants des classes de petites sections de maternelles pour les dépistages de la CPAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre 2 ans et demi et 4 ans pour les troubles visuels ○ Entre 3 ans et 3 ans et demi (36-42 mois) pour les troubles du langage et de la communication <p>Enfants des classes de moyennes sections de maternelles pour le bilan de santé par la PMI.</p> <p>Enfants des classes de grande section de maternelle en REP/REP+ pour les dépistages dentaires.</p>
<p>Objectifs opérationnels de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister des troubles staturo-pondéraux (PMI). • Dépister dès le plus jeune âge d'éventuels troubles visuels, auditifs, développementaux et/ou du langage et de la communication afin d'obtenir une prise en charge plus précoce par des professionnels de santé. • Dépister des carences de prise en charge (retards vaccinaux). • Eduquer les enfants à une bonne hygiène bucco-dentaire dès la grande section de maternelle et dépister précocement, avant l'apparition des dents définitives, les enfants à risque carieux élevé.
<p>Pilotes</p>	<p>CPAM et PMI</p>
<p>Porteurs de l'action</p>	<p>CPAM, PMI et centre départemental du langage et des apprentissages.</p>
<p>Partenaires</p>	<p>CPAM Education Nationale (ciblage des écoles, formation des enseignants au dépistage des troubles du langage et de la communication). Professionnels de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthoptistes, orthophonistes, chirurgiens-dentistes pour les dépistages. • Médecins, ophtalmologues, orthoptistes, orthophonistes pour le suivi des soins.

Intitulé de l'action	Généraliser le dépistage précoce chez l'enfant
	<p><u>UFSBD</u> pour l'organisation et la réalisation des dépistages dentaires <u>CPAM</u> pour la coordination, le financement des actions, et le suivi des enfants dépistés</p> <p><u>Bilans de santé de la PMI</u> Coordonnés par les unités territoriales de la PMI ; réalisés par les infirmières-puéricultrices de PMI, avec comme partenaires : <u>Education Nationale</u> (réalisation des bilans dans toutes les écoles, au profit de tous les enfants ; ciblage en plus des situations particulières ; conclusions apportées suite à la réalisation des bilans). <u>Professionnels de santé</u> : Médecins de famille, ophtalmologues, ORL, orthophonistes pour le suivi des soins.</p>
Leviers	<p>Réalisation exhaustive des dépistages par la PMI auprès de tous les enfants de la tranche d'âge. Connaissance des écoles par la PMI (les puéricultrices PMI sont les référentes Solidarités des écoles). Expérimentation de la CPAM (programme national) depuis la rentrée scolaire 2023-2024 sur les dépistages des troubles de la vue, du langage et de la communication pour les enfants de petite section de maternelle. Expérience de longue date des dépistages bucco-dentaires par l'UFSBD dans le département.</p>
Difficultés à prendre en compte	<p>Disponibilité des professionnels de santé libéraux pour la réalisation des dépistages CPAM et pour la prise en charge des soins une fois les enfants dépistés.</p>
Calendrier de mise en œuvre	<p>A chaque rentrée scolaire dès l'année 2024/2025</p>
Indicateurs	<p>Nombre d'écoles / de classes participantes. Nombre d'enseignants formés au repérage des troubles du langage et de la communication. Nombre d'enfants ayant bénéficié de l'action. Nombre d'enfants à voir (tranche d'âge). Pourcentage de réalisation des bilans. Nombre d'enfants dépistés avec/sans anomalie. Recours aux soins à 6 mois des enfants dépistés en anomalie.</p>

Axe stratégique 3 : Déployer la prévention pour le plus grand nombre et pour tous

Fiche Action n° 8

Intitulé de l'action	Capitaliser sur l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) des CPTS pour décliner la stratégie définie sur chacune des 10 coordinations thématiques identifiées
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Les CPTS bénéficient dans le cadre de l'ACI de fonds dédiés au développement d'actions de prévention. Ces actions sont définies entre les CPTS, la CPAM et l'ARS au regard de besoins constatés de part et d'autre mais ne s'inscrivent pas toujours dans une réelle ambition territoriale.
Public cible	Tous publics, tranches d'âges définies en fonction des actions mises en œuvre.
Objectifs opérationnels de l'action	Fixer des objectifs à mettre en place dans les ACI des CPTS, en cohérence avec les priorités établies sur le territoire par chaque coordination thématique départementale.
Pilotes	ARS et CPAM
Porteurs de l'action	ARS et CPAM
Partenaires	CPTS ; CPAM ; ARS Responsables des coordinations thématiques départementales
Leviers	Les actions déjà identifiées par les CPTS
Difficultés à prendre en compte	Difficultés à avoir des données infra-départementales sur certaines thématiques. Capacité des porteurs de coordinations thématiques à fournir les diagnostics territoriaux demandés en amont de chaque négociation ACI.
Calendrier de mise en œuvre	A compter de 2026
Indicateurs	Nombre de bilans territoriaux fournis par les coordinations thématiques en amont des négociations ACI. Nombre de thématiques sélectionnées par CPTS.

Fiche Action n° 9

Intitulé de l'action	Confier aux coordonnateurs de CLS la responsabilité de la mise en synergie des volets « prévention et promotion de la santé » des différents contrats signés à l'échelle des EPCI
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	A ce jour, un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) ou une commune peut signer un contrat local de santé (sous l'impulsion de l'ARS), une convention territoriale de services aux familles (sous l'impulsion de la CAF), un plan alimentaire territorial (sous l'impulsion de la DDT) et un contrat de ville "Engagements Quartiers 2030". Ces documents comportent chacun des actions sur la prévention en santé mais la coordination, la complémentarité et la cohérence des différentes actions doivent être assurées uniquement par l'EPCI qui n'est pas toujours en mesure de le faire.
Description de l'action	Au sein des EPCI, recenser les actions des documents cadres (y compris le contrat local des solidarités (signé entre l'Etat et le Conseil départemental) qui ont un impact sur les différents déterminants de santé. S'appuyer sur des actions qui ont fait leurs preuves dans d'autres territoires et assurer le partage de bonnes pratiques entre EPCI. Pour garantir un travail en transversalité, chaque EPCI pourra s'appuyer sur un comité réunissant les agents concernés. Lors de la rédaction des documents, intégrer les axes prioritaires de la feuille de route départementale « prévention et promotion de la santé » et inscrire des actions communes aux différents contrats. Animer la coordination des actions sur le territoire via le coordonnateur CLS, avec les acteurs de la prévention (CPTS, CPAM, CD 28, CAF, ...) et les coordinations thématiques.
Public cible	Les habitants de l'ensemble des EPCI
Objectifs opérationnels de l'action	Mobiliser l'ensemble des leviers agissant sur les déterminants de santé.
Pilote	Le comité de gouvernance de la feuille de route
Porteurs de l'action	Les coordonnateurs des contrats locaux de santé, des contrats territoriaux de services aux familles et des plans alimentaires territoriaux et les délégués du préfet dans les quartiers prioritaires de la ville (dans le cadre des engagements quartiers 2030).
Partenaires	CPTS, Conseil Départemental, Conseil Régional, associations, Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, établissements de santé et médico-sociaux, Pôle Santé Publique, les coordinations thématiques, MSA, Mutualité française, ...
Leviers	Les contrats existants
Difficultés à prendre en compte	La différence de conception du champ de la santé par l'ensemble des acteurs. La nécessité d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques (actions sur l'ensemble des déterminants de santé).

Intitulé de l'action	Confier aux coordonnateurs de CLS la responsabilité de la mise en synergie des volets « prévention et promotion de la santé » des différents contrats signés à l'échelle des EPCI
Calendrier de mise en œuvre	La durée de la feuille de route
Indicateurs	<p>Nombres d'actions réalisées en commun.</p> <p>Nombre de réunions de coordinations au sien des EPCI.</p> <p>Nombre de réunions d'animation territoriale départementale à l'ARS en lien avec les pilotes de la fiche action.</p>

Axe stratégique n°4 : Retarder les conséquences du vieillissement

Fiche Action n° 10

Intitulé de l'action	Organiser le dépistage des fragilités des personnes âgées par des professionnels de santé de proximité
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Le dépistage des fragilités des personnes âgées est aujourd'hui peu organisé sur le département.
Public cible	Personnes âgées vivant à domicile
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Structurer et organiser le dépistage des fragilités. • Evaluer précocement l'état de santé des personnes âgées afin d'anticiper la dégradation des fonctions déterminantes et de fait, prévenir la perte d'autonomie et retarder l'entrée en institution. • Développer le programme ICOPE (évaluations réalisées par des professionnels de santé de proximité). • Intégrer les personnes âgées dans un parcours de soins coordonné. • Développer les bilans prévention proposés par la CPAM.
Pilotes	ARS et Conseil Départemental
Porteurs de l'action	Equipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie (ERVMA), CPTS et CPAM
Partenaires	Professionnels libéraux, institutionnels, Centre de ressources territorial (CRT), les acteurs du domicile
Leviers	Le gérontopôle régional
Difficultés à prendre en compte	Sensibilisation et implication des professionnels sur le sujet Faible densité médicale et paramédicale sur le territoire
Calendrier de mise en œuvre	Dès le développement de ICOPE sur le territoire Immédiat pour les bilans prévention de la CPAM
Indicateurs	Statistiques issues de ICOPE et de la CPAM.

Axe stratégique n°4 : Retarder les conséquences du vieillissement

Fiche Action n° 11

Intitulé de l'action	Mobiliser l'offre de consultation et d'évaluation gériatrique précocement dans le parcours de vie des personnes âgées
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Des diagnostics posés tardivement (dégradation importante de l'état de santé avec par exemple des troubles cognitifs installés, une perte d'autonomie ne permettant pas le maintien à domicile). Une évaluation gériatrique mobilisée tardivement (souvent lors d'une hospitalisation ou épuisement de l'aidant).
Public cible	Personnes âgées en EHPAD et à domicile
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Faire bénéficier la population âgée d'une offre de consultation spécialisée en amont d'une hospitalisation soudaine. • Prévenir l'évolution des pathologies liées au grand âge. • Soulager et accompagner les aidants.
Pilotes	ARS et GHT
Porteurs de l'action	Service gérontologique des CH Equipe mobile de gérontologie et de gérontopsychiatrie Médecins libéraux (neurologue, gériatre ...) et paramédicaux
Partenaires	SMR Centres Hospitaliers (service de médecine, de gériatrie, psychiatrie) EHPAD, acteurs du domicile, aidants
Leviers	Développer les hôpitaux de jour (HDJ), les équipes mobiles, les infirmiers en pratique avancée (IPA), les dispositifs proposant aux personnes âgées un accompagnement renforcé (type unité d'hébergement renforcé ou unité de vie protégée).
Difficultés à prendre en compte	Equipe mobile et service de consultation mémoire en sous nombre Ressources humaines en sous-effectif
Calendrier de mise en œuvre	Selon les orientations de l'ARS
Indicateurs	Nombre de consultations par les professionnels d'une équipe pluridisciplinaire (psychologue, gériatre, ergothérapeute ...). Nombre de consultations mémoires. Nombre d'interventions des équipes mobiles au sein des structures.

Fiche Action n° 12

<p>Intitulé de l'action</p>	<p>Renforcer l'expertise des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans l'accompagnement soignant des personnes handicapées vieillissantes</p>
<p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?</p>	<p>Les personnes en situation de handicap intellectuel (trisomie, autisme, ...) ont une espérance de vie plus courte pour plusieurs raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des co-morbidités (cardiaques, neurologiques, ...) sont souvent associées à leur handicap • Leurs difficultés de communication ne permettent pas toujours à ces personnes d'exprimer aisément leurs douleurs • L'entourage (familial ou professionnel) n'est pas toujours formé aux particularités du handicap et n'engage pas les actions de prévention ou de consultation nécessaires. <p>De fait, les problématiques spécifiques liées au vieillissement de ce public ne sont pas toujours appréhendées comme il le faudrait et conduisent à des pertes de chance.</p>
<p>Public cible</p>	<p>Les personnes adultes en situation de handicap</p>
<p>Objectifs opérationnels de l'action</p>	<p>Tenir compte de la spécificité du vieillissement chez les personnes en situation de handicap et améliorer le vieillissement en bonne santé.</p>
<p>Pilotes</p>	<p>L'ARS et le Conseil Départemental</p>
<p>Porteurs de l'action</p>	<p>HandiSanté et la MAS de Senonches</p>
<p>Partenaires</p>	<p>CPAM, le Comité Régional de Coordination des Dépistages des Cancers, le foyer Gérard Vivien, la Fondation d'Aligre et Marie Thérèse, les référents Handi Santé, les CPTS,</p>
<p>Leviers</p>	<p>Formation des professionnels des ESSMS sur les spécificités du vieillissement des personnes en situation de handicap. Développement d'outils d'évaluation partagés pour détecter les besoins liés au vieillissement. Mobilisation de partenariats avec les structures de soins (CPTS, CRCDC, CPAM) et particulièrement Handisanté comme pilote pour des actions de prévention et de suivi médical renforcé. Sensibilisation des familles et aidants sur les enjeux de la prévention et les ressources disponibles. Mise en place de parcours coordonnés entre les ESSMS et les professionnels de santé/Handisanté. COPIL Stratégiques annuels avec les ESSMS du territoire chaque année.</p>

Intitulé de l'action	Renforcer l'expertise des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans l'accompagnement soignant des personnes handicapées vieillissantes
Difficultés à prendre en compte	<p>Manque de formation ou de temps des professionnels des ESSMS pour intégrer des pratiques de prévention adaptées.</p> <p>Difficulté d'accès aux soins spécialisés pour les personnes handicapées vieillissantes.</p> <p>Hétérogénéité des compétences et ressources des ESSMS sur le territoire.</p> <p>Résistance au changement des pratiques habituelles d'accompagnement.</p> <p>Communication complexe avec les personnes en situation de handicap pour identifier leurs besoins précis.</p>
Calendrier de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • (T1 - T2 2025) : Évaluation des besoins spécifiques des ESSMS et des professionnels sur le territoire ; élaboration des supports de formation et outils d'évaluation. • (T3 - T4 2025) : Lancement des actions de formation et mise en place des outils d'évaluation dans les ESSMS pilotes. • (2026) : Extension des actions sur l'ensemble du territoire ; suivi et ajustement des pratiques en fonction des premiers retours. • (2027) : Évaluation globale de l'action et pérennisation des dispositifs efficaces.
Indicateurs	<p>Nombre de professionnels formés aux spécificités du vieillissement des personnes handicapées.</p> <p>Taux de participation des ESSMS aux actions de formation et de prévention.</p> <p>Nombre de consultations médicales spécifiques réalisées pour les personnes handicapées vieillissantes.</p> <p>Réduction des hospitalisations non prévues liées à des pathologies évitables.</p> <p>Satisfaction des usagers et des familles sur l'amélioration de l'accompagnement.</p> <p>Actions de prévention par thématiques réalisées dans les ESSMS chaque année.</p>

Fiche Action n° 13

Intitulé de l'action	Mettre en cohérence les axes de la feuille de route départementale « prévention et promotion en santé », les priorités des coordinations thématiques et le programme coordonné de la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Le programme coordonné de la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie pourrait être enrichi des réflexions initiées dans le cadre de la feuille de route « prévention et promotion de la santé ».
Public cible	Personnes de plus de 60 ans et leurs aidants en institution et à domicile
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les membres de la commission des financeurs du contenu de la feuille de route « prévention et promotion de la santé ». • Intégrer des membres de la commission dans le comité de gouvernance et les coordinations thématiques. • Constituer des groupes de travail en instance technique de la commission (en y intégrant également des partenaires) afin d'enrichir le programme coordonné (sous réserve de validation des membres de la commission). • Solliciter les coordinateurs thématiques et les coordinatrices des CLS pour avis sur les demandes de subventions reçues. • Inviter les coordinations thématiques à proposer des projets à la commission en lien avec la prévention de la perte d'autonomie. • Informer les membres du COPIL et les coordinations thématiques des actions financées et des bilans.
Pilote	La commission des financeurs et ARS
Porteurs de l'action	Les membres de la commission des financeurs et les coordinations thématiques
Partenaires	Les porteurs des actions, CLS, CPTS, EHPAD, associations, collectivités territoriales, les SAAD...
Leviers	Crédits « autres actions de prévention » de la CNSA
Difficultés à prendre en compte	Communication entre les porteurs de cette action Sensibilisation et mobilisation des partenaires Le cadre légal de la CNSA Le volume des demandes de subventions reçues et des bilans, et de fait le temps de traitement
Calendrier de mise en œuvre	Dès 2025 selon le calendrier de la déclinaison de la feuille de route et du calendrier de la commission des financeurs (fin en 2028)
Indicateurs	Bilan des actions. Participation des membres de la commission des financeurs au COPIL et aux coordinations thématiques. Participation des coordinations thématiques à l'analyse des demandes de subventions. Nombre de projets proposés par les coordinations thématiques financés par la commission des financeurs.

Axe stratégique 4 : Retarder les conséquences du vieillissement

Fiche Action n° 14

Intitulé de l'action	Etendre l'expérimentation sur le suivi des chutes conduite par le Conseil départemental d'Eure-et-Loir, le SDIS et la CPTS « Sud 28 » à l'ensemble du département
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Aujourd'hui, le SDIS intervient auprès de personnes âgées ayant chuté à domicile et fait le constat régulièrement de nouvelles interventions pour les mêmes raisons auprès de ces personnes sans qu'aucune aide ou aucun aménagement n'ait été entrepris entretemps.
Public cible	Personnes de plus de 60 ans ou ayant un handicap et ayant bénéficié d'un relevage par le SDIS ou patients identifiés à risque de chute par les IDE
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les patients à risque de chute et améliorer leur prise en charge. • Evaluer le dispositif expérimental initié par le Conseil Départemental, le SDIS et la CPTS « Sud 28 » en vue d'un élargissement à l'ensemble du département.
Pilotes	Inter-CPTS, SDIS 28 et Conseil Départemental
Porteurs de l'action	Idem
Partenaires	DAC, CPTS
Leviers	Expérimentation sur le sud du département. Protocoles et partenariats déjà établis.
Difficultés à prendre en compte	Degrés de maturités différentes des CPTS Patient sans médecin traitant
Calendrier de mise en œuvre	Montée en charge jusqu'en 2028
Indicateurs	Nombre d'interventions d'activité physique adaptée. Nombre d'interventions auprès de patients chuteurs. Nombre de patients « rechuteurs » après intervention du dispositif.

Fiche Action n° 15

Intitulé de l'action	Couvrir l'intégralité du département en Centre de Ressources Territorial (CRT)
<p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?</p>	<p>Aujourd'hui, les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales sont établies de telle manière que les parcours des personnes âgées sont souvent monotypiques : il existe, en effet, de nombreuses solutions permettant des accompagnements de qualité à domicile ou en établissement mais les zones de superposition restent limitées, en particulier à destination des personnes âgées désireuses de rester à domicile quand bien même l'aide ou les soins proposés ne sont plus suffisants.</p> <p>De la même manière, les actions de prévention de la perte d'autonomie ne sont pas toujours lisibles pour les personnes âgées.</p>
<p>Public cible</p>	<p>Les personnes âgées du domicile et leurs aidants</p>
<p>Objectifs opérationnels de l'action</p>	<p>Couvrir tout le département de manière à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'information et l'orientation des personnes âgées du domicile et leurs aidants vers les ressources et compétences du territoire. • Faciliter l'accès aux soins et aux aides (ex : SSIAD, SAD, intervenants paramédicaux, accompagnement administratif...). • Maintenir la personne âgée à son domicile en assurant un accompagnement renforcé afin de retarder l'institutionnalisation (coordination des différents professionnels). • Soulager l'aidant notamment par des actions type ateliers ou groupes de parole. • Amorcer le virage domiciliaire en ouvrant les EHPAD sur le domicile.
<p>Pilotes</p>	<p>ARS – Conseil Départemental</p>
<p>Porteurs de l'action</p>	<p>Les acteurs de terrain (intervenants des CRT)</p>
<p>Partenaires</p>	<p>Professionnels des établissements (EHPAD), du domicile (SSIAD, SAD), acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, professionnels libéraux et en établissement.</p>
<p>Leviers</p>	<p>Le PRIAC</p>
<p>Difficultés à prendre en compte</p>	<p>Mobilisation plus ou moins forte des acteurs du terrain pour l'accompagnement Désertification médicale (plus particulièrement en milieu rural) et crise du recrutement (acteurs du domicile) Isolement géographique de certains usagers qui de fait sont difficilement repérables</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Selon le PRIAC 2025-2028 et les AAC</p>
<p>Indicateurs</p>	<p>Nombre de CRT sur le territoire. Indicateurs issus des CRT (cf. Cahier des charges (CDC) de l'Appel à Candidatures (AAC)).</p>

Fiche Action n° 16

Intitulé de l'action	Créer les conditions propices au déploiement durable de l'urbanisme favorable à la santé (UFS) dans les territoires d'Eure-et-Loir (acteurs relais et outils)
<p>Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?</p>	<p>Il est désormais reconnu que la santé est un état de bien-être à la fois physique, mental et social, et ne se résume pas à une absence de maladie ou d'infirmité. La communauté scientifique montre que les progrès thérapeutiques participent à environ 10% de l'état de la santé de la population, tandis que 70% de notre état de santé dépend de la qualité de notre environnement physique, de nos modes de vie, et de facteurs socio-économiques.</p> <p>De plus, la notion « d'Une seule santé » prend de l'ampleur. Ce concept admet que la santé humaine dépend également de la santé végétale et animale. En outre, les événements climatiques récents et de plus en plus fréquents rappellent la nécessité de stratégies d'atténuation et d'adaptation au changement climatique. Il convient également d'anticiper dans les aménagements à venir les conséquences du vieillissement de la population, des évolutions de nos modes de vie (sédentarité...).</p> <p>Les décisions prises en matière d'urbanisme et d'aménagement ont donc un impact direct sur notre santé. La démarche d'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS) apparaît alors comme un levier important pour améliorer la santé d'une population, prendre compte des enjeux de demain et réduire les inégalités territoriales de santé.</p> <p>L'objectif est de prendre conscience, en explicitant, de l'impact des choix d'urbanisme et d'aménagement sur l'ensemble des déterminants de santé, pour mieux améliorer la santé de la population, dans une démarche intégrée. En effet, lors des choix opérés, des antagonismes vont émerger. Les critères majeurs et objectifs de la décision finale devront être le bien-être à la fois physique, mental et social de la population.</p> <p>L'aménagement du territoire relève prioritairement des collectivités territoriales (rôle de pilotage / décisionnel en la matière). Cependant, au-delà de l'aspect « planification », il est primordial que la culture d'UFS soit partagée le plus largement possible par les partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'aménagement (dès la conception et tout le long de la vie du projet). Cela inclut également les partenaires impliqués dans le quotidien des usagers. En effet, ces derniers contribuent à une répercussion concrète des choix sur le bien-être physique, mental et social des habitants.</p> <p>Le concept d'UFS théorisé à la fin des années 2010 est relativement récent. Sa mise en œuvre nécessite un changement des pratiques pour promouvoir une approche pluridisciplinaire, décloisonnée, en premier lieu entre les acteurs de l'urbanisme/ de l'aménagement et ceux de la santé au sens large.</p>

Intitulé de l'action	Créer les conditions propices au déploiement durable de l'urbanisme favorable à la santé (UFS) dans les territoires d'Eure-et-Loir (acteurs relais et outils)
	<p>Actuellement, la prise en compte des enjeux en santé environnement suscite un intérêt croissant de la population et des collectivités territoriales. Mais le concept d'UFS s'avère encore plus complexe à appréhender (implication d'une multitude d'acteurs, avec diversité de thématiques).</p> <p>Pour maximiser l'intégration de l'UFS dans les pratiques et encourager son déploiement, il est indispensable au préalable de partager l'intérêt de l'UFS, de faire émerger des relais forts, et surtout, de doter les partenaires d'outils pour faciliter la mise en œuvre opérationnelle. Dans cette démarche, il est nécessaire d'accompagner la montée en compétences et d'asseoir des logiques de travail intersectoriel autour de la santé.</p>
Public cible	Partenaires contribuant à impulser la culture de l'UFS en Eure-et-Loir dont structures qui accompagnent les collectivités et professionnels de l'aménagement.
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les partenaires à l'échelle départementale et infra territoriale pouvant contribuer à insuffler de l'UFS. Favoriser l'émergence d'une culture commune autour de l'UFS (sensibilisation) et les échanges entre ces acteurs plurisectoriels. • Définir les leviers d'actions pour accompagner le déploiement de l'UFS en Eure-et-Loir (outils, financements, partenariats...).
Pilote	ARS
Porteurs de l'action	ARS, Conseil Départemental, Direction Départementale des Territoires, DDT28, Association des Maires d'Eure-et-Loir
Partenaires	Agence Régionale de la Biodiversité (ARB) Centre-Val de Loire, CLS en Eure-et-Loir, Préfecture, Chartres Métropole, Communauté d'Agglomération du Pays de Dreux, ...
Leviers	<p>Objectif dans l'axe 4 du PRSE4 CVL, action 14 « Mobiliser les acteurs et démultiplier les aménagements favorables à la santé ».</p> <p>Sensibilité aux sujets de santé environnementale via les CLS (sujet du bien-être physique, mental et social fédérateur auprès des partenaires institutionnels).</p> <p>Appui du siège de l'ARS (réflexion régionale).</p> <p>Expérimentations en cours sur un quartier prioritaire de la ville de Chartres et sur un document de planification (SCoT) à l'échelle de la communauté d'agglomération du Pays de Dreux.</p>
Difficultés à prendre en compte	<p>Thématique méconnue pouvant paraître complexe (multithématique).</p> <p>Thématique mobilisant de très nombreux partenaires.</p> <p>Faisabilité économique et technique.</p> <p>Manque de retour d'expériences concrets dans le département, dans les territoires ruraux.</p> <p>Nécessite une participation active et durable des partenaires, ainsi qu'un travail dans une logique intersectorielle.</p> <p>Insuffisance de données étayées en santé environnementale notamment sur les territoires pour prioriser les actions.</p>
Calendrier de mise en œuvre	
Indicateurs	<p>Processus : nombre de réunions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'information/sensibilisation/formation au concept, nombre de personnes sensibilisées/formées, diversité des profils.

<p>Intitulé de l'action</p>	<p>Créer les conditions propices au déploiement durable de l'urbanisme favorable à la santé (UFS) dans les territoires d'Eure-et-Loir (acteurs relais et outils)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • D'échanges pour identifier les outils existants et à créer, les financements, tout autre levier contribuant à insuffler de l'UFS. <p>Résultats : réseau constitué de partenaires relais à l'échelle départementale (diversité des profils, lien des missions avec l'UFS), outils existants et à créer, financements existants et à développer</p>

Fiche Action n° 17

Intitulé de l'action	Accompagner les collectivités et autres acteurs impliqués dans l'aménagement à mieux prendre en compte les déterminants de santé dans les politiques et projets d'aménagement (démarche d'UFS)
Quels sont les principaux éléments d'analyse des besoins qui justifient l'action ?	Dans la continuité de la fiche n°16 axée sur la constitution d'un réseau de relais, de développement d'outils, cette fiche, à portée plus opérationnelle, vise à faire émerger des initiatives relevant de l'UFS (au niveau de la planification et dans les projets d'aménagement), accompagner les pilotes de ces actions dans leur montée en compétences, puis valoriser l'expérience acquise pour en encourager d'autres. Le changement attendu est une systématisation de la pratique d'un raisonnement « UFS » via les déterminants de santé dans tout choix d'aménagement actuel et à venir.
Public cible	Elus et Services techniques urbanismes et aménagements au sein des collectivités, acteurs contribuant de manière opérationnelle au déploiement de l'UFS en Eure-et-Loir dont aménageurs, établissements d'accueil du jeune enfant, du périscolaire, les ESMS, le CD28 (collèges), le CR (lycées)
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et former les acteurs concernés au concept d'UFS. • Faciliter l'intégration des déterminants de santé dans les documents de planification (travail partenarial avec DDT28). • Accompagner les collectivités ainsi que d'autres partenaires dans la montée en compétences et dans la mise en œuvre de projets et d'aménagements favorables à la santé.
Pilote	ARS
Porteurs de l'action	A définir
Partenaires	Agence Régionale de la Biodiversité (ARB) Centre-Val de Loire, CLS en Eure-et-Loir, Préfecture, les bailleurs sociaux, Chartres Métropole, Communauté d'Agglomération du Pays de Dreux, ...
Leviers	Objectif dans l'axe 4 du PRSE4 CVL « Mobiliser les acteurs et démultiplier les aménagements favorables à la santé » Action 14.3 : « accompagner les collectivités, notamment via les CLS à mieux prendre en compte le lien entre urbanisme et santé, dans leurs projets d'aménagement et en faire des territoires démonstrateurs ». Travail en cours au niveau régional pour une approche par déterminants de santé dans les documents de planification, ainsi qu'au niveau départemental avec la DDT28. Sujet du bien-être physique, mental et social fédérateur auprès des partenaires institutionnels. Outils développés par l'EHESP : guide ISaDoRa par exemple
Difficultés à prendre en compte	Thématique méconnue pouvant paraître complexe (multithématique). Thématique mobilisant de très nombreux partenaires. Faisabilité économique et technique. Nécessite une participation active et durable des partenaires, ainsi qu'un travail dans une logique intersectorielle.

Intitulé de l'action	Accompagner les collectivités et autres acteurs impliqués dans l'aménagement à mieux prendre en compte les déterminants de santé dans les politiques et projets d'aménagement (démarche d'UFS)
	Insuffisance de données étayées en santé environnementale notamment sur les territoires pour prioriser les actions.
Calendrier de mise en œuvre	
Indicateurs	<p>Processus : nombre de réunions</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'information/sensibilisation/formation au concept d'UFS, • D'échanges et point d'étapes pour accompagner la montée en compétences et l'effective mise en œuvre de l'UFS tout le long du projet. <p>Résultats : document pour faciliter une approche par déterminant de santé dans les documents de planification, initiatives concrètes UFS valorisées, partenaires opérationnels devenus relais. RETEX des projets.</p>



Feuille de route construite avec les partenaires :

 <p>Eure-et-Loir MDA</p>	 <p>CTS Conseil territorial de santé d'Eure et Loir</p>	 <p>l'Assurance Maladie</p>
 <p>académie Orléans-Tours direction des services départementaux de l'éducation nationale Eure-et-Loir</p>	 <p>Eure-et-Loir LE DÉPARTEMENT</p>	 <p>ALLOCATIONS FAMILIALES Caf d'Eure-et-Loir</p>

GLOSSAIRE

Terme	Définition
AAC	Appel à candidatures
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
AEEH	Allocation à l'Éducation de l'Enfant Handicapé
ALD	Affection de longue durée
ARB	Agence régionale de la Biodiversité
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAPS	Commission des acteurs de prévention en santé
CC	Communauté de communes
CD	Conseil Départemental
CDC	Cahier des charges
CH	Centre Hospitalier
CICAT	Centre d'Information et de Consultation en Alcoologie et Toxicomanie
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMPP	Centres médico-psycho-pédagogiques
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPS	Compétences psychosociales
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRCDC	Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers
CR	Conseil Régional
CRT	Centre de ressources territorial
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
CTS	Conseil Territorial de Santé
CTSF	Convention Territoriale des Services aux Familles

CVL	Région Centre-Val de Loire
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DDT	Direction départementale des territoires
DITEP	Dispositif Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
EBD	Examen bucco-dentaire
EMMIA	Equipe mobile de médiation et d'intervention en addictologie
EPCI	Etablissements publics de coopération intercommunale
ETP	Education thérapeutique du patient
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ERVMA	Équipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
FRAPS	Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HDJ	Hôpitaux de jour
HPV	Human Papillomavirus
ICOPE	Soins Intégrés pour les Personnes Âgées (« Integrated Care for Older People »)
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	Infirmier en pratique avancée
LAEP	Lieux d'accueil enfants-parents
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison des adolescents
MDEA	Maison des enfants et des adolescents
MSA	Mutualité sociale agricole
MT	Médecin traitant
NOEL	Nord-Ouest Eure-et-Loir (CPTS)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORS	Observatoire régional de la santé
OSCARD	Observation Sociale Croisée des Acteurs Régionaux et Départementaux
PDLHI	Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne

PMI	Protection maternelle et infantile
PPPI	Parc privé potentiellement indigne
PPS	Prévention et promotion de la santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
REP/REP+	Réseau d'éducation prioritaire
RETEX	Retour d'expérience
RSA	Revenu de solidarité active
RSD	Règlement Sanitaire Départemental
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SCoT	Schéma de cohérence territoriale
SDIS	Service départementale d'incendie et de secours
SMR	Établissements en Soins Médicaux et de Réadaptation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UFS	Urbanisme favorable à la santé
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire



Chartres - Eure-et-Loir ©Ekaterina Belova - AdobeStock

POUR
EN
SAVOIR



Rendez-vous sur le site de l'ARS

www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr

 « *feuilles de route départementales
prévention promotion pour la santé* »



**Agence régionale de santé
Centre-Val de Loire**

DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE
D'EURE-ET-LOIR

15 Place de la République
CS 70527
28 019 CHARTRES cedex

02 38 77 33 33
ars-cvl-dd28@ars.sante.fr