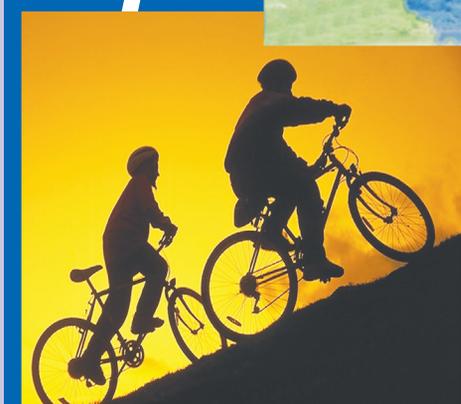


Santé



Publique



**Plan Régional**  
Région Centre - 2005 - 2009

## AVANT – PROPOS

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dote notre pays pour la première fois de son histoire d'un texte législatif dans ce domaine des politiques publiques. Cette loi définit pour les cinq ans à venir les objectifs de santé publique. Intégrée dans le code de la santé publique, elle précise que chaque région doit élaborer un plan régional de santé publique.

Elaboré à partir d'un diagnostic partagé de l'état de santé de la population en région, ce plan s'articule avec les cinq plans stratégiques nationaux et les programmes de plusieurs ministères (santé au travail, santé environnementale, santé mentale, ...). Il a vocation à présenter, dans le cadre d'une prise en compte globale de la santé, les objectifs prioritaires de santé qui seront déclinés dans des actions concrètes pour la période 2005/2009.

La conférence régionale de santé, instance consultative de 120 membres, s'est réunie le 22 novembre 2005. Elle a émis un avis favorable sur les orientations et priorités proposées dans le cadre de ce plan.

Son état d'avancement sera présenté annuellement à la conférence lors d'une réunion plénière.

La mise en œuvre de ce plan incombera au futur groupement régional de santé publique, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public.

Je veillerai à ce que l'implication et les moyens consacrés à l'élaboration de ce document de référence permettent de réelles avancées dans ce domaine des politiques publiques afin de préserver au mieux la santé de la population de la région Centre.

Décembre 2005,

Le Préfet de la région Centre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Viau', written in a cursive style.

André VIAU

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	3
1 CONSTRUIRE L'OUTIL DE LA CONNAISSANCE PERMETTANT D'INSCRIRE LA POLITIQUE DE SANTE DANS LA DUREE .....	5
2 PROMOUVOIR UNE ATTITUDE FAVORABLE A LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE, DIMINUER L'INCIDENCE DES MALADIES CHRONIQUES ET REDUIRE LA MORTALITE PREMATUREE EVITABLE .....	7
➤ Les addictions .....	7
➤ La nutrition et l'activité physique .....	8
➤ La prévention du suicide .....	9
➤ La santé au travail .....	10
➤ La santé environnementale .....	12
3 AMELIORER LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES .....	16
➤ Améliorer l'efficacité du dépistage des cancers .....	16
➤ Améliorer le dépistage du diabète .....	17
➤ Prévenir les complications des maladies chroniques .....	18
➤ Améliorer le dépistage des enfants à risque d'intoxication au plomb.....	19
➤ Favoriser le dépistage accru des comportements à risques et du risque suicidaire.....	20
4 AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES ET DE HANDICAP.....	21
5 IDENTIFIER LES OBSTACLES A LA REINSERTION ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DU HANDICAP.....	23
➤ Les maladies rares .....	23
➤ La prise en charge du handicap .....	23
6 INSCRIRE LES ACTIONS DANS UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE .....	25
➤ Un système complexe dans un contexte démographique difficile.....	25
➤ Mieux se connaître et faire connaître pour une meilleure appropriation .....	25
7 ALERTE ET GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE.....	26
8 DEVELOPPER LES INTERFACES AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS .....	28
➤ Lien avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).....	28
➤ Lien avec le Programme régional pour l'intégration des populations immigrées (PRIPI) .....	29
➤ Lien avec le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS).....	30
9 RENFORCER LA COHERENCE ET PROFESSIONNALISER LA MISE EN ŒUVRE DU PRSP .....	32
➤ Développer l'observation et l'évaluation .....	32
➤ Promouvoir l'éducation pour la santé .....	32
➤ Faciliter l'accès à la formation et au conseil méthodologique .....	33
➤ Coordonner les acteurs en santé publique.....	34

## INTRODUCTION

---

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a pour enjeu d'impulser une meilleure prise en compte de la santé publique dans notre pays.

S'appuyant sur des adaptations fortes du dispositif institutionnel de santé publique, tant au niveau national que régional, elle a pour axe majeur de mieux organiser la politique de prévention.

En région Centre, le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) avec l'appui de la Conférence régionale de santé, qui s'est réunie le 22 novembre 2005, définit les priorités pour les cinq ans à venir, sachant que la mise en œuvre de ces priorités sera assurée par le groupement régional de santé publique (GRSP). Les PRSP, GRSP avec la Conférence régionale de santé constituent l'ossature de cette nouvelle organisation.

L'ensemble des partenaires institutionnels a contribué fin 2004 à l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes de santé, des programmes d'action et des ressources qui a servi de référence aux travaux de définition du plan régional de santé publique depuis le début de l'année 2005 jusqu'à la phase de consultation de la Conférence régionale de santé.

Les priorités qui ont été proposées à la Conférence régionale de santé découlent de différentes approches complémentaires des problèmes de santé :

- par pathologies : l'approche s'intéressant aux causes de mortalité prématurée évitable conduit à proposer les cancers, les accidents de la route et les suicides comme priorités. Ces pathologies sont en lien avec les plans stratégiques nationaux définis par la loi relative à la politique de santé publique : le plan de lutte contre le cancer, le plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, le plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs de l'environnement, le plan de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- une approche globale de la santé, allant de la prévention primaire (comment empêcher la survenue de la maladie), en passant par le dépistage, jusqu'à la prise

en charge médicale et médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle après guérison ou au décours de la maladie ;

- la qualité de la vie : dans un contexte de vieillissement de la population en région Centre, la prise en compte des maladies chroniques, causes d'une dégradation importante de la qualité de la vie est considérée comme une priorité régionale susceptible d'être relayée ;
- la santé environnementale : certaines priorités du Plan Régional Santé Environnement (PRSE) sont reprises dans le plan régional de santé publique du fait de leur impact sur les cancers et les maladies chroniques.

Les principes ayant guidé l'ensemble de la démarche proposée sont les suivants :

- la diffusion d'une culture de promotion de la santé considérée comme un capital à préserver tout au long de la vie ;
- la prise en compte de la population en situation de précarité, les inégalités sociales et les inégalités de santé étant souvent très liées ;
- la recherche d'une plus grande cohérence dans la programmation des actions menées sur l'ensemble de la région et la continuité avec les programmes en cours en particulier les programmes régionaux de santé "diabète" et "suicide" ;
- une démarche transversale visant à recentrer les actions des différents acteurs sur un nombre de priorités limité n'excluant cependant pas les champs de responsabilités propres des partenaires ;
- des actions durables et évaluables en prise avec la réalité de terrain.

Parallèlement à la réflexion sur les priorités, deux autres réflexions ont été menées : l'une autour des questions des études et de l'observation en santé, l'autre sur la problématique des territoires pertinents pour les actions de santé publique.

Ainsi, les orientations arrêtées pour les cinq prochaines années pour la région Centre visent :

- à promouvoir une attitude favorable à la santé tout au long de la vie ;

- à diminuer l'incidence des maladies chroniques ;
- à réduire la mortalité prématurée évitable ;
- à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- à identifier les obstacles à la réinsertion sociale et professionnelle ;
- à favoriser la prise en charge du handicap.

Le PRSP prend en compte l'ensemble des travaux menés durant l'année 2005 et propose :

- les actions susceptibles d'être menées à partir de ces six orientations ;
- les travaux sur la définition des territoires pertinents ;
- le volet alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire.

Enfin, des modalités d'action et de coordination sont proposées pour prendre en compte ces éléments en s'appuyant sur le contenu du schéma régional d'éducation pour la santé.

# 1 CONSTRUIRE L'OUTIL DE LA CONNAISSANCE PERMETTANT D'INSCRIRE LA POLITIQUE DE SANTE DANS LA DUREE

## • Constat

Les acteurs en matière de politique de santé sont nombreux et disposent chacun d'informations et d'études relevant de leur champ de compétence respectif. Le plan régional de santé publique vise à prendre en compte la cohérence entre les différentes stratégies de santé conçues et mises en œuvre dans la région. Un outil commun permettant la connaissance de l'information disponible, le suivi et l'évaluation des actions entreprises dans le cadre du PRSP semble indispensable.

Cet outil doit permettre :

- de construire un espace d'échange et de débat permettant un croisement des connaissances et des regards des partenaires pour mettre en lumière la transversalité des actions et la globalité des besoins ;
- de dépasser la simple production de données et la réalisation d'études et d'enquêtes pour s'orienter vers l'analyse partagée des résultats et proposer des pistes de réflexion pour éclairer la décision en matière de politiques sanitaires et sociales ;
- de renforcer et préserver l'articulation entre l'observation sanitaire et l'observation sociale ;
- de prendre en compte la notion de territoires d'observation les plus pertinents et qui peuvent varier d'une politique à l'autre.

Dans un premier temps, il s'agirait de réaliser un bilan de l'existant. Ce bilan, au regard des priorités de santé proposées dans le cadre du PRSP, permettra d'appréhender les manques et de proposer des axes d'études. Il devra s'accompagner d'une mise en commun des données dont disposent les différents partenaires afin d'obtenir une **complémentarité** de l'information.

Cette mise en commun de l'information permet d'utiliser des **définitions** et des **concepts** communs et de définir des **nomenclatures**, utilisées par tous. L'objectif est d'avoir un ensemble de données fiables, cohérentes, complémentaires et partagées.

La création d'un outil commun devrait faciliter l'accès de tous à l'ensemble de l'information et doit permettre de mettre en place des **indicateurs de suivi et d'évaluation** des

actions de santé publique entreprises au niveau régional. La mise en place d'un groupe d'observation pérenne en matière de santé au niveau régional et la création d'un portail Internet regroupant l'information disponible doivent permettre de répondre à ces préoccupations.

Le groupe d'observation aura pour mission de :

- faciliter la diffusion des études ;
- proposer et coordonner des groupes de travail sur des thématiques spécifiques (diagnostic de système d'information - définition d'indicateurs, etc...) ;
- proposer des recommandations : champ à explorer, indicateurs de suivi des actions ;
- favoriser et guider les bonnes pratiques dans le recueil, le traitement et l'analyse des données ;
- coordonner l'élaboration et la diffusion d'un bulletin annuel ou bi-annuel.

Le portail Internet se présentera de la façon suivante :

- présentation générale du portail : loi de santé publique du 9 août 2004 – GRSP ;
- référentiel des acteurs régionaux en matière de santé publique ;
- liste des études réalisées ;
- données et indicateurs sur l'état de santé de la population en région Centre ;
- nomenclature et définition qui permettent à tous d'avoir des références identiques et d'utiliser un langage commun.

## • Le programme d'études et de statistiques

Les outils **communs** favorisant la connaissance de l'information en matière de santé n'existant pas en région Centre, il est nécessaire de s'appuyer sur les travaux déjà réalisés (recueil des études), au regard des priorités de santé qui ont été définies pour ébaucher un programme d'études et de statistiques pour les cinq années à venir.

La définition des priorités de santé régionales conduit à relayer un certain nombre d'axes de travail en matière d'observation.

Ceux-ci reposent notamment sur :

- un état des lieux de l'état de santé de la population ;
- un état des lieux des dispositifs existants notamment en matière d'offre de formation ;
- un suivi et une évaluation des actions au travers de la mise en place d'indicateurs.

L'observation et l'évaluation sont essentielles pour l'ensemble des actions mises en œuvre. La déclinaison des diverses actions permettant d'améliorer la connaissance est abordée dans la partie 9 consacrée au renforcement de la cohérence et la professionnalisation de la mise en œuvre du plan régional de santé publique.

## 2 PROMOUVOIR UNE ATTITUDE FAVORABLE A LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE, DIMINUER L'INCIDENCE DES MALADIES CHRONIQUES ET REDUIRE LA MORTALITE PREMATUREE EVITABLE

Afin d'atteindre ces orientations, les objectifs prioritaires, qui s'inscrivent dans les plans stratégiques nationaux, concernent dans le champ de la prévention :

- Pour le cancer :
  - mettre en place une stratégie de lutte contre le tabagisme ;
  - réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles ;
  - réduire l'exposition des populations aux pesticides (eau, air, sol) ;
  - réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR).
- Pour les maladies chroniques :
  - encourager les modes de déplacements alternatifs ;
  - augmenter l'activité physique quotidienne ;
  - améliorer l'état de la population en agissant sur la nutrition ;
  - réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles ;
  - améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies.
- Pour la violence routière, les comportements à risques et les conduites addictives :
  - prévenir les comportements à risques ;
  - réduire le risque routier en entreprise ;
  - former aux premiers secours ;
  - favoriser la prévention ;
  - améliorer la prise en charge des tentatives de suicide ;
  - réduire la violence et le stress au travail ;
  - favoriser le dépistage du risque suicidaire.

Ces objectifs prioritaires ont ainsi conduit à identifier différentes thématiques à partir desquelles des actions ont été proposées.

### ➤ Les addictions

#### • Contexte national

Depuis 1982, une coordination de l'action gouvernementale de lutte contre les

toxicomanies a été mise en place. La mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) sous sa forme actuelle date de 1996. Pour faire suite au plan triennal 1999 – 2002, un nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool a été initié en 2004 pour une période de quatre ans.

Sept grandes orientations ont été définies en interministériel :

- accorder une place majeure à la prévention ;
- affirmer que "la prévention est une affaire de société" ;
- proposer des gammes diversifiées de réponses, adaptées à chaque personne, en matière de soins (réponses thérapeutiques, de services) ;
- rétablir la portée de la loi ;
- développer la coopération internationale dans tous les domaines de la lutte ;
- favoriser la collaboration MILDT et INSERM dans le domaine de la recherche ;
- évaluer ce plan à travers la mise au point d'un tableau de bord de suivi (OFDT).

#### • Contexte régional

On constate un accroissement de la moyenne d'âge de la population toxicomane (31 ans) et une multiplication par 2,3 du nombre de toxicomanes ayant eu recours aux soins en 10 ans. Selon l'enquête ESCAPAD, 26% des adolescents déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes au cours de leur vie, plus souvent chez les filles et pour des usages plus fréquents. La première prise a lieu vers le début de la 15<sup>ème</sup> année, pour les filles et les garçons.

Dans 1 cas sur 5, le cannabis est le produit primaire ayant motivé la consultation dans les structures de soins, principalement chez les moins de 25 ans (pour 57% d'entre eux).

La consommation d'héroïne est en baisse constante et concerne un public âgé de plus de 25 ans.

La moitié des patients soignés dans un établissement utilise des traitements de substitution. Selon l'enquête réalisée en région Centre, les 2/3 des toxicomanes

utilisant la voie intraveineuse et ayant effectué une sérologie de dépistage sont positifs au VIH et 80% à l'hépatite C. Il existe une constante diminution des décès par surdose et parallèlement une forte augmentation des modes directs de prévention (Stéribox, Subutex). Les injonctions thérapeutiques et interpellations pour usage de cannabis ont fortement augmenté.

Les faiblesses constatées en région sur l'ensemble des dispositifs en place mettent en évidence l'insuffisance du nombre d'actions et de projets en matière de réduction du tabagisme passif en milieu scolaire, dans les établissements de santé, un abandon relatif de certains objectifs en matière de consommation d'alcool, peu d'actions sur la réduction de l'accessibilité au cannabis, sur la réduction de la transmission du VHC pour les jeunes usagers de drogues, l'absence de projet concernant les équipes de liaison en milieu hospitalier (ECIMUD).

La pérennisation des financements et une connaissance fine de la couverture géographique en matière d'intervention ou de couverture de soins permettraient de pallier ces faiblesses. Une meilleure coordination des acteurs de la prévention, un consensus sur cette notion et des référentiels communs apporterait une contribution pertinente et cohérente sur l'ensemble du territoire régional.

Du point de vue des usagers, la possibilité d'accéder à un programme de substitution par la Méthadone paraît insuffisante. Certains professionnels de santé semblent encore méconnaître les modalités de prise en charge des patients selon le stade de l'addiction (peu d'adressage aux structures de soins spécialisées).

La prise en charge des personnes présentant des troubles addictifs doit être globale y compris dans le volet «insertion» professionnelle et plus largement sociale.

Les actions à mettre en œuvre correspondant aux objectifs prioritaires précédemment identifiés sont présentées en annexe 2 :

- n°1-1 : empêcher ou retarder l'âge d'initiation à la 1<sup>ère</sup> consommation de produits psycho actifs par des actions en milieu scolaire ;
- n°1-2 : favoriser la sensibilisation des salariés en milieu du travail ;
- n°1-3 : favoriser la sensibilisation en milieu carcéral ;

- n°1-4 : améliorer la lisibilité des dispositifs vis à vis du grand public ;
- n°1-5 : améliorer la lisibilité des dispositifs vis à vis des professionnels ;
- n°1-6 : favoriser la coordination entre les acteurs et l'émergence d'un langage commun dans le domaine de l'addictologie ;
- n°1-7 : favoriser la prise en compte de la problématique addictive dans les différents plans de formation des professionnels.

## ➤ La nutrition et l'activité physique

### • Contexte national

En France, la gastronomie et les plaisirs de la table constituent des éléments majeurs de notre culture. Au cours des dernières années, de très nombreux travaux scientifiques ont démontré que des habitudes de vie quotidienne saines, notamment au travers de la nutrition, contribuent à réduire les risques de maladies et d'incapacités.

En favorisant certains comportements considérés comme des facteurs de protection et en évitant certains facteurs de risques majeurs, il apparaît donc possible de limiter la survenue des maladies les plus courantes en France : maladies cardio-vasculaires, divers cancers, diabète, obésité, ostéoporose.

Lancé en 2001, pour une durée de cinq ans, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Il définit 9 objectifs nutritionnels prioritaires en terme de santé publique et 9 objectifs orientés vers des populations spécifiques (femmes enceintes, personnes âgées, enfants et adolescents, personnes en situation de précarité, etc...).

Il intègre les recommandations faites dans le rapport relatif à la mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé présenté par Monsieur le Professeur Ricour en 2002.

Ce rapport préconise en particulier la création de comités de liaison alimentation nutrition (CLAN) dans les établissements de santé. Ceux-ci doivent promouvoir des démarches de qualité en matière d'alimentation et de nutrition. Le rapport conclut que la nutrition dans les établissements de santé est un soin

qui doit faire l'objet d'une organisation et de règles spécifiques.

La réduction de la surcharge pondérale chez les adultes et l'interruption de la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants constituent des objectifs prioritaires du programme national nutrition santé.

- **Contexte régional**

En région Centre, l'objectif général du PNNS a été repris et décliné en objectifs spécifiques par le comité technique régional nutrition. Créé en 2003, ce comité est composé de soignants, de médecins hospitaliers, d'associations, d'institutionnels, de représentants du secteur sportif, de représentants des municipalités. Ils ont participé aux travaux du plan régional de santé publique.

Concernant la prévention de l'obésité, des actions d'éducation nutritionnelle dans les écoles et de formation à l'éducation nutritionnelle à des professionnels de diverses structures ont été menées de 2001 à 2005 dans le cadre du programme régional de santé diabète (PRS).

La dynamique impulsée par ce PRS et reprise par le comité technique régional nutrition s'est traduite par l'augmentation des projets présentés lors de l'appel à projet Etat - assurance maladie, passant de 17 projets en 2002 à 39 projets en 2004. Ces projets couvrent les domaines de la prévention de l'obésité, des liens nutrition et précarité et de la promotion de l'activité physique.

Chaque année depuis 2001, une journée technique régionale est consacrée à l'éducation nutritionnelle.

En 2004 s'y est ajoutée une journée de formation sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition à destination des personnels des établissements de santé et des maisons de retraite.

Les actions à mettre en œuvre correspondant aux objectifs prioritaires précédemment identifiés sont présentées en annexe 2 :

- n°2-1 : prévenir et prendre en charge l'obésité ;
- n°2-2 : prévenir et prendre en charge la dénutrition chez les personnes âgées ;
- n°2-3 : promouvoir une meilleure alimentation des personnes en situation de précarité ;
- n°2-4 : promouvoir l'activité physique ;
- n°2-5 : renforcer la communication.

## ➤ La prévention du suicide

- **Contexte national**

En France chaque année, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 12 000 en décèdent. C'est la première cause de mortalité chez les jeunes adultes.

En 1994, le Haut comité de santé publique classe le suicide au rang des priorités de santé.

En 1998, la prévention du suicide a été considérée comme une priorité nationale de santé publique et se fixe comme objectif de passer en dessous de la barre symbolique des 10 000 morts dus au suicide. A cet effet, dès 1998 la Direction Générale de la Santé (DGS) lance une dynamique de réflexion, d'expertise et d'actions, en lien avec l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation pour la Santé (ANAES).

En 2000, cette dynamique aboutit à l'élaboration de la stratégie nationale face au suicide (2000 – 2005) qui vise à renforcer la cohérence et la qualité des actions dans ce domaine. Cette stratégie s'appuie sur 4 axes principaux : favoriser la prévention, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge des personnes en mal être et des familles ou proches de suicidants, mieux connaître la situation épidémiologique.

Cette stratégie puise sa légitimité dans les nombreux travaux initiés par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) qui ont adopté en ce domaine une logique de programmation spécifique avec la mise en place de programmes régionaux "prévention du suicide".

Par ailleurs, le plan santé mentale (2005-2008) souligne la nécessité d'intégrer la prévention du suicide dans une approche plus globale de la santé mentale, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la prise en charge.

- **Contexte régional**

C'est à partir d'un taux de mortalité par suicide élevé en région Centre (16<sup>ème</sup> au rang national) que la conférence régionale de santé du 12 décembre 2000 avait préconisé la mise en place du programme régional prévention suicide.

De mai 2001 à octobre 2003, des travaux préparatoires structurés autour de

5 thématiques : prévention jeunes, adultes, personnes âgées, prise en charge et suivi, formation ont permis de dégager un état des lieux avec ses points forts et ses points à améliorer. A partir de ce constat, ont été définis comme suit :

L'objectif général :

- réduire de 10% le nombre annuel de suicides en région Centre dans les cinq ans,
- améliorer la prise en charge, l'orientation et le suivi des tentatives de suicide pour éviter la récurrence.

Les axes stratégiques :

- favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires,
- améliorer la prise en charge et le suivi,
- améliorer la connaissance épidémiologique.

Dès lors, ont été définis des objectifs opérationnels servant de base à l'élaboration de 17 fiches actions inscrites dans le PRS suicide.

En 2004-2005, le travail initié au niveau régional a été relayé au niveau des six départements de la région Centre afin d'assurer une meilleure cohérence des réponses aux besoins des personnes confrontées au suicide au niveau local.

Sur l'axe prévention :

- des actions de sensibilisation en direction du grand public ont été réalisées à l'occasion de la journée nationale du 5 février ;
- des formations « personnes ressources » sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire ont été organisées par la DRASS en pluridisciplinarité dans les 6 départements. Ces formations permettent d'améliorer les compétences des professionnels mais favorisent également une dynamique de partenariat entre spécialistes et autres partenaires intervenant dans la problématique prévention du suicide. Environ 130 personnes ont déjà bénéficié de ces formations qui devront être poursuivies dans les années à venir et intégrées dans les programmes de formation continue des professionnels du sanitaire, du social et de l'éducatif ;

- un travail est en cours sur la mise en place d'un module spécifique dans les projets pédagogiques des instituts et écoles du secteur sanitaire, social et éducatif.

Sur l'axe prise en charge :

- des enquêtes sur l'évaluation de la prise en charge des tentatives de suicide dans les services d'urgence et chez les détenus ont été réalisées en 2004 ;
- un guide répertoire est en cours d'élaboration à destination des professionnels pour les aider à orienter un sujet déprimé ou suicidant (2005).

Les actions développées dans le cadre du programme régional "prévention du suicide" ont permis de mobiliser les acteurs autour de ce grave problème de santé publique.

Les axes stratégiques du PRS suicide s'intègrent dans les objectifs prioritaires du PRSP identifiés comme :

- favoriser la prévention du risque suicidaire ;
- améliorer la prise en charge des tentatives de suicide ;
- favoriser le dépistage accru du risque suicidaire.

Les actions à mettre en œuvre sont présentées en annexe 2 :

- n°3-1 : mettre en place des modules de formation ;
- n°3-2 : informer et sensibiliser le grand public ;
- n°3-3 : soutenir les personnes confrontées à la crise ;
- n°3-4 : créer un réseau ;
- n°3-5 : améliorer le repérage et la prise en charge de la dépression ;
- n°3-6 : améliorer la prise en charge des tentatives de suicide ;
- n°3-7 : améliorer la prise en charge de la souffrance psychique et des tentatives de suicide chez les détenus ;
- n°3-8 : améliorer la connaissance épidémiologique.

## ➤ La santé au travail

### • Contexte national

Malgré les actions conjuguées des entreprises, des partenaires sociaux et des pouvoirs publics, l'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail reste

encore insuffisante au regard des 760 000 accidents avec arrêt de travail recensés et des 35 000 maladies professionnelles reconnues chaque année. La prévention reste le meilleur levier d'action pour concourir à réduire significativement le nombre de ces accidents et à améliorer la qualité des emplois de demain.

Le plan santé au travail 2005/2009 s'articule autour de 4 objectifs généraux :

- développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel ;
- renforcer l'efficacité du contrôle ;
- réformer les instances de pilotage et décloisonner les approches des administrations ;
- encourager les entreprises à être acteurs de la santé au travail.

Au sein de l'entreprise, les divers acteurs de la prévention (Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), services de santé au travail) veillent avec l'employeur au respect de la réglementation relative à la santé et à la sécurité.

Depuis 30 ans, le nombre des accidents du travail avec arrêt a été divisé par 1,5, celui des accidents graves par 2,3 et celui des accidents mortels par 3 pour les salariés du secteur marchand non agricole.

Les périodes de croissance de l'activité économique, alors qu'elles sont potentiellement un facteur de risque accru, n'ont pas conduit à une augmentation des accidents du travail, pour tous les secteurs d'activité du régime général, conséquence de l'efficacité structurelle des mesures de prévention. Les statistiques des maladies professionnelles ne permettent pas une interprétation aussi simple, car ne sont recensées que les maladies connues et reconnues dans un tableau de nomenclature (ouverture de droits et compensation financière).

Selon l'enquête SUMER 2002-2003, les progrès ne doivent pas masquer certaines évolutions moins favorables, notamment en termes de contraintes organisationnelles et de pénibilités physiques des emplois. Par ailleurs, si l'exposition aux agents biologiques reste stable, celle des produits chimiques a progressé en particulier pour les produits cancérigènes, mutagènes, reprotoxiques (CMR).

Certaines catégories de travailleurs restent surexposées : les jeunes de moins de 25 ans, les salariés précaires (intérimaires, nouveaux embauchés). Certaines catégories d'entreprises sont plus touchées (les très petites entreprises) et certains secteurs d'activité demeurent particulièrement dangereux (bâtiments et travaux publics, travaux forestiers). Certains risques deviennent majeurs (risque routier) tant en nombre qu'en indice de gravité. La prise en considération de nouveaux facteurs de risque (stress professionnel, violence au travail, addictions), l'accroissement de pathologies plus spécifiques (cancers, troubles musculo squelettiques) et les parcours professionnels plus hachés militent en faveur d'une vision plus globale des risques au travail et supposent une mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise.

## • Contexte régional

Selon la synthèse de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) effectuée en 2003, qui recense les accidents du travail et les maladies professionnelles de divers secteurs d'activité à l'exception des entreprises publiques et des élèves étudiants des lycées généraux et techniques, le nombre de salariés de la région est à peu près stable entre 1999 et 2003 (642 629 en 2003) de même que le nombre d'entreprises (75 614).

Plus de 80% des entreprises ont moins de 20 salariés et emploient le tiers des effectifs de la région.

Le nombre d'accidents du travail avec arrêt reste encore élevé (31 482) majoritairement dans les secteurs d'activités des services, le travail temporaire et le bâtiment. Les accidents du travail sont plus fréquents en région Centre qu'au niveau national (forte présence des entreprises de sous-traitance industrielle) ; ils sont également plus fréquents dans les petites et moyennes entreprises. Les intérimaires ont deux fois plus d'accidents du travail que les autres salariés (y compris plus d'accidents de trajet). La manutention manuelle est à l'origine de 35% des accidents ; les décès sont liés pour 35% à des malaises et 26% à des accidents routiers.

Dans le champ de la santé au travail, les objectifs prioritaires du PRSP sont :

- réduire le risque routier en entreprise ;

- réduire les expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques ;
  - réduire la violence et le stress au travail.
- Ils s'articulent avec le plan santé au travail et le PRSE.

Les actions à mettre en œuvre sont déclinées dans les fiches actions en annexe 2 :

- n° 4-1 : informer et sensibiliser les entreprises utilisatrices et les enseignes de travail temporaire sur le risque routier ;
- n° 4-2 : développer la formation sur les risques routiers dans les centres d'apprentissage ;
- n° 4-3 : améliorer les connaissances relatives à la violence et au stress au travail ;
- n° 4-4 : développer l'information sur la violence et le stress au travail ;
- n° 4-5 : améliorer la prise en charge des salariés présentant une souffrance mentale au travail ;
- n° 4-6 : développer la formation des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et des délégués du personnel ;
- n° 4-7 : développer l'information sur les obstacles à la réinsertion professionnelle ;
- n° 4-8 : réduire les expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR). Cette dernière action relève du plan régional santé environnement.

## ➤ La santé environnementale

### • Contexte national

Parmi les facteurs qui déterminent la santé humaine et le développement des pathologies, l'environnement joue un rôle fondamental. A cet égard, le gouvernement a adopté le 25 juin 2003, en Conseil des ministres, la charte de l'environnement dont l'article 1 prévoit que "chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé".

Dans cet esprit, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, qui prévoit que soient réalisés des plans d'actions stratégiques pour les 5 années à venir, fait figurer parmi les priorités, un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement du travail.

Le gouvernement a adopté le 21 juin 2004 le premier Plan National Santé Environnement (PNSE). Celui-ci a été élaboré par les ministères chargés de la santé, du travail, de l'environnement et de la recherche. Il s'est appuyé sur le rapport d'une commission d'orientation composée d'experts qui a établi un diagnostic de l'exposition des Français aux pollutions environnementales dans leur vie quotidienne et recommande des priorités d'actions.

Le plan national santé environnement s'est fixé 3 objectifs prioritaires :

- garantir un air et une eau de bonne qualité ;
- prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers ;
- mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes).

Pour atteindre ces objectifs, 45 actions à mettre en place entre 2004 et 2008 ont été définies dont 12 ont été considérées comme prioritaires. Ces dernières ont été retenues en raison de leur nouveauté, de leur impact sanitaire ou encore parce qu'elles répondent aux interrogations de la population française relatives à l'impact de l'environnement sur la santé.

Les 45 actions sont organisées autour de 8 axes qui ont été définis comme prioritaires par la commission d'orientation :

- mieux maîtriser les risques liés aux substances chimiques ;
- prévenir les décès liés aux infections/intoxications aiguës ;
- protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux (eau, air, sols) ;
- protéger la population de la pollution à l'intérieur des locaux ;
- renforcer la protection des enfants et des femmes enceintes ;
- améliorer les dispositifs de veille, de surveillance et d'alerte ;
- consolider la formation et développer l'information et la communication ;
- mobiliser et développer le potentiel de recherche et d'expertise.

## • Contexte régional

Le Plan Régional Santé Environnement de la région Centre (PRSE) constitue à la fois le programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail du PRSP prévu par le code de la santé publique (article L1411-1) et la déclinaison régionale du plan santé environnement souhaitée par la circulaire interministérielle du 3 novembre 2004. Cette circulaire demande en effet aux Préfets de région de décliner au niveau de leur région le plan national santé environnement (PNSE). La prise en compte des priorités de ce dernier et du contexte régional a conduit à la définition de 13 actions prioritaires pour la région Centre, dont 6 relèvent également des priorités du plan régional de santé publique.

Dans le cadre de l'élaboration du PRSE, un bilan de la situation de l'environnement a été réalisé. Ce bilan s'est notamment intéressé à trois thématiques : la pollution atmosphérique, les pesticides ainsi que l'asthme et les allergies.

### ▫ **La pollution atmosphérique**

Le transport routier en région Centre constitue le secteur d'émission prépondérant pour la majorité des polluants recherchés. L'exposition est très importante et les effets pour la santé sont loin d'être négligeables. En effet, deux études d'impact sanitaire ont été conduites à Orléans en 2001 et à Tours en 2002. Ces études, basées sur une méthodologie élaborée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), ont porté sur l'impact à court terme de la pollution de l'air sur la santé en milieu urbain. La première étude portant sur les 228 000 habitants de 10 communes de l'agglomération orléanaise a ainsi identifié 24 décès anticipés et 45 hospitalisations dont 15 pour motif respiratoire et 30 pour motif cardio vasculaire.

Sur une année, l'impact total de la pollution atmosphérique pour l'agglomération tourangelle (238 818 habitants), évalué par rapport à une situation théorique sans pollution, a été estimé, en moyenne, à 32 décès anticipés et 56 hospitalisations (dont 10 pour motif respiratoire chez les 15-64 ans, 16 pour motif respiratoire chez les 65 ans et plus et 30 pour motif cardio-vasculaire).

Il s'agit là d'ordres de grandeur mais ces chiffres illustrent le fait que la pollution atmosphérique exerce des effets sur la santé d'une population, même à des niveaux modérés de pollution, situés en deçà des seuils réglementaires. La proportion importante

de personnes exposées aboutit à un impact collectif non négligeable.

Ces études ont mis en évidence que si les pics de pollutions (qui sont relativement rares) peuvent entraîner une augmentation des décès et des admissions, c'est la pollution de fond générant une exposition longue qui reste le facteur le plus important et sur laquelle il convient d'agir. Plusieurs scénarios montrent qu'une réduction de 25 % de la pollution de fond des sources d'émissions engendrerait un gain sanitaire de 60 %. Les polluants mis en cause sont l'ozone et le dioxyde d'azote, polluants résultant principalement du trafic routier qui ne cesse d'augmenter.

En outre, il convient de remarquer que plusieurs travaux épidémiologiques ont mis en évidence l'existence d'un risque accru de cancer du poumon après une exposition de longue durée à la pollution atmosphérique urbaine et plus spécifiquement aux particules fines comme les particules diesel (particule de diamètre inférieur à 2,5 µ).

Par ailleurs, une étude a été initiée en 2003 afin d'évaluer l'éventuel bénéfice sur la santé de la prévention par l'information. Ainsi l'objet de l'étude PAPRICA (Pollution Aérienne et Pathologie Respiratoire : Impact sur la Communication sur l'Air) est d'informer 24 heures à l'avance les insuffisants respiratoires d'un probable épisode de pollution à l'ozone (dépassement du seuil de 110 µg/m<sup>3</sup> d'ozone dans l'air sur 8 heures consécutives), afin de leur permettre d'adopter un comportement adapté, qui pourrait être susceptible de limiter leur recours aux soins et d'améliorer leur qualité de vie.

Cette étude concerne 112 volontaires de la région Centre souffrant d'insuffisance respiratoire sévère. Des conclusions ne peuvent pas encore être tirées, néanmoins les premiers enseignements montrent un bénéfice en terme d'état de santé et de qualité de vie dans la population informée.

Enfin, il convient de noter que les polluants atmosphériques augmentent la mortalité et la morbidité liée à l'asthme.

Chez les enfants asthmatiques, il existe une relation significative entre le niveau de particules dont le diamètre est inférieur à 10µ et la diminution du débit de pointe, l'augmentation de la prévalence des symptômes respiratoires et la consommation médicamenteuse.

### ▫ **Les pesticides**

La toxicité des pesticides, encore appelés produits phytosanitaires, varie d'un composé à l'autre. Généralement, l'homme est exposé à de faibles doses de polluants dont les effets demeurent peu connus. Les études publiées à ce jour ont mis en évidence, pour l'exposition à long terme à de faibles doses, 3 principaux types d'effets :

- les cancers ;
- les troubles neurologiques ;
- les anomalies de la reproduction.

La contamination de l'environnement par les produits phytosanitaires constitue une préoccupation régionale compte tenu de la ruralité marquée et de l'activité agricole importante en région Centre.

La région Centre est en effet la première région productrice de céréales. Elle est aussi une des premières régions utilisatrices de produits phytosanitaires. Toutefois, les quantités réelles distribuées et utilisées ne sont pas disponibles.

D'après une étude réalisée en 2002 par le GREPPES (groupe régional pour l'étude de la pollution par les produits phytosanitaires des eaux et des sols), sur les consommations de 2000 et 2001, les secteurs professionnels (agriculteurs, collectivités, DDE, SNCF, entretien des golfs) utiliseraient, annuellement en région Centre, au moins 4 260 tonnes de substances actives (données sous estimées en raison du faible taux de réponse à l'enquête de certains secteurs).

En 2004, 23 % de la population de la région Centre a été alimentée par une eau non conforme par rapport aux valeurs limites réglementaires relatives aux pesticides. Il convient de noter cependant que les dépassements ne sont pas tous permanents. Seulement 2 % de la population de la région Centre a été alimentée en 2004 par une eau qui a dépassé pendant plus de 30 jours la valeur limite de 0,1µg/l.

Par ailleurs, les rivières et les nappes d'eau souterraine suivies par le GREPPES depuis 1991 présentent une contamination par les produits phytosanitaires fréquente et à des concentrations parfois élevées. La contamination des nappes est tout de même moins importante que celle des rivières. Les herbicides sont les substances les plus souvent détectées.

Concernant la pollution de l'air par des pesticides, Lig'Air (association chargée de la surveillance de la qualité de l'air dans la région Centre) a mené des campagnes de mesures de produits phytosanitaires dans l'air des grandes agglomérations de la région (Tours, Orléans, Bourges, Châteauroux, Chartres et Blois) ainsi que sur des sites concernés par l'activité agricole et viticole. Ces campagnes ont mis en évidence une contamination de l'air par les pesticides. Elles ont permis une première évaluation de la qualité phytosanitaire de l'air de la région en l'absence d'obligation réglementaire de suivre ce type de polluant. Lig'Air travaille également avec l'InVS afin de définir un indicateur de mesure de pesticides dans l'air et de pouvoir ainsi étudier l'exposition de la population à ces composés.

### ▫ **L'asthme et les allergies**

L'asthme est une maladie des voies respiratoires en constante augmentation en raison notamment de facteurs environnementaux. Il s'agit d'une maladie multifactorielle :

- dans l'air extérieur, l'exposition aux pollens, avec ses spécificités régionales, est responsable de pollinoses de plus en plus fréquentes. Les particules fines émises par les véhicules « diesel » constituent un facteur de potentialisation de la réponse allergique des voies aériennes. Plusieurs polluants gazeux atmosphériques tels le dioxyde d'azote, le dioxyde de soufre ou l'ozone, indicateur de pollution le plus préoccupant en région Centre, sont des irritants respiratoires (cf. le paragraphe relatif à la réduction des émissions de particules diesels par les sources mobiles et à la promotion des modes de déplacements alternatifs),
- dans l'air intérieur, les allergènes d'animaux domestiques et d'acariens, les moisissures sont incriminés. Des pollutions chimiques sont également associées à des manifestations asthmatiformes, la fumée de tabac (dont le tabagisme passif), le formaldéhyde notamment.

Il convient de noter que l'asthme constitue la plus fréquente des maladies infantiles chroniques. En région Centre, l'asthme est la quatrième cause de mortalité.

De plus, il est constaté une sous déclaration des asthmes professionnels. Les travailleurs atteints sont souvent jeunes et la survenue d'un asthme peut avoir des conséquences

socio-économiques importantes. Les causes d'asthme professionnel sont multiples : produits chimiques, substances végétales et animales, protéines diverses, etc...

Les isocyanates représentent la première cause chimique d'asthme professionnel en France ; la pulvérisation des vernis et peintures de polyuréthane est principalement responsable d'asthme aux isocyanates en raison de la génération d'un aérosol liquide.

Par ailleurs, se pose la question du risque d'allergie lié à l'utilisation de plus en plus fréquente de produits domestiques de nettoyage et de désinfection vendus sous forme de sprays, eu égard aux asthmes développés par des professionnels du nettoyage.

Le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA) dispose seulement de 2 capteurs de pollens en région Centre (Orléans et Tours). L'ambrosie, dont les

pollens sont très allergisants, a été repérée dans les six départements de la région.

Au regard de ces constats, deux priorités relevant du PRSE sont proposées au titre du PRSP :

- protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux ;
- renforcer la protection des enfants et des femmes enceintes.

Les actions à mettre en œuvre pour y parvenir sont déclinées dans les fiches actions présentées en annexe 2 :

- n° 6-1 : évaluer et réduire l'exposition des populations aux pesticides dans l'environnement (eau, air, sols) ;
- n° 6-2 : réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles ;
- n° 6-3 : promouvoir les modes de déplacements alternatifs ;
- n° 6-4 : améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies.

### 3 AMELIORER LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

#### ➤ Améliorer l'efficacité du dépistage des cancers

##### • Contexte national

Ouvert le 14 juillet 2002 à l'initiative du Président de la République, le chantier de lutte contre le cancer implique l'ensemble des femmes et des hommes, patients, professionnels, chercheurs et gestionnaires, tous invités à unir leur énergie pour combattre ce fléau. Une commission d'orientation sur le cancer mise en place en 2002 a remis début janvier 2003 son rapport. De ce travail, la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer a publié le «Plan cancer : 2003-2007», plan de mobilisation nationale contre le cancer. Il comporte six chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir avec un but unique : vaincre la maladie et se battre pour la vie.

L'objectif du plan vise d'ici 2007 à diminuer la mortalité par cancer de 20%.

En matière de dépistage, le plan cancer axe la stratégie sur «un dépistage mieux organisé». Le constat est qu'actuellement trop de patients sont victimes d'un diagnostic tardif. Leurs chances de guérison seraient bien supérieures s'ils avaient bénéficié d'un dépistage régulier et d'un diagnostic plus précoce.

Pour le cancer du sein, les principes de cette politique nationale sont les suivants :

- **accès équitable** : invitation de la population cible au dépistage (femmes de 50 à 74 ans) tous les 2 ans, gratuité de l'acte de mammographie ;
- **qualité et efficacité** : formation des professionnels (radiologues et manipulateurs), contrôle de qualité du matériel, mise en place d'une seconde lecture systématique des clichés classés "normaux" par le premier radiologue ;
- **acceptabilité** : libre choix de son médecin radiologue, possibilité de désigner le(s) médecin(s) destinataire(s) des résultats dont notamment son médecin traitant ;
- **évaluation continue du dispositif** ;

- **adaptation du dispositif** : en fonction des résultats des évaluations, des avancées techniques et/ou scientifiques ...

L'organisation du dépistage a pour objet d'améliorer le cadre dans lequel travaillent les professionnels de santé d'une part et la qualité intrinsèque de l'offre de dépistage d'autre part.

L'intérêt du dépistage n'est cependant pas encore toujours bien compris. L'inscription dans une démarche de dépistage concernant des personnes a priori en bonne santé n'est pas évidente face à une maladie qui continue à faire peur. Enfin, le dépistage organisé, synonyme chez certains d'une démarche collective jugée dévalorisante, de moindre qualité (notion ancienne de dépistage de «masse») s'oppose parfois au concept de dépistage individuel associé à une démarche volontaire.

L'organisation du dépistage du cancer du sein axe la stratégie d'amélioration continue de la qualité tant de la campagne (qualité des invitations, information continue des bénéficiaires, diminution des délais) que dans celle de l'acte de dépistage lui-même (évaluation de la qualité des radiographies, double lecture).

L'objectif à atteindre est qu'au moins 70% de la population cible puisse bénéficier d'un dépistage de qualité.

Le plan vise à développer le dépistage des cancers pour lesquels cette démarche est véritablement utile en facilitant l'accès du plus grand nombre à ce type d'examen. Le plan retient 5 objectifs :

- généraliser le dépistage organisé du cancer du sein au 1<sup>er</sup> janvier 2004 ;
- favoriser le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus ;
- faciliter le développement du dépistage du cancer du côlon ;
- améliorer les conditions de détection précoce du mélanome ;
- garantir l'accès aux tests de prédispositions génétiques des formes familiales de cancer.

## • Contexte régional

Dans le cadre du dépistage organisé, la région Centre s'inscrit dans la dynamique du plan cancer.

**Le dépistage organisé du cancer du sein** est opérationnel dans les six départements de la région Centre depuis fin mars 2004 (mise en place en 1999 pour le plus ancien au 30 mars 2004 pour le plus récent).

**Le dépistage organisé du cancer du côlon :** le département d'Indre et Loire est l'un des 23 départements pilotes métropolitains à avoir mis en œuvre le dépistage organisé du cancer du côlon. La première campagne a débuté en octobre 2003. La stratégie retenue est l'envoi à la population cible (hommes et femmes de 50 à 74 ans) d'une invitation à venir retirer auprès de leur médecin traitant un test destiné à rechercher dans les selles un saignement occulte. En cas de positivité de ce test, une coloscopie est nécessaire afin d'identifier l'origine de ce saignement occulte dont une des causes peut être une lésion cancéreuse. La cheville ouvrière du dispositif est ici le médecin traitant, en charge d'expliquer la démarche de dépistage. L'envoi direct du test aux usagers, en cas de non-réponse à l'invitation de se rendre chez leur médecin afin de retirer le test, est une solution de bien moindre efficacité en terme de participation que le contact direct avec le médecin.

Cependant, cette stratégie a été retenue pour augmenter, marginalement, le taux de participation à la campagne de dépistage. Dans le domaine de la qualité, les centres habilités à la lecture des tests doivent répondre à un cahier des charges axé sur la formation du personnel, sur le contrôle de qualité et sur le respect des délais de réalisation de la lecture des tests.

Par courrier du ministre de la Santé en date du 30 mai 2005, le dépistage du cancer colorectal doit être étendu à tout le territoire d'ici décembre 2006. De ce fait, les cinq autres départements de la région Centre travaillent sur ce dossier afin de respecter cette échéance.

La structure de gestion départementale en charge du dépistage du cancer du sein (gestion des invitations, des relances, du circuit de lecture des mammographies et de l'envoi des résultats) assurera également la gestion du dépistage du cancer du côlon. Cependant, afin d'améliorer la performance

globale du dispositif du dépistage des cancers la mutualisation régionale et/ou interdépartementale de certaines activités est un axe retenu par le comité régional du dépistage des cancers de la région Centre.

Enfin, il convient de préciser que les actions de prévention et de dépistage sont clairement inscrites dans le cadre du volet «Cancérologie» du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III. Cette approche positionne les actions de prévention et de dépistage dans une logique de prise en charge globale.

En effet, en cas de dépistage positif, quelle que soit la nature de la lésion cancéreuse, le dépistage constitue l'étape initiale d'un parcours de soins et de santé continu et intégré.

Les objectifs prioritaires du PRSP dans le champ du dépistage et qui s'inscrivent dans les plans stratégiques nationaux concernent :

- améliorer le taux de dépistage des cancers ;
- améliorer le dépistage du diabète et des maladies cardiovasculaires ;
- améliorer le dépistage des enfants à risque d'intoxication au plomb ;
- favoriser le dépistage accru des comportements à risques et du risque suicidaire.

Les actions à mettre en œuvre pour y parvenir sont déclinées en annexe 2 :

- n°7-1 : mutualiser le fonctionnement des structures de gestion de dépistage des cancers ;
- n°7-2 : consolider le dépistage du cancer du sein ;
- n°7-3 : sensibiliser les publics en situation de précarité au dépistage des cancers ;
- n°7-4 : favoriser la mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal au sein des structures de gestion existantes, conformément au cahier des charges national.

### ➤ Améliorer le dépistage du diabète

Le diabète touche 2 à 3 % de la population, ce qui représente environ 60 000 personnes. Les projections prévoient un doublement de la prévalence d'ici 20 ans notamment le diabète de type II. Le corollaire attendu est l'augmentation de l'incidence des complications cardio-vasculaires.

Le diabète fait l'objet d'un Programme Régional de Santé depuis 1999. Il préconise un dépistage du diabète de type II chez les personnes de 45 à 69 ans afin de diminuer le nombre de diabétiques pris en charge tardivement. Engagée en 2002 et en 2003 à titre expérimental, la campagne de dépistage a été conduite en 2005 dans le Cher et l'Indre.

Cette action est le fruit d'un partenariat entre les caisses d'assurance maladie, les organismes complémentaires, l'Etat, les médecins généralistes, les laboratoires d'analyses, les diabétologues libéraux... .

La campagne de dépistage menée en 2005 montre un taux de positivité de 3,63%, soit 676 personnes sur 18626 dépistages effectués.

Les résultats positifs mis en relief par l'évaluation menée sur les campagnes de dépistage montrent que les actions concernant les aspects « prévention » et « dépistage » méritent d'être poursuivies dans le cadre du PRSP.

De plus, l'évolution de la maladie étant émaillée de fréquentes complications métaboliques et de graves complications dégénératives au niveau ophtalmique, rénal, cardio vasculaire et podologique, la prise en charge précoce est une condition sine qua non

pour diminuer la gravité, le retentissement en terme d'invalidité, de perte d'autonomie des patients ainsi que le coût économique et social.

### ➤ Prévenir les complications des maladies chroniques

Les actions de prévention mises en œuvre par l'assurance maladie concernent de façon préférentielle le domaine de la "prévention médicale", c'est à dire celles qui s'exercent dans le système de soins.

L'objectif général est d'agir sur le niveau global des risques en évitant, en retardant ou en limitant l'apparition des maladies. En ce sens, les interventions en matière de prévention s'inscrivent dans les orientations de gestion du risque. Elles doivent être conduites avec le souci de l'efficacité et de l'optimisation des ressources de l'assurance maladie.

En effet, le nombre d'admissions en affection de longue durée (ALD) entre 1999 et 2002 n'a cessé de croître, comme le présente le tableau ci-après :

	1999	2000	2001	2002
<b>Diabète</b>	4206	5160	5609	6203
<b>Hypertension artérielle</b>	1870	3162	3671	3712
<b>Artériopathie chronique, y compris maladies coronariennes</b>	2981	3405	4273	4429
<b>Accident vasculaire cérébral</b>	841	1011	1168	1206

La consommation des médicaments pour ces pathologies est en augmentation (MEDIC'AM 2003) :

- les médicaments cardiovasculaires représentent 25,7% des dépenses avec 4,1% de progression ;
- les médicaments des voies et métabolisme représentent 14,1% des dépenses avec 7,8% de progression ;
- les médicaments du système respiratoire représentent 7,5% des dépenses avec 5,5% de progression ;

soit un total de **47,3%** des dépenses de l'assurance maladie pour l'ensemble de ces trois classes thérapeutiques.

Les affections cardio-vasculaires (constituées notamment par les cardiopathies ischémiques et les maladies cardio-vasculaires cérébrales) représentent la première cause de mortalité de notre région avec 7 600 décès environ par an.

Dans la région Centre, on estime le nombre de malades asthmatiques entre 75 000 et 150 000 sur une population de 2,44 millions. L'asthme est à l'origine de 11 212 journées d'hospitalisation en service de médecine court séjour (source PMSI 1998).

Le choix de mettre en avant les actions au profit des populations bénéficiant le plus du système de soins correspond à cette démarche.

Dans ce contexte, l'accompagnement des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques est un élément essentiel de la politique de gestion des risques. Il répond à la fois à des objectifs sanitaires (prévention des complications et des rechutes, amélioration des prises en charge) et économiques compte tenu de l'importance des coûts associés.

Ainsi, les pathologies susceptibles d'être prises en compte dans le cadre du PRSP sont le diabète, les maladies cardio-vasculaires et l'asthme du fait de leur prévalence, de leur poids économique, de l'existence de référentiels et de la mobilisation des acteurs concernés (professionnels de santé et associations de patients).

Les priorités pour les cinq prochaines années visent à développer, en partenariat avec les professionnels de santé et les associations de patients, des services en direction de patients atteints d'affection de longue durée (ALD). Ces services englobent des dispositifs de prévention, d'éducation thérapeutique, d'information sur les protocoles de soins et d'offre de soins spécifiques.

Les actions pour y parvenir sont présentées en annexe 2 :

- n° 5-1 : mettre en place des programmes ciblés vers les patients ;
- n° 5-2 : mettre en place des actions ciblés vers les professionnels de santé.

### ➤ Améliorer le dépistage des enfants à risque d'intoxication au plomb

#### • Contexte national

Le plomb est un toxique cumulatif pouvant entraîner des troubles réversibles (anémie, troubles digestifs) mais également irréversibles (atteinte du système nerveux).

Or, en milieu domestique, les populations sensibles à l'intoxication par le plomb sont tout particulièrement les enfants en bas âge et les femmes enceintes (vis à vis du fœtus). Les enfants en bas âge sont une cible particulière de l'intoxication parce qu'ils ingèrent plus souvent du plomb du fait de leur activité main-bouche, que leur coefficient d'absorption digestive est élevé et que leur système nerveux est en développement.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) estimait en 1999 à 84 000 le nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie supérieure à 100 µg/L. Le saturnisme de l'enfant mineur est une maladie à déclaration obligatoire auprès du médecin inspecteur de santé publique de la DDASS. Aussi en 2002, 492 nouveaux cas de saturnisme infantile ont été déclarés en France et 459 en 2003.

La principale source de contamination par le plomb est la peinture des habitations anciennes, souvent à base de céruse. Le plomb des peintures peut être absorbé sous forme de poussières ou d'écaillés par les jeunes enfants lorsque les peintures sont dégradées ou lorsque des travaux sont entrepris sans précaution.

Certaines activités industrielles sont ou ont été source de plomb pour leur environnement. Les enfants vivant à proximité de ces activités ou sur des terrains pollués par ces activités peuvent être intoxiqués par les poussières ramenées au domicile.

Il convient de plus de noter que le plomb des canalisations peut être solubilisé par l'eau de distribution lorsque celle-ci a certaines caractéristiques physico-chimiques ou bien lorsque le réseau intérieur est mal conçu (grandes longueurs de canalisations en plomb, juxtaposition de métaux de nature différente, traitements d'eau sur des canalisations en plomb, etc...). Ce plomb d'origine hydrique a un impact sur la plombémie moyenne de la population mais est rarement la cause principale d'une plombémie élevée.

Outre ces sources de contaminations, d'autres expositions peuvent être à l'origine d'intoxication : loisirs à risque (par exemple, la fabrication de céramiques ou d'objets émaillés, la fabrication de munitions, la fabrication ou la mise à la portée des enfants de plombs de pêche, de soldats de plomb, de modèles réduits ou d'objets décoratifs comportant des pièces en plomb ou en alliage de plomb ou

revêtues de plomb, etc...), la consommation d'aliments ou de boissons acides après contact prolongé avec une céramique artisanale, un étain décoratif ou un récipient en cristal, l'utilisation de certains remèdes traditionnels contenant du plomb par des populations issues d'Asie du sud est, d'Inde, du Moyen Orient ou d'Amérique latine, l'utilisation de certains cosmétiques traditionnels contenant du plomb tels que le kohl et surma.

- **Contexte régional**

L'amélioration du dépistage du saturnisme infantile constitue une priorité pour la région Centre en raison du manque de connaissances relatives au risque saturnin dans la région.

En région Centre, très peu de cas de saturnisme ont été dépistés entre 2000 et 2004 : seulement 6 cas de saturnisme infantile ont été déclarés chez des enfants de 6 mois à 6 ans (5 cas dans le Loiret et 1 cas dans le Cher).

Cependant, ce faible nombre ne permet pas de conclure quant à un risque saturnin faible étant donné le faible nombre de plombémies prescrites chez des enfants de cette tranche d'âge : aucune en 2000, 1 en 2001, 4 en 2002, 6 en 2003 et 42 en 2004 (données issues de la surveillance menée par le Centre antipoison

d'Angers) pour des situations d'expositions au plomb néanmoins existantes. Ces chiffres montrent un manque de sensibilisation des médecins à ce problème de santé publique.

Notons que des actions spécifiques de dépistage du saturnisme infantile ont été entreprises autour de sites industriels contaminés : autour de deux sites dans le Loiret (en 2001) et un site dans le Cher à proximité d'une ancienne usine de fabrication de batteries (2004).

Au regard de ce constat, il a été décidé de proposer le renforcement de la protection des enfants et des femmes enceintes comme une priorité régionale dont l'opportunité reste à confirmer.

Les actions susceptibles d'être mises en œuvre pour y parvenir sont présentées dans la fiche action n°8 "améliorer le dépistage du saturnisme infantile" présentée en annexe 2. Il convient de noter que cette action relève également du plan régional santé environnement.

- **Favoriser le dépistage accru des comportements à risques et du risque suicidaire**

Cf. p. 9 et 10 sur la prévention du suicide.

## 4 AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES ET DE HANDICAP

---

### • Contexte national

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge durant plusieurs années. Cette définition recouvre les maladies non transmissibles (diabète, asthme, cancers ...), les maladies transmissibles persistantes comme le VIH SIDA, certaines maladies mentales (psychoses...) ou des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques ...).

Toujours selon l'OMS, la qualité de vie est "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes". C'est un des objets d'amélioration de la loi du 11 février 2005 qui réforme la politique nationale en faveur des personnes handicapées.

Les champs couverts par la notion de qualité de vie regroupent les capacités physiques, psychiques, les caractéristiques socio-démographiques, les comportements et les styles de vie, le rapport personnel à la santé, l'environnement communautaire, entre autres.

Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'augmentation de l'exposition aux facteurs de risque, l'incidence et la prévalence des maladies chroniques augmentent. Les facteurs environnementaux et sociaux contribuent par ailleurs à accélérer le développement et à aggraver les conséquences des maladies chroniques (exposition à des allergènes dans le milieu du travail ou en milieu urbain pour les asthmatiques par exemple). La complexité des soins requis et leurs coûts sont de ce fait les principales difficultés avancées dans la prise en charge des maladies chroniques par les professionnels et les financeurs.

La démarche actuelle consiste à considérer les maladies chroniques comme un tout plutôt que de les séparer par pathologie puisque le volet social de leur prise en charge est commun. Il devient également logique d'y inclure les handicaps puisqu'ils paient en terme de qualité de vie le plus lourd tribut.

Dans le cadre de la loi de santé publique du 9 août 2004, un plan national de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, soit environ 30 millions de personnes, est en cours d'élaboration.

Ce plan s'organise autour de 5 axes stratégiques :

- épidémiologie et qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques ;
- information, éducation du patient et prévention ;
- formation des professionnels et des aidants ;
- coordination et qualité de la prise en charge ;
- intégration sociale et professionnelle.

Le plan national d'éducation pour la santé mis en œuvre depuis 2001 s'articule autour de 3 axes :

- le développement des formations et des recherches en éducation pour la santé, y compris l'éducation thérapeutique ;
- la généralisation de l'éducation pour la santé de proximité, véritable mission de service public ;
- la valorisation de l'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les personnes atteintes d'une pathologie à comprendre leur maladie et les soins, à gérer leur traitement, à prévenir les complications et les rechutes.

Des études françaises et étrangères ont montré les bénéfices importants que l'on peut en attendre en termes de qualité de vie, d'efficacité des soins et de baisse des coûts financiers pour la collectivité.

Tous les patients dont l'état de santé le nécessite doivent pouvoir accéder à un programme structuré d'éducation thérapeutique.

Cela se passe en premier lieu par une valorisation, y compris financière, de cette activité dans tous les lieux de soins et par la formation des soignants.

- **Contexte régional**

Le plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées en région Centre définit 5 thèmes prioritaires : la prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie courante, la prévention de la malnutrition, l'aide aux aidants, la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile et les personnes handicapées vieillissantes.

Selon les données du diagnostic partagé élaboré en 2004 dans la région Centre, les pathologies chroniques en affection longue durée (ALD) masculines et féminines sont :

- pour les tranches d'âge 15 – 44 ans les troubles psychiatriques, les tumeurs malignes, le diabète, les maladies inflammatoires digestives (chez les jeunes femmes de 15 à 34 ans) ;
- pour les tranches d'âge 45 - 74 ans, les pathologies mentales restent sous estimées et les pathologies cancéreuses restent prédominantes (prostate, sein, utérus) suivies par les pathologies vasculaires ;
- les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 8,8 % de la population de la région. Les pathologies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer touchent environ une personne sur quatre soit 13 461 personnes potentiellement concernées en région.

Les préconisations du schéma d'éducation pour la santé de la région Centre intègrent l'éducation thérapeutique. Une unité de prévention et d'éducation existe depuis 1999 au centre hospitalier de Dreux. Elle a constitué une base documentaire importante sur la thématique de l'éducation thérapeutique.

Un projet de cahier des charges et de charte de qualité pour le conseil méthodologique et la formation en éducation thérapeutique a été présenté dans le cadre de la réponse à l'appel à projet auprès de l'institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES).

L'objectif prioritaire du PRSP est :

- promouvoir l'éducation thérapeutique.

Les actions à mettre en œuvre sont présentées en annexe 2 :

- n°9-1 : communiquer sur l'offre de formation en région Centre ;
- n°9-2 : créer des pôles de compétence en éducation thérapeutique ;
- n°9-3 : mettre en place un programme de formation ;
- n°9-4 : évaluer le développement de l'éducation thérapeutique en région Centre.

## 5 IDENTIFIER LES OBSTACLES A LA REINSERTION ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DU HANDICAP

### ➤ Les maladies rares

#### • Contexte national

La loi 2005 – 102 du 11 février 2005 réformant la politique en faveur des personnes handicapées ouvre de nouvelles responsabilités aux Départements. Ceux-ci deviennent acteurs principaux de cette politique au niveau de leur territoire et le Président du Conseil général sera donc Président de la maison départementale du handicap.

Cette structure constituera le guichet unique auprès duquel toute personne handicapée trouvera accueil, information et orientation selon ses besoins. L'unicité de l'interlocuteur, de la commission décisionnelle en matière d'allocation et du site géographique permettra une meilleure lisibilité, une cohérence de l'ensemble des dispositifs déjà existants et permettra une simplification des démarches pour une plus grande proximité.

Il est opportun de se saisir de cette nouvelle structure dans la perspective du déploiement du plan national maladies rares. En effet, les maladies rares sont le plus souvent graves, chroniques, invalidantes et génèrent des handicaps de tous types, souvent sévères.

Les 10 axes stratégiques du plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares sont :

- mieux connaître l'épidémiologie des maladies rares,
- reconnaître la spécificité des maladies rares,
- développer une information pour les malades, les professionnels de santé et le grand public,
- former les professionnels de santé à une meilleure identification de ces maladies,
- organiser le dépistage et l'accès aux tests diagnostiques,
- améliorer l'accès aux soins et à la qualité de la prise en charge,
- poursuivre l'effort en faveur des médicaments orphelins,
- répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement des personnes atteintes de maladies rares,

- promouvoir la recherche sur les maladies rares,
- développer les partenariats nationaux et européens.

Parmi ces axes, 3 peuvent s'inscrire en transversal de la loi du 11 février 2005 et du plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares :

- le développement de l'information,
- l'amélioration de l'accès aux soins et la qualité de prise en charge,
- l'accompagnement des personnes atteintes.

#### • Contexte régional

Concernant les maladies rares, les orientations du volet information pourraient se traduire par des actions spécifiques de formation d'enseignants, de travailleurs sociaux, la diffusion des mesures du plan national auprès des professionnels de santé, des malades, du grand public au travers des maisons du handicap départementales.

L'axe "accès aux soins et qualité de prise en charge" peut se décliner au niveau régional, par l'approche en réseau interrégional (du fait du petit nombre de cas de malades dans une seule région) et l'implantation de centres de références interrégionaux. Les autres axes stratégiques relèvent du niveau national.

### ➤ La prise en charge du handicap

#### • Contexte national

La loi 2005 – 102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées redéfinit la notion de handicap fondée sur la limitation d'activité et la restriction de participation à la vie en société. L'appréciation de celle-ci sera confiée aux nouvelles commissions des droits et de l'autonomie regroupant les anciennes commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

**Une maison du handicap** sera créée dans chaque département à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Présidée par le Président du Conseil général elle assure des missions :

- d'accueil,
- d'information,
- d'accompagnement,
- de conseil des personnes handicapées et de leur famille.

La loi reconnaît désormais un droit à compensation des conséquences du handicap.

Ce droit à compensation est matérialisé par une prestation de compensation en nature (voire en espèces) pouvant être versée à domicile ou en établissement (sous réserve de modalités particulières dans ce dernier cas).

La loi de 2005 prévoit également l'élaboration du **programme interdépartemental d'accompagnement de l'autonomie (PRIAC)** arrêté par le Préfet de région. Il identifie les besoins et territoires prioritaires et hiérarchise les priorités de l'Etat en matière de diagnostic et de prise en charge médico-sociale financés par l'assurance maladie dans le cadre des moyens désormais gérés au titre du handicap et de la dépendance par l'opérateur national : la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Dans ce contexte, l'identification des obstacles à la réinsertion tient à plusieurs facteurs liés soit :

- aux conditions de vie (famille – ressources) ;
- à l'environnement (accès aux services, logement, emploi, etc...) ;
- à des problèmes de santé spécifiques.

Le nouvel édifice bâti par la loi de 2005 réorganise les réponses en matière de ressources, de conditions de vie environnementale (intégration scolaire, professionnelle, insertion sociale, accessibilité au logement, loisirs, transports, nouvelles technologies de l'information et de la

communication (NTIC), etc...), de compensation du handicap et de prise en charge médico-sociale.

Les schémas départementaux, désormais de la compétence des Conseils généraux avec la contribution de l'Etat, identifient les manques et fixent des axes de progrès pour tenir compte des objectifs assignés par la loi notamment dans le cadre de l'insertion sociale et du maintien à domicile.

Le système d'information de la maison départementale du handicap, dans le cadre des missions qui lui sont très largement dévolues, permettra d'identifier et de mieux appréhender les difficultés rencontrées non résolues.

Enfin, l'élaboration du PRIAC vise à améliorer, avec une prévision à trois ans, l'offre de service médico-sociale, qui participe à la compensation du handicap, en permettant notamment :

- une répartition géographique plus complète et plus équitable des services et structures ;
- l'accompagnement des démarches d'intégration scolaire, de formation, l'emploi protégé ;
- une amélioration qualitative des prises en charge fondée sur des objectifs de qualification, professionnalisation, recrutement des intervenants ;
- une réflexion sur les articulations complémentaires indispensables à la prise en charge médico-sociale (diagnostic précoce, prise en compte des crises et troubles psychiques graves etc...).

Par ailleurs, le plan santé au travail intègre la problématique de l'identification des obstacles à la réinsertion professionnelle.

L'identification de ces obstacles est une action du PRSP dans le cadre de la santé au travail (cf. fiche action n°4-7).

## 6 INSCRIRE LES ACTIONS DANS UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE

---

### ➤ Un système complexe dans un contexte démographique difficile

De nombreuses études mettent en évidence les inégalités de santé en matière de mortalité prématurée.

Les évolutions démographiques (vieillesse et migrations naturelles) induisent des besoins particuliers. Les territoires ruraux connaissent plutôt une diminution et un vieillissement de leur population alors que les villes moyennes connaissent un accroissement de leur population avec de jeunes ménages mais sont confrontées à des difficultés économiques.

Les perspectives de la démographie des professionnels de santé sont très inégales et leur densité sur le territoire est directement corrélée avec celui du remplacement ou non des départs à la retraite. La région Centre, dans ce domaine, connaît une situation très préoccupante pour les quinze prochaines années.

Jusqu'à présent le fonctionnement de nos institutions, basé essentiellement sur l'offre de soins à la population, n'intégrait pas l'évaluation des besoins en matière de santé publique. La multitude d'acteurs et de dispositifs d'intervention présente une très grande complexité et entraîne une perte de visibilité des rôles et de l'impact des actions menées. La spécialisation des champs d'intervention et des procédures accroît le cloisonnement des acteurs et des institutions.

L'enjeu majeur réside dans la mise en cohérence des orientations régionales de santé publique avec les besoins de la population à un niveau territorial adapté.

Il s'avère nécessaire de mieux connaître ces besoins, d'en mesurer l'ampleur, de mieux connaître les acteurs locaux et leur organisation et de veiller à une meilleure efficacité de la couverture de l'ensemble de la population régionale (nombre de professionnels et répartition adaptée).

### ➤ Mieux se connaître et faire connaître pour une meilleure appropriation

Dans le cadre des travaux préparatoires du plan régional de santé publique, une réflexion a permis de préconiser une méthode d'approche de la santé pour mettre à disposition des acteurs des territoires des outils leur permettant d'affiner le diagnostic et leur facilitant l'appréhension des problématiques de santé dans leur démarche de développement.

Il s'agit dans un premier temps de porter à la connaissance et de donner de la lisibilité aux acteurs et aux porteurs de projets des territoires de proximité sur l'organisation générale et le fonctionnement des multiples intervenants de la santé agissant sur les niveaux territoriaux existants.

Des informations, sous forme de données ou d'indicateurs (tableaux de bord), seront mises à la disposition des territoires, leur permettant ainsi de caractériser les problèmes qu'ils rencontrent au regard des orientations de santé publique et d'être en mesure de développer des projets et des actions en cohérence avec les besoins recensés et les priorités retenues.

Afin d'aider et de conseiller à la mise en œuvre de ce type de projet de développement, le futur groupement régional de santé publique (GRSP) pourrait préconiser la mise en place de "référents territoriaux" qui interviendraient en soutien auprès des acteurs de terrain.

La territorialisation des actions passe prioritairement dans la région Centre par les Collectivités, notamment les six Conseils généraux, pour la mise en œuvre d'actions relevant de leurs compétences. Les agglomérations et les villes seront également des vecteurs essentiels dans la mise en œuvre d'actions de proximité, notamment au sein des programmes santé - ville dans le cadre de la politique de la ville.

Dans ce domaine, il s'agit de faire preuve de souplesse et d'adaptabilité et de relayer les sollicitations éventuelles pouvant provenir notamment d'intervention des pays lorsqu'ils ont clairement inscrit des actions de santé publique dans leur programme.

## 7 ALERTE ET GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Conformément à l'article L. 3110-6 du code de la santé publique, le plan régional de santé publique doit comporter un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

### Contexte national

Les situations d'urgence sanitaire touchant une population peuvent être d'origine infectieuse, environnementale, sociale, ou être dues à une catastrophe naturelle. Détecter précocement les phénomènes potentiellement épidémiques permet de mettre en place les mesures de contrôle adaptées pour gérer ces situations d'urgence sanitaire. Par exemple, les déplacements de populations, tant au niveau national qu'au niveau international, favorisent la propagation rapide de germes pathogènes présentant des risques pour la santé publique et nécessitent la mise en place de mesures de gestion très rapide.

La détection des situations d'urgence sanitaire repose sur le suivi très réactif d'indicateurs, spécifiques (indicateurs « canicule », intoxications au monoxyde de carbone, indicateurs de qualité de l'eau, déclaration obligatoire des maladies...) ou non spécifiques (activité hospitalière ou nombre de décès). Elle repose également sur les déclarations spontanées d'événements inhabituels ou inattendus (pathologies, pollutions environnementales...), constatés par les professionnels de santé, les institutions ou la population.

Un système d'alerte repose donc sur un recueil continu de signaux de toutes natures mais aussi sur les signalements spontanés d'événements inhabituels ou inattendus. L'automatisation de la transmission de données permettra de recueillir et de suivre en continu certains signaux sanitaires, par exemple l'activité des services des urgences hospitalières.

Cependant, si certaines menaces sont clairement identifiées, d'autres, notamment celles d'origine environnementale, sont plus délicates à anticiper, du fait de leur caractère accidentel et de l'extension géographique souvent limitée de ces événements condensés dans le temps.

Le système d'alerte mis en place doit donc permettre de :

- vérifier et analyser en permanence les informations fournies ;
- mettre en place des mesures de contrôle immédiates au niveau local ;
- confirmer ou infirmer la menace pour la santé publique, et le cas échéant, mettre en place des investigations épidémiologiques ;
- transmettre l'alerte au niveau national voire international, en tant que de besoin.

La loi de santé publique du 9 août 2004 a conforté le rôle de l'InVS dans ses missions de surveillance de l'état de santé des populations et d'alerte. Ce texte précise que les menaces imminentes pour la santé de la population ou les situations laissant présumer une menace sanitaire grave doivent être portées à la connaissance du préfet, lequel est tenu d'informer sans délai l'InVS.

Ainsi, la situation d'urgence sanitaire potentielle, précocement détectée et transmise, peut être contrôlée et gérée plus facilement et rapidement.

Pour faire face à ces situations à risque, le ministère en charge de la santé, en lien avec les autres ministères concernés et l'institut de veille sanitaire, a élaboré des plans de réponses aux différentes menaces, par exemple le plan Biotox et le plan de lutte contre une « pandémie grippale ».

### Contexte régional

La cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), relais régional de l'InVS, exerce des missions de veille, de surveillance et d'alerte. Ces missions la conduisent à rédiger le volet alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire des plans régionaux de santé publique en lien avec les DDASS.

Actuellement, il n'existe pas systématiquement de procédure standardisée d'alerte sanitaire et les acteurs susceptibles de recueillir un signal d'alerte (administrations de l'Etat et des collectivités locales, professions médicales, organes de presse...) n'identifient pas toujours clairement les services les plus à même de traiter ce signal.

Dans le cadre de l'amélioration du système d'alerte, trois inventaires ont été réalisés en région Centre par la Cire Centre-Ouest, la

cellule interdépartementale Biotox et les DDASS :

- l'inventaire des données dans les domaines sanitaire et environnemental ;
- l'inventaire des ressources et expertises disponibles dans la région ;
- l'inventaire des plans de gestion des alertes incluant la lutte contre le terrorisme Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (NRBC).

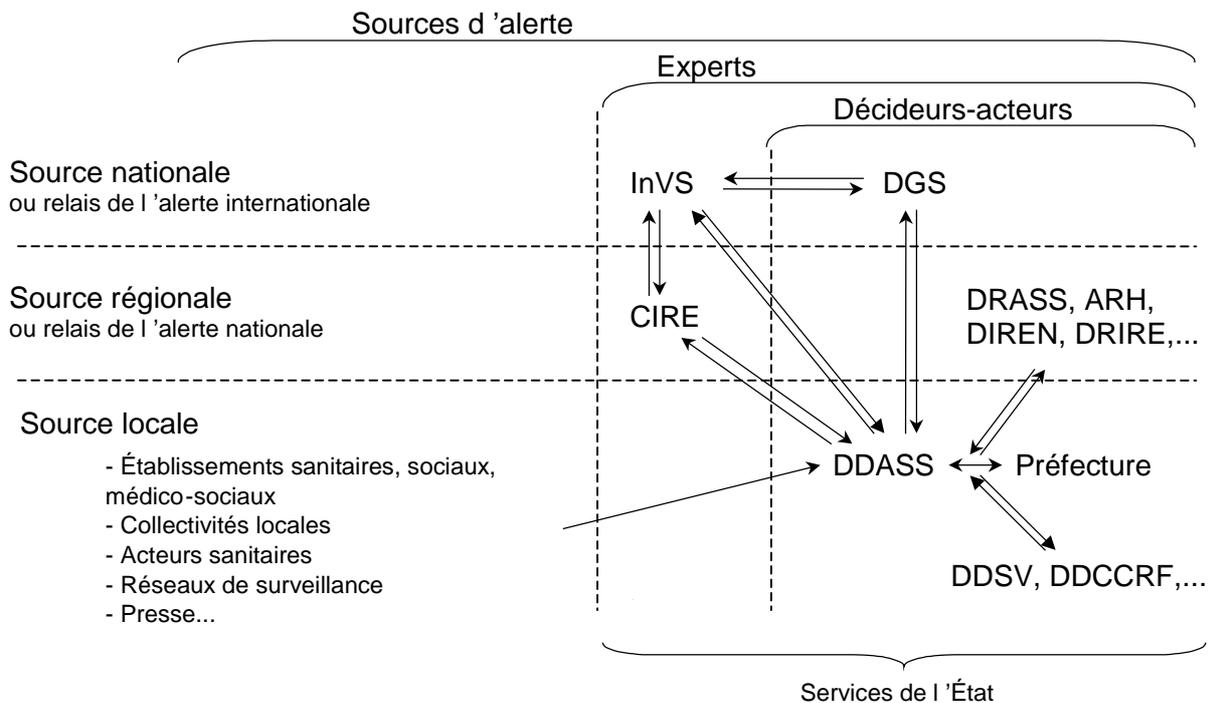
La rédaction de procédures organisant l'alerte sanitaire est en cours. Elle s'appuie sur le

document de cadrage de l'InVS «organisation de la veille sanitaire en France» datant de mai 2005.

Ces procédures doivent permettre de préciser le niveau auquel est transmise l'information recueillie, selon la nature et l'ampleur de la menace pour la santé publique, ainsi que d'analyser les capacités de réponse des différents niveaux et intervenants.

Le schéma suivant résume la place des principaux intervenants.

**Liens entre les partenaires de l'alerte sanitaire, de l'expertise, de la décision et de la gestion des situations d'urgence sanitaire.**



Enfin, pour faciliter le suivi et la transmission des signalements, la CIRE Centre-Ouest prépare une fiche d'alerte standardisée.

## 8 DEVELOPPER LES INTERFACES AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS

### ➤ Lien avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)

#### • Contexte national

Les travaux d'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération (SROS III) s'inscrivent dans la double perspective de l'ordonnance du 4 septembre 2003 d'une part, qui rappelle la nécessité d'une approche «large» de la santé, allant de la prévention aux soins palliatifs et de la loi de santé publique du 9 août 2004 d'autre part, qui initie cinq plans stratégiques nationaux sur lesquels doivent s'appuyer les priorités d'actions régionales.

Le code de la santé publique quant à lui, rappelle dans l'article L. 6111-1 la mission de prévention des établissements de santé : «Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.»

#### • Contexte régional

Les travaux en cours du SROS III, placés sous la responsabilité du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, s'inscrivent dans les finalités définies par le plan régional de santé publique à travers les recommandations faites dans le cadre des différents volets du SROS.

**La réduction de la mortalité prématurée liée aux cancers** du poumon passe par les actions de prévention du tabagisme, en particulier par le renforcement des consultations d'aide à l'arrêt du tabac, celle du cancer du sein par l'amélioration de la participation des femmes au dépistage organisé (**volet cancérologie**).

Pour les **accidents de la circulation**, la réduction de la mortalité et de la morbidité passe par une prise en charge adaptée et un transfert rapide des victimes (volet urgences). Enfin, la mortalité prématurée liée au **suicide** pourrait être diminuée par une prise en charge

et un suivi plus «structuré» des tentatives de suicide, relevant des volets **urgences** et **psychiatrie**.

L'amélioration de la qualité de vie des patients porteurs de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme et les maladies cardiovasculaires passe par la promotion de l'éducation thérapeutique.

La diminution de l'incidence des maladies chroniques en tant que complication de maladies comme le diabète (rétinopathie, artériopathie des membres inférieurs, insuffisance rénale chronique, angine de poitrine...), l'asthme (insuffisance respiratoire chronique), l'hypertension artérielle (accident cardio vasculaire cérébral, insuffisance coronaire,...) nécessite un dépistage de ces maladies et une prise en charge rapide pour certaines d'entre elles.

Le dépistage du diabète, le repérage de l'obésité associés à une prise en charge précoce favorisent la diminution de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique (volet insuffisance rénale chronique).

L'identification des obstacles à la réinsertion sociale et professionnelle débute lors de l'hospitalisation. Elle passe par la préparation du retour à domicile, en lien notamment avec les services sociaux des établissements de santé ; **la prise en charge du handicap** s'inscrit dans les **volets Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), périnatalité, enfants et adolescents**.

Enfin, promouvoir une attitude favorable à la santé constitue une mission de tous les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice. Elle permet, par des messages ciblés selon les patients, leur âge, leur mode de vie et leur état de santé, d'améliorer les connaissances sur les facteurs de risque et de développer les comportements individuels et collectifs favorables à la santé.

Les établissements de santé de la région, par leur place prépondérante dans le système de santé, peuvent offrir aux patients durant leur temps d'hospitalisation cette approche globale de la santé, allant de la prévention à l'accompagnement des mourants.

## ➤ Lien avec le Programme régional pour l'intégration des populations immigrées (PRIPI)

### • Contexte national

L'intégration et la lutte contre les discriminations constitue une priorité de l'action gouvernementale. Celle-ci s'est traduite par l'installation en 2003 du Comité interministériel à l'intégration qui a arrêté 55 mesures regroupées autour de trois orientations :

- construire des parcours d'intégration pour les nouveaux arrivants ;
- encourager la promotion sociale et professionnelle ;
- agir contre les intolérances pour l'égalité des droits et notamment contre les discriminations, avec une attention particulière en faveur des femmes.

Parallèlement a été mis en place la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) dotée d'importants pouvoirs pré-contentieux.

L'analyse des concepts d'intégration, d'accès aux droits, d'égalité des chances et de discriminations met en lumière le besoin impératif de renforcer le partenariat institutionnel, au-delà des dispositifs spécifiques pré-existants, en incluant les collectivités territoriales et en associant la société civile, pour lever les freins à l'intégration des populations immigrées.

### • Contexte régional

La présence de la population immigrée en région Centre est relativement limitée, avec 121 200 immigrés au dernier recensement (5 % de la population contre 7,4 % au plan national) ; la région Centre est la 10<sup>e</sup> région d'accueil.

La répartition des immigrés est inégale en région, plus importante sur l'axe ligérien et dans les franges franciliennes.

La région Centre est identifiée comme prioritaire pour la lutte contre le VIH Sida chez les populations immigrées. Dans cette population, l'épidémie de VIH Sida se caractérise par une contamination majoritairement hétérosexuelle et concerne surtout les femmes de moins de 30 ans.

Le programme régional pour l'intégration des populations immigrées (PRIPI) constitue le cadre de référence pour l'action déconcentrée de l'Etat, ainsi que le pilotage des financements consacrés à l'accueil et à l'intégration, notamment via le Fonds d'Aide et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD).

Le Plan Départemental d'Accueil (PDA) constitue le cadre d'action pour la mise en œuvre du service public de l'accueil des nouveaux migrants, ainsi que la coordination des acteurs susceptibles de contribuer à la poursuite de la prise en charge sociale et à la mise en œuvre éventuelle de prestations complémentaires.

Les actions des six PDA en région Centre constituent une première phase au parcours d'intégration de l'arrivant en favorisant l'accès aux services de droit commun.

Les thèmes prioritaires du PRIPI concernent notamment :

- l'égal accès aux droits et la lutte contre les discriminations ;
- l'accès à la prévention et à l'éducation à la santé ;
- le logement et les foyers de travailleurs migrants ;
- les loisirs, le sport et la culture.

Ainsi, plusieurs des objectifs du PRIPI s'inscrivent dans les orientations définies par le plan régional de santé publique.

Dans le cadre du PRSP, les actions préconisées dans le volet santé du PRIPI concernent l'information, la prévention et la promotion de la santé en prenant appui sur le partenariat des professionnels de santé et de l'éducation à la santé et en y associant les ressources propres de la population vernaculaire et immigrée.

Il s'agit :

- d'identifier les relais de santé appropriés, les faire connaître et les encourager à développer la coordination entre la population migrante et les fournisseurs de prestations ;
- de prendre appui sur les plates-formes et ateliers santé des villes et des quartiers (thématiques nutrition : équilibre alimentaire et contraintes imposées par une pathologie spécifique (diabète, VIH Sida...)) ;

- de promouvoir un habitat décent (contre l'insalubrité et le saturnisme).

En matière de soins, le PRIPI préconise :

- de garantir la prise en charge des malades (situation régulière ou pas) ;
- de garantir l'accès à la couverture maladie universelle ;
- de s'appuyer sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées dans les établissements publics de santé et sur les centres de soins pour personnes vulnérables ;
- d'intégrer la prévention et la prise en charge de la tuberculose, du VIH Sida, des IST, hépatites.

Enfin, il est proposé de favoriser l'accompagnement des personnes par un "référént en droit et soins" permettant l'accompagnement psychologique des immigrés et des demandeurs d'asile victimes de traumatismes et de violences.

### ➤ **Lien avec le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS)**

#### • **Contexte national**

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique stipule, en son article 2, que «l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées, constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées».

L'article 3 précise que le plan régional de santé publique «comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuelles dans la région, et notamment un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies».

Par ailleurs, le programme annuel de performance (PAP) «Santé Publique et Prévention» du projet de Loi de Finances pour 2006 poursuit parmi ses finalités générales, la réduction des inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention. Il prévoit au niveau de l'action de pilotage de la politique de santé publique, une sous-action regroupant

les actions transverses aux déterminants et aux pathologies comprenant les actions relatives aux inégalités de santé (PRAPS).

#### • **Contexte régional**

En région Centre, le choix du Comité de pilotage du PRSP n'a pas été de privilégier l'approche populationnelle des publics précaires en tant que telle, ni d'identifier une priorité «précarité», mais d'inclure la situation de ces publics à l'intérieur de chaque thématique retenue.

Les priorités ont donc été choisies en fonction des déterminants et des pathologies en mettant l'accent, pour chaque thème, sur les difficultés propres des publics vulnérables.

En conséquence, l'identification des actions de santé-précarité peut se faire au travers de l'étude des fiches actions thématiques et plus particulièrement leur rubrique «publics bénéficiaires».

Il est rappelé que les travaux de préparation du PRAPS II, en 2004, suite à l'évaluation du PRAPS I et antérieurs aux travaux du PRSP, avaient défini les publics précaires ou en situation de vulnérabilité devant faire l'objet d'une attention particulière :

- personnes aux revenus inférieurs aux minima sociaux ;
- personnes bénéficiaires des minima sociaux ;
- personnes justes au-dessus de seuils d'aide [revenus excédant de moins de 10% le plafond de la couverture maladie universelle (CMU)] ;
- jeunes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle ;
- femmes victimes de violences ;
- familles monoparentales et isolées ;
- migrants ;
- personnes sans domicile fixe ;
- personnes sortant de prisons ;
- publics des structures de l'insertion par l'activité économique.

Les fiches actions du PRSP intègrent des volets «santé-précarité» :

- la nutrition ;
- le suicide ;
- le dépistage des cancers ;
- la santé au travail ;
- la santé environnementale.

Trois thématiques concernent plus particulièrement les détenus et le milieu carcéral : les addictions, la nutrition et le suicide.

- **Thématique «Nutrition»**

La fiche action «Nutrition et précarité» prévoit des actions de sensibilisation et de formation afin de promouvoir une meilleure alimentation des personnes en situation de précarité.

Il s'agit de :

- former à la nutrition, à une meilleure alimentation avec un budget adapté, les acteurs des associations d'aide aux personnes en situation de précarité (les bénévoles et les salariés) ainsi que les intervenants en milieu carcéral ;
- sensibiliser ces mêmes acteurs à la promotion de l'activité physique ;
- promouvoir les actions menées avec la participation active des personnes aidées (jardins du cœur, ateliers cuisine, etc...).

La fiche action relative à la prévention et la prise en charge de l'obésité prend en compte les publics spécifiques.

Enfin, la fiche «Prévenir et prendre en charge la dénutrition chez les personnes âgées» est susceptible de concerner un public en situation de précarité.

- **Thématique «Addictions»**

Une fiche action concernant les détenus préconise la sensibilisation en milieu carcéral par la formation afin de réduire la consommation des substances psycho-actives et les dommages liés à cette consommation en milieu carcéral.

- **Thématique «Suicide»**

Certaines fiches actions comportent un volet destiné aux personnes précaires ainsi qu'aux détenus. Ainsi la fiche «Soutenir les personnes

confrontées à la crise» propose la prévention et le dépistage accrus des risques suicidaires en incluant les personnes en difficulté sociale.

La fiche «Améliorer le repérage et la prise en charge de la dépression» vise à développer le soutien aux professionnels de santé et aux associations afin de dépister, diagnostiquer et prendre en charge la dépression.

Le thème de la souffrance psychique a été largement développé dans le PRAPS I.

La fiche «Améliorer la prise en charge des tentatives de suicide» favorise la diffusion des protocoles standardisés en matière de repérage, de prise en charge adaptée aux différentes situations dont celles des populations vulnérables, par exemple, en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou en foyer d'accueil, d'orientation et de suivi de qualité.

Enfin, une fiche est consacrée à la prise en charge de la souffrance psychique et des tentatives de suicide chez les détenus.

- **Thématique «Dépistage des cancers»**

Les difficultés d'accès au dépistage des femmes en situation de précarité ou d'éloignement, que ce soit en milieu rural ou urbain, sont prises en compte dans une fiche action intitulée «Sensibiliser les publics en situation de précarité au dépistage des cancers». Il convient de cibler la communication auprès de ces femmes et d'instaurer un partenariat fort avec les associations de proximité, les femmes-relais santé pour un accompagnement adapté.

- **Thématique «Environnement»**

La fiche action «Améliorer la prévention du saturnisme infantile» peut s'étendre au public précaire.

## 9 RENFORCER LA COHERENCE ET PROFESSIONNALISER LA MISE EN ŒUVRE DU PRSP

### ➤ Développer l'observation et l'évaluation

L'ensemble des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs du plan régional de santé publique (PRSP) pourrait s'appuyer sur des travaux d'études et d'observation en région Centre, permettant de réaliser un état des lieux de la santé de la population cible dans les thématiques et les territoires définis comme prioritaires.

A ce stade l'état des lieux concernerait plus particulièrement :

#### - les conduites addictives

Un état des lieux régional de la consommation de tabac, alcool, drogue devra prendre en compte les populations spécifiques, notamment les jeunes dont on devra déterminer l'âge de la première consommation et les personnes vivant en milieu carcéral.

Il faudra également connaître l'impact des conduites addictives dans le milieu du travail.

#### - la nutrition et l'activité physique

Afin de mettre en place des actions ciblées en matière de nutrition, il paraît opportun de connaître **la prévalence de l'obésité en région Centre**. Cet état des lieux devra permettre de cibler les publics les plus particulièrement visés (les jeunes en milieu scolaire mais également les familles) et les territoires sur lesquels ces actions devront porter.

Des études portant sur l'état de santé des élèves castelroussins faites par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) abordent cette question sur une zone géographique déterminée et pourraient être étendues à d'autres territoires.

De même, afin de favoriser la mise en place d'actions vis à vis des personnes âgées, une meilleure connaissance de **la prévalence et des causes de dénutrition des personnes de plus de 70 ans** est indispensable. Même si les actions à mettre en place sont différentes, ce recueil d'information concerne aussi bien les personnes vivant en institution que les personnes vivant à domicile.

Enfin, l'activité physique étant un élément important influant sur l'état de santé, une meilleure connaissance des pratiques sportives dans la région paraît indispensable.

#### - la santé au travail

Il convient d'accroître la connaissance des **phénomènes de violence dans le milieu du travail** afin de favoriser une meilleure prise en charge dans le cadre de la santé au travail.

#### - le suicide

L'indice comparatif de mortalité des empoisonnements et des traumatismes qui regroupe les accidents de la circulation et les suicides est particulièrement élevé.

Une meilleure **connaissance épidémiologique des tentatives de suicide** permettrait de mettre en œuvre des actions ciblées sur des publics fragilisés.

Enfin, le suivi et l'évaluation des actions seront réalisés au travers de la mise en place d'indicateurs.

L'observation de la santé en région Centre doit permettre de connaître les actions mises en place, de les suivre et de participer à leur évaluation afin d'en mesurer leurs effets. Ceci permettra d'évaluer la pertinence des dispositifs mis en œuvre.

Concernant chaque action mise en place, un ensemble d'indicateurs, dont le nombre doit cependant être limité, devra être construit.

Ces éléments constituent les premiers axes du programme d'études et de statistiques du PRSP.

### ➤ Promouvoir l'éducation pour la santé

Les actions de prévention mises en œuvre pour atteindre les objectifs du plan régional de santé publique (PRSP) sont souvent des actions d'éducation pour la santé s'inscrivant dans la démarche régionale initiée en 2002 dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS).

Le plan national d'éducation pour la santé présenté en février 2001 en Conseil des

ministres affirme que "pour promouvoir la santé de la population, il est aujourd'hui indispensable de rendre accessible à tous, au même titre que les soins, une éducation pour la santé de qualité".

L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquiert, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Partant du constat que de nombreux acteurs effectuaient des actions d'éducation pour la santé sur le territoire, le plan national a proposé d'élaborer des Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS).

En région Centre, le SREPS a été élaboré en 2002 pour 5 ans et a défini 3 objectifs prioritaires :

- permettre aux promoteurs de projets d'effectuer des actions de qualité en renforçant l'offre en documentation, en promouvant la formation et en facilitant l'accès au conseil méthodologique ;
- renforcer la complémentarité entre tous les acteurs en éducation pour la santé dans la région en mettant en œuvre des coordinations départementales et en coordonnant les financements ;
- mettre en place un pôle de compétence régional dont la mission sera de venir en appui aux acteurs locaux et départementaux.

Ainsi, depuis 2003, les acteurs intervenants en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique se sont structurés autour d'un projet coordonné dans un premier temps par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), puis, depuis début 2005 par la Mutualité région Centre (MUREC).

La mise en œuvre du schéma se décline ainsi en actions concrètes :

- le travail en réseau des documentalistes des comités d'éducation départementaux pour la santé a pour objectif, grâce à la présence de documentalistes qualifiés au sein de chacun des comités, d'offrir un réel service documentaire, ne se limitant pas à la diffusion de documents, mais proposant un accompagnement dans l'élaboration des projets d'éducation pour la santé. Le

documentaliste joue un rôle intermédiaire et déterminant entre l'information contenue dans les documents et les utilisateurs qui en ont besoin : il aide, conseille et oriente ceux-ci, sélectionne les documents les plus pertinents et initie la démarche du conseil méthodologique ;

- la création du réseau régional des documentalistes permet de créer une véritable synergie fondée sur une gestion efficace de partage des ressources documentaires, pour faciliter la recherche d'information et optimiser l'utilisation des moyens existants et sur l'échange des pratiques pour renforcer les compétences professionnelles ;
- la spécificité de chacun des comités sur un thème en éducation pour la santé permet de capitaliser l'information grâce à une veille documentaire élargie ;
- l'harmonisation des bases de données, selon des règles préalablement adoptées, pourra être partagée au sein du groupe études et observation ;
- les lieux ressources en documentation identifiés au sein de chaque département permettront également à ce groupe d'avoir des relais départementaux dans le domaine de l'éducation pour la santé.

### ➤ **Faciliter l'accès à la formation et au conseil méthodologique**

La réalisation dans les six départements de la région d'une formation en direction des associations d'éducation pour la santé de 5 jours à la méthodologie de projet par un même intervenant a permis de délivrer une méthodologie commune, mise en lien avec les dossiers d'appels à projet adressés par l'Etat et l'assurance maladie.

Cette cohérence entre les acteurs et les financeurs permet pour les premiers de mieux comprendre les attentes des financeurs, de clarifier les modalités de financement complexes des actions d'éducation pour la santé et de favoriser la rencontre des acteurs départementaux.

Un cahier des charges des formations de "personnes relais en éducation pour la santé" a été élaboré en 2005. Ces formations seront proposées en 2006, dans les six départements, venant compléter les dispositifs

mis en place par les formations de 2005 et permettant ainsi dans chaque département de disposer d'acteurs formés pour relayer les actions en proximité.

Enfin, pour la deuxième année consécutive, le Diplôme Universitaire "éducation pour la santé – éducation thérapeutique" permet à une vingtaine de personnes de la région, d'horizons divers, d'acquérir une expertise dans ces domaines et de venir en appui sur des projets dans leur milieu professionnel.

Ce dispositif de formation organisé sur 3 niveaux de qualification différents (personnes-relais, concepteurs de projets et conseillers méthodologiques) constitue un socle sur lequel peuvent s'appuyer l'ensemble des actions en éducation pour la santé définies dans le plan régional de santé publique, quelles qu'en soient les thématiques.

Par ailleurs, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, un cahier des charges et une charte de qualité pour le conseil méthodologique vont être élaborés en 2006. Un appel d'offres pour la réalisation de deux formations régionales sera réalisé au 2<sup>ème</sup> semestre 2006.

Enfin, une mise à jour de l'état des lieux réalisé en 2002, basée sur les critères de qualité définis entre temps dans les domaines de la formation et du conseil méthodologique, permettra d'avoir une lisibilité de l'offre et des besoins sur chaque territoire.

Il est essentiel que ces dispositifs de formation en éducation pour la santé puissent être connus et utilisés par l'ensemble des acteurs de la région et qu'ils soient articulés avec les formations existantes dans les autres domaines de la santé : formations initiales et continues des médecins, des auxiliaires médicaux, des travailleurs sociaux et de certains bénévoles.

Le travail d'état des lieux prévu pour l'éducation pour la santé devra également être étendu sur ces autres champs :

- quelles formations pour quels publics ?
- quelle offre et quels besoins dans les différents champs d'intervention ?
- quels formateurs en région ?
- quels supports existants ?

Une réflexion préalable afin de cibler cet état des lieux compte tenu des orientations du PRSP pourrait être initiée par un groupe de

travail rassemblant les principaux organismes concernés tant pour :

- la formation initiale :
  - . des médecins en lien avec la faculté de médecine ;
  - . des auxiliaires médicaux, en lien notamment avec les instituts de formation en soins infirmiers.
- que la formation continue avec :
  - . l'UNAFORMEC pour les médecins libéraux ;
  - . l'Association Nationale de Formation Hospitalière (ANFH) pour le secteur hospitalier ;
  - . le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) pour les personnels des collectivités territoriales ;
  - . les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), pour le secteur médico social et social avec notamment : Unir les Fonds d'Assurance Formation (UNIFAF), FORMATION Hospitalière médico sociale privée (FORMAHP), ...

### ➤ **Coordonner les acteurs en santé publique**

Dans une architecture complexe et encore peu lisible tant des financeurs que des acteurs de la santé, la coordination au niveau régional et au niveau de chacun des six départements devient une nécessité.

La réalisation des actions se fera au sein d'un suivi infra départemental en tenant compte des territoires de proximité qui auront été définis.

La coordination de ces actions pourra s'appuyer sur la mise en place des groupes départementaux prévus dans le SREPS dont la création est programmée début 2006.

A cette fin, un questionnaire vient d'être adressé à l'ensemble des promoteurs de projets connus par les services déconcentrés de l'Etat et par les services de prévention de l'assurance maladie afin de connaître leurs attentes sur le rôle de cette coordination.

Au niveau régional, un pôle régional de compétence est en cours de constitution. Il rassemblera les promoteurs adhérents à la charte du SREPS et souhaitant participer à la dynamique régionale des actions d'éducation pour la santé.

Une équipe technique composée d'un coordonnateur régional en éducation pour la santé et d'un secrétaire sera recrutée.

Ce pôle aura vocation à :

- être un interlocuteur des instances régionales ;
- être un lieu d'échanges de pratiques et d'expériences entre les structures de la région ;
- participer à la construction d'une culture partagée en éducation pour la santé dans la région.

Sur le plan technique, il devra :

- animer le réseau des formateurs et des conseillers méthodologiques, ainsi que le réseau de documentation ;
- organiser la communication et valoriser les actions effectuées dans la région ;
- venir en appui aux promoteurs dans l'élaboration de leurs projets, notamment l'évaluation.

Directeur de publication	Pierre-Marie DETOUR
Rédaction	DRASS du Centre
ISBN :	N° 2-11-095563-5
Publication	Janvier 2006

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Centre  
25 boulevard Jean Jaurès – 45044 ORLEANS CEDEX 1 – Tél : 02.38.77.47.00 - Fax : 02.38.54.46.03  
[www.centre.sante.gouv.fr](http://www.centre.sante.gouv.fr)