

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne
2012-2016

| Avril 2012 |

| SRP |

SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

- Volet Prévention et Promotion de la Santé 3
- Volet Veille, Alerte, Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN) 78
- Focus Santé Environnement 135

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Avant propos sur le schéma régional de prévention

Le schéma régional de prévention (SRP) est une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions et des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé (PPS) et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN).

Le SRP inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire (article L 1434-5 du code de la santé publique). Il décrit l'organisation à mettre en place pour atteindre les objectifs du plan stratégique régional de santé (PSRS). Il doit être lisible pour tous les acteurs. Il trouvera sa déclinaison opérationnelle dans des programmes (thématiques ou populationnels).

L'élaboration d'un schéma régional est le premier exercice de cette nature dans le domaine de la prévention. Par nature tourné vers l'organisation des institutions, des professionnels et des services, le SRP est un document principalement technique, plus difficilement lisible par les usagers et la population qu'un document présentant des programmes concernant des thèmes de santé publique (obésité, diabète, cancer, santé environnement…) ou des populations (petite enfance, jeunes, personnes en situation de précarité…), du fait de leur déclinaison en plans d'actions concrets.

Dans le cadre de la déclinaison du plan national santé environnement (PNSE), un plan régional (PRSE) a été arrêté par le préfet de la région Champagne-Ardenne le 8 juillet 2011. Elaboré selon une gouvernance qui lui est propre, issue du grenelle de l'environnement, il a vocation à constituer un outil de mise en œuvre du SRP. Pour bien expliciter son articulation avec ce dernier, une partie spécifique lui est consacrée.

Le schéma régional de prévention doit répondre à plusieurs grands enjeux :

- Structurer et organiser la prévention, la veille et la sécurité sanitaires : il s'agit de positionner les bons acteurs aux bons endroits
- Développer des activités et services de qualité : il s'agit d'identifier les leviers pour agir,
- Promouvoir les dynamiques qui fédèrent : la transversalité et le partenariat sont incontournables pour agir efficacement sur les déterminants de santé.
- Mobiliser les acteurs
    - de la santé : le rôle des professionnels de santé est en particulier majeur
    - des autres secteurs : l'articulation du SRP est indispensable avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales pour assurer la cohérence des actions, et ainsi garantir une meilleure efficacité.

Le schéma régional de prévention se subdivise en trois parties :

- un volet prévention promotion de la santé
- un volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires,
- un focus spécifique sur la santé environnementale.

Sa conception a été structurée autour de quatre lignes de force :

- construire une synergie autour des activités de prévention, de veille et de sécurité sanitaire en améliorant la collaboration interinstitutionnelle ;
- mobiliser les professionnels de proximité sur la mise en œuvre d'activités de prévention, de veille et de sécurité sanitaire en favorisant l'intégration de ces activités dans leurs pratiques quotidiennes ;
- améliorer la qualité et l'efficacité des actions de prévention, de veille sanitaire, de sécurité sanitaire et de gestion des urgences sanitaires en soutenant la professionnalisation des acteurs et facilitant la coordination ;
- optimiser le fonctionnement des dispositifs spécialisés de prévention en améliorant leur accessibilité pour les populations les plus éloignées et en sécurisant les financements.



SCHEMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

VOLET PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

SOMMAIRE

Introduction au volet Prévention et Promotion de la Santé 6

1- Le contenu du schéma régional de prévention – volet prévention et promotion de la santé 6

2- La méthodologie d'élaboration du volet PPS du SRP 8

Chapitre 1 : Le diagnostic régional sur la prévention 10

1- L'identification des besoins : l'état de santé en Champagne Ardenne 10
1.1 - Les indicateurs de mortalité 10
1.2 - Les indicateurs de morbidité 11
1.3 - Les déterminants de santé 11
1.4 - Les maladies transmissibles 12
1.5 - La petite enfance 12
1.6 – La sexualité, la contraception, la santé des jeunes 13
1.7 - La situation des aidants 13

2- Le bilan de l'existant : acteurs, services, dispositifs et actions 14
2.1 - La collaboration interinstitutionnelle impulsée par le GRSP, poursuivie par l'ARS 14
2.2 - Les enseignements de l'évaluation du plan régional de santé publique (PRSP) 15
2.3 - Les acteurs et structures intervenant en PPS financés dans les appels à projets GRSP - ARS 16
2.4 - Les territoires prioritaires d'intervention en prévention et promotion de la santé 19
2.5 - Les enseignements de l'évaluation externe de 18 actions financées par le GRSP 20
2.6 - Le pôle régional de compétences en éducation pour la santé/promotion de la santé 20
2.7 - L'éducation pour la santé et la promotion de la santé en milieu scolaire 21
2.8 - La santé au travail 22
2.9 - La santé environnementale 24
2.10 - Les structures spécialisées dans la prévention des addictions 25
2.11 - Les structures et services en direction des personnes âgées, personnes handicapées et aidants 25
2.12 - La lutte contre la tuberculose, le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles, les vaccinations 25
2.13 - Le dépistage organisé des cancers 28
2.14 - Le dépistage néonatal dans les maternités 29
2.15 - La santé maternelle et infantile 30
2.16 - La santé scolaire et la médecine universitaire 32
2.17 - L'éducation thérapeutique du patient 33

Chapitre 2 : La structuration générale de la prévention 36

1- Les constats sur l'organisation de la prévention 36

2- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS 37

3- Les objectifs spécifiques et opérationnels sur la prévention 38

4- Les indicateurs de suivi en matière de structuration 43

Chapitre 3 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé 44

1- Le cadre général de la promotion de la santé et l'éducation pour la santé 44

2- Les constats en promotion de la santé et l'éducation pour la santé 45

3- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS 46

4- Les objectifs opérationnels en PS/EPS 47

5- Les indicateurs de suivi en PS/EPS 52

Chapitre 4 : La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques 53

1- Le cadre général de la prévention sélective 53

2- Les constats sur la prévention sélective 55

3- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS 56
4- Les objectifs opérationnels pour la prévention sélective 57
5 - Les indicateurs de suivi en prévention sélective 62
Chapitre 5 : La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) 63
1- Le cadre général de l'ETP 63
1.1 - La définition de l'éducation thérapeutique du patient 63
1.2 - Le cadrage législatif et réglementaire de l'ETP 64
1.3 - L'autorisation des programmes d'ETP au niveau national 65
2- Les constats sur l'ETP 65
3- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS 66
4- Les objectifs opérationnels en ETP 66
5- Les indicateurs de suivi en ETP 68
Chapitre 6 : Les éléments de transversalité du schéma 69
1- Liens SRP – PPS et SROMS – Personnes Agées 69
2- Liens SRP – PPS et SROMS – Addictologie 69
3- Liens SRP – PPS et SROMS – Personnes Handicapées 69
4- Liens SRP – PPS et SROS – Ambulatoire 69
5- Liens SRP – PPS et SROS – hospitalier 70
6- Liens SRP – PPS et PRAPS 70
7- Liens SRP – PPS et PRSE 2 70
8- Liens SRP – PPS et VAGUSAN 70
Annexes 71

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Introduction au volet Prévention et Promotion de la Santé

1- Le contenu du schéma régional de prévention – volet prévention et promotion de la santé

Du point de vue réglementaire (Art. R.1434-3 du code de la santé publique), le schéma régional de prévention – volet prévention et promotion de la santé (SRP-PPS) comprend :

- la promotion de la santé : activités à portée sociale, économique et politique, visant à agir sur les déterminants de santé (axe 2 du schéma)
- l'éducation pour la santé : activités visant l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes. (axe 2 du schéma)
- la prévention sélective de certaines maladies ou risques : activités destinées à des sous groupes de personnes, en fonction de leurs risques (vaccinations, dépistage…). (axe 3 du schéma)
- la prévention au bénéfice des patients : activités visant à limiter les complications, rechutes, séquelles (éducation thérapeutique du patient). (axe 4 du schéma)

Le SRP – PPS établit une cohérence entre les priorités et enjeux transversaux du plan stratégique régional de santé (PSRS) et les activités de prévention à mettre en œuvre sur la durée du projet régional de santé (PRS).

L'élaboration du schéma est fondée sur un diagnostic régional sur la prévention, établi en confrontant les besoins de santé et le bilan de l'existant en matière d'activités de prévention dans la région. L'identification des besoins s'est très largement appuyée sur les données recueillies pour le diagnostic partagé du PSRS : indicateurs régionaux de santé, travaux des 5 groupes thématiques, apports des forums départementaux. Des éléments complémentaires ont été apportés lors des auditions ; celles-ci ont également permis d'enrichir le bilan de l'existant, prioritairement constitué à partir des informations disponibles sur les activités de prévention (voir infra : méthodologie d'élaboration du SRP-PPS).
Le diagnostic régional sur la prévention est présenté dans le chapitre 1 du schéma.

Inscrites dans la continuité du PSRS, les orientations du SRP – PPS prennent appui sur les constats issus de ce diagnostic. Elles sont déclinées selon 4 axes :

Axe 1 : la structuration générale des activités de prévention ;
Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé ;
Axe 3 : la prévention sélective de certaines maladies ou risques ;
Axe 4 : la prévention au bénéfice des patients.

Au-delà de son aspect organisationnel, le SRP-PPS a vocation à être décliné en programmes précisant les objectifs visés et les actions à mener pour les atteindre.

Cependant, la déclinaison opérationnelle du schéma doit s'inscrire dans une dimension temporelle car il n'est pas possible d'engager tous les chantiers en même temps et il est nécessaire de procéder par étapes.
Lors de la réunion du 18 mai 2011 de la commission spécialisée prévention de la Commission régionale de la santé et l'autonomie (CRSA), le débat a fait émerger un certain nombre de critères pouvant permettre d'échelonner les actions dans le temps et de déterminer celles à engager en priorité, à savoir :

- Les actions dont on peut attendre des gains de santé importants ;
- Les actions prenant en compte les déterminants de santé, c'est-à-dire les facteurs qui ont un impact sur l'état de santé de la population ;
- Les interventions pour lesquelles il est possible de mesurer des effets et de montrer assez rapidement des résultats ;

- Les interventions précoces, permettant de détecter très tôt les problèmes pour mettre en place une prise en charge adaptée ;
- Les interventions sur des terrains où existent des dynamiques à consolider, des acteurs locaux volontaires pour travailler sur les enjeux prioritaires de leur territoire.

L'approche populationnelle est l'approche à privilégier pour la déclinaison en programmes car :

- c'est une approche porteuse de sens par rapport au parcours de vie d'un individu, qui permet d'établir des liens avec ses différents milieux de vie (santé en milieu scolaire ou en accueil périscolaire pour les enfants, santé au travail pour les adultes…),
- elle rend plus lisible les préconisations des schémas pour les acteurs intervenants dans les différents secteurs de la santé,
- elle permet de situer les orientations des schémas dans un continuum entre prévention, soins et prise en charge médico sociale,
- elle fait directement le lien avec les volets populationnels du schéma régional d'organisation médico-sociale (personnes âgées, personnes handicapées) et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes (personnes vulnérables, personnes en situation de précarité ciblées comme prioritaires pour bénéficier des actions dans tous les domaines),
- elle permet d'intégrer secondairement les approches thématiques, en déclinaison des programmes et plans nationaux.

L'approche populationnelle peut être déclinée selon 4 périodes de la vie correspondant à des problématiques ou des milieux de vie spécifiques :

- Périnatalité et petite enfance : période prénatale (mère et enfant), naissance à 6 ans
  - Aide à la parentalité, risques sociaux et/ou médicaux au cours de la grossesse, dépistage des maladies héréditaires, troubles spécifiques du développement et des apprentissages, troubles précoces des conduites et des comportements, surpoids/obésité, santé bucco dentaire.

- Enfants et jeunes : 6 ans à 25 ans (enfants, adolescents, étudiants, jeunes adultes)
  - Conduites à risque, addictions, sexualité, VIH et infections sexuellement transmissibles (IST), grossesses précoces ou non désirées, contraception

- Age moyen de la vie
  - Maladies chroniques : diabète, maladies cardiovasculaires, neurologiques, rénales, facteurs de risque vasculaires, cancers, conduites addictives, sexualité, VIH et IST.

- Personnes âgées
  - Bien vieillir : chutes, alimentation / dénutrition, santé bucco dentaire, fragilité des personnes âgées, vulnérabilité des aidants, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Les thèmes suivants concernent tous les âges :

  - Nutrition / Activité physique et sportive, sport santé, sédentarité ;
  - Développement des compétences psycho sociales ;
  - Santé mentale, souffrance psychique ;
  - Maladies et handicaps rares ;
  - Précarité / vulnérabilité, notamment le soutien aux aidants.

Dans leurs conclusions, tous les groupes de travail mis en place pour élaborer le PSRS ont relevé la nécessité de prendre en compte les déterminants sociaux, qui jouent un rôle majeur sur l'état de santé des individus. Ces questions, bien documentées dans la littérature sur les inégalités sociales de santé, sont abordées de manière transversale dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Elles ne font pas l'objet d'un développement spécifique dans la rédaction du schéma régional de prévention.

Pour autant, au moment de la mise en œuvre du volet PPS du SRP, l'attention sera portée sur le développement d'actions spécifiquement tournées vers les personnes en situation de

précarité/vulnérabilité de même que seront privilégiées les actions susceptibles d'entrainer une réduction des inégalités de santé.

Les liens entre le volet PPS du SRP et les autres schémas ou programmes sont regroupés à la fin du schéma, dans un chapitre spécifiquement dédié aux aspects transversaux (voir chapitre 6).Les liens sont présentés par schéma et programme.

2- La méthodologie d'élaboration du volet PPS du SRP

Le pilotage de l'élaboration du schéma a été assuré par le service Prévention et Promotion de la santé de l'ARS (Dr Annie-Claude MARCHAND) en binôme avec la délégation territoriale des Ardennes (Brigitte PARISEL). Une équipe interne à l'ARS a accompagné le projet : elle était constituée de l'équipe du service prévention et promotion de la santé et de chargés d'action territoriale dans les 4 délégations territoriales.

Les travaux ont débuté par une étape exploratoire, appuyée sur des entretiens préliminaires auprès des animateurs des groupes techniques régionaux mis en place par le Groupement régional de santé publique (GRSP) pour animer les thématiques du Plan régional de santé publique (PRSP). L'objectif était de recueillir des informations sur la conduite de la politique et les actions réalisées sur les thèmes prioritaires du PRSP : cancer, souffrances psychiques, nutrition et activités physiques et sportives, bien vieillir, sexualité, plan santé scolaire, santé environnement, éducation du patient, addictions, éducation pour la santé (schéma régional d'éducation pour la santé - SREPS).

La priorité a d'abord été donnée à la mobilisation des informations existantes, à savoir les données issues des différents travaux menés :

- Evaluation réalisée en 2009 du plan régional de santé publique adopté en 2006.
- Bilan global des actions financées par le GRSP de 2007 à 2010 et analyse approfondie par département des actions financées dans l'appel à projet 2010.
- Synthèse des évaluations des 18 actions financées en 2008 par le GRSP.
- Bilan de la campagne d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Bilan des activités « recentralisées » (cancer, VIH/IST, tuberculose, vaccinations).
- Bilan des activités du pôle de compétences en éducation pour la santé, en lien avec la visite de conformité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui s'est déroulée le 26 mai 2011.

Pour compléter ces informations, 25 auditions et entretiens ont été réalisés au cours des mois de mai et juin avec des acteurs clés au niveau départemental (11 auditions dans les 4 départements) et régional (14 personnes/structures auditionnées). Une place très privilégiée a été faite aux promoteurs financés de manière significative et répétée dans les appels à projets menés par le GRSP puis l'ARS de 2007 à 2010.

Parallèlement deux tables rondes ont été organisées conjointement avec les travaux du schéma régional d'organisation des soins (SROS) sur le thème « sexualité / contraception / IVG » (7 juin) et « périnatalité / petite enfance » (7 juillet).
Enfin des échanges avec les professionnels des unités transversales d'éducation du patient ont eu lieu dans le cadre de leur journée régionale d'échanges le 21 juin.

Plusieurs travaux complémentaires ont été initiés et sont actuellement en cours de réalisation :

- Une étude sur la couverture du dépistage des cancers du sein et colorectal par territoires de premier recours (dépistages organisé et individuel) et les facteurs susceptibles de l'influencer, en partenariat entre l'ARS, l'Observatoire régional de la santé Champagne Ardenne et les structures de gestion du dépistage organisé des cancers des 4 départements ; les résultats seront disponibles mi 2012.
- Une étude sur les pratiques vaccinales des médecins de premier recours par territoires de premier recours ; les résultats seront disponibles début 2012.

- Un bilan des ateliers santé ville de la région Champagne Ardenne dans le cadre d'une thèse de médecine (Stéphane SANCHEZ, interne de santé publique) ; les résultats sont rapportés dans les travaux du PRAPS.

Chapitre 1 : Le diagnostic régional sur la prévention

1- L'identification des besoins : l'état de santé en Champagne Ardenne

Les travaux préparatoires du Plan stratégique régional de santé montrent que les indicateurs globaux de l'état de santé des Champardennais, mesuré par la mortalité et son corollaire l'espérance de vie, sont défavorables, à l'instar de la situation du croissant nord de la France.

1.1 - Les indicateurs de mortalité

L'espérance de vie dans la région est inférieure à la moyenne nationale, de façon plus marquée chez les hommes (76,0 ans vs 77,4 ans en 2007) que chez les femmes (83,5 ans vs 84,4 ans). Les disparités entre départements sont patentes : Haute Marne et Ardennes ayant les indicateurs les plus défavorables.
La situation change peu, l'écart de 7,5 années entre hommes et femmes s'est maintenu au fil des années 2000, alors qu'il s'est réduit au niveau national.

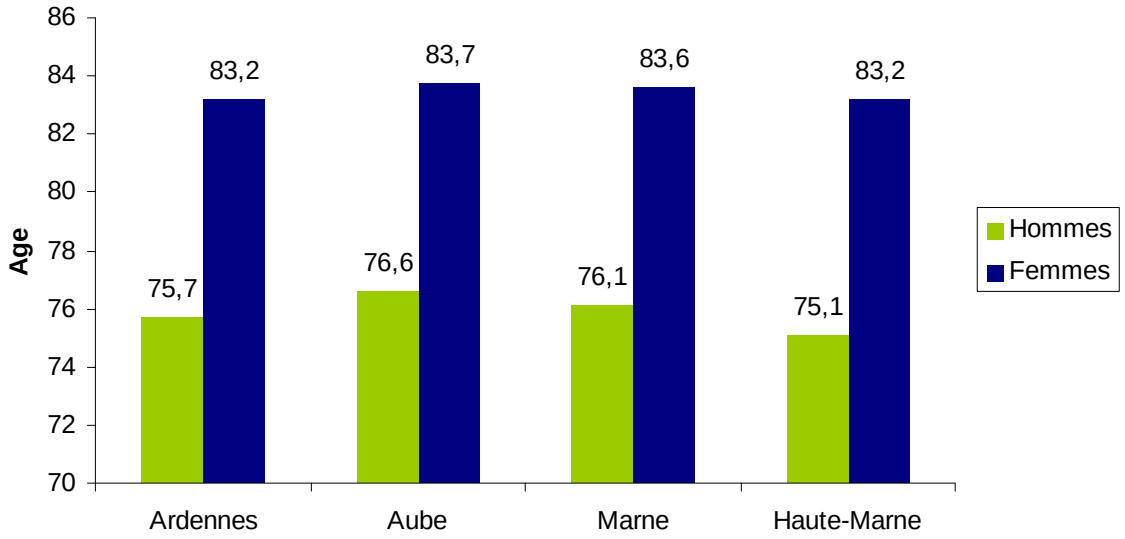


Figure 1 : Espérance de vie à la naissance en Champagne-Ardenne en 2007
(Source : fiches ORS-CA pour diagnostic PSRS 2010)

La mortalité infantile est plus élevée dans la région qu'en France : en 2006-2008, 4,3 décès pour 1000 naissances vivantes (France : 3,6).

La mortalité prématurée[1] est plus forte, notamment sur la partie évitable.
Sur la période 2005-2007, les décès prématurés représentaient 28,8 % des décès chez les hommes et 13,7 % chez les femmes dans la région (contre respectivement 27,3 % et 13,3 % en France).

Les 2/3 de ces décès prématurés sont considérés comme évitables, car liés à des comportements à risque (alcool, tabac, accidents, suicides...) ou susceptibles d'être diminués par une meilleure prise en charge dans le système de soins (cardiopathies ischémiques, cancers du sein…). Ils sont donc très directement sensibles aux démarches de prévention

[1] Décès survenant avant l'âge de 65 ans.

Les priorités retenues lors de l'élaboration du Plan régional de santé publique en 2006 restent d'actualité. Ainsi les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, comme au niveau national, les 2 causes majeures de mortalité et de morbidité dans la région : pour la période 2005-2007, elles représentaient 59,3 % des décès chez les hommes et 55,3 % chez les femmes. L'incidence des cancers dans la région suit la courbe ascendante nationale, mais la croissance est nettement plus forte chez les hommes.

1.2 - Les indicateurs de morbidité

En 2008, du point de vue de la morbidité, trois catégories d'Affections de Longue Durée (ALD) sont surreprésentées dans la région, en cohérence avec les causes de décès et avec une forte prévalence de ces maladies chroniques

- Les pathologies cardiovasculaires
- Le diabète
- Les tumeurs et affections malignes

Les données de morbidité montrent l'importance des facteurs de risques influant sur la mortalité des Champardennais, notamment la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité et les conduites alimentaires.

La région connaît une augmentation constante de la prévalence du diabète en général et de la fréquence du diabète gestationnel en particulier (le service de diabétologie du CHU rapporte 150 cas suivis chaque année).

Selon l'étude ENTRED[2] (2001-2003), la découverte du diabète est trop souvent tardive (10,5% à l'occasion de complications) ou faite de manière fortuite à l'occasion d'analyses sanguines (48,8%). Ces prises en charge tardives peuvent être liées à des inégalités d'accès à la prévention et aux soins, qu'elles soient financières, culturelles ou géographiques, voire au déni ou à des refus de soins.

1.3 - Les déterminants de santé

Les indicateurs décrivant les déterminants de santé sont assez peu favorables dans la région :

- L'obésité et le surpoids augmentent régulièrement dans la population adulte, avec une prévalence supérieure à la moyenne nationale chez les 18 – 34 ans.
  - Le nombre de personnes obèses en Champagne-Ardenne a doublé sur les 13 dernières années.
  - Selon le baromètre santé nutrition 2009, chez les personnes de 18 à 34 ans, on compte 38.2 % d'hommes obèses ou en surpoids (contre 26.8 % France) et 33,4 % de femmes obèses ou en surpoids (contre 21 % France).
  - Pour autant, les hommes en Champagne-Ardenne pratiquent une activité physique plus fréquemment que la moyenne nationale.

- Les facteurs de risque liés à l'alcool et au tabac sont prédominants dans la région et ont une très forte responsabilité dans la surmortalité observée pour les cancers, les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire, les psychoses, l'accidentologie routière.

- Des conduites à risque (sécurité routière, accidents de la vie courante, consommation d'alcool et/ou tabac)
  - *Le tabac*
    - En 2008, 71% des garçons et 70% des filles de 17-18 ans ont expérimenté le tabac, les chiffres nationaux étant de 70,5 % pour les garçons et de 71 pour les filles.
    - 31% des jeunes champardennais sont des fumeurs quotidiens alors qu'en France, les chiffres sont de 29,9 % (pour les garçons) et de 27,9 % (pour les filles).
  - *L'alcool*

[2] L'étude Entred (« Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques »), pilotée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), a pour objectif d'approfondir les connaissances sur l'état de santé des personnes diabétiques en France, leur prise en charge médicale, leur qualité de vie, les besoins en démarche éducative et le coût du diabète

- En 2008, 96% des jeunes de 17-18 ans ont déjà expérimenté l'alcool.
- 18% des garçons en font un usage régulier (13,6% en France métropolitaine).
- 74% des garçons et 58% des filles ont déjà expérimenté l'ivresse (respectivement 65,1% et 54,3% en France métropolitaine).

– En matière d'environnement, la population de la région peut être soumise à des expositions diverses (germes pathogènes, substances toxiques …), tant en milieux fermés (habitat, locaux professionnels, locaux recevant du public), qu'en milieux extérieurs. Le passé industriel de la région et sa vocation agricole affirmée font peser des enjeux forts au niveau de la qualité de l'eau (pesticides), de l'air et des sols (friches industrielles), ainsi que de la veille sanitaire (suivi des maladies type légionellose ou saturnisme).

– Compte tenu de la situation économique peu favorable de la région, les déterminants sociaux y sont très prégnants et leur importance a été de nombreuses fois soulignée à l'occasion des rencontres avec les acteurs (voir PRAPS).

1.4 - Les maladies transmissibles

La couverture vaccinale des personnes de plus de 65 ans contre la grippe saisonnière était de 68,3% en 2004 vs 63,4% en France entière.
La couverture vaccinale des enfants (à 24 mois) est supérieure à la moyenne nationale pour la rougeole, la rubéole et les oreillons (90% vs 86% en France) ainsi que pour le BCG (85% vs 84%).

L'incidence de la tuberculose est inférieure en Champagne Ardenne (5,8 p. 100 000 vs 9,0 – 38 cas déclarés en 2010).

Pour le VIH/SIDA, l'incidence en 2006-2007 est inférieure à la France métropolitaine (estimée à 1,05 p. 100 000 vs 1,45). De même, l'incidence du VIH en Champagne-Ardenne sur la période 2003-2009 est inférieure à la France métropolitaine (estimée à 3,3 p. 100 000 vs 6,0).
Selon les données de surveillance de l'infection par le VIH publiées en novembre 2011 par l'InVS, le nombre de sérologies pour le VIH positives rapporté à la population champardennaise est de 90 par million d'habitants en 2010 (vs 167 par million en France entière). Parallèlement, le nombre de découvertes de séropositivité VIH est de 53 par million d'habitants (vs 97 au niveau national).
Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2010, la proportion d'hommes est de 68% (57% en 2003), l'âge moyen au moment de la découverte est de 37,9 ans. On estime que 57% des personnes ont été contaminées par rapport hétérosexuel (97% des femmes, 38% des hommes), 40% par rapports sexuels entre hommes et 1% par usage de drogues injectables. Un peu plus de la moitié des personnes étaient nées en France (64,8% des hommes, 25,9% des femmes) et un tiers en Afrique subsaharienne (58,7% des femmes)[3].

Le dépistage des personnes atteintes par le virus de l'Hépatite C (VHC) a plus que doublé en 10 ans en France.

1.5 - La petite enfance

L'enquête réalisée en 2005 – 2006 sur les élèves de grande section de maternelle[4] met clairement en évidence une situation peu favorable de la région, tant du point de vue de l'état de santé des enfants que de celui de leurs habitudes de vie.
Comparée à l'étude réalisée en 2000[5], la situation s'est globalement améliorée dans la région mais cette amélioration est moins forte en Champagne Ardenne que celle observée en France entière.

– La surcharge pondérale est en recul (10,7% en 2005 contre 12,3% en 2000), avec la même évolution en région qu'au niveau national (12,1% en 2005 contre 14,5% en 2000).

[3] L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida. InVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2011 ; n°43-44.
[4] Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006 ; T de Saint Pol : InVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2011 ; n°31.
[5] L'état de santé des enfants de 5 – 6 ans dans les régions ; N Guignon, X Niel. DREES, Etudes et Résultats, n°250, juillet 2003

- Pour la santé buccodentaire, la proportion d'enfants ayant 2 dents cariées non soignées a diminué (12 % en 2005 contre 13,1% en 2000) mais cette amélioration est nettement plus faible qu'en France entière (6,7 % en 2005 contre 9,2% en 2000).
- Le port de lunettes s'améliore (12,9% des enfants en 2005 contre 11,4% en 2000), avec la même évolution qu'au niveau national (14,4% en 2005 vs 12,7% en 2000), mais 30,1% des petits champardennais ont au moins un problème de vision (contre 23,9% en France métropolitaine).
- La situation en matière d'obésité est nettement défavorable dans la région : si le taux est identique au taux national chez les garçons (2,8%), l'écart est plus important chez les filles (5,3% contre 3,2% en France entière), la Champagne Ardenne ayant une évolution globale à la hausse (3,9% en 2005 vs 3,5% en 2000) alors que la tendance nationale est à la baisse (3% en 2005 vs 3,9% en 2000)
- Les habitudes de vie sont moins favorables dans la région : consommation plus importante de boissons sucrées, plus faible de fruits, moins de petits déjeuners, moins de jeux en plein air et un temps de présence plus important devant la télévision ou des jeux vidéo.

L'étude au niveau français met en évidence des liens forts avec inégalités sociales (indicateur retenu est la scolarisation en zone d'éducation prioritaire - ZEP) pour la santé buccodentaire, le surpoids, l'obésité et les habitudes de vie défavorables. En région Champagne Ardenne 14,9% des enfants sont scolarisés en ZEP (contre 12,9% en France) traduisant les difficultés de la région.
Les bilans de 6 ans effectués par les services de santé scolaire de la région montrent un accroissement rapide dans 3 domaines :

- Trouble des apprentissages scolaires
- Trouble précoce des conduites et des comportements
- Obésité (rebond d'adiposité)

Les projets d'accueil individualisé (PAI) traduisent cet accroissement, avec un niveau très important sur les allergies à signaler.

1.6 – La sexualité, la contraception, la santé des jeunes

Les grossesses chez des jeunes femmes mineures, au nombre de 417 en 2008, ont conduit à 291 interruptions volontaires de grossesse (IVG) et 126 accouchements.

Le taux global d'IVG est inférieur en Champagne Ardenne à la moyenne nationale : 11,2% contre 13 %, ce qui représente 3 500 IVG par an pour la Région. Mais la part des IVG chez les mineures est plus importante (8,3 % des IVG concernent des mineures) comparativement à la France entière (moyenne nationale : 5,4 %).

Les examens à la demande effectués par les services de santé scolaire correspondent à des troubles de conduite repérés par la famille ou l'équipe pédagogique et recoupent les difficultés motivant le passage à l'infirmerie :

- Difficultés psychologiques (affects dépressifs) et troubles du sommeil
- Difficultés scolaires avec stress-anxiété
- Problèmes douloureux (rachidiens ou abdominaux)
-

Ce constat recoupe l'enquête quadriennale HS-BC menée au niveau européen sur la santé des 11-18 ans qui place la France dans les dernières positions sur le stress, l'anxiété, la perception de l'aide apportée par les enseignants et les pairs, la pression scolaire jugée excessive

1.7 - La situation des aidants

La vulnérabilité des aidants (physiquement et moralement) est pointée par tous les acteurs, de même que les difficultés rencontrées par les aidants familiaux, notamment lors de moments particuliers

comme l'annonce du diagnostic, l'organisation de l'aide lorsque la prise en charge est stabilisée, la gestion des crises, l'hospitalisation de leur proche.

Le rapport sur les aidants du plan national Maladies Chroniques[6], met en exergue l'investissement lourd et de long terme dont font preuve les aidants auprès de leur proche malade. Leur soutien intervient, dans plus de 60% des cas, de façon exclusive de toute aide professionnelle.
Les aidants doivent être aidés dans l'évaluation précise de leur besoin de soutien par des professionnels et dans la prise de connaissance des dispositifs d'aide qui peuvent leur être apportés. Leur engagement a un impact considérable sur leur propre vie familiale et sociale, sur leur insertion professionnelle ainsi que sur leur état de santé. Plus des 2/3 des aidants de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer disent subir fatigue morale, stress, anxiété et fatigue physique.

Les niveaux de mortalité et de morbidité chez les aidants sont très supérieurs à la moyenne de la population française.

2- Le bilan de l'existant : acteurs, services, dispositifs et actions

2.1 - La collaboration interinstitutionnelle impulsée par le GRSP, poursuivie par l'ARS

L'offre de prévention et de promotion de la santé ne se résume pas aux dispositifs financés par l'ARS : d'autres partenaires contribuent de façon significative au financement de projets de prévention et promotion de la santé, ou peuvent concourir dans différents domaines et à différentes échelles territoriales à la mise en œuvre des priorités régionales de santé.

Depuis plusieurs années, l'élaboration des projets, le suivi des actions, leur financement se sont inscrits en Champagne-Ardenne dans une démarche de partenariat tant stratégique que technique, au niveau régional et dans les différents territoires de projets (départements, pays, ville, quartiers). La coopération institutionnelle mise en place par le GRSP se déclinait à différents niveaux : départemental pour les comités territoriaux des appels à projets, régional pour les groupes techniques en charge de l'animation des axes du PRSP ainsi que le comité des programmes du GRSP.

La disparition du GRSP au profit de la création de l'Agence régionale de santé en avril 2010 a fragilisé ces relations institutionnelles. Une fois la transition effectuée, les relations partenariales se sont progressivement remises en place.

- Une convention cadre a été signée avec la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) début 2011 ;
- Le partenariat avec l'Assurance Maladie s'inscrit notamment dans le cadre de la commission régionale de gestion du risque ;
- Une nécessaire interdépendance entre le milieu scolaire et sanitaire, motive un partenariat fort entre ARS et Académie de REIMS. Au-delà du cadre institutionnel, le partenariat avec l'ARS se concrétise dans les appels à projet de prévention, permettant aux promoteurs de projet d'intervenir en milieu scolaire. Le cadre du partenariat est le suivant :
  - Définition en commun des zones géographiques et des populations prioritaires
  - Participation à l'étude d'éligibilité des projets (partenariat ARS-Caisse primaire d'assurance maladie, Education Nationale, DRJSCS)
  - Elaboration d'un cahier des charges de l'intervention
  - Participation à l'évaluation
  - Co-pilotage des projets régionaux et/ou départementaux (les lycéens ont du souffle, Pass-contraception, nutrition).

  Cette collaboration s'élargit à d'autres partenaires : un projet est en cours entre l'ARS, le Rectorat et le Conseil Régional pour définir un cadre d'actions concertées envers les jeunes dans les lycées.

[6] Rapport sur le rôle des aidants et des acteurs de santé : groupe de travail n°2 du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007 – 2010 – octobre 2010.

Parallèlement, le Projet d'actions stratégique de l'Etat (PASE) 2011-2013[7] a retenu la réduction des disparités sanitaires, sociales et territoriales de la région comme une des 4 orientations qui vont structurer l'action de l'Etat au cours de cette période. Le PASE inscrit dans la déclinaison de ses orientations des actions qui concernent directement les activités de prévention et promotion de la santé :

- Développer la prévention en renforçant l'information, l'éducation à la santé et la promotion des comportements favorables à la santé (sous-action n°1);
- Œuvrer pour une prise en charge globale et transversale des publics autour du projet sportif personnalisé, en vue de la participation ou de l'inclusion sociale, de la promotion du bien être et de la qualité de vie, de la valorisation du territoire et du respect de l'environnement (sous-action n°2).

De par les missions qui lui ont été confiées par la Loi, la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, offre un cadre propice à la mise en œuvre de ces partenariats institutionnels. Placée auprès du Directeur général de l'ARS, cette commission est en effet positionnée sur la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par ses membres (Art. 1432-1 du CSP).

2.2 - Les enseignements de l'évaluation du plan régional de santé publique (PRSP)

Pierre angulaire de la mise en œuvre de la politique de prévention dans la région, le PRSP a été adopté en 2006 pour 5 ans par le Préfet de Région. Son évaluation externe, réalisée en 2009, a apporté un certain nombre d'enseignements qui peuvent être regroupés selon 3 points :

La pertinence, la lisibilité et la cohérence du PRSP

Points forts

- Le diagnostic : un travail de qualité
- Les bilans de programmes : une plus value pour l'analyse de la cohérence
- L'amélioration de la cohérence interne grâce à l'harmonisation de la structure des axes
- Une transversalité à l'œuvre dans certains groupes techniques régionaux thématiques et du fait de certains services instructeurs

Points faibles

- Un passage du diagnostic aux priorités rapide et peu explicite
- Une organisation des priorités manquant de clarté
- Un diagnostic qui ne présente pas la dynamique d'acteurs et n'intègre pas les nouvelles connaissances
- Des fiches d'orientation de plus en plus ciblées : appel à projets ou appel d'offres ?
- Une multiplicité des modes d'entrée qui ne facilite pas la transversalité

La dynamique des acteurs et l'approche territoriale

Points forts

- Une concertation lors du PRSP initial qui a permis des réajustements
- Un partenariat Etat Assurance maladie efficace et apprécié
- Une mission ambitieuse pour les groupes techniques régionaux : expertise/animation /impulsion de projets
- Des comités territoriaux identifiés et appréciés
- Un travail important sur les outils d'instruction
- Une articulation au niveau technique entre PRSP et autres programmes

Points faibles

- Une majorité d'acteurs considère avoir été peu associée à l'élaboration du PRSP

[7] Champagne Ardenne 2013 : une ambition à partager

- Peu d'adhérents au GRSP hors les membres obligatoires
- Une mutualisation des financements peu effective
- Des moyens humains dédiés à l'animation sans rapport avec l'importance des thématiques
- Un dispositif d'évaluation trop ambitieux
- Un manque de dispositif financier simple pour le suivi
- Une stratégie territoriale peu définie et ne bénéficiant pas d'une animation

La mobilisation des acteurs financés à travers le PRSP

Points forts

- Les acteurs connaissent le GRSP, le PRSP et les instances
- Ils se sentent soutenus dans le cadrage et la mise en œuvre des projets
- Le partenariat avec le GRSP est jugé satisfaisant
- Les effets et impacts du PRSP sont jugés positivement
- Meilleure connaissance de la problématique et de la politique de santé publique
- Développement de nouveaux projets
- Relations favorables avec les institutions

Le principal point faible : le GRSP apparaît surtout comme un financeur**.**

2.3 - Les acteurs et structures intervenant en PPS financés dans les appels à projets GRSP - ARS

Promoteurs financés dans le cadre des appels à projets

L'analyse rétrospective des appels à projets (AAP) montre la pluralité des acteurs, non seulement au niveau des structures (associations, assurance maladie, collectivités locales, éducation nationale, service de santé, institutions), mais aussi au niveau des compétences (professionnels de santé, sociaux, éducatifs…) : plus de 200 promoteurs sont recensés dans les appels à projets GRSP / ARS entre 2007 et 2010, ayant mis en œuvre plus de 900 projets.

Les promoteurs sont principalement issus du milieu associatif (tableau 1).
Les types de promoteurs les plus fréquents sont :

- Les associations en éducation pour la santé généralistes, qui réalisent des actions pluri-thématiques en promotion de la santé, notamment dans le cadre du PRAPS ou en milieu scolaire.
- Les associations en éducation pour la santé spécialisées, intervenant sur des thématiques ciblées, notamment les addictions et la nutrition.
- Les structures avec hébergement social et médico-social, très présentes dans l'AAP, dont les actions concernent principalement le PRAPS.

Nature du promoteur	Localisation géographique					Total
	08	10	51	52	Région & Interdépt	
Associations généralistes en éducation pour la santé	32	33	29	15	54	163
Associations en éducation pour la santé thématique ciblée	9	9	38	24	60	140
Structures avec hébergement social et médico-social	5	51	7	28	1	92
Hôpitaux, structures attachées, réseaux de santé, centres de soins infirmiers	13	23	8	24	14	82
Associations culturelles et sociales	48	1	20	6	1	76
Associations familiales	25	8	26	14	3	76
Associations sportives	9	5	22	14	13	63
Établissements scolaires, universitaires et organismes de formation	25	9	8	6	3	51
Associations insertion et orientation jeunes	9	8	14	19		50
Associations patients et familles de patients	3	9	19	5	5	41
Assurance Maladie et complémentaires	6	5		8	19	38
Organismes d'études		0	0	0	20	20
Associations d'aide aux personnes	6		3	2	2	13
Communes (dont CCAS)	3	2	3	3	2	13
Total	193	163	197	168	197	918

Tableau 1 : typologie des promoteurs et localisation géographique des actions 2007 à 2010
(*Source : Bilan des actions financées par le GRSP de 2007 à 2010 – ARS / SPPS - 2010*)

Bilan des actions financées 2007 – 2010 dans le cadre de l'appel à projets annuel

Le financement d'actions de prévention et promotion de la santé dans les domaines fléchés par le plan régional de santé publique relevait des missions du GRSP, mission reprise par l'ARS.

Le PRSP comportait 2 grands axes :

1. Les priorités d'actions du PRSP:
   - Lutte contre le cancer (code de la thématique : CAN)
   - Lutte contre les addictions (code ADD)
   - Programme d'accès à la prévention et aux soins (code PRAPS)
   - Développement du repérage des souffrances psychiques (code PSY)
   - Promotion de la santé par la nutrition et le sport (code NUT)
   - Bien vieillir (code BVI)
   - Promotion de l'éducation à la sexualité et prévention du sida, des IST et des grossesses non désirées (code SEX)
   - Amélioration de la prise en charge des maladies rares

2. Les priorités d'action à mettre en œuvre par l'Etat et les institutions
   - Structuration de la veille et de l'alerte sanitaire
   - Plan santé scolaire (code PSS)
   - Promotion de l'éducation du patient (code EDU)
   - Luttes contre les risques liés à l'environnement et au travail (code ENVI)
   - Schéma régional d'éducation pour la santé (code PSP)

Des groupes techniques régionaux spécifiques à chaque thématique ont été mis en place pour décliner les objectifs du PRSP en fiches d'orientation qui servaient de cadre de référence pour le financement des actions par les appels à projets

Sur les 4 années (2007 à 2010), 918 actions ont été financées pour un montant total 7,8 millions € (près de 2 millions chaque année).

Parmi les 214 promoteurs concernés, 74 d'entre eux (34 %) ont été financés de manière régulière (financements reçus chaque année ou dans 3 des 4 années étudiées), ce qui correspond à 83% de l'enveloppe consacrée à l'AAP.

Quatre thématiques concentrent les 2/3 des actions (68%) et des budgets (66%) : PRAPS, nutrition, Plan Santé Scolaire, addictions (figure 2)

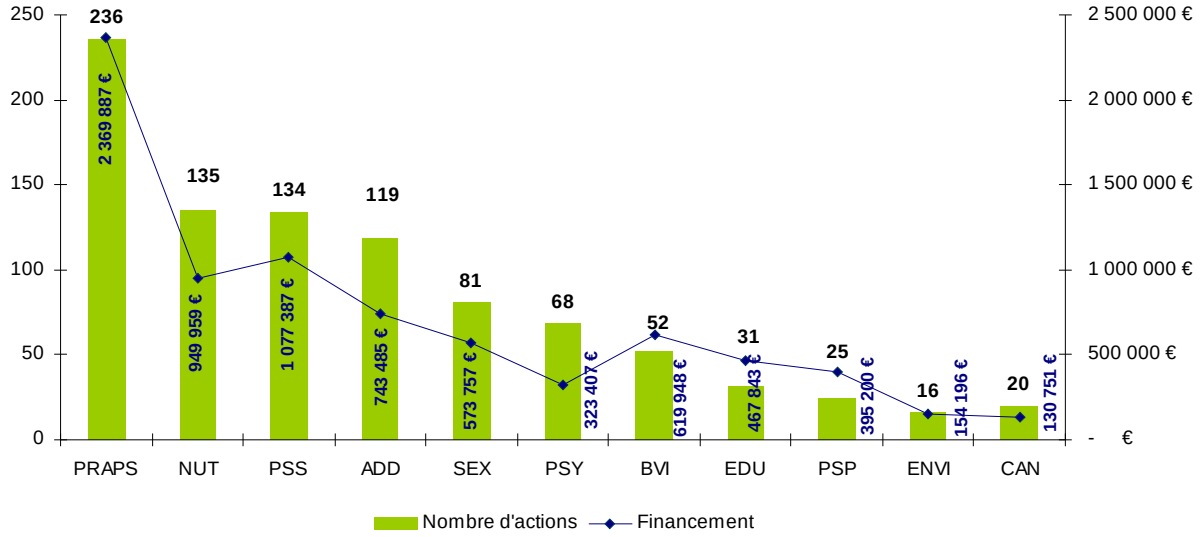


Figure 2 : Répartition des actions et des financements octroyés de 2007 à 2010 par thème de l'AAP (*source : Bilan des actions financées par le GRSP de 2007 à 2010 – ARS / SPPS - 2010*)

A l'issue des 4 années, le niveau régional (actions touchant les 4 départements) et interdépartemental (2 ou 3 départements concernés) reçoit 42% des crédits, le budget restant se répartissant de la façon suivante : Ardennes (15%), Aube (13%), Marne (19%) et Haute-Marne (12%) (figure 3).

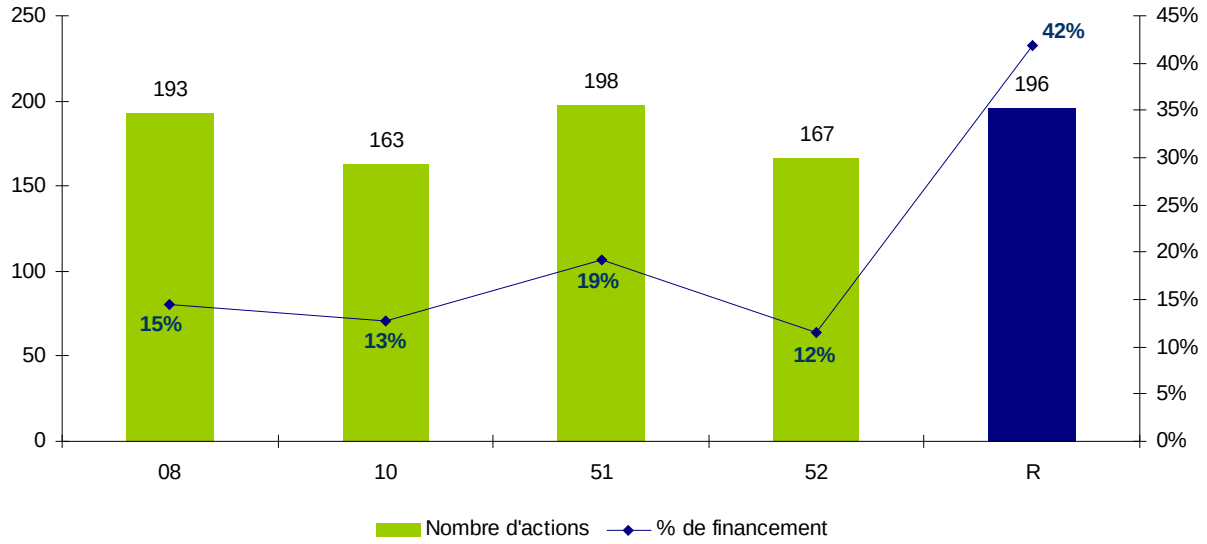


Figure 3 : Nombre d'actions et financements 2007 – 2010 selon la localisation géographique de l'action - (*source : Bilan des actions financées par le GRSP de 2007 à 2010 – ARS / SPPS - 2010*)

Le financement moyen d'une action est de 8 512 €, celle-ci étant financée en moyenne à 83 % du montant demandé à l'ARS.
Les subventions les plus importantes sont attribuées aux actions régionales :

Action / projet régional ou interdépartemental : 16 705 €
Marne : 7 585 €
Aube : 6 099 €
Ardennes : 5 879 €
Haute Marne : 5 396 €

Les actions cofinancées sont les plus fréquentes (85% des projets), les cofinancements étant en général multiples. Plus de la moitié des actions (54%) ont reçu un financement inférieur ou égal à 5000 € (pour moitie d'entre elles, la subvention était inférieure à 2500 €) et 23% un financement compris entre 5 001 et 10 000 €

Selon la typologie retenue pour décrire les bénéficiaires des actions de prévention et promotion en santé, les publics jeunes (0 à 25 ans, scolaires, étudiants, apprentis) et leurs parents sont majoritairement ciblés, puis les professionnels, les publics non spécifiques et habitants, les publics spécifiques, les personnes âgées et handicapées, les patients, les aidants et bénévoles, les chômeurs et personnes en insertion.

Les modalités d'interventions sont de 2 ordres :

- Des interventions directement auprès de la population (générale ou groupes particuliers), de type information, sensibilisation, communication, utilisation d'outils d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé ;
- Des interventions en direction de personnes relais (très majoritairement des professionnels eux-mêmes intervenant de proximité auprès de la population), de type apport de services relevant de fonctions supports méthodologiques (formation, appui à l'élaboration et au montage de projets).

Du point de vue de la mise en ouvre des actions, les partenariats opérationnels sont nombreux mais le plus souvent informels.
Au cours des auditions réalisées dans le cadre du schéma régional de prévention, il a été exprimé le besoin d'avoir d'une information réciproque sur les actions, les compétences, les ressources et les acteurs qui interviennent dans la région, le « qui fait quoi ?». Les actions font peu souvent l'objet d'une valorisation, les démarches et les outils sont peu mutualisés.

2.4 - Les territoires prioritaires d'intervention en prévention et promotion de la santé

La carte des territoires prioritaires est présentée en annexe 1.

Le GRSP a mis en place en 2008 une dynamique territoriale qui a permis d'identifier des territoires prioritaires de prévention et promotion de la santé sur des critères croisant les indicateurs sanitaires (état de santé défavorable) et le développement des actions (zones « blanches » dans lesquelles peu d'actions sont réalisées). La détermination des territoires prioritaires a évolué dans chaque département entre 2008 et 2010

En septembre 2010 un appel à projets ciblé a été proposé aux acteurs de terrain. Le cahier de charges avait pour objectif d'élargir la couverture des actions vers les territoires prioritaires en prévention et promotion de la santé et de promouvoir des actions de sensibilisation pour le dépistage du cancer, thématique assez peu représentée dans les actions de l'appel à projets. Vingt neuf actions ont ainsi été soutenues, majoritairement sur les thématiques relatives au cancer, aux addictions et sur le PRAPS.
Les territoires prioritaires touchés par ces actions ont été :

- Dans les Ardennes : le Nord-Ardenne et le Pays Sedanais
- Dans la Haute-Marne : le pays de Langres et le pays Nord Haut Marnais.
- Dans la Marne : le pays Vitryat.
- Dans l'Aube : lycées prioritaires Edouard Herriot, les Lombards, Val-Moré.

Le cahier de charges de l'appel à projets 2011 a maintenu la priorité d'intervention sur les territoires prioritaires. Plus de la moitié des actions financées en reconduction (57 %) prévoient de toucher au moins un territoire prioritaire, c'est-à-dire un élargissement du périmètre d'intervention par rapport aux années précédentes. La répartition des actions sur les territoires prioritaires est présentée dans la carte en annexe.

2.5 - Les enseignements de l'évaluation externe de 18 actions financées par le GRSP

Le GRSP a mis en place en 2009 un processus d'évaluation systématisée des actions qu'il avait soutenu financièrement. L'échantillon était constitué de 18 actions, sélectionnées sur les critères suivants :

- Le respect des priorités du PRSP
- Une bonne représentation régionale (5 actions régionales, 4 actions dans la Marne, 3 dans chacun des autres départements)
- Des projets aux subventions variables
- Toutes les tranches de financement
- Un profil varié des promoteurs

La synthèse des 18 rapports d'évaluation a dégagé des points forts :

- L'ouverture et la disponibilité du promoteur à participer à l'évaluation externe (16 actions).
- Une bonne mise en œuvre des actions (15 actions).
- Des ressources suffisantes pour la réalisation des objectifs des actions. (14 actions)
- Un travail en réseau de proximité et bon partenariat opérationnel. (13 actions).
- Un travail en équipe pluridisciplinaire. (10 actions).

Des points à améliorer ont également été identifiés :

- Sur le montage des dossiers : le travail en amont par une équipe pluridisciplinaire, l'élaboration d'un prévisionnel pour l'ensemble de l'action par le promoteur, la rédaction d'objectifs (notamment relatifs à l'acquisition de connaissances et/ou compétences en éducation pour la santé), la présentation d'indicateurs en relation avec les objectifs.
- Sur le suivi des actions : le bilan de l'évaluation finale ou de l'action, l'exploitation des résultats, la mise en place d'outils de pilotage interne et la traçabilité des résultats et des indicateurs.

2.6 - Le pôle régional de compétences en éducation pour la santé/promotion de la santé

Présenté en 2001, le Plan national d'éducation pour la santé fixait comme objectif « l'accès de chaque citoyen à une éducation pour la santé de qualité». Outre la formation et la recherche, le plan visait le développement de l'éducation pour la santé et promotion de la santé (EPS/PS) en région grâce à la mise en œuvre du SREPS (circulaire du 22/10/2001[8]) et en prenant appui sur la mise en place des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé. Depuis 2004, l'INPES soutient le déploiement de ces pôles, notamment grâce à un financement national complémentaire des crédits attribués en région.

Les pôles régionaux de compétence sont des plateformes ressources offrant des services à tout acteur institutionnel ou associatif intervenant dans le champ de éducation pour la santé et promotion de la santé afin d'améliorer la qualité des programmes et actions mis en place. Ces lieux de synergie,

[8] Circulaire du 22/10/2001[8] DGS n°2001/504 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

de mutualisation et de capitalisation proposent une offre de services dans le champ de la formation, du soutien en méthodologie de projet, notamment sur l'évaluation, de l'appui documentaire.

En Champagne-Ardenne, l'Instance régionale d'éducation et promotion de la santé (IREPS), qui fédère les 4 comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), est le porteur du pôle régional de compétence, en partenariat avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA) et la Mutualité Française Champagne Ardenne. Le GRSP puis l'ARS soutiennent le développement du pôle par le biais d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'IREPS.

L'INPES consolide le dispositif des pôles de compétences pour les années 2010 – 2012 en mettant en place une procédure de conformité appuyée sur un cahier des charges et une visite sur site, en collaboration étroite avec les services de l'ARS. Le but est d'apprécier la pertinence des projets mis en place par le pôle ainsi que la conformité de leurs activités aux critères définis dans le cahier des charges.

Les atouts du pôle de compétence en EPS/PS :

- Un réseau documentaire solide, bien implanté et reconnu, dont les partenariats sont pertinents et étoffés.
- Une expertise en promotion de la santé et éducation pour la santé reconnue, que cette expertise soit généraliste ou spécialisée.
- L'appartenance aux réseaux nationaux porteurs de la démarche qualité des actions en prévention et promotion de la santé pouvant faire de l'ANPAA, l'IREPS, et la Mutualité Française des moteurs pour la région dans ce domaine.
- La capacité à développer des projets dans les zones fragiles déficitaires en opérateurs et vers des publics difficiles (milieu pénitentiaire par exemple).

Les points à améliorer :

- Une visibilité insuffisante et un déficit de structuration du pôle en tant que plate forme ressources, dans sa capacité à rendre visible son organisation et les services offerts ainsi qu'à coordonner les différents partenaires du pôle.
- Des activités de formation et d'appui méthodologique insuffisamment développées et/ou visibles.
- La capacité d'expertise en EPS/PS repose sur un petit nombre de personnes, ce qui en fait sa fragilité.
- Une ambiguïté à lever entre le rôle de porteurs de projets (majeur dans la région) et rôle de plateforme ressource.

2.7 - L'éducation pour la santé et la promotion de la santé en milieu scolaire

Le contexte

L'éducation à la santé intervient au quotidien dans le cadre des comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CES-C) ou dans des actions de promotion de la santé menées en partenariat avec l'ARS.

Les CES-C, obligatoires dans tous les établissements de second degré, ont perdu leur spécificité sanitaire au profit de la vie scolaire et de la citoyenneté. Toutefois le volet santé continue à exister (étude ORS Champagne Ardenne 2008). Réalisé à 90% par les personnels de santé de l'éducation nationale, il est centré sur la prévention et la lutte contre les addictions et dépendances.

Centrée sur des thématiques, l'éducation à la santé tient trop peu compte de l'adolescence et des prises de risques propres à cet âge, fluctuantes, et ne cible pas les publics à risques. Dans le contexte, les dépendances sont abordées à partir des produits et tiennent peu compte des addictions sans produits (ou comportementales : violence, cyberdépendance notamment).

Les programmes nationaux prévoient 3 séances d'éducation sur les addictions, au cours des classes de CM2, 5ème et 3ème. L'objectif n'est pas réalisé mais doit être poursuivi au gré d'une évaluation annuelle

Les thématiques, les contenus et l'évaluation
Les thématiques sont définies sur un plan national :

- Surpoids-obésité (plan national nutrition santé - PNNS) - sport santé ;
- Education à la sexualité ;
- Addictions-conduites à risques.

Sur un plan local, la réalité d'une problématique propre à la région concernant la surmortalité et la sur-morbidité au travail (accident de la voie publique, problèmes rachidiens, accidents du travail mortels) doit conduire à traiter la question de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail à partir d'une thématique : le secourisme et sa composante primaire : « apprendre à porter secours ».

Les thématiques nationales, la spécificité des publics scolaires induisent une charte d'intervention en milieu scolaire, organisée autour de 2 axes :

- L'utilisation des guides repères de l'Education nationale (méthodologie, contenu)
- l'organisation de programmes (suivant les élèves dans les âges et la progression)

En regard des priorités et du rapport au développement, les projets en milieu scolaire devraient comprendre quelle que soit la thématique considérée :

- Une approche éducative centrée sur le développement des habiletés sociales
- Une composante permettant l'accès aux soins et un diagnostic

L'évaluation annuelle se fait dans le cadre du comité de pilotage des CES-C.

Les priorités de zones
Les indicateurs sanitaires et leur correspondance socio-éducative permettent de définir des établissements prioritaires qui sont les établissements en éducation prioritaire (Réseau ambition réussite (RAR) ou Réseau réussite éducative (RRE) ainsi que les collèges et les lycées professionnels dans des filières exposées (industrie maintenance, transport, hôtellerie – restauration, BTP)
La superposition des zones prioritaires sur le plan sanitaire et scolaire donne un caractère de priorité absolue aux projets (à partir des thématiques définies sur un plan national).
Le contexte géographique ne doit cependant pas écarter des priorités les zones de la ruralité et ses problèmes spécifiques.
Dans le cadre des RAR ou RRE, la priorité sera donnée au projet qui inclut la notion de programme en incluant dans le projet les écoles des secteurs de recrutement

Pour mémoire les indicateurs de priorité en milieu éducatif :

- La proportion de catégories socioprofessionnelles défavorisées ;
- La part des familles bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ou de minimas sociaux ;
- La part d'élèves non francophones ;
- Les élèves ayant 2 ans de retard à l'entrée en sixième ;
- Les établissements marquant des écarts de performance aux évaluations de fin d'année ;

L'ensemble des déterminants scolaires se retrouvent dans les déterminants sanitaires.

2.8 - La santé au travail

La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est l'un des fondements du système de protection sociale et des relations professionnelles. Le développement de la santé et du bien-être au travail passe par la mise en œuvre effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels et le mal être au travail, à réduire les accidents et maladies professionnelles, à prévenir

l'usure au travail et la dégradation de la santé, ainsi que leurs conséquences en termes de désinsertion professionnelle.

En Champagne Ardenne, 45 073 accidents du travail avec arrêt ont été répertoriés en 3 ans (Source: CRAM 2005-2007 hors agriculture) dont 44% dans la Marne, 20% dans les Ardennes et l'Aube et 16% en Haute Marne. Dans le domaine agricole, 4 834 accidents ont été répertoriés (Marne : 58%, Aube 19% ; Haute Marne 12% et Ardennes 11%). En 2007, 1 514 maladies professionnelles ont été recensées (1 383 par la CPAM et 131 par la MSA).

Hors secteur agricole, les accidents touchent les jeunes de moins de 30 ans dans le secteur du gros œuvre, tandis que les adultes de 40 ans et plus sont plus touchés dans les secteurs des transports routiers de marchandises et du nettoyage/désinfection. Dans le secteur agricole, le public le plus touché en 2008 était masculin et âgé majoritairement de 20 à 29 ans.

Les troubles musculo squelettiques (TMS) et les pathologies relatives à l'exposition professionnelle aux matériaux contenant de l'amiante constituent les principales maladies professionnelles indemnisées[9]. Selon les résultats d'une enquête réalisée en 2009 auprès de 150 médecins au travail en région, les ouvriers sont les principales victimes de TMS tandis que les employés sont les plus exposés aux troubles psychosociaux liés au travail.

Le Plan régional santé au travail 2010-2014 (PRST 2), coordonné par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), décline le 2ème Plan national santé au travail (PNST 2) selon 4 objectifs : stabiliser le nombre de maladies professionnelles et faire baisser de 25% le taux d'incidence global des accidents du travail, renforcer l'emploi des seniors, prévenir des risques identifiés et améliorer les conditions de travail.
Des risques transversaux aux différents secteurs d'entreprise sont identifiés : TMS, vieillissement et usure au travail, risques psychosociaux et risques routiers.

Le plan comporte des actions de différentes natures en direction des entreprises (employeurs, représentants du personnel, salariés) :

- Formation à la santé et à la sécurité au travail en direction des jeunes et des services de prévention et de contrôle ;
- Sensibilisation et accompagnement des démarches de prévention des risques dans les entreprises en s'attachant plus particulièrement aux entreprises de moins de 50 salariés ;
- Sensibilisation aux bonnes pratiques en matière de prévention des risques (expositions à risque) ;
- Contrôle (respect de la réglementation..), pilotage, communication ;
- Développement et diversification d'outils adaptés de prévention et de réduction des risques.

Le PRST2 s'articule avec d'autres plans comme le PRSE2 (voir chapitre 9 ci dessous) notamment sur des actions conjointes autour du risque chimique mais également sur l'amélioration de la connaissance des expositions professionnelles (amiante…), sur les risques émergents et l'introduction de la santé sécurité dans tous les types de formation. Par ailleurs, il s'agit d'une démarche pluri partenariale rejoignant plusieurs plans d'actions régionaux des organismes de sécurité sociale, notamment la CARSAT Nord Est, la MSA et le RSI, et le plan d'actions régional de l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBTP).

La santé au travail dans les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).
La préservation de la santé au travail tout au long de la vie professionnelle est plus que jamais une priorité des politiques publiques. La branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) de l''assurance maladie du régime général a vocation à contribuer de manière active au développement des ces politiques, au delà de son domaine da la sécurité au travail. La politique de l'assurance maladie repose sur une prévention effective des risques professionnels et un renforcement de la protection de la santé au travail. Elle met à disposition, de cette politique, un corps compétent de préventeurs du travail, qui intervient au cœur de l'entreprise.
Ainsi, la Carsat du Nord Est, relais de la politique nationale, met en œuvre 4 priorités de prévention s'articulant autour des TMS, des cancers d'origine professionnelle, du risque routier et des risques

[9] Source : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail du Nord est (CARSAT Nord-est)

psycho-sociaux. Ces priorités constituent le socle de l'action prévention des risques professionnels et de l'amélioration de la santé au travail. La Carsat travaille autour de 4 cibles : les petites et moyennes entreprises/très petites entreprises (PME/TPE), les salariés seniors, les salariés en risque de désinsertion professionnelle, les salariés des entreprises sous-traitantes et les intérimaires.
Plus spécifiquement, la Carsat poursuit, en lien avec les CPAM et les services médicaux de l'assurance maladie, un programme de maitrise médicalisée en entreprises qui vise à faire diminuer les arrêts de travail dans l'entreprise, en introduisant le concept de la prise en compte par l'employeur de la santé au travail de son salarié. A ce titre, elle évoque les programmes de dépistage organisé des cancers, les campagnes de vaccination mais aussi tout comportement pouvant conduire à une meilleure prise en compte de sa santé au quotidien (alimentation, tabac, alcool..) ainsi que les processus de prévention de la désinsertion professionnelle ou du reclassement professionnel possible. Pour pouvoir atteindre ces objectifs, la Carsat s'inscrit dans un certain nombre de partenariats ou de coordination des actions de terrain avec des acteurs privilégiés tels que les services de médecine du travail, les DIRECCTE, les observatoires régionaux de la santé au travail (ORST) et les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT).

Le Régime social des indépendants (RSI Champagne-Ardenne) est engagé depuis plusieurs années dans une politique de prévention des risques professionnels. Les risques professionnels auxquels sont confrontés les chefs d'entreprises industrielles et commerciales sont une menace constante qui peut se traduire par une maladie ou un accident ; au-delà de ces conséquences fâcheuses, c'est la bonne santé de l'entreprise qui peut être également en jeu.

Le RSI Champagne Ardenne développe des programmes spécifiques aux travailleurs indépendants ciblant deux axes forts de prévention, la prévention à caractère « médical » d'une part et la prévention relative aux conditions de travail d'autre part. Ainsi, les programmes se traduisent par :

- L'information et la sensibilisation des indépendants aux risques auxquels ils sont exposés du fait de leur profession, en leur fournissant notamment des informations et des conseils de prévention ;
- Le dépistage précoce des pathologies liées à la profession en leur permettant de participer à une consultation de prévention médicale dédiée à la prévention des risques professionnels ;
- L'incitation à entrer dans une démarche de réduction de ces risques dans l'exercice professionnel ; un accompagnement dans la pré évaluation des risques liés à leur activité peut également être proposé.

Le plan santé au travail 2011 – 2013 de la Mutualité Sociale Agricole, portés par les 2 caisses (MSA Marne–Ardennes-Meuse et MSA Sud Champagne) s'inscrit dans les 6 axes de développement nationaux : risque chimique (phytosanitaire, cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques - CMR), risque TMS, risques psychosociaux, risques liés aux animaux et aux zoonoses, risques liés aux équipements de travail agricole et les très petites entreprises (TPE). Les programmes comportent des enquêtes permettant de mieux connaitre les risques ainsi que des actions de sensibilisation et de formation des professionnels. Des programmes d'action sont également développés sur le risque routier professionnel, en direction des nouveaux installés et dans l'enseignement agricole

2.9 - La santé environnementale

L'environnement est l'un des principaux déterminants de la santé individuelle et communautaire. Les facteurs de risques environnementaux chimiques et biologiques interviennent dans plus de 80 % des principales maladies et traumatismes dans le monde. Plus de la moitié (60%) des écosystèmes vitaux de la planète se sont déjà détériorés ou sont soumis à des pressions excessives alors qu'ils assurent le maintien de la qualité de l'air, des sols, des ressources en eau pour la vie quotidienne et fournissent des aliments de l'énergie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 23 % de la charge mondiale de mortalité prématurée et 24% de celle de morbidité (en années de vie en bonne santé perdues) sont attribuables à des facteurs environnementaux.

Les missions en santé environnementale s'inscrivent dans la démarche globale de protection de la santé actuelle et des générations futures, selon trois objectifs principaux :

- Mieux connaître les dangers pesant sur l'environnement et la santé humaine afin de prendre des mesures pour prévenir et limiter les risques ;
- Réduire les conséquences des pollutions sur la santé, pour la protéger de façon durable ;
- Informer sur la qualité des milieux et sur les risques sanitaires liés à leur dégradation.

Les missions s'articulent autour de trois grands axes :

- Prévention et gestion de risques pour la santé humaine liés à l'eau et à l'alimentation ;
- Protection de la santé dans les espaces clos ;
- Protection de la santé dans un environnement extérieur.

Il s'agit de prévenir, surveiller, sensibiliser, évaluer et agir en partenariat avec de nombreux professionnels. La santé environnementale est un champ par nature interministériel, impliquant une multiplicité d'acteurs. Le Plan national santé environnement (PNSE) et ses déclinaisons régionales illustrent parfaitement ce principe dans sa construction et sa mise en œuvre.
Le PNSE, qui figure aujourd'hui dans la loi « Grenelle », et sa déclinaison régionale, le plan régional santé environnement (PRSE), sont des plans inscrits dans le code de la santé publique. A ce titre, le PRSE doit contribuer à la politique de santé arrêtée dans la région Champagne-Ardenne à travers le Projet régional de santé et l'atteinte de ses objectifs (Articles L1311-6 et L1311-7 du code de la santé publique).

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) et le PRSE2 reposent sur les orientations convergentes pour l'amélioration de la santé Toutefois ils ne sont pas de même niveau. En effet, le PRSE2 déploie un programme d'actions basées sur une impulsion nationale interministérielle, là où le PSRS est le socle des orientations qui seront ensuite déclinées en plans d'action pour la région. Toutefois, pour assurer la cohérence de ces deux dynamiques, les architectes du PRSE2, au premier rang desquels l'ARS et la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), se sont largement investis dans l'élaboration du PSRS. La synergie a même abouti à partager les forums départementaux de consultation sur le PSRS et le PRSE2.

Cette thématique est traitée dans le « focus sur la santé environnementale », document spécifique annexé au présent schéma, qui précise l'articulation entre PRSE2 et ¨PRS, soutenue par le partenariat ARS-DREAL.

2.10 - Les structures spécialisées dans la prévention des addictions

Ce chapitre est développé dans le volet addictologie du schéma régional d'organisation médico sociale (SROMS).

2.11 - Les structures et services en direction des personnes âgées, personnes handicapées et aidants

Ce chapitre est développé dans les volets « personnes âgées » et « personnes handicapées » du SROMS.

2.12 - La lutte contre la tuberculose, le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles, les vaccinations

Les lois de décentralisation de 1983 avaient confié aux Conseils Généraux la mise en œuvre de la politique de lutte contre la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles, la lèpre et la prévention des maladies infectieuses.

La recentralisation de ces compétences est intervenue le 1er janvier 2006 en application de la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004. Dorénavant, elles relèvent de la responsabilité des directeurs d'ARS en application de la loi n°2009 – 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite «Loi HPST ».
Cependant, la loi laisse la possibilité aux conseils généraux qui le souhaitent de garder cette mission en passant une convention avec le Directeur général de l'ARS. Lorsque l'activité est recentralisée, les

structures en charge de la mise en œuvre de ces missions sont habilitées par le Directeur général de l'ARS et financées sur les crédits d'intervention en prévention de l'ARS.

Cinq centres hospitaliers ont reçu une habilitation de l'ARS en octobre 2010, pour une durée de 3 ans, afin d'assurer, dans le cadre de la recentralisation, les activités de lutte contre la tuberculose, lutte contre les infections sexuellement transmissibles et de vaccination**.**

- Pour les Ardennes et l'Aube, les centres hospitaliers de Charleville-Mézières et Troyes sont habilités en qualité de :
    - centre de vaccinations ;
    - centre de lutte contre la tuberculose ;
    - centre de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

- Pour la Marne, le Centre hospitalier universitaire de Reims et les centres hospitaliers de Chalons en Champagne et Epernay sont habilités uniquement comme centres d'information, dépistage, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Les autres activités sont restées à la charge du Conseil Général 51.

- En Haute-Marne, le Conseil Général continue d'assurer les missions qui n'ont pas été recentralisées.

Au total, la région dispose de
- ⇨ 2 centres de lutte contre la tuberculose
- ⇨ 9 centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH/Sida (CDAG)
- ⇨ 5 CIDDIST
- ⇨ 2 centres de vaccinations

La carte des structures est présentée en annexe 2.

La lutte contre la tuberculose

L'activité des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) est en baisse sur les deux dernières années.
- 2009 : 535 consultations - 760 radios pulmonaires
- 2010 : 447 consultations - 620 radios pulmonaires

Ouverts 9 à 10 demi-journées par semaine, les CLAT développent les activités suivantes :

- La réalisation des enquêtes autour des cas déclarés de tuberculose
- Les dépistages systématiques dans les milieux à risque (milieu carcéral, personnes sans domicile fixe, migrants)
- Des actions de formation ou d'information, notamment vers les professionnels médicaux ou sociaux.

Le dépistage du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles - CDAG et CIDDIST

Les 9 CDAG de la région sont installés dans les centres hospitaliers (cf. supra); ils assurent le dépistage du VIH/SIDA et des hépatites. Les 5 CIDDIST de la région sont également installés dans les centres hospitaliers, leurs équipes intervenant également sur les activités relevant du CDAG.

Le Comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) de la Champagne Ardenne fonctionne de manière commune avec celui de Lorraine (le siège est situé à Nancy). Instance de coordination, le COREVIH remplit trois missions :

- Favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;

- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques.

L'activité des CIDDIST

Les CIDDIST ont une activité médicale (consultations) et diagnostique (examens biologiques).

L'activité est en augmentation sur les deux dernières années : 7923 consultations médicales en 2009, 8554 en 2010.
L'activité diagnostique connait aussi une forte augmentation en 2010, notamment sur les examens « hépatite B » « Chlamydiae » et « gonococcie ». En 2010, 6658 actes diagnostiques ont été réalisés dont :

- 2641 recherches de chlamydiae
- 2166 recherches d'hépatite B
- 1642 recherches de syphilis
- 209 autres recherches (gonococcies 189, mycoplasmes 15, herpes 5)

L'activité des CDAG du VIH/SIDA

En 2008, 12 667 consultations ont été effectuées dans l'ensemble des CDAG de la Région.

Le dépistage du VIH/SIDA en milieu communautaire

Le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 (mesure 4 de l'axe 2 relatif au dépistage) prévoit le développement d'offres alternatives de dépistage. Le dépistage peut être réalisé en milieu communautaire, notamment grâce à l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).
L'association Aides Champagne Ardenne a été habilitée en novembre 2011 par l'ARS pour l'utilisation des TROD.

Les vaccinations

L'activité des centres de vaccinations a connu une hausse importante en 2010. L'activité se concentre essentiellement autour de l'administration de doses de vaccins, mais aussi de la promotion de la vaccination par des actions d'information auprès du public et des professionnels de santé. Il existe des partenariats pour cette activité, le plus souvent avec l'Education Nationale.

La **semaine européenne de la vaccination**, lancée en 2005 par l'OMS poursuit plusieurs buts :

- ⇨ Rappeler à la population l'importance de la vaccination et des mises à jour ;
- ⇨ Répondre à des questions (professionnels et grand public) ;
- ⇨ Mobiliser les relais (institutions, professionnels, associations).

En 2007, 5 régions étaient pilotes en France pour mettre en place des actions dans le cadre de la semaine européenne ; en 2011, toutes les régions sont désormais engagées dans la démarche nationale. En région Champagne-Ardenne, des actions ont été organisées essentiellement dans la Marne en 2010: conférence, expo planète vaccination, action dans les centres sociaux, cours aux infirmières en formation.

En 2011, comme en 2010, la priorité nationale demeure la rougeole. En Champagne Ardenne, la priorité portait sur les actions en direction des publics cibles professionnels de santé et personne en situation de précarité. L'accent était mis sur les aspects « vies sauvées » (pédiatrie) et la méthodologie retenue consistait à prioriser les intervenants légitimes et habituels.

Des actions ont été effectuées dans les Ardennes, la Marne et l'Aube, parmi lesquelles :

- ⇨ Dans la Marne :
  - o Des actions auprès des étudiants de 3me année de l'Institut de Formation en soins infirmiers (IFSI) de Reims, sous forme de questions / réponses

- Le centre d'examens de santé de Reims (CMPS) a mis en place l'exposition « planète vaccination » et réalisé une journée de vaccination pour les personnes en situation de précarité venant pour un bilan de santé.
- La vaccination du personnel municipal de la ville de Reims.
- Des « Infos vaccinations » dans les antennes municipales « Europe » et « Chatillons » de la Mairie de Reims.

⇨ Dans les Ardennes :

- Des actions auprès des professionnels de santé : IFSI de Charleville, classes santé-social du Lycée Sévigné (cas concrets et travail sur les carnets de santé), dans les services de néonatalogie, de maternité et de pédiatrie du centre hospitalier (enquête sur les pratiques vaccinales)
- Une action mixte (professionnels de santé et grand public) sous la forme d'une journée dans le hall du centre hospitalier couplée avec une journée de promotion de l'hygiène des mains.
- Des actions auprès des employés (sauveteurs secouristes au travail) sur les sites de Sedan, Rethel, Givet, Charleville : exposition « planète vaccination » et documentation.
- Des actions auprès du grand public (Hôtel de Ville, salle des fêtes, permanence vaccinations du Centre de prévention, dépistage et vaccinations des Ardennes) et auprès des personnes en situation de précarité (information et vaccinations).

⇨ Dans l'Aube :

- Promotion de la vaccination au Centre social Coulommières de Troyes, incluant des personnes en réinsertion professionnelle

Le retour d'expérience sur la « semaine européenne de la vaccination 2011» a mis en évidence les points suivants :

- Sur les actions grand public : une large désaffection du grand public et une disproportion entre le temps de préparation nécessaire et le faible nombre de personnes touchées ;
- Sur les actions ciblées : une bonne participation des publics ciblés, des enquêtes de satisfaction motivantes et questionnaires suffisamment documentés pour en tirer les enseignements en vue d'interventions ultérieures.

2.13 - Le dépistage organisé des cancers

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place dans les Ardennes et la Marne, respectivement en mars 1989 et décembre 1990, puis en juin 2003 dans l'Aube et la Haute-Marne.

Le dépistage du cancer colo rectal a débuté en décembre 2004 dans la Marne et les Ardennes. Les structures de gestion de l'Aube et la Haute-Marne ont débuté le dépistage colo rectal dans le cadre de sa généralisation en septembre 2008.

La région Champagne-Ardenne compte quatre structures de gestion chargées des dépistages organisés des cancers, une par département :

- La Société Ardennaise de Cancérologie (SAC 08)
- L'Association pour le dépistage des cancers de l'Aube (ADECA 10)
- L'Association départementale des Professions de Santé de la Marne (ADPS 51)
- L'Association pour le dépistage des cancers de la Haute-Marne (ADECA 52)

Les taux de participation aux campagnes de dépistage organisé sont identiques dans la région à la moyenne française pour le cancer du sein (59 %) et supérieur pour le cancer colon rectum (34 %).

	Taux de participation cancer du sein (Invs 2009-2010)	Population référence (sein)	Taux de participation Cancer colon - rectum (Invs 2009-2010)	Population référence (colorectal)
Ardennes	57%	40 694	47%	77 779
Aube	63%	44 091	36%	84 861
Marne	58%	79 570	44%	147 415
Haute Marne	61%	28 626	34%	54 582
Région	**59%**	**191 980**	**41%**	**364 274**

Tableau 2 : Taux de participation aux campagnes de dépistage organisé en 2009/2010

A noter que, pour l'Europe, le taux de référence à atteindre est de 70 % pour le dépistage du cancer du sein et 45 % pour le colon rectum.

Les structures de gestion ont développé des pratiques de travail collaboratif qui leur permettent de mutualiser des outils (notamment informatiques) ou encore de mener des projets en commun (actions dans le cadre d'octobre rose).

Des actions de sensibilisation à la participation au dépistage organisé du cancer ont été entreprises, notamment en matière de communication et de mobilisation communautaire :

- Octobre rose : démarche coordonnée par le réseau régional de cancérologie ONCOCHA pour recenser et valoriser dans une brochure les informations concernant les actions menées dans le cadre de la campagne nationale de sensibilisation au dépistage du cancer du sein.
- Mars bleu : même démarche pour promouvoir le dépistage du cancer colo rectal
- Campagne d'appels sortants mise en place par les caisses d'assurance maladie construites avec les structures de gestion (formation des animateurs téléphoniques)
- Action conjointe de la structure de gestion du dépistage organisé des Ardennes et des centres sociaux pour sensibiliser les femmes des quartiers au dépistage du cancer du sein (formation de femmes relais).

Des actions en évaluation ont également été réalisées comme la démarche de contrôle qualité en 2008 avec les CPAM.

2.14 - Le dépistage néonatal dans les maternités

L'ARCAMMHE (Association Régionale Champagne Ardenne pour le dépistage et la prévention des Maladies Métaboliques et des Handicaps de l'Enfant) est en charge du dépistage systématique de 5 maladies (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose et anomalies de l'hémoglobine, mucoviscidose).

En 2010, la totalité des enfants nés dans les maternités de la région (soit 16 381 enfants) a bénéficié du dépistage néonatal. La fréquence des maladies dépistées est plus élevée pour la région que pour la France entière, hormis pour la drépanocytose qui touche moins la région (voir RA 2010 ARCAMMHE)

Par ailleurs, l'ARCAMMHE assure depuis 2004 l'organisation du dépistage néonatal systématique de la surdité congénitale. Couplé avec les autres dépistages effectués à la naissance, et grâce notamment à un efficace système de relance, ce dépistage qui permet un diagnostic et une prise en charge très précoce de l'enfant a bénéficié à 99.4 % des enfants nés dans les maternités de la région. L'âge moyen au moment du diagnostic de surdité bilatérale est de 3 mois depuis 2004 (contre 17 mois avant 2004). 15 surdités ont été dépistées en 2010.

Le dépistage de la rétinopathie du prématuré est pratiqué depuis 2000 en néonatologie au CHU de Reims.
Un avis favorable vient d'être rendu par la Haute autorité de santé (HAS) pour la mise en place du dépistage d'une nouvelle anomalie génétique, la déficience en Medium-chain acyl-CoA déshydrogénase (MCAD), mais aucune date n'est encore avancée pour sa mise en œuvre.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale fait l'objet d'un dépistage plus tardif. L'entretien du 4e mois de grossesse pourrait être l'occasion d'aborder de manière systématique la question de la consommation d'alcool.

2.15 - La santé maternelle et infantile

Les actions en direction des (futures) mères et des jeunes enfants

La loi réformant la protection de l'enfance du 5 mars 2007[10] permet entre autre la mise en œuvre de trois objectifs prioritaires : renforcer la prévention, organiser le signalement et diversifier les actions et les modes de prise en charge des enfants. La notion de prévention fait désormais partie des missions de la politique de protection de l'enfance, en particulier dans le but de « prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives ».

A ce titre, la loi donne un rôle pivot aux services de Protection Maternelle et Infantile [11] et étend ainsi leurs attributions dans le domaine de la prévention médico-sociale. Les missions exercées par la PMI sont de divers ordres.

Les actions pré et postnatales de PMI comportent :

- Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse (entretien prénatal précoce, individuel ou en couple) ;
- Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;
- L'édition et la diffusion de supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints.

Les actions de la PMI en faveur des jeunes enfants comportent :

- Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, notamment en école maternelle ; Ce bilan est l'occasion de réaliser les dépistages visuel, auditif et des troubles du langage.
- Des actions médico-sociales pour les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

En 2009, selon les statistiques établies par les 4 services départementaux de PMI :

- 3586 femmes et 11555 enfants ont bénéficié d'au moins une visite à domicile ;
- 1401 femmes ont bénéficié d'au moins une consultation pré ou postnatale (médecin ou sage femme) et 824 femmes d'un entretien du 4ème mois ;
- 15332 enfants de 3 à 4 ans (nés en 2005 / 2006) ont bénéficié d'un bilan de santé. En l'absence de chiffres précis sur le nombre d'enfants de la tranche d'âge concernée par le bilan, ce nombre peut être rapproché des 16460 naissances dans la région en 2005 ou 2006.

[10] Loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
[11] Articles L 2112-1 et suivants et R.2112-1 et suivants du Code de la Santé Publique définissant l'organisation et les missions du service départemental de protection maternelle et infantile.

Dans le domaine de la périnatalité, les professionnels de PMI ont développé des liens avec les maternités, notamment par la mise en place de réunions communes, la transmission d'information concernant les familles en situation de vulnérabilité, l'organisation de relais à la sortie de la maternité. De son côté, le réseau régional périnatal auquel adhérent notamment les professionnels et la PMI a conçu un dossier partagé pour faciliter le suivi des enfants vulnérables

La planification et l'éducation familiale

Les missions de la PMI comportent également des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, cette dernière n'étant toutefois pas réalisée dans tous les départements de la région.

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sont ouverts à tous, avec une attention particulière pour les mineurs, les jeunes majeurs de moins de 20 ans ayants-droit de leurs parents, souhaitant garder le secret, ainsi que les non-assurés sociaux. Les consultations sont anonymes et gratuites. Les intervenants sont composés de médecins, sages-femmes et conseillers conjugaux. En 2012, la région Champagne Ardenne dispose de 18 CPEF.

Les consultations permettent de faciliter l'accès à la contraception, l'accès à l'IVG, en prenant en compte son impact psychologique (entretiens préalables et entretiens relatifs à la régulation des naissances). Au cours des consultations, des produits contraceptifs peuvent être prescrits et délivrés et divers examens peuvent être réalisés : bilans sanguins de suivi de la contraception, frottis cervico-vaginaux de dépistage du cancer du col de l'utérus, tests de grossesse, examens de dépistage des IST.

> En 2009, 6981 consultations ont été effectuées (par un médecin ou une sage femme), dont 56% étaient en lien avec la contraception (soit 3905) et 20% avec l'IVG (soit 1396), et 3488 entretiens de conseil conjugal ou de planification ont été réalisés.

Par ailleurs, les professionnels de PMI effectuent des actions collectives et de communication en direction de divers publics autour de l'éducation affective, l'éducation à la sexualité : 389 séances ont été réalisées en 2009 dans la région, dont 269 en milieu scolaire.

L'accueil des jeunes enfants

La PMI est responsable :

- de l'agrément des assistants maternels et familiaux : respectivement 8960 et 1344 agréments en cours de validité en 2009,
- du suivi et de la formation des assistants maternels (1419 assistants ont suivi des actions de formation en 2009),
- des avis et autorisations d'ouverture des établissements d'accueil des jeunes enfants et du contrôle des accueils collectifs de mineurs pour les moins de 6 ans en lien avec la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) conformément au code de l'action sociale et des familles et du code de l'éducation).

Ces missions, non "sanitaires" se situent dans un axe de prévention évident afin de garantir la santé, la sécurité et l'épanouissement des enfants dans des lieux de vie extérieurs à la famille

Les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents

Les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP), créés en 1999, permettent la mise en réseau d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien. Les principales actions menées concernent les parents de jeunes enfants et la prévention et l'appui aux familles fragiles[12].

Les REAAP sont des dispositifs partenariaux qui réunissent de nombreux acteurs. En Haute Marne par exemple, le REAAP est co-piloté par la DDCSPP, la Caisse d'Allocations Familiales, le Conseil Général et l'Union Départementale des Associations Familiales, en collaboration avec l'Inspection

[12] Bilan REAAP 2009 – Ministère de la Solidarité et de la cohésion Sociale : mai 2011

Académique, la Mission aux Droits des Femmes et à l'Egalité, et l'Association Départementale de Prévention pour la Jeunesse.

2.16 - La santé scolaire et la médecine universitaire

La santé scolaire

Le service médical : l'Académie de Reims compte 50 équivalents temps plein médecins rattachés à 14 centres médico-scolaires. Chaque médecin se voit attribuer un secteur comprenant écoles, collèges et lycées. La couverture territoriale est assurée à 100%. Les secteurs ont une importance variable selon l'importance des établissements situés dans le secteur, notamment en éducation prioritaire.

Le service infirmier : 250 équivalents temps plein infirmiers sont affectés en établissements scolaires (collège ou lycée). Cette affectation se complète par l'attribution d'un secteur primaire dans lequel ils ou elles interviennent dans la réalisation de bilans ou de suivis.

La santé scolaire rencontre actuellement des difficultés qui concernent le recrutement médical, devenu de plus en plus difficile avec des postes vacants, et l'inégalité des moyens interdépartementaux. Deux secteurs sont particulièrement touchés : les Ardennes et la Haute Marne La pyramide des âges nécessitera un renouvellement de 40% de l'effectif dans les 5 ans. Les infirmier(e)s sont confrontées à des difficultés pour concilier les activités en établissement et en secteur, ainsi qu'à des recrutements difficiles pour les zones excentrées

Leurs activités sont les suivantes :

- La réalisation des bilans de santé :
  - Le bilan de la sixième année de vie ;
  - Le bilan médical pour dérogations au travail sur machine pour les élèves mineurs ;
- La production d'avis sur les inaptitudes et la contribution aux activités des MDPH notamment sur le suivi des avis et l'aménagement des examens ;
- Les projets d'accueil individualisés (PAI) pour les élèves atteints de maladie et l'aide et l'accompagnement dans la scolarisation des élèves handicapés ;
- La contribution aux activités des CES-C ;
- La formation des enseignants notamment sur les troubles d'apprentissage ;
- La contribution à la mise en œuvre de la veille sanitaire ou aux plans d'urgence ;
- La participation aux cellules d'urgence ;
- Les examens à la demande ;
- La contribution à la veille épidémiologique (enquête triennale sur l'état de santé des enfants de 5-6 ans de la DREES[13], enquête européenne HSBC[14]) ;
- Les infirmières, quant à elles, développent une activité de soins et ont une contribution décisive à l'enseignement du secourisme.

Actuellement, deux bilans sont obligatoires, l'un au cours de la 6ème année et l'autre au cours de la 15ème année mais ce dernier n'est seulement pratiqué que sur la moitié de la population.
Le bilan de la sixième année de vie est réalisé à 90% (70% en médical, 20% en infirmier) : 9000 bilans sont réalisées en moyenne chaque année. Ce bilan est réalisé à 100% par les médecins sur les secteurs les plus défavorisés (éducation prioritaire, grande ruralité).
Sont également réalisés :

- 1000 bilans annuels de dérogation au travail sur machine
- 1000 projets d'accueil individualisé (PAI)
- 15000 examens médicaux à la demande et plus de 200000 passages annuels en infirmerie d'établissements

[13] Voir note 3
[14] La santé des élèves de 11 à 15 ans en France : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

L'étude réalisée par l'ORS Champagne Ardenne a montré que les actions d'éducation à la santé en établissement ou/et en CES-C étaient réalisées par les personnels de santé de l'éducation nationale touchant ainsi plus de 80% des établissements scolaires

Les dépistages et leurs résultats auprès des familles et des médecins traitants ne sont suivis d'aucun retour ou suite dans plus de 70% des cas

L'ensemble des activités fait l'objet d'un rapport statistique annuel, compilé au niveau national portant sur les activités de bilans, les PAI, les pathologies dépistées, la contraception d'urgence et la protection de l'enfance (en collaboration avec le service social)

Le Conseil Régional, en collaboration avec l'Education Nationale et l'ARS, lance en septembre 2011 le « Pass contraception » qui est un dispositif permettant aux lycéens et lycéennes d'accéder anonymement à la contraception.

Plus globalement, dans son très récent rapport sur la médecine scolaire[15], la Cour des comptes pointe, entre autres difficultés, l'absence de coordination avec les acteurs de terrain et préconise notamment que la répartition des missions des professionnels de santé tienne compte de la spécificité de la promotion de la santé scolaire, tout en assurant une complémentarité effective entre les différents acteurs. La Cour observe que les médecins et infirmières de l'éducation nationale sont, en effet, en première ligne pour constater et pour prévenir des difficultés ou des pathologies non encore décelées et que leur action doit donc être mise en réseau avec celle des autres intervenants dans le domaine de la santé.

La médecine universitaire

L'université de Reims Champagne-Ardenne gère un Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) comprenant des sites fixes (Reims et Troyes) et des sites mobiles (Charleville-Mézières et Chalons en Champagne). Les activités de ce service sont principalement des visites de prévention, des consultations, un service social, des vaccinations et des soins infirmiers.

2.17 - L'éducation thérapeutique du patient

La dynamique régionale autour de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) avec une implication des professionnels et des institutions

Côté hospitalier, l'éducation thérapeutique du patient a fait l'objet d'un volet spécifiquement dédié dans le SROS, arrêté en 2006. C'est dans ce cadre que se sont notamment développées les unités transversales d'éducation du patient (UTEP).

Coté extra hospitalier, l'ETP était une priorité reconnue dans le PRSP 2006-2011 et se déclinait donc dans les fiches d'orientation de l'appel à projets du GRSP. A ce titre :

- ⇨ 31 actions ont été financées dans les appels à projets 2007 à 2010
- ⇨ Les types d'actions soutenues sont variés : échanges de pratiques, sensibilisation à l'ETP, mise en place d'ateliers en éducation du patient et promotion de la santé
- ⇨ Un financement, de l'ordre de 100 000 euros chaque année, a notamment donné la possibilité à certains promoteurs de mieux structurer leurs actions et de les organiser en programmes ; ceux-ci ont été reconnus lors de la procédure d'autorisation menée par l'ARS en 2010.

Le comité de pilotage régional (conjoint au SROS et au PRSP) a aidé à la structuration des acteurs hospitaliers, tandis que parallèlement, une volonté de coordination régionale a abouti à la création en 2009 d'un poste à mi-temps de coordinateur des UTEP, rattaché au CH de Charleville.

Les structures développant l'ETP dans le cadre des programmes autorisés

Conformément à la loi n°2009 – 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et à des décrets d'application, la campagne d'autorisation des programmes d'ETP menée par l'ARS fin 2010 a conduit à autoriser 73 programmes dans la région :

[15] Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire – Cour des comptes : octobre 2011

En secteur hospitalier : 66 programmes sont autorisés, développés dans différents lieux :

- Les UTEP, au nombre de 7 dans la région : Charleville-Mézières, Troyes, Groupement Hospitalier Aube Marne, Reims, Epernay, Chalons en Champagne, Saint-Dizier.
- Des services hospitaliers prenant en charge les pathologies concernées (diabétologie, pneumologie, néphrologie, pédiatrie, soins de suite et réadaptation…)$

Selon les établissements, les liens sont plus ou moins structurés voire formalisés entre les UTEP et les services hospitaliers.

En secteur ambulatoire : les 7 programmes autorisés sont portés par :

- L'assurance Maladie et les OCAM : Centres d'examens de santé de Charleville et Reims, Mutualité sociale agricole (voir ci dessous), Mutualité Française Champagne Ardenne.
- Des professionnels de santé libéraux dans un partenariat avec l'Hôpital de Bar sur Seine et les 3 caisses d'assurance maladie dans le cadre du dispositif d'ETP ambulatoire de proximité promu par la MSA. Ce dispositif intégré au soin comprend 3 phases : formation d'éducateurs soignants (phase 1), recrutement des patients atteints de pathologies cardiovasculaires par le médecin traitant (phase 2), réalisation d'ateliers collectifs par les professionnels de santé formés et selon un programme structuré (phase 3).
- Le Réseau de santé « Réseau(x) addictions, précarité, diabète de Champagne Ardenne »
- L'association Régionale pour la Promotion de la Dialyse à Domicile - ARPDD
- L'association "Plate forme d'Education du PAtient" – PEPA à Chalons en Champagne.

Les structures et les programmes sont présentés dans les cartes en annexes 3 et 4.

Les caractéristiques des programmes

La grande majorité des programmes (57 programmes soit 78%) concernent le diabète (26), les maladies respiratoires (BPCO, Asthme, syndrome d'apnées du sommeil : 14 programmes) et les maladies cardio-vasculaires (8 programmes, obésité / nutrition (9 programmes).
Les autres programmes concernent les stomies digestives ou urinaires (3), le VIH/SIDA/hépatites (3), l'insuffisance rénale chronique (2). Parmi les programmes dédiés aux patients diabétiques, 4 concernent le diabète gestationnel et 3 les problèmes spécifiques du pied diabétique.
Enfin, 2 programmes sont autorisés au CHU de Reims pour des maladies rares : hémophilie, programme porté par le centre régional de traitement de l'hémophilie (CRTH) et mucoviscidose programme porté par le centre de ressources et de compétences sur la mucoviscidose (CRCM)

Onze programmes concernent les enfants : nutrition / obésité, diabète, asthme / allergie alimentaire, auto et hétéro sondages urinaires.

Structures et services connexes

De nombreux acteurs proposent aux patients atteints de maladies chroniques des activités et services complémentaires à l'éducation thérapeutique

- Des activités physiques adaptées : Réseau sport santé bien être (RSSBE), associations sportives (implication forte de la DRJSCS)
- Des ateliers de promotion de la santé à destination des patients (associations intervenant dans le champ de l'éducation pour la santé/promotion de la santé)
- Des programmes d'accompagnement mis en place par les organismes d'assurance maladie : programme SOPHIA de la CNAMTS, programme RSI – Diabète du RSI.
  Le programme Sophia est proposé aux patients diabétiques type 1 et 2 en ALD. Expérimenté depuis 2008 sur 11 départements, le programme s'est élargi à 19 départements en 2010, dont la Marne. Dans la Marne, le bilan établi au 7 novembre 2011 montre que 5 064 patients sont inscrits (29% de la population éligible au dispositif). Le dispositif sera généralisé en 2012 à tous les départements.
  Au plan national fin 2010, 53 000 personnes étaient inscrites et 7 300 médecins traitants impliqués. L'implication des médecins dans Sophia est valorisée dans la convention

médicale[16] : il est prévu une rémunération spécifique, forfaitaire et annuelle du médecin traitant pour l'envoi d'un questionnaire médical après l'inscription d'un de ses patients au service Sophia.
Le programme RSI-Diabète, destiné aux ressortissants du RSI atteint d'un diabète de type 2, est mis en place dans la Marne (2010) et dans les Ardennes (2011). Il comprend 4 volets : une information sur le diabète et sa prise en charge, une offre gratuite d'éducation thérapeutique dispensée par des structures spécialisées conventionnées avec le RSI, la prise en charge d'une ou plusieurs séances de prévention et de soins chez un pédicure-podologue, un accompagnement personnalisé pour aider à suivre sa prise en charge sur un espace dédié du portail internet du RSI.

[16] Convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie, entrée en vigueur le 26 septembre 2011

Chapitre 2 : La structuration générale de la prévention

1- Les constats sur l'organisation de la prévention

- Une culture commune en prévention et promotion de la santé se construit progressivement dans la région, en capitalisant sur les travaux de santé publique menés au cours des 15 dernières années : priorités identifiés par la conférence régionale de santé, programmes régionaux de santé (cancer, risque alcool, suicide), schéma régional d'éducation pour la santé, plan régional de santé publique, travaux du comité des programmes et des groupes techniques thématiques. Elle reste encore insuffisamment partagée entre les différents acteurs : institutionnels, professionnels, mais également avec la population et le manque de vision intersectorielle des activités de prévention dans la région développées ou financées par les différentes institutions intervenant dans ce domaine est souvent pointé.
- La région a des points forts qu'il convient de préserver et de conforter : la motivation et la mobilisation des acteurs, l'engagement et l'investissement fort tant institutionnel que professionnel dans certains secteurs : promotion de l'activité physique et sportive, dépistage notamment en période néonatale (couverture quasi exhaustive des nouveaux nés dans la région pour le dépistage de la surdité congénitale) et dépistage organisé des cancers (sein, colon rectum), éducation thérapeutique du patient en secteur hospitalier…
- Des acteurs nombreux, très impliqués dans les actions de prévention, notamment dans le secteur associatif.
- Des acteurs travaillant de façon isolée, collaborations peu formalisées, manque d'animation et de coordination entre les acteurs, recoupement dans les missions (CDAG / CIDDIST cf supra), implication des professionnels de santé libéraux dans les actions d'Education pour la Santé insuffisamment développée,
- Une connaissance et articulation insuffisante entre acteurs intervenants sur la même thématique et/ou vers les mêmes populations dans les différents secteurs de la prévention, voire avec les autres champs d'interventions (EPS/PS, dépistage, orientation, prise en charge sanitaire ou médico-sociale, éducation thérapeutique du patient)
- Un manque de connaissance fine des actions réalisées (répartition géographique infra départementale ou par milieu), de leurs effets, des pratiques professionnelles dans le domaine de la prévention et promotion de la santé
- Un manque de transparence dans les budgets et d'articulation entre les différentes sources de financements
- Une faiblesse méthodologique dans la conduite de projet, démarche de suivi et évaluation peu appropriée par les acteurs, peu de références aux travaux nationaux (ex : démarche qualité).
- Les actions réalisées au niveau national (campagnes d'éducation pour la santé, actions dans le cadre des plans nationaux) sont souvent mal connues des acteurs, alors même que ceux ci pourraient être d'un grand apport dans le relais auprès de la population.

Au final, le champ de la prévention est insuffisamment structuré et professionnalisé dans la région, rendant nécessaire de définir des principes directeurs en matière de structuration des activités de prévention et de les partager. Il s'agit ainsi de :

- rénover la gouvernance et le pilotage de la politique de prévention en améliorant la collaboration inter institutionnelle,
- structurer et professionnaliser les activités et services, développer la démarche qualité, coordonner et animer les acteurs, susciter la création de partenariats

- redéfinir la place du pôle régional de compétence en éducation pour la santé pour le conforter dans son rôle de plate forme ressources pour les acteurs de proximité, conformément aux missions retenues dans le cahier des charges élaboré par l'INPES.
- mieux couvrir le territoire régional en termes d'actions de prévention et promotion de la santé.

2- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS

L'axe portant sur la structuration générale de la prévention se rapporte aux enjeux transversaux et aux priorités du PSRS de Champagne Ardenne listés ci-dessous.

Favoriser la coordination avec les politiques publiques ayant un impact sur la santé (environnemental, logement, éducation, travail, …) (Enjeu 4.4.9)

- Coordonner la mise en œuvre des politiques publiques pour les adapter aux territoires.
- Mettre en cohérence les objectifs poursuivis par les autorités de tutelle sur un territoire.

Développer la coordination, l'articulation, les réseaux (Enjeu 4.4.4 ; priorité 12)

- Recenser les ressources territoriales, les dynamiques existantes et repérer les articulations indispensables.
- Garantir une coordination des acteurs de proximité des champs sanitaire, médico-social et social pour garantir la continuité des parcours et la satisfaction des besoins.
- Promouvoir le travail en réseau notamment par l'utilisation des outils collaboratifs et des moyens de communication dématérialisés.
- Accentuer le partenariat entre structures de soins, professionnels de santé, Education Nationale et associations de patients (priorité 12 – Maladies Chroniques).

Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge par la professionnalisation des acteurs et des actions et l'amélioration de la connaissance des données (Enjeu 4.4.5)

- Promouvoir une culture commune, transversale et interdisciplinaire.
- Mettre en place un dispositif d'observation et d'évaluation des besoins, des ressources, des méthodologies et des référentiels d'action.
- Disposer d'un dispositif de veille et de surveillance pluri-institutionnel régional afin d'appréhender et d'évaluer les problèmes sanitaires spécifiques de la région Champagne-Ardenne.

Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé (Enjeu 4.4.7 ; priorité 5)

- Garantir la mise à niveau et la cohérence territoriale des dispositifs et des programmes d'action précoce (Enjeu 4.4.7).
- Améliorer l'accès aux professionnels de santé, notamment dans les territoires où les populations rencontrent des difficultés socio-économiques particulières (priorité 5 – Risques sanitaires)

3- Les objectifs spécifiques et opérationnels sur la prévention

3.1 - Objectif spécifique 1.1. Construire une synergie autour des activités de prévention et promotion de la santé en améliorant la collaboration inter institutionnelle

Le sens à donner aux actions

Accompagner les dynamiques territoriales, conforter la démarche participative, susciter des projets innovants tout en sécurisant les promoteurs

Les leviers à mobiliser

Le travail interministériel, la mobilisation des membres de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention et la formalisation des partenariats institutionnels (fonctionnement par groupes techniques au sein de la commission, programmes de travail communs, accords cadre bilatéraux ou multilatéraux …). En effet, la commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile est compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par ses membres. Placée auprès de chaque agence régionale de santé, (Art L1432-1, D1432-1 à 5 du CSP), elle réunit les services de l'Etat (DDCSPP Marne, DIRECCTE, DRAAF, DREAL, DRJSCS, PJJ, Rectorat) les collectivités territoriales et leurs groupements (conseil régional, conseils généraux, communes) et les organismes de sécurité sociale (CARSAT, CPAM, MSA, RSI).

Objectif opérationnel 1.1.1. Partager les priorités en matière de PPS et établir un consensus régional sur les stratégies de financement

Actions à mener

- Identifier les acteurs institutionnels intervenant dans le champ de la prévention et promotion de la santé, connaitre et faire connaitre leurs priorités et les actions qu'ils mènent ;
- Recenser et mobiliser l'ensemble des ressources budgétaires disponibles dans le respect des contraintes et compétences de chaque institution
- Réaliser un inventaire des ressources existantes en dépenses d'intervention et suivre en continu leur complétude, leur actualisation et leur évolution :
    - En interne à l'ARS : crédits d'intervention en prévention, fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), enveloppe Missions d'intérêt général (MIG) des établissements de santé …
    - En externe : crédits relevant de la compétence des membres de la Commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention.

👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
AXE STRATEGIQUE IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel.
Objectif spécifique IV.2 : Garantir une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité sur des objectifs communs et partagés.

Objectif opérationnel 1.1.2. Harmoniser les modalités d'attribution de subvention et les pratiques de suivi et d'évaluation

Actions à mener

- Recenser et harmoniser les calendriers de dépôt des demandes.
- Partager les dossiers de demandes (modèles types, pièces administratives), les règles de sélection et d'instruction des dossiers (critères de recevabilité, outils d'instruction, ventilation

budgétaire), les outils de contractualisation (conventions, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)…), les démarches, méthodes et outils de suivi et d'évaluation.
- Identifier au sein des institutions des personnes ressources dans le champ de l'évaluation
- S'approprier en commun les référentiels et les méthodes et outils d'évaluation validés (formations pluri institutionnelles communes, référentiel partagé)
- Etablir un programme pluriannuel d'évaluation des actions co-contractualisées et/ou cofinancées et sanctuariser un budget pour l'évaluation de ces actions

Objectif opérationnel 1.1.3. Disposer d'un système d'information performant et partagé sur les actions et les acteurs en PPS

Actions à mener

- Disposer d'un système d'information institutionnel permettant la gestion des informations relatives aux actions financées, depuis le dossier de demande de subvention jusqu'aux résultats de leur évaluation
- Construire une base de données des actions de prévention du GRSP/ARS et l'élargir à celles financées par les partenaires.
- Organiser la maintenance de cette base de données (alimentation, mise à jour, exploitation) et la mise à disposition large des informations (vers les institutionnels, promoteurs, grand public), notamment sous une forme cartographique (outils de type « OSCARS » développé en région PACA), dans le cadre d'une structure commune prenant appui sur les structures existantes (ORS, pôle régional de compétence en éducation pour la santé…).

👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
AXE STRATEGIQUE IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel.
Objectif spécifique IV.2 : Garantir une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité sur des objectifs communs et partagés.

Objectif opérationnel 1.1.4. Organiser le pilotage des activités de prévention

Actions à mener

- Mettre en place une organisation (intra ARS et avec ses partenaires externes) sous la forme de groupes techniques permettant de coordonner les acteurs et suivre les activités :
  - Au niveau régional :
    - Des groupes techniques thématiques, portant sur des thèmes et/ou populations prioritaires :
      - Périnatalité et petite enfance, santé des enfants et des jeunes, santé des séniors et des personnes âgées, addictions, maladies chroniques (y compris diabète et maladies cardio-vasculaires), cancer, nutrition – obésité (y compris activité physique et sportive / sport santé).
      - Ces groupes techniques réunissent les acteurs clés pour la mise en œuvre du thème, y compris les promoteurs, l'animation est assurée par des binômes ARS / institution (partenaire majeur sur la thématique concernée)
    - Un groupe technique de coordination, composé de membres issus de la commission de coordination (correspondant à identifier par chaque institution).
  - Au niveau départemental : coordination des acteurs intervenants sur le même territoire.
- Traduire les préconisations des groupes de travail dans les accords de partenariat interinstitutionnel, dans la contractualisation avec les intervenants.

> 👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
> AXE STRATEGIQUE IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel.
> Objectif spécifique IV.2 : Garantir une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité sur des objectifs communs et partagés.

3.2 - Objectif spécifique 1.2. Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Le sens à donner aux actions

Faciliter l'accès aux activités et services en prévention / promotion de la santé, répondre à des besoins de santé prioritaires identifiés pour des groupes spécifiques de population ou sur un territoire particulier.

Les leviers à mobiliser

L'animation de la politique de santé (par territoire, thématique, population, milieu de vie) ;
L'effet structurant des cahiers des charges et des démarches de contractualisation avec les opérateurs en prévention (appel à projets, contrats d'objectifs et de moyens) ;
Les territoires prioritaires en prévention et promotion de la santé.

Objectif opérationnel 1.2.1. Améliorer la connaissance des professionnels et de la population sur les ressources disponibles (acteurs, services) et les actions en renforçant l'information et la communication

Actions à mener

- Relayer auprès des porteurs de projet les actions nationales en lien avec les priorités de la région pour favoriser le montage d'actions de proximité ciblant notamment les territoires ou les publics prioritaires.
- Mettre à disposition des informations territorialisées sur les actions réalisées, notamment les effets obtenus, les financements octroyés.
- Assurer la lisibilité des différents services, dispositifs, structures et acteurs de prévention.
- Organiser la coordination entre les annuaires réalisés sur des secteurs qui se recoupent.

> 👁 **cf. PRAPS –** Partie 4
> AXE STRATEGIQUE IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel.
> Objectif spécifique IV.1 : Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leurs parcours.
> Objectif opérationnel IV.1.1. : Favoriser une culture commune autour des problématiques de la précarité, par le développement des échanges de pratiques et de fonctionnement.

:

Objectif opérationnel 1.2.2. Inciter à une approche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »

Actions à mener

- Aider à l'écriture du volet « activités de prévention » (PS/EPS, dépistage, vaccination, ETP…) pouvant être développé par les professionnels de santé dans différentes circonstances : projets des maisons de santé pluridisciplinaires, réseaux et centres de santé, projets des établissements sanitaires et médico-sociaux (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

(CPOM), conventions tripartites), des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), contrats locaux de santé, instruments de la politique de la Ville (volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), ateliers santé ville (ASV), agenda 21) …

> 👁 **cf. SROS - Volet ambulatoire -** Chapitre 4
> OBJECTIF GENERAL I/: favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé et garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble de la région.
> Objectif spécifique I/ 2.2. Promouvoir les modes d'exercice regroupé, coordonné et les nouveaux modes de rémunération.
> Objectif opérationnel I/ 2.2.1 Accompagner les structures d'exercice coordonné et notamment des maisons pluridisciplinaires (implantées en zones prioritaires et zones urbaines sensibles)
>
> OBJECTIF GENERAL III/: Développer la coordination, l'articulation, les réseaux
> Objectif spécifique III/ 2.1.Soutenir les réseaux de santé pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs
> Objectif opérationnel : III/ 2.1.4 Développer ou renforcer les actions de prévention au sein des réseaux de santé.
>
> 👁 **cf. SROMS – Volet addictologie** – Chapitre 5
> Objectif opérationnel 1 Mettre en place le parcours de santé en addictologie
> 2. Développer le repérage et la prise en charge précoces des conduites addictives
> 2.1 Renforcer l'activité des CSAPA en matière de prévention et consultations avancées (à mi-chemin entre la prévention et le médico-social)

- Favoriser le développement d'actions en éducation pour la santé au sein des établissements médico-sociaux et sanitaires en apportant un appui aux professionnels de ces établissements.

> 👁 **cf. SROMS – Volet Personnes Handicapées** – Chapitre 3 - Titre 2
> Objectif opérationnel 7 :S'assurer de la mise en œuvre d'un véritable projet de soins garant de la qualité et de la sécurité des soins
> Action 2 : S'assurer que le projet global de soins soit formalisé et qu'il intègre les conditions d'accès aux soins non spécialisés et les actions d'éducation thérapeutique et de prévention
>
> Objectif opérationnel 8 : Promouvoir le droit d'expression, la sécurité, la santé et le bien être des personnes handicapées accueillies au sein des établissements et services.
> Action 2 : Promouvoir l'accès à la prévention, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé.

- Elaborer et mettre en œuvre des programmes populationnels en partenariat interinstitutionnel, intégrant les aspects spécifiques liés à une thématique de santé publique (articulation avec programmes et plans nationaux).
- Améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prévention, du soin, du médico-social et du social, afin de faciliter les actions pluridisciplinaires de proximité, notamment en direction des populations en situation de précarité / vulnérabilité.

> 👁 **cf. PRAPS** – Partie 4
> AXE STRATEGIQUE III : La promotion des actions de prévention de proximité des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.
> Objectif spécifique III.1 : Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.
> Objectif spécifique III.2 : Renforcer et optimiser les dispositifs spécifiques existants qui constituent des passerelles vers le droit commun.
>
> AXE STRATEGIQUE IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel.
> Objectif spécifique IV.1 : Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leurs parcours.
> Objectif opérationnel IV.1.2 : mettre en cohérence et en complémentarité les interventions pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation de précarité et encourager un travail de relais pour garantir une continuité dans le parcours de soins et d'insertion des personnes en situation de précarité, en favorisant le maillage des acteurs.

Objectif opérationnel 1.2.3. Garantir l'équité d'accès à la prévention en favorisant la mise en place d'actions en direction des populations peu ou pas touchées par la prévention

Actions à mener

- Redéfinir les territoires prioritaires d'intervention en prévention en cohérence avec les autres découpages territoriaux (premier recours, politique de la ville (ASV, CUCS), futurs contrats locaux de santé), notamment en prenant en compte l'évolution de l'offre de santé.
- Mener une réflexion sur l'opportunité d'une stratégie différenciée selon les populations/territoires visés :
    - territoires non prioritaires et/ou population générale : privilégier les actions supports en direction des professionnels relais (première ligne auprès de la population), de type appui méthodologique et formation.
    - territoires prioritaires et/ou populations spécifiques (exemple relevant de dispositifs d'insertion) : soutenir des interventions ciblées de proximité touchant directement les populations concernées, en complément des actions d'appui aux professionnels de première ligne.

> 👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
> AXE STRATEGIQUE II : L'accompagnement des personnes en situation de précarité.
> Objectif spécifique II.2 : Favoriser l'accès à la santé (droits – soins – prévention) en développant l'accompagnement social, éducatif, psychique et physiques des personnes en situation de précarité.
> Objectif opérationnel II.2.3 : Développer l'accessibilité géographique du système de santé par des réponses adaptées de proximité.
>
> AXE STRATEGIQUE III : La promotion des actions de prévention de proximité des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.
> Objectif spécifique III.1 : Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.
> Objectif opérationnel III.1.1 : Promouvoir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées sur les lieux fréquentés par les personnes en situation de précarité, à tout âge de la vie et selon des approches informative et éducative.

4- Les indicateurs de suivi en matière de structuration

1. Participation des membres de la Commission de Coordination Prévention.

2. Tableau de bord opérationnel des crédits d'intervention en prévention de l'ARS, élargi aux crédits attribués par les membres de la commission de coordination prévention.

3 Degré d'atteinte de la cible en matière de collaboration institutionnelle (appels à projets regroupés, modèle harmonisé de demande de subvention, outils communs et ratios de gestion par grands postes de dépenses, conventions multipartites pour actions cofinancées).

4. Système d'information opérationnel, informations actualisées disponibles en ligne.

5. Nombre de groupes techniques mis en place par thématique.

6. Nombre de chartes / cadres d'actions concertés / accords cadres signés avec les membres de la Commission de coordination Prévention

7. Annuaire en ligne des ressources régionales disponibles en PPS.

8. Nombre d'établissements ou structures sanitaires ou médico-sociales développant un volet prévention dans leur projet d'établissement.

9. Nombre de professionnels de premier recours développant des activités de prévention identifiées dans la convention médicale.

10 Nombre d'actions financées ayant un caractère pluridisciplinaire.

11 Part des actions financées dans les secteurs prioritaires.

Chapitre 3 : La promotion de la santé et l'éducation pour la santé

1- Le cadre général de la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'espérance de vie en bonne santé pourrait augmenter de 5 à 10 ans sans accroissement des dépenses si les efforts se portaient sur la prévention. On estime aussi que la prévention pourrait contribuer à 85% à la réduction de la mortalité prématurée, contre 15 % pour le soin.

Les facteurs qui influencent l'état de santé, ou déterminants de santé, ont un caractère très largement multifactoriel. L'état de santé d'un individu se caractérise par des interactions complexes entre des facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au long de la vie[17]. Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

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

A coté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires (qualifiés de déterminants individuels de la santé), les comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool, alimentation, exercice physique …), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiés
L'approche par les inégalités sociales de santé (définies comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une classe sociale) montre que les inégalités de santé ne relèvent pas seulement des caractéristiques individuelles mais aussi de déterminants socialement construits et qu'elles prennent racine en amont de la prise en charge de la maladie. Les efforts pour réduire ces inégalités de santé doivent donc mobiliser au-delà des politiques de soins, le secteur de la santé ne pouvant à lui seul apporter toutes les réponses, et aller vers toutes les politiques publiques en investissant le champ de la promotion de la santé[18].

La promotion de la santé désigne des activités à portée sociale, économique et politique, qui visent à :

- faire évoluer le contexte social, politique, économique et les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à leur santé,
- donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Il s'agit donc d'une approche écologique et systémique qui vise à agir sur la qualité et les conditions de vie, de travail, sur l'accès aux produits (ex : alimentation saine), aux infrastructures et aux services essentiels.
L'action sur ces déterminants relève pour partie de l'action de nombreuses institutions partenaires de l'ARS (PMI, santé scolaire, santé au travail etc.) mais également des collectivités locales (villes, départements et région) et des acteurs économiques. Elle utilise des méthodes d'intervention fondées

[17] POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C.M. dir. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint Denis : Inpes, coll. La santé en action, 2010 : 384p.
[18] MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C., Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Rapport IGAS, Mai 2011.

sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés et sur la mobilisation des ressources présentes sur chaque territoire[19].

Dans les travaux menés sur la réduction des inégalités sociales de santé, la Commission des déterminants sociaux de l'OMS[20] a retenu des recommandations et des principes d'action tels que la participation sociale, « *l'empowerment*[21] », l'intersectorialité, la petite enfance comme secteur d'intervention prioritaire pour une équité en santé dès le départ. La participation sociale et l'*empowerment* représentent la participation communautaire dans la prise de décision, soulignant comme aspect primordial l'inclusion et la participation de la société civile. Les actions intersectorielles impliquent non seulement des politiques et des actions gérées à partir du secteur de la santé lui-même, mais aussi dans d'autres secteurs qui ont intégré dans leurs objectifs la contribution à la santé (comme par exemple : l'éducation, le transport et l'habitat, etc.)[22].

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

L'EPS s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'*empowerment.*

- les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et compétences.

Cet axe du SRP se situe dans le champ de la prévention généralisée (ou universelle), c'est-à-dire des interventions destinées à l'ensemble de la population (population générale sans profil de risque particulier) ou à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini (classification de Gordon[23]). Relèvent par exemple de ce champ les actions d'éducation pour la santé réalisées en milieu scolaire, dans des entreprises, en milieu carcéral, des ateliers « bien vieillir »...

2- Les constats en promotion de la santé et l'éducation pour la santé

- La méthodologie d'intervention, le professionnalisation, la démarche qualité, la définition des indicateurs et l'évaluation varient selon les structures et constituent des axes à optimiser afin de tendre vers une harmonisation.
- La professionnalisation est directement liée à l'évolution des compétences qui concerne tous les acteurs :
  - compétences d'expertise et de fonction de recours pour les professionnels du pôle régional de compétence en EPS
  - compétences permettant la réalisation des actions (compétences thématiques et/ou méthodologiques) pour les professionnels de première ligne.
- Les acteurs régionaux qui se situent en tête de réseau, en interface ou en appui des autres opérateurs, peuvent rencontrer des difficultés de positionnement lorsqu'ils sont à la fois structure ressource et porteur de projet

[19] Voir « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Fiches 1, page 48 et suiv. Consultable en ligne sur http://www.inpes.sante.fr/
[20] M. MARMOT et al. : OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé ; in : Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. La Santé de l'homme n°414 – juillet 2011
[21] Capacité des gens de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci. In L'empowerment et l'éducation du patient D. Doumont, I Aujoulat Unité RESO, Université Catholique de Louvain 2002
[22] POTVIN L., MOQUET M.-J. Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. La santé de l'homme n°414 – juillet 2011
[23] GORDON R.S., An operationnal classification of disease prevention, Public Health Report, 1983, Vol 98, 2 ; 107-9.

- Les partenariats sont nombreux dans la région, il est donc important de les formaliser pour les rendre plus lisibles et plus efficaces. Les liens avec les professionnels de santé libéraux, l'articulation avec l'hôpital sont à renforcer.
- La dynamique vers les territoires prioritaires en cours de construction, l'inscription de cette orientation dans le cahier des charges de l'appel à projets ayant fortement incité les promoteurs à développer leurs projets sur ces territoires (territoires prioritaires de prévention, collèges et lycées prioritaires identifiés par l'Education Nationale).

3- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS

L'axe portant sur la PS / EPS se rapporte aux enjeux transversaux et aux priorités du PSRS ci-dessous.

Développer la coordination, l'articulation, les réseaux (Enjeu 4.4.4 ; priorité 12)

- Recenser les ressources territoriales, les dynamiques existantes et repérer les articulations indispensables.
- Garantir une coordination des acteurs de proximité des champs sanitaire, médico-social et social pour garantir la continuité des parcours et la satisfaction des besoins.
- Promouvoir le travail en réseau notamment par l'utilisation des outils collaboratifs et des moyens de communication dématérialisés.
- Accentuer le partenariat entre structures de soins, professionnels de santé, Education Nationale et associations de patients (priorité 12 – Maladies chroniques)

Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge par la professionnalisation des acteurs et des actions et l'amélioration de la connaissance des données (Enjeu 4.4.5)

- Promouvoir une culture commune, transversale et interdisciplinaire.
- Fixer des objectifs de partenariat aux opérateurs de terrain par l'intermédiaire de conventions et en faire un critère de sélection puis d'évaluation des actions financées (priorité 15)
- Procéder à une évaluation de la coordination des dispositifs, associant les usagers et leurs représentants.

Développer la prévention tout au long de la vie (Enjeu 4.4.6)

- Développer des actions de prévention et de promotion de la santé à destination des parents et enfants.
- Favoriser la promotion des facteurs protecteurs de la santé : activités physiques et sportives, éducation nutritionnelle, développement des compétences psychosociales, notamment vis-à-vis des publics précaires.
- Mieux prévenir les facteurs de risque de maladie, handicap et dépendance.

Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques (Priorité 10)

- Conforter et développer la prévention sur les facteurs de risques de maladies cardio-vasculaires et des cancers, et plus globalement les risques communs à l'ensemble des maladies chroniques, en développant l'activité physique adaptée, l'éducation pour la santé, notamment sur les thèmes tabac et alcool, nutrition/alimentation, sédentarité, VIH/IST.

Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques (Priorité 13)

- Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale.
- Renforcer et pérenniser les programmes de prévention primaire :
  - de la souffrance psychique des troubles mentaux à tous les âges de la vie
  - des conduites addictives en direction des populations vulnérables

Promotion et accompagnement de la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse (priorité 6)

- Accentuer les actions de communication et de prévention autour de l'éducation affective, à la sexualité et à la santé en matière de reproduction.
- Renforcer l'accompagnement de la grossesse.
- Faciliter l'accès à la contraception.
- Faciliter l'accès à l'IVG, notamment à l'IVG médicamenteuse, en prenant en compte son impact psychologique. Sensibiliser et former les médecins, notamment libéraux, aux questions relatives à l'IVG.

Optimisation et adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille (priorité 8)

- Assurer le suivi des mères et des nouveau-nés après la sortie de la maternité (en particulier lors d'une sortie précoce) en garantissant un relais identifié, notamment sur ces thématiques : allaitement, alimentation, santé mentale, suivi gynécologique et obstétrical (contraception), maladies chroniques, addictions, accompagnement social, aide à la parentalité, violences intrafamiliales.

Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé (Enjeu 4.4.7)

- Agir prioritairement en direction des personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

Garantir le respect des droits des usagers (Enjeu 4.4.8)

- Promouvoir l'égal accès aux soins et le respect des droits des usagers, notamment par la lutte contre les discriminations.

4- Les objectifs opérationnels en PS/EPS

Le sens à donner aux actions en PS/EPS

Sensibiliser, informer, éduquer à la santé, spécialement les publics les plus éloignés des démarches de prévention pour développer leur capacité à faire des choix plus favorables pour leur santé.

Favoriser la réalisation des actions à forte valeur ajoutée en matière de santé et les inscrire dans un cadre de développement plus durable.

Soutenir la diffusion des connaissances en PS/EPS et la création d'une culture commune.

Privilégier :

- les approches populationnelles (selon l'âge, les milieux de vie, des problématiques spécifiques), et les actions en milieu communautaire (quartiers) et /ou spécifique (école, travail)
- les projets développant une approche globale de la personne (estime de soi, acquisition de compétences psychosociales) et visant le renforcement des facteurs de protection (déterminants de la santé à effets positifs sur la santé comme l'activité physique et sportive) et les actions sur les facteurs de risque (conduite à risque)
- les actions favorisant le décloisonnement (sanitaire, social, éducatif), le travail interinstitutionnel, la coordination des actions et la structuration des acteurs.

Les leviers à mobiliser en PS/EPS

- La pluralité des acteurs régionaux et départementaux impliqués dans la prévention, dynamiques fédératives, mutualisation des compétences ;
- Le renforcement du partenariat institutionnel, en particulier avec les membres de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention

- La formation/sensibilisation des professionnels relais, notamment au plan méthodologique (ingénierie de projet, références aux données probantes, démarche qualité, outils de suivi et d'évaluation, participation des bénéficiaires,)
- La mobilisation du pôle régional de compétence en EPS, en lien étroit avec l'INPES, pour développer et faire connaitre les services du pôle ressource (conseil méthodologique, formation, appui documentaire…)
- L'animation de la politique de santé (par territoire, thématique, population, milieu de vie)
- La déclinaison territoriale : territoires prioritaires, ateliers santé ville
- La déclinaison régionale des plans nationaux, notamment santé environnement (PRSE 2) et santé au travail (PRST 2)
- La contractualisation avec les porteurs de projet, au niveau départemental ou régional, sous différentes formes :
  - Un conventionnement pluriannuel : soutien pérenne en contrepartie d'objectifs plus exigeants pour rendre solvable les opérateurs de prévention ou des activités de prévention structurantes (structures identifiées comme établissements ou services bénéficiant d'une procédure d'autorisation ou d'agrément ; actions portées par certains opérateurs de prévention depuis plusieurs années et ayant bénéficié d'une évaluation positive)
  - Un appel à projets annuel établi sur la base d'un cahier des charges, avec processus formalisé de sélection, suivi et évaluation des actions : faire émerger des initiatives locales et/ou expérimentales, avec possibilité de généralisation dans le cas où une pérennisation est envisagée dans les suites de l'évaluation
- Les projets des établissements sanitaires, des établissements médicosociaux.

Objectif opérationnel 2.1. Promouvoir le développement d'actions d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

Actions à mener

- Co-construire entre institutionnels et opérateurs une charte d'intervention en prévention et promotion de la santé afin de définir les principes, les modalités de réalisation de l'action et le partenariat nécessaire. Mettre en œuvre cette charte avec progressivité.
- Favoriser la mise en place d'actions à caractère pluridisciplinaire et intersectoriel, s'inscrivant dans le cadre de programme pluriannuel et en garantir le financement dans la durée (3 ans minimum).
- Associer les différents acteurs (institutions, usagers, spécialistes…) à l'élaboration et l'évaluation des projets communs en éducation pour la santé.

👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
AXE STRATEGIQUE IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel
Objectif spécifique IV.1 : Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leurs parcours
Objectif opérationnel IV.1.1 : favoriser une culture commune des professionnels autour de la problématique de la précarité, par le développement d'échanges de pratiques et de fonctionnement
Objectif opérationnel IV.1.2 : mettre en cohérence et en complémentarité les interventions pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation de précarité et encourager un travail de relais pour garantir une continuité dans le parcours de soins et d'insertion des personnes en situation de précarité, en favorisant le maillage des acteurs

- Soutenir des actions qui favorisent l'expression des bénéficiaires (public cible) et leur permettent d'être associés à toutes les étapes d'un projet et du choix des priorités d'évaluation.

> 👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
> AXE STRATEGIQUE II : L'accompagnement des personnes en situation de précarité.
> Objectif spécifique II.1 : Favoriser la capacité des personnes en situation de précarité à rechercher du soutien social et à prendre en compte leur santé, en développant leurs ressources et leurs compétences psychosociales.
> Objectif spécifique II.2 : Favoriser l'accès à la santé (droits – soins – prévention) en développant l'accompagnement social, éducatif, psychique et physiques des personnes en situation de précarité.
>
> AXE STRATEGIQUE III : La promotion des actions de prévention de proximité des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.
> Objectif spécifique III.1 : Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.
> Objectif opérationnel III.1.1 : Promouvoir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées sur les lieux fréquentés par les personnes en situation de précarité, à tout âge de la vie et selon des approches informative et éducative.

- Soutenir la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé en milieu carcéral, notamment par le développement des activités physiques et sportives.

> 👁 **cf. SROS - Volet Personnes détenues –** Chapitre 4
> 4.2 Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et judiciaire
> 4.2.3 Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral
> 4.2.3.3 : Actions de prévention et de promotion de la santé en milieu carcéral

- Inciter les établissements médicosociaux à implémenter des programmes de promotion de la santé pour les personnes âgées en ouvrant leurs institutions aux acteurs du champ sanitaire et à ceux de l'éducation pour la santé, notamment dans le domaine bucco dentaire, des troubles sensoriels (vue audition), de la nutrition

> 👁 **cf. SROMS - Volet Personnes âgées –** Chapitre 3 – Titre 2
> Objectif spécifique : Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapée
> Objectif opérationnel 4 Favoriser la qualité de l'offre de services
> Action n°2 : Prévenir les dégradations de l'autonomie en établissement, notamment dans les domaines bucco-dentaire, auditif et visuel.
>
> Objectif spécifique : Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'hospitalisation, anticipation du plan d'aide, progressivité des modalités de prise en charge.
> Objectif opérationnel 5 Coordonner les réponses autour de la personne âgée
> Action n°2 : Décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social.

- Inciter les établissements médico-sociaux à intégrer des actions de prévention / promotion de la santé dans leurs projets d'établissements

> 👁 **cf. SROMS – Volet Personnes Handicapées** – Chapitre 3 - Titre 2
> Objectif opérationnel 8 : Promouvoir le droit d'expression, la sécurité, la santé et le bien être des personnes handicapées accueillies au sein des établissements et services.

- Organiser des journées pour échanger sur les pratiques, partager des outils, présenter et mettre en valeur des actions probantes, efficaces, efficientes, innovantes.

> 👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
> AXE STRATEGIQUE I : le repérage et le diagnostic des difficultés des personnes en situation de précarité en termes de santé
> Objectif spécifique I.1 : Faciliter le repérage et promouvoir le diagnostic le plus en amont possible pour permettre un accès à la santé (droit – soins – prévention) adapté aux personnes en situation de précarité.
> Objectif opérationnel I.1.2. : Promouvoir les outils d'aide au repérage et au diagnostic pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

- Harmoniser les concepts et les outils d'intervention, diffuser les référentiels de bonnes pratiques en PPS, promouvoir les outils contribuant aux démarches qualité (PREFFI 2.0 [24], guide d'auto évaluation élaboré par l'INPES[25]…), au suivi et à l'évaluation des actions (modèle de catégorisation des résultats des actions de prévention[26]).

> 👁 **cf. SROMS - Volet Personnes âgées –** Chapitre 3 – Titre 2
> Objectif spécifique : Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapée
> Objectif opérationnel 4 Favoriser la qualité de l'offre de services
> Action n°1 : Fixer des objectifs de qualité lors de l'établissement des conventions tripartites, en référence aux recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et le développement de la bientraitance, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.

- Réaliser un état de lieux des personnes et structures effectuant des actions de formation en éducation pour la santé.
- Déterminer les besoins en matière de formation en EPS dans la région et auprès des structures sociales, médico-sociales, hospitaliers et dans l'éducation nationale.
- Faciliter la création des circuits de formation (initiale ou continue) entre les différents personnes et structures ressources de formation en EPS.

[24] PREFFI 2.0 : Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, élaboré par le NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention) et traduit par l'INPES.
[25] Guide : Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? INPES – septembre 2009
[26] Outil de catégorisation des résultats des projets de promotion de la santé et de prévention, élaboré par Promotion Santé Suisse et adapté pour la France par l'INPES.

- Proposer des formations en prévention et promotion de la santé, santé communautaire, ingénierie de projet, à l'ensemble des acteurs (professionnels, institutionnels, associations, universitaires…).

> 👁 **cf. SROMS – Volet Addictologie** – Chapitre 5
> Objectif opérationnel 1 Mettre en place le parcours de santé en addictologie
> 1. Développer et organiser la prévention des conduites addictives

Objectif opérationnel 2.2. Faciliter la mise en œuvre des partenariats opérationnels

Actions à mener

- Conforter les partenariats existants en incitant à leur formalisation.
- Susciter le rapprochement entre acteurs intervenants sur le même territoire et/ou le même milieu et/ou la même population et/ou la même thématique.

> 👁 **cf. SROMS – Volet Addictologie** – Chapitre 5
> Objectif opérationnel 1 Mettre en place le parcours de santé en addictologie
> 1. Développer et organiser la prévention des conduites addictives
> 1.4 Leviers pour l'acquisition de connaissances et de méthodologie en matière d'éducation à la santé et de promotion de la santé

- Favoriser les projets qui s'appuient sur la mise en réseau des acteurs locaux, renforcent le partenariat entre les acteurs de terrain et assurent la continuité du parcours de santé des populations concernées.

> 👁 **cf. SROMS – Volet Addictologie** – – Chapitre 5
> Objectif opérationnel 1 Mettre en place le parcours de santé en addictologie
> 1. Développer et organiser la prévention des conduites

- Organiser une journée régionale afin d'encourager la connaissance mutuelle des acteurs et le partage et la mutualisation d'expériences.
- Créer des espaces d'échange de pratiques et de coordination de tous les acteurs : usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques, institutionnelles en matière de prévention et en éducation pour la santé.

> 👁 **cf. PRAPS** – Partie 4
> AXE STRATEGIQUE IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel
> Objectif spécifique IV.1 : Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leurs parcours
> Objectif opérationnel IV.1.3 : Consolider et articuler les réseaux régionaux et de proximité, généralistes ou non.

Objectif opérationnel 2.3. Consolider le pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé dans son rôle de plate forme ressource pour les acteurs de proximité

Actions à mener

- Clarifier les rôles de l'IREPS et de ses partenaires d'une part en tant que promoteurs d'action de terrain et d'autre part en tant que structure ressource pour les acteurs de proximité (professionnels relais en première ligne auprès de la population) dans le domaine de l'appui documentaire, du conseil en méthodologie de projet et en évaluation, des formations.
- Définir avec le pôle un plan d'action pour améliorer la visibilité, l'efficacité et l'efficience de ses actions.
- Consolider les financements.

5- Les indicateurs de suivi en PS/EPS

1. Charte d'intervention en PPS réalisée.

2. Part des promoteurs de l'appel à projet signataires de la charte d'intervention.

3. Part des actions financées ayant un caractère multisectoriel, pluridisciplinaire, pluri professionnel.

4. Part des actions financées par le biais de CPOM.

5. Part des actions financées pluri annuellement.

6. Part des actions relevant du PRAPS (volume et budget).

7. Nombre de journées régionales réalisées en PPS.

8. Nombre de nouveaux promoteurs accompagnés par le pôle régional de compétence.

9. Nombre de professionnels formés.

10 Part du financement reçu par les structures porteuses du pôle régional de compétences en EPS au titre des fonctions support.

Chapitre 4 : La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

1- Le cadre général de la prévention sélective

Le champ de la prévention sélective (ou orientée) vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble (Classification de GORDON[27]). Ces activités sont destinées à divers sous-groupes de personnes, en fonction des risques spécifiques. Ce champ recouvre notamment les vaccinations, le dépistage de maladies comme les cancers…

Cette prévention fait souvent appel à des interventions réalisées par des acteurs du soin, imposant une forte articulation du schéma régional de prévention avec celui de l'organisation des soins (SROS) notamment dans son volet ambulatoire.
Les professionnels en charge des soins de premier recours sont particulièrement concernés par la prévention sélective. Ainsi, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l''hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires définit comme suit les soins de premier recours : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, de même que l'éducation pour la santé, au même titre que la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique et l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social [28]. La Loi précise également les missions du médecin généraliste de premier recours[29] et rappelle que les pharmaciens d'officine contribuent aux soins de premier recours[30].

Le dépistage a pour objectif de découvrir la maladie le plus tôt possible au cours de son évolution pour pouvoir la traiter plus tôt. Il vise donc à améliorer le pronostic d'une maladie dont l'individu ne connaît pas encore l'existence, de recourir à des traitements moins « lourds », permettant ainsi de diminuer la mortalité et la morbidité liées à la maladie dépistée. Le dépistage permet également de rassurer les sujets négatifs. La mise en œuvre des procédures de dépistage exerce aussi un effet de sensibilisation des professionnels et des usagers à la pathologie concernée et de contribuer à l'amélioration de la filière de prise en charge.

De nombreuses maladies font déjà l'objet de procédures de dépistage en France : les cancers (sein, colon-rectum, col de l'utérus), certaines maladies transmissibles ou chroniques (VIH, tuberculose, hépatites B et C, diabète type 2, saturnisme). Les dépistages peuvent être organisés à divers périodes de la vie : en période néonatale (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose, mucoviscidose, surdité bilatérale congénitale, dysplasie congénitale de la hanche), en période prénatale (rubéole, toxoplasmose, agglutinines irrégulières, trisomie 21) ou lors d'examens périodiques de santé, que ceux-ci concernent la population générale ou des populations spécifiques (santé scolaire, protection maternelle et infantile, jeunes en formation, médecine du travail, dons d'organes ou de sang, bilans bucco-dentaires).

Le dépistage est une composante essentielle du dispositif de soins pour de nombreuses maladies et de multiples facteurs de risque ; Il existe un axe dédié au dépistage / repérage dans la grande majorité des plans et programmes thématiques nationaux.

> A titre d'exemple, on peut citer le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Celui-ci comporte un axe stratégique « dépistage » dont l'objectif est de dépister précocement pour traiter plus tôt pour augmenter les chances thérapeutiques des personnes atteintes et limiter la diffusion de l'épidémie : l'enjeu est d'atteindre et de dépister les personnes qui ignorent leur séropositivité, notamment celles qui ne s'estiment pas comme « à risque » car elles se mettent en danger et représentent une source potentielle de diffusion de l'épidémie.

[27] Cf note 17
[28] Art L.1411-11 du CSP
[29] Art L 4130-1 du CSP
[30] Art L 5125-1-1A du CSP

Le « trépied » du dépistage constitue la mesure phare de cet axe : dépistage dans le système de soins par les professionnels de santé de premier recours, dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence (offre de dépistage communautaire), réorganisation du dépistage anonyme et gratuit du VIH et/ou des IST pour gagner en lisibilité et efficience.

Les plans nationaux insistent sur la nécessité d'organiser la filière de prise en charge parallèlement au développement du dépistage. Par exemple le plan obésité 2010 – 2013 précise explicitement dans son introduction que l'organisation des soins est une condition préalable à toute campagne de dépistage chez l'enfant.

Comportements et attitudes des médecins généralistes face à la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique [31]

Les médecins généralistes interrogés en 2009 sont nombreux à déclarer des pratiques de prévention médicalisée telles que les pratiques de vaccination et de dépistage sérologique. Les pratiques liées aux comportements de santé dans le domaine des addictions sont, quant à elles, variables selon le type d'addiction considéré : aborder au moins une fois le tabac avec chaque patient est fréquent – déclaré par 63,2 % des médecins généralistes –, contrairement à l'alcool ou au cannabis qui sont abordés principalement avec les patients jugés à risque – respectivement par 72,7 % et 66,5 % des médecins généralistes.

Les médecins estiment que la prévention relève de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardiovasculaire et le tabagisme. Cette déclaration d'un rôle fort en prévention est accentuée chez les médecins ayant suivi une formation en éducation pour la santé ou en éducation du patient et chez ceux qui estiment avoir suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels. Par ailleurs, la déclaration d'un rôle important en prévention dans un thème particulier est en lien avec la facilité à aborder ce même thème : ainsi, la majorité des médecins s'accordent pour dire qu'il est facile d'aborder avec leurs patients le risque cardio-vasculaire (96,1 %), le dépistage des cancers (95,5 %) ou le tabagisme (89,2 %), contrairement à la vie affective et sexuelle (58,7 %) ou à l'usage de drogues (57,0 %).
En 2009, 62,3 % des médecins déclarent utiliser au cours de leurs consultations des « questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles ». Ils étaient 31,7 % en 1998 et 33,8 % en 2003. Ces questionnaires concernent essentiellement le tabac (54,6% des médecins utilisateurs) et les maladies cardio-vasculaires (34,0%).

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, 91,4 % des médecins souhaiteraient disposer de plus de temps ; 85,0 % estiment que des campagnes grand public et 81,5 % qu'un rôle mieux reconnu en prévention sont des éléments qui pourraient faciliter ces missions. Une rémunération spécifique est l'élément le moins cité, par tout de même 64,0 % des médecins généralistes interrogés.

Pour les médecins interrogés, la prévention doit être faite prioritairement par eux-mêmes (95,7 %) et moins par d'autres intervenants comme les professionnels paramédicaux (81,6 %), les médecins spécialistes ou hospitaliers (66,4 %), les médias (61,0 %) ou les professionnels de l'enseignement ou du social (59,8 %). La possibilité de déléguer certaines activités de prévention, évoquée par 73,5 % des médecins pour faciliter leurs missions de prévention, est différemment perçue selon l'intervenant : 74,6 % seraient prêts à déléguer des tâches à des infirmiers ou à d'autres paramédicaux, 56,8 % à des médecins spécialistes et 56,2 % à des associations de patients.

[31] In : Baromètre santé médecins généralistes 2009 – INPES publié en juin 2011

2- Les constats sur la prévention sélective

(cf. carte en annexe)

Le dépistage organisé des cancers :

Malgré une progression constante du taux de participation qui reste supérieur à la moyenne nationale pour chacun des 4 départements de la région, malgré la cinquième place de notre région parmi les régions françaises, il importe de centrer encore les efforts sur l'amélioration du taux de participation. De même, Il sera intéressant de suivre dans l'avenir l'évolution des taux de cancer de bon pronostic car c'est un bon marqueur d'évaluation à moyen terme.

Les vaccinations

- La couverture vaccinale est relativement bonne dans la région avec un taux de couverture vaccinale supérieure à la moyenne nationale.
- Cependant, le taux de couverture vaccinale chez les adultes est moins élevé que chez les enfants en raison notamment du caractère non obligatoire des rappels de vaccination.
- Il existe une hétérogénéité au sein de la région des structures en charge de la vaccination publique recentralisée et de leurs moyens d'action
- Des épidémies (rougeole dans l'Aube, hépatite A dans la Haute Marne) sont identifiées et gérées par la CVGAS de l'ARS.

Le dépistage du VIH/SIDA et des IST

- La Champagne-Ardenne est moins touchée par l'infection par le VIH que certaines autres régions françaises (Ile de France, PACA, départements ultramarins).
- L'activité de dépistage du VIH est globalement satisfaisante dans les CDAG.
- Le dépistage en milieu communautaire est en cours d'organisation. L'association AIDES Champagne Ardenne, récemment habilitée pour la réalisation des TROD, a mis en place un comité de pilotage multi partenarial dans cette perspective.
- Le manque de coordination et d'échange de pratiques entre les différents centres de dépistage est souligné, de même que la nécessité d'une articulation plus forte entre CDAG et CIDDIST.
- L'offre de dépistage présente un caractère hétérogène avec notamment l'absence de CIDDIST en Haute-Marne.

Les dépistages en santé scolaire

- Les dépistages s'ils sont utiles au sens de l'observation n'ont pas d'issue dans l'accès aux soins et au diagnostic du fait de l'absence de réseau et de correspondants dans le champ sanitaire (apprentissages, conduites, obésité).
- La progression des dépistages positifs se fait presque exclusivement dans les populations les plus défavorisées et nécessiterait donc un renforcement du travail en réseau pour des prises en charge avec un accompagnement des familles vers cette prise en charge (médiateurs, travailleurs sociaux).
- Les délais et la capacité de prise en charge dans les champs psychiques et des conduites sont notoirement insuffisants, motivant une scolarité sans suivi et une insertion scolaire extrêmement difficile.
- Le dépistage précoce des troubles des conduites se heurte à un déficit de formation des acteurs sanitaires et n'a pas le caractère systématique qu'il devrait avoir.

- Le bilan de la 6° année de vie rend compte de difficultés de développement de la petite enfance (prématurité, hypotrophie, problèmes de santé de la mère, troubles de l'attachement) et l'absence préjudiciable de lien avec la PMI.
- Dans le domaine des apprentissages l'absence de formation des médecins traitants ne leur permet pas d'interpréter les bilans diagnostiques d'orthophonie ceci traduisant l'absence de systématisation de prescription des bilans par les médecins scolaires.
- Il n'y a aucune aide à la remédiation des difficultés d'apprentissage en milieu scolaire avec les enseignants alors que les personnels de santé scolaire ont développé des compétences en ce domaine.

3- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS

L'axe portant sur la prévention sélective de certaines maladies ou risques se rapporte aux enjeux transversaux et aux priorités du PSRS ci-dessous.

Développer la prévention tout au long de la vie (Enjeu 4.4.6)

- Généraliser le dépistage des pathologies sources de handicap, de dépendance, à tous les âges de la vie, notamment la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Dépister les maladies plus précocement, notamment cancers, diabète, insuffisance rénale chronique, maladies cardiovasculaires, et la souffrance psychique.

Garantir le respect des droits des usagers (Enjeu 4.4.8)

- Promouvoir l'égal accès aux soins et le respect des droits des usagers, notamment par la lutte contre les discriminations.

Développer l'accompagnement et le soutien aux aidants (Enjeu 4.4.2)

- Repérer les facteurs de vulnérabilité des aidants.

Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé (Enjeu 4.4.7)

- Agir prioritairement en direction des personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins (Priorité 11)

- Favoriser un accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, notamment via les dépistages systématiques des cancers et la gratuité des bilans de santé.

Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire (Priorité 5)

- Repérer les territoires sur lesquels les populations sont exposées à des facteurs environnementaux susceptibles de présenter un risque pour la santé, et mettre en place des mesures curatives et préventives en associant ces populations.

Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles (Priorité 7)

- Dépister, diagnostiquer et orienter les grossesses à risque médical et/ou social. Cibler en particulier les femmes isolées en les informant des différents dispositifs de suivi de la grossesse.

Optimisation et adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille (Priorité 8)

- Conforter la politique régionale de dépistages néonataux.

Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social (Priorité 9)

- Assurer le dépistage de la souffrance psychique de l'enfant, des troubles des conduites et des comportements
- Assurer le dépistage des troubles de développement à des âges déterminants (2 ans, 3/4 ans),
- Assurer le dépistage des troubles spécifiques d'apprentissage à destination de tous les enfants à partir de la 6ème année

Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins (Priorité 11)

- Renforcer le nombre et le rôle des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins scolaires.

Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares (Priorité 12)

- Favoriser le repérage et l'orientation des patients atteints de maladies et de handicaps rares.

Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques (Priorité 13)

- Renforcer et pérenniser les programmes de repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux à tous les âges de la vie
- Renforcer et pérenniser les programmes de repérage précoce des conduites addictives en direction des populations vulnérables
- Former les professionnels non spécialisés à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des usagers et de leur famille vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés.

4- Les objectifs opérationnels pour la prévention sélective

Le sens à donner aux actions en prévention sélective

Mieux connaître et agir auprès des populations présentant des risques spécifiques, en prenant en compte les inégalités de santé, notamment sur les questions de vaccination, de repérage et de dépistage des facteurs de risque et des maladies ayant un impact fort sur leur santé.

Favoriser l'accès de tous aux structures et professionnels réalisant les actions de dépistage.

Développer, structurer et coordonner les activités de dépistage et le repérage précoce sur les thématiques considérés comme prioritaires dans la région.

Les leviers à mobiliser en prévention sélective

- L'intégration des principaux plans, programmes et campagnes nationaux dont les objectifs ou les principales mesures pointent le dépistage, le repérage ou les vaccinations.
- La formation des professionnels de santé médicaux ou non médicaux.
- L'utilisation de la télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise) pour améliorer le diagnostic et le suivi de maladies chroniques comme le diabète (prévention des complications).
- La contractualisation avec les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, projets des maisons de santé pluridisciplinaires, des centres et réseaux de santé…), les opérateurs spécialisés (CDAG/CIDDIST, structures de gestion du dépistage organisé des cancers, centres de vaccinations, CSAPA, espaces santé des Missions locales …), les établissements hospitaliers et médicosociaux (projets d'établissements, CPOM, conventions tripartites…).
- La convention médicale signée le 26 juillet 2011 définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins généralistes et spécialistes libéraux. Le contrat sur la

rémunération d'objectifs prévoit des indicateurs sur le suivi des pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle) et sur la prévention (vaccinations, dépistage des cancers).

- La consolidation des partenariats institutionnels : assurance maladie (y compris les organismes complémentaires), unions régionales des professionnels de santé (URPS), collectivités territoriales.
- La déclinaison territoriale : contrats locaux de santé, ateliers santé ville, territoires prioritaires.

Objectif opérationnel 3.1. Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective

Actions à mener :

- Sensibiliser et informer les professionnels de santé sur l'importance et l'intérêt de la vaccination, du dépistage, de la prévention des risques en population générale mais également et surtout chez les publics spécifiques (personnes âgées ou handicapées) ou en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
AXE STRATEGIQUE III : La promotion des actions de prévention de proximité des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.
Objectif spécifique III.1 : Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.
Objectif opérationnel III.1.1 : Promouvoir et développer des actions de dépistage auprès des personnes en situation de précarité en délivrant des messages adaptés de sensibilisation

👁 **cf. SROS- Volet Hospitalier – Psychiatrie–** Chapitre 5
Titre 1 : Prévention en santé mentale
Objectif opérationnel : Former les professionnels non spécialisés (éducation nationale, services d'insertion professionnelle, services socio-judiciaires, professionnels de la petite enfance, professionnels du logement, services sociaux, aide à la personne, milieu du travail...) à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des usagers et de leur famille vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés

👁 **cf. SROS - Volet ambulatoire –** Chapitre 4
OBJECTIF GENERAL I/: favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé et garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble de la région.
Objectif spécifique I/ 2.1. Elaborer un projet local de santé.
Objectif opérationnel I/ 2.1.2 Affiner le diagnostic territorial des besoins et des dynamiques existantes sur les territoires de premier recours
Objectif opérationnel I/ 2.1.3 Définir une stratégie d'organisation ou réorganisation de l'offre de soins, de la prévention et du secteur médico-social

👁 **cf. SROMS - Volet Personnes âgées –** Chapitre 3 – Titre 2
Objectif spécifique : Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapée
Objectif opérationnel 4 Favoriser la qualité de l'offre de services
Action n°1 : Fixer des objectifs de qualité lors de l'établissement des conventions tripartites, en référence aux recommandations de l'ANESM, visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et le développement de la bientraitance, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.

- Inciter les professionnels de santé à intégrer dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes l'utilisation d'outils de dépistage / repérage validés au niveau national, grâce notamment à la formation et aux échanges de pratiques

> 👁 **cf. SROMS – Volet Addictologie** – Chapitre 5
> Objectif opérationnel 1 Mettre en place le parcours de santé en addictologie
> 2. Développer le repérage et la prise en charge précoces des conduites addictives
> 2.2. Mobiliser les professionnels de 1ère ligne non spécialisés (médecins généralistes, médecins du travail, gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux…)

- Associer tous les acteurs à l'élaboration et à l'évaluation des programmes de prévention.
- Favoriser la coopération entre les acteurs institutionnels et la convergence entre leurs priorités, notamment en partageant les connaissances sur les thématiques communes et en formalisant les partenariats.
- Faciliter la coordination des acteurs intervenant dans le même champ ou sur un même territoire, notamment en promouvant les dynamiques de réseau et les pratiques collaboratives :
  - Exemple dans le domaine de la santé des enfants : articulation entre PMI, santé scolaire, professionnels du premier recours, pédiatres, services hospitaliers, structures en charge des dépistages de l'enfant…
  - Exemple dans le domaine du VIH et des IST : articulation entre CDAG, CIDDIST, secteur associatif…

> 👁 **cf. SROS - Volet Hospitalier – Médecine Chirurgie** – Chapitres 4 et 6
> Chapitre 4 – Titre C. Structurer les filières de soins médico-chirurgicales
> Ces filières concernent notamment les personnes âgées, handicapées, les enfants et les adolescents, les patients victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ainsi que les patients souffrant de maladies rares ou de maladies chroniques.
>
> Chapitre 6 – Titre I. Prise en charge des enfants et adolescents
> Objectif opérationnel Assurer la coordination des acteurs participant à la prise en charge des enfants et des adolescents, pour obtenir une fédération de ces acteurs autour de leur parcours de vie.

- Favoriser l'articulation entre les structures en charge de la prévention sélective (dépistages, vaccinations) et les autres professionnels en amont (professionnels de premier recours, intervenants en éducation pour la santé et en promotion de la santé) ou en aval (professionnels intervenant dans la prise en charge, professionnels spécialisés,), notamment en améliorant la circulation de l'information.

> 👁 **cf. PRAPS -** Partie 4
> AXE STRATEGIQUE I : le repérage et le diagnostic des difficultés des personnes en situation de précarité en termes de santé
> Objectif spécifique I.1 : Faciliter le repérage et promouvoir le diagnostic le plus en amont possible pour permettre un accès à la santé (droit – soins – prévention) adapté aux personnes en situation de précarité
> Objectif opérationnel I.1.1 : Mobiliser les structures de proximité généralistes d'une part, et les structures d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de précarité d'autre part, susceptibles de faire un repérage et un relais d'information pour l'ouverture des droits de publics cibles pour garantir un meilleur accès aux droits.

👁 **cf. SROS - Volet Hospitalier – Cancer** – Chapitre 2
2.3 Prévention et dépistage.

👁 **cf. Programme régional de développement de la télémédecine -** Chapitre 4
AXE II : Maillage territorial pour le premier recours.
Action 3 : prévention des complications du diabète (rétinopathie, pied diabétique).

Objectif opérationnel 3.2. Améliorer la couverture vaccinale de la population champardennaise

Actions à mener :

- Connaitre à un niveau infra départemental (territoires de premier recours) la situation en matière de vaccination dans la région à partir de l'analyse des données issues des bases de l'Assurance Maladie : couverture vaccinale pour les vaccins recommandés dans le calendrier vaccinal, pratiques des professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes) en matière de vaccinations.
- Elaborer de façon concertée une stratégie pour améliorer la couverture vaccinale et mettre en œuvre les actions en partenariat :
  - Mettre en place un groupe technique régional comprenant les acteurs concernés (institutionnels, professionnels de santé) et chargé de déterminer les actions à mettre en œuvre et d'en assurer le suivi
- Assurer la promotion de la semaine européenne de la vaccination et améliorer son organisation, notamment en termes de coordination des acteurs, d'évaluation et de valorisation des actions.
- Promouvoir les préconisations du calendrier vaccinal auprès des professionnels de santé de 1er recours, notamment au décours d'un épisode épidémique dont la gestion a été assurée par la cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires (CVGAS) de l'ARS.

Objectif opérationnel 3.3. Consolider les dispositifs de dépistage existants et améliorer la participation en ciblant les populations qui en sont le plus éloignées

Actions à mener :

- Améliorer la connaissance de la couverture des dépistages des cancers déjà mis en œuvre dans la région, notamment en analysant les disparités infrarégionales de recours :
  - Réaliser en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé (ORS) Champagne Ardenne et les 4 structures de gestion du dépistage organisé des cancers une étude de la couverture du dépistage des cancers du sein et colorectal (dépistage organisé et dépistage individuel) par territoire de premier recours et des facteurs influençant le recours au dépistage.
  - Mettre en place des actions de sensibilisation adaptées aux situations identifiées.
- Renforcer le dépistage des hépatites et des IST, en particulier l'infection à chlamydiae.
- Améliorer la couverture territoriale du dépistage des IST (notamment dans le département de la Haute-Marne).
- Promouvoir les dispositifs existants en informant et en sensibilisant la population sur les structures existantes.
- Améliorer l'accessibilité des dispositifs existants aux personnes en situation de vulnérabilité (personnes en situation de précarité, handicapées, détenues) et développer des actions de sensibilisation ciblées.

👁 **cf. PRAPS –** Partie 4
AXE STRATEGIQUE III : La promotion des actions de prévention de proximité des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.
Objectif spécifique III.1 : Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.
Objectif opérationnel III.1.3 : Promouvoir les actions de dépistage auprès des personnes en situation de précarité en délivrant des messages adaptés de sensibilisation.

👁 **cf. SROS - Volet Personnes détenues –** Chapitre 4
4.2 Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et judiciaire
4.2.2 Détecter, prendre en charge et suivre les addictions à l'arrivée, pendant la détention, et en prévision de la sortie
4.2.3 Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral

👁 **cf. SROMS – Volet Personnes Handicapées** – Chapitre 3 - Titre 2
Objectif opérationnel 8 : promouvoir le droit d'expression, la sécurité et le bien être des personnes handicapées au sein des établissements et services.
Action 2 : Promouvoir l'accès à la prévention, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé.

Objectif opérationnel 3.4. Intégrer dans la déclinaison des futurs programmes populationnels la mise en place des nouveaux dépistages

Les priorités et objectifs du PSRS ont identifié de multiples risques ainsi que des maladies nécessitant un repérage ou un dépistage précoce. La plupart des plans et programmes nationaux récemment élaborés développent également cet axe et insistent sur la nécessité d'intégrer le processus de dépistage dans le parcours de soins des patients.

Sont notamment concernés :

- les tests rapides d'orientation diagnostique du VIH (TROD), notamment en milieu communautaire,
- la fragilité des personnes âgées, notamment pour prévenir la dénutrition, les chutes, les troubles de la mémoire,
- les facteurs de vulnérabilité des aidants,
- le diabète et ses complications notamment rénales,
- les facteurs de risques vasculaires,
- les conduites addictives, notamment le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en matière d'alcool
- les cancers (col de l'utérus, peau),
- la souffrance psychique,
- les troubles du développement, des apprentissages scolaires et des conduites et des comportements chez l'enfant
- l'obésité et le surpoids, notamment chez l'enfant,
- la déficience génétique en Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase (MCAD) pour les dépistages néonataux
- le repérage des maladies et handicaps rares…

Actions à mener :

- Identifier les nouvelles actions à engager en priorité
- Intégrer toute nouvelle action de dépistage dans un parcours de soins coordonné avec la filière de prise en charge.
- Assurer le financement

👁 **cf. SROS - Volet Hospitalier – Psychiatrie–** Chapitre 5
Titre 1 : Prévention en santé mentale
Objectif opérationnel : Améliorer la prévention primaire et le repérage précoce de la souffrance psychique, des troubles mentaux et des conduites addictives chez les aidants, les familles et enfants de personnes atteintes de troubles psychiatriques.

👁 **cf. SROS – Volet Hospitalier –Insuffisance Rénale Chronique** – Chapitre 4
4.1. Réduire l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale.
4.1.1. Prévenir, retarder et dépister plus tôt l'IRC.

👁 **cf. SROMS – Volet Personnes Handicapées** – Chapitre 3 - Titre 2
Objectif opérationnel 8 : promouvoir le droit d'expression, la sécurité et le bien être des personnes handicapées au sein des établissements et services.
Action 2 : Promouvoir l'accès à la prévention, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé.

5 - Les indicateurs de suivi en prévention sélective

1. Participation des acteurs des différents secteurs à la construction et à la mise en œuvre des programmes thématiques et/ou populationnels en prévention sélective.

2. Stratégie vaccinale régionale élaborée.

3. Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (Indicateurs CPOM ARS).

4. Taux de participation au dépistage des cancers (sein et colorectal) pour la population générale (Indicateurs CPOM ARS).

5. Taux de participation au dépistage des cancers (sein et colorectal) pour la population bénéficiaire de la CMUc.

6. Part des actions de sensibilisation au dépistage des cancers.

7. Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants de 6 ans (Indicateurs CPOM ARS).

Chapitre 5 : La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

1- Le cadre général de l'ETP

Les actions de prévention tertiaire cherchent à limiter les risques de rechutes, de séquelles ou de complications d'une maladie. Plus encore que la prévention sélective, la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage repose sur la mobilisation et les compétences des acteurs du système de soins. Elle témoigne une nouvelle fois du continuum prévention-soin et de la nécessité d'organiser les transversalités entre les différents schémas.

Cette modalité de prévention entre dans le champ de la prévention ciblée (ou indiquée), qui concerne la prise en charge des personnes à haut risque ou qui présentent des signes précurseurs (classification de GORDON[32]), à savoir les patients ou les personnes en perte d'autonomie.
Ces actions prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion par :

- Le traitement rationnel des événements indésirables associés aux soins (événements indésirables graves et infections associées aux soins) mettant en jeu la sécurité des patients ou pouvant représenter une menace de santé publique (épidémies locorégionales) afin de mettre fin à la menace immédiate et d'anticiper leur reproduction (analyse des causes) ;
- L'adaptation et l'amélioration des pratiques professionnelles qui consistent à rechercher le mode d'intervention efficace le moins agressif possible, afin d'en limiter les conséquences négatives ;
- Une organisation du système de santé adaptée à l'approche de la personne âgée, contribuant à préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes et à prévenir les rechutes ;
- Une préparation du retour au domicile, en organisant le parcours de soins pour une récupération adaptée de l'autonomie, prévenant ainsi des rechutes par défaut de consolidation de l'état de santé, notamment chez la personne âgée.
- En cas de dépendance permanente, une prise en charge adaptée pour l'accomplissement des gestes de la vie courante et le maintien d'une certaine qualité de vie (une dépendance non accompagnée ne peut pas contribuer à stabiliser un état de santé déficient) ;
- Un renforcement de l'autonomie des patients atteints de maladies chroniques, notamment par l'éducation thérapeutique, afin de retarder la survenue de pathologies secondaires entraînant des limitations fonctionnelles et une dégradation de la qualité de vie.

L'axe 4 du volet Prévention Promotion de la Santé du Schéma Régional de Prévention développe ce dernier aspect de la prévention qui concerne l'éducation thérapeutique du patient.

1.1 - La définition de l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient est un processus par étapes, intégré aux soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées ainsi que les comportements de santé et de maladie du patient**.** Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie (OMS – 1998, HAS - 2007). L'ETP fait donc partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

[32] Cf note 17

Selon l'article L.1161-1 du CSP, l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.
L'article L.1161-3 du CSP précise que les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie

L'ETP se situe dans le champ des maladies chroniques : diabète de type 1 et 2, maladies respiratoires (asthme et broncho pneumopathie chronique obstructive - BPCO), maladies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance rénale chronique, obésité, VIH/SIDA et hépatites, pathologies occasionnant la pose de stomies. Elle concerne aussi bien les adultes que les enfants.

1.2 - Le cadrage législatif et réglementaire de l'ETP

Le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 constitue le plan fondateur de l'ETP en France. Une des mesures phares du plan est le développement de l'ETP en ville et à l'hôpital dans un cadre harmonisé au niveau national.
Inscrite dans 4 des 15 mesures du plan (mesures 3, 4, 5 et 6), l'ETP constitue le cœur de son axe 2 « Elargir la médecine de soins à la prévention » dont l'objectif est d'intégrer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans les pratiques des professionnels de santé. Cela implique une formation des professionnels de santé amenés à intervenir auprès des patients et une sensibilisation à la dimension éthique de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques.
Les programmes d'éducation thérapeutique doivent ainsi tenir compte des besoins des patients et s'appuyer sur l'expertise des associations de patients. Les mesures correspondantes sont :

- impliquer les patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants ;
- intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient ;
- rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville ;
- mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants ;

La Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 reconnait l'ETP comme une priorité nationale, l'inscrit dans le code de la santé publique (articles L.1161 et suivants du CSP) et définit un régime d'autorisation pour les programmes. Deux décrets et 2 arrêtés d'application précisent les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP et les modalités de la procédure d'autorisation des programmes d'ETP par l'ARS.

- Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient,
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande d'autorisation. Le cahier des charges est composé de 5 chapitres : l'équipe, le programme, la coordination, la confidentialité et la déontologie, l'évaluation.
- Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient
- Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique

Le guide méthodologique HAS / INPES « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques », publié en juin 2007, définit notamment les 3 étapes d'un programme : le diagnostic éducatif, les séances collectives ou individuelles et l'évaluation individuelle finale.

1.3 - L'autorisation des programmes d'ETP au niveau national

Le bilan national de la première vague d'autorisation des programmes d'ETP (programme qui fonctionnaient avant la parution de la loi HPST) a été réalisé par la Direction Générale de la santé en mars 2011. Au terme de cette procédure, 1796 programmes ont été autorisés.

Les pathologies concernées sont majoritairement le diabète (31%), les maladies cardiovasculaires (16%), les maladies respiratoires (12%), la stomathérapie (6%), l'insuffisance rénale chronique et le VIH/SIDA (5%), les maladies rares (3%), la psychiatrie et maladies mentales (2%). Les autres pathologies (dont obésité) concernent 20% des programmes.
Les lieux d'activité sont l'hôpital dans 74% des cas, les centres de soins de suite et réadaptation (9%), les réseaux de santé (8%), les maisons et centres de santé (4%) et les autres lieux (5%).

1.4 - Les comportements et attitudes des médecins généralistes face à la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique [33]

Concernant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les médecins généralistes interrogés en 2009 déclarent avant tout informer et conseiller (95,3 % le font « systématiquement » ou « souvent »). Moins de la moitié d'entre eux (45,2 %) orientent régulièrement leurs patients vers d'autres intervenants et un tiers (33,7 %) mettent en œuvre eux-mêmes des activités éducatives.

Les médecins estiment que la prévention relève de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardiovasculaire et le tabagisme. Cette déclaration d'un rôle fort en prévention est accentuée chez les médecins ayant suivi une formation en éducation pour la santé ou en éducation du patient et chez ceux qui estiment avoir suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels

Les médecins se sentent moins efficaces en 2009 qu'en 2003 dans l'éducation de leurs patients, notamment asthmatiques (78,7 % vs 87,6 %) et diabétiques (72,4 % vs 78,0 %), champ pourtant plus formalisé et plus médiatisé ces dernières années. Aucune évolution n'est constatée pour l'éducation des patients hypertendus (90,3 %), patients pour lesquels les praticiens se jugent le plus efficaces.

2- Les constats sur l'ETP

- Une augmentation constante du nombre de malades chroniques, avec une découverte parfois tardive au stade des complications
- Une ALD prioritaire : le diabète, avec une offre se déployant en direction des différentes problématiques du diabète.
- Une offre de programmes autorisés principalement hospitalière, peu développée en ambulatoire, mais inégalement répartie sur la région (pas de programme pour les enfants ni de programme en secteur ambulatoire en Haute Marne) *(cf. cartes en annexe).*
- Une offre en direction des enfants en cours de formalisation, notamment dans le champ de l'obésité / surpoids
- Une coordination régionale des UTEP formalisée
- Une articulation avec le milieu sportif en voie de structuration permettant de développer le versant activité physique dans la prise en charge des patients.

[33] Baromètre santé médecins généralistes 2009 – INPES publié en juin 2011

3- Les enjeux, priorités et objectifs de référence du PSRS

Développer la prévention tout au long de la vie (Enjeu 4.4.6)

- Développer les pratiques d'éducation, les actions d'apprentissage et les programmes thérapeutiques d'accompagnement dans la maladie pour retarder l'apparition des complications et réduire les hospitalisations pour phases aiguës.

Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques (Priorité 10)

- Développer l'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques, en formant les professionnels
- Associer les usagers à la conception et à la mise en œuvre de programmes d'éducation.

Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé (Enjeu 4.4.7)

- Agir prioritairement en direction des personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

4- Les objectifs opérationnels en ETP

Le sens à donner aux actions en ETP

Développer une offre en éducation thérapeutique qui profite au plus grand nombre de patients atteints de maladies chroniques tout en restant soutenable financièrement.

Les leviers à mobiliser en ETP

La procédure réglementaire d'autorisation des programmes d'ETP conduite par l'ARS.
Les partenariats institutionnels : assurance maladie (y compris les organismes complémentaires), les unions régionales des professionnels de santé (URPS).
La contractualisation avec les professionnels :

- Contractualisation avec les professionnels de santé (convention médicale, projets de MSP, projets des réseaux de santé …)
- Contractualisation avec les établissements de santé : (CPOM, MIG spécifique aux actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques)

La déclinaison territoriale : projets locaux (ASV, MSP…), contrats locaux de santé, territoires prioritaires.
Les leviers financiers : MIG, FIQCS, FNPEIS (CNAMTS, MSA, RSI), expérimentations prévues par l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008 (Nouveaux modes de rémunérations – NMR- des professionnels)

Objectif opérationnel 4.1. Conforter l'offre existante en éducation thérapeutique du patient

Actions à mener

- Faire connaitre les programmes autorisés auprès des professionnels de santé et des patients.
- Soutenir le déploiement de la démarche sport santé en direction des patients ;
- Améliorer la coordination des programmes existants :
  - En prenant appui sur la coordination actuelle des UTEP pour l'élargir à tous les porteurs de programmes autorisés ;
  - En organisant des échanges de pratiques ;
  - En conduisant une réflexion sur les possibilités de mutualisation entre les programmes sur l'insuffisance rénale chronique, le diabète et les maladies cardiovasculaires, ces pathologies étant très souvent associées chez le même patient.

> 👁 **cf. SROS - Volet Hospitalier – Insuffisance Rénale Chronique** – Chapitre 4
> 4.1. Réduire l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale.
> 4.1.1. Prévenir, retarder et dépister plus tôt l'IRC.
>
> 👁 **cf. SROS- Volet Hospitalier – Médecine Chirurgie** – Chapitre 6
> Titre G. Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques
> Objectif opérationnel : Favoriser l'observance du projet personnalisé de soins, adapté à chaque patient, durant toute la maladie, par la cohérence du parcours du patient et la prise en compte de la dimension d'accompagnement des aidants naturels ou professionnels du malade

- Articuler l'éducation thérapeutique effectuée dans le cadre des programmes autorisés avec les actions d'accompagnement, notamment celles menées par les régimes d'assurance maladie.

Apporter un appui méthodologique aux coordonnateurs des programmes autorisés dans la mise en place de la démarche et des outils nécessaires au suivi et à l'évaluation des programmes (en référence à la HAS) :

  - Critères à définir pour le suivi annuel, à réaliser dans le cadre de l'autoévaluation et à articuler avec une approche « qualité » : indicateurs portant sur le niveau d'activité (sur la base de 50 patients annuels, à moduler selon les spécificités du programme) et les processus mis en place (déroulement des programmes, modalités d'intervention, conformité aux recommandations …)
  - Critères à définir pour l'évaluation quadriennale, s'intéressant aux effets des programmes en termes de résultats de santé : indicateurs mesurant la qualité de vie, les consommations de soins, la survenue de complications…

- Inciter les porteurs de programmes à intégrer les associations de patients dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes.
- Soutenir l'offre de formation dans la région (formation initiale et formation continue) et lui donner de la visibilité.
- Garantir le déploiement des ressources financières en direction des programmes autorisés en optimisant l'utilisation de l'enveloppe MIG (établissements de santé) et en mobilisant les autres leviers financiers existants (NMR, FIQCS, FNPEIS).

Objectif opérationnel 4.2. Accompagner le développement de l'offre vers l'ambulatoire en veillant à améliorer la couverture des services

Cible :

Pathologies prioritaires : diabète type 1 et 2, maladies cardio vasculaires (notamment insuffisance cardiaque et HTA), maladies respiratoires (notamment BPCO et asthme), obésité/nutrition, insuffisance rénale chronique, VIH/SIDA

Publics : Personnes vulnérables, notamment en situation de précarité, personnes isolées notamment en milieu rural, personnes en milieu carcéral

Actions à mener

- Accompagner le développement de nouveaux programmes en direction des pathologies / publics prioritaires en s'assurant :
  - De leur conformité au cahier des charges national
  - De leur complémentarité avec les programmes existants notamment en termes de couverture géographique des services offerts aux patients
- Définir un cadre d'intervention permettant d'organiser le maillage du territoire selon une offre graduée (référence aux niveaux de formation définis par l'OMS) :
  - Niveau de proximité : ambulatoire (professionnels de santé libéraux, MSP, réseaux de proximité…). Il s'agit d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les pratiques quotidiennes des professionnels auprès de leurs patients atteints de

maladies chroniques (aide à l'observance, apprentissage, actions éducatives). Sont particulièrement concernées les pathologies dont la prévalence est forte, en particulier le diabète, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires.

- Niveau de « recours » (UTEP / Etablissements de santé / réseaux régionaux support) : structures autorisées pour des programmes. Il s'agit d'organiser la prise en charge des patients lourds et/ou complexes, de disposer de la capacité à concevoir, coordonner et évaluer les programmes, d'exercer un rôle de structure ressource pour les acteurs de proximité (formation).

👁 **cf. SROS - Volet ambulatoire –** Chapitre 4
OBJECTIF GENERAL I/: favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé et garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble de la région.
Objectif spécifique I/ 2.1. Elaborer un projet local de santé.
Objectif opérationnel I/ 2.1.2 Affiner le diagnostic territorial des besoins et des dynamiques existantes sur les territoires de premier recours
Objectif opérationnel I/ 2.1.3 Définir une stratégie d'organisation ou réorganisation de l'offre de soins, de la prévention et du secteur médico-social

- Sensibiliser puis former les professionnels de santé de premier recours à la démarche éducative, les médecins traitants étant particulièrement concernés, et favoriser la participation de ces professionnels formés à l'ETP dans les programmes autorisés
- Favoriser la participation des professionnels des établissements de santé à des actions éducatives réalisées en proximité.

Objectif opérationnel 4.3. Conforter le partenariat institutionnel pour accompagner le développement de l'ETP

- Mettre en place un comité de suivi ARS - Assurance maladie (3 régimes, Mutualité), intégrant les professionnels de santé (URPS, coordination régionale des UTEP) et les associations de patients.

5- Les indicateurs de suivi en ETP

1. Nombre de patients bénéficiant d'un programme autorisé d'ETP (par pathologie)

2. Part de patients ayant suivi le cycle entier proposé dans le programme (diagnostic éducatif et évaluation individuelle formalisés et transmis au médecin traitant)

3. Part de patients adressés vers une structure proposant un programme autorisé par un professionnel du secteur ambulatoire.

4. Proportion des programmes intégrant les associations de patients.

5. Nombre de projets élaborés par les professionnels de santé du 1er recours dans le cadre d'un mode d'exercice collectif (MSP, réseaux…) comportant un axe ETP.

6. Nombre de professionnels de santé du 1er recours participant à des programmes d'ETP autorisés.

7. Suivi du nombre de séjours pour amputation des membres inférieurs chez les patients diabétiques (PMSI)

Chapitre 6 : Les éléments de transversalité du schéma

1- Liens SRP – PPS et SROMS – Personnes Agées

- Inciter les établissements médicosociaux à implémenter des programmes de promotion de la santé pour les personnes âgées en ouvrant leurs institutions aux acteurs du champ sanitaire et à ceux de l'éducation pour la santé, notamment dans le domaine bucco dentaire, des troubles sensoriels (vue audition), de la nutrition
- Déployer des outils (MOBIQUAL) ayant trait à l'amélioration de la qualité de service en EHPAD et en SSIAD (inscription dans les projets d'établissements, les CPOM, les conventions tripartites)
- Faciliter l'accès aux dépistages et aux vaccinations dans les établissements médico-sociaux (inscription dans les projets d'établissements, les CPOM, les conventions tripartites)
- Mobiliser les professionnels libéraux au « Bien vieillir ».

2- Liens SRP – PPS et SROMS – Addictologie

- Définition de la prévention dans les CSAPA, d'un schéma cible sur la population à toucher identifiée par le secteur social.
- Partenariat entre les structures en addictologie et les porteurs de projets de l'appel à projets qui mènent des actions sur le thème des addictions.
- Coordination des acteurs de la prévention, partenariat entre acteurs de la PPS (intervenants en milieu scolaire par exemple) et structures spécialisées en addictologie
- Formation des professionnels de première ligne non spécialisés dans le champ des addictions (champ éducatif, professionnels de santé du 1er recours, professionnels sociaux) à l'utilisation des outils de repérage et l'orientation vers le dispositif spécialisé
- Formations pluriprofessionnelles et intersectorielles

3- Liens SRP – PPS et SROMS – Personnes Handicapées

- Améliorer l'accessibilité des programmes / structures de dépistage et vaccinations pour les personnes handicapées (inscription dans les projets d'établissements)
- Accompagner les professionnels des établissements médicosociaux dans la mise en place d'actions d'éducation pour la santé/ promotion de la santé (addictions, sexualité, nutrition, activité physique…) en facilitant leur mise en relation avec les professionnels ayant une expertise dans ce champ (ex : pôle régional de compétence en EPS, professionnels intervenant en prévention spécialisée)
- Inciter les établissements médico-sociaux à intégrer des actions de prévention / promotion de la santé dans leurs projets d'établissements
- Faciliter le repérage précoce des troubles sévères du langage, des troubles de la conduite et du comportement

4- Liens SRP – PPS et SROS – Ambulatoire

- Appui à la mise en œuvre du volet prévention (promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention sélective, éducation thérapeutique du patient) des projets renvoyant à des modes d'exercice collectif : maisons de santé pluridisciplinaires, réseaux de santé, centres de santé, pôles de santé …
- Définition du rôle des professionnels de santé du 1er recours (médecins, pharmaciens, professionnels paramédicaux …) dans les actions de prévention, d'ETP en proximité,

5- Liens SRP – PPS et SROS – hospitalier

- Faciliter le rapprochement des équipes de néphrologie, diabétologie et cardiologie pour étudier les possibilités de mutualisation entre les programmes d'ETP.
- Développer pour les patients atteints de pathologies chroniques une offre ambulatoire d'éducation thérapeutique du patient articulée avec l'offre hospitalière,
- Favoriser la fluidité des parcours de soins par une meilleure coordination des structures de prise en charge assurant le dépistage / repérage précoce des différentes pathologies (orientation, accessibilité), notamment dans le diabète, l'obésité de l'enfant, le suivi de la grossesse, et les maladies cardiovasculaires.
- Sensibilisation des professionnels à la prévention de la souffrance psychique, notamment pour le repérage de la fragilité/vulnérabilité des aidants, des familles, des enfants de patients atteints de troubles psychiatriques
- Faciliter l'articulation entre les structures en charge du dépistage organisé des cancers et les structures en charge des soins
- Favoriser la coordination entre les structures de gestion du dépistage du cancer et les UCSA pour améliorer l'accès des personnes incarcérées aux dépistages organisés des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon-rectum.
- Soutenir la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé en milieu carcéral, notamment par le développement des activités physiques et sportives.

6- Liens SRP – PPS et PRAPS

- Introduire dans les conditions d'éligibilité des AAP la notion d'information sur l'ouverture des droits dès lors que l'action de PPS concerne les populations en situation de précarité
- Travail de proximité des porteurs de projets sur l''accès aux soins et aux droits des publics en difficultés, des personnes en rupture sociale. Orientation des jeunes vers les structures spécialisées.
- Orientation spécifique des dispositifs de dépistage vers les personnes les plus éloignées. Articulation avec des actions de sensibilisation menées dans les communautés.

7- Liens SRP – PPS et PRSE 2

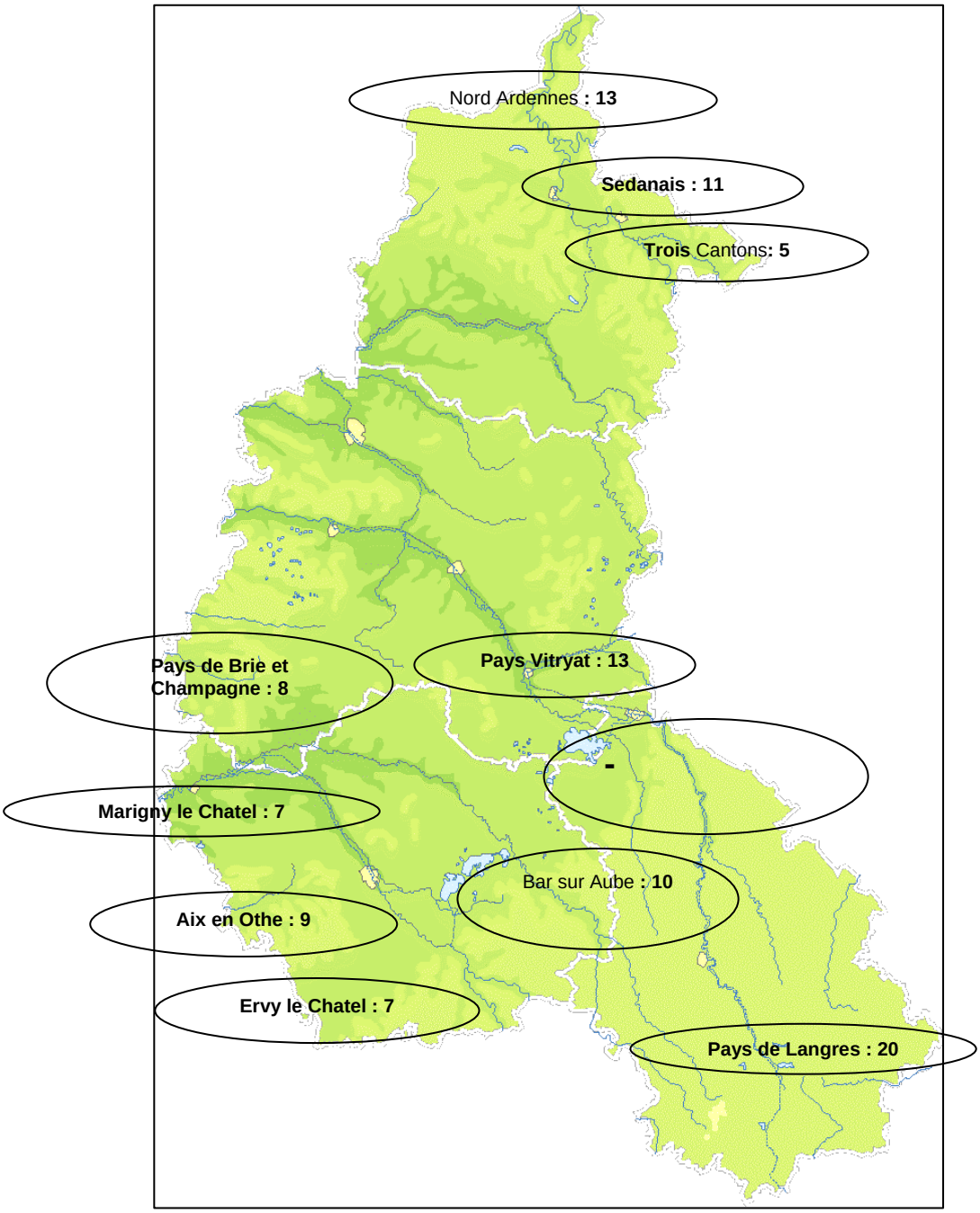
- Intégrer la thématique santé environnement dans les actions de prévention / promotion de la santé

8- Liens SRP – PPS et VAGUSAN

- Développer des actions de sensibilisation à la vaccination (ex rappel du calendrier vaccinal) en direction des professionnels de santé et/ou de la population au décours d'épidémies (ex : rougeole, hépatite, méningite).

Annexes

Annexe 1 : Les actions dans les territoires prioritaires en PPS* (appel à projet 2011).



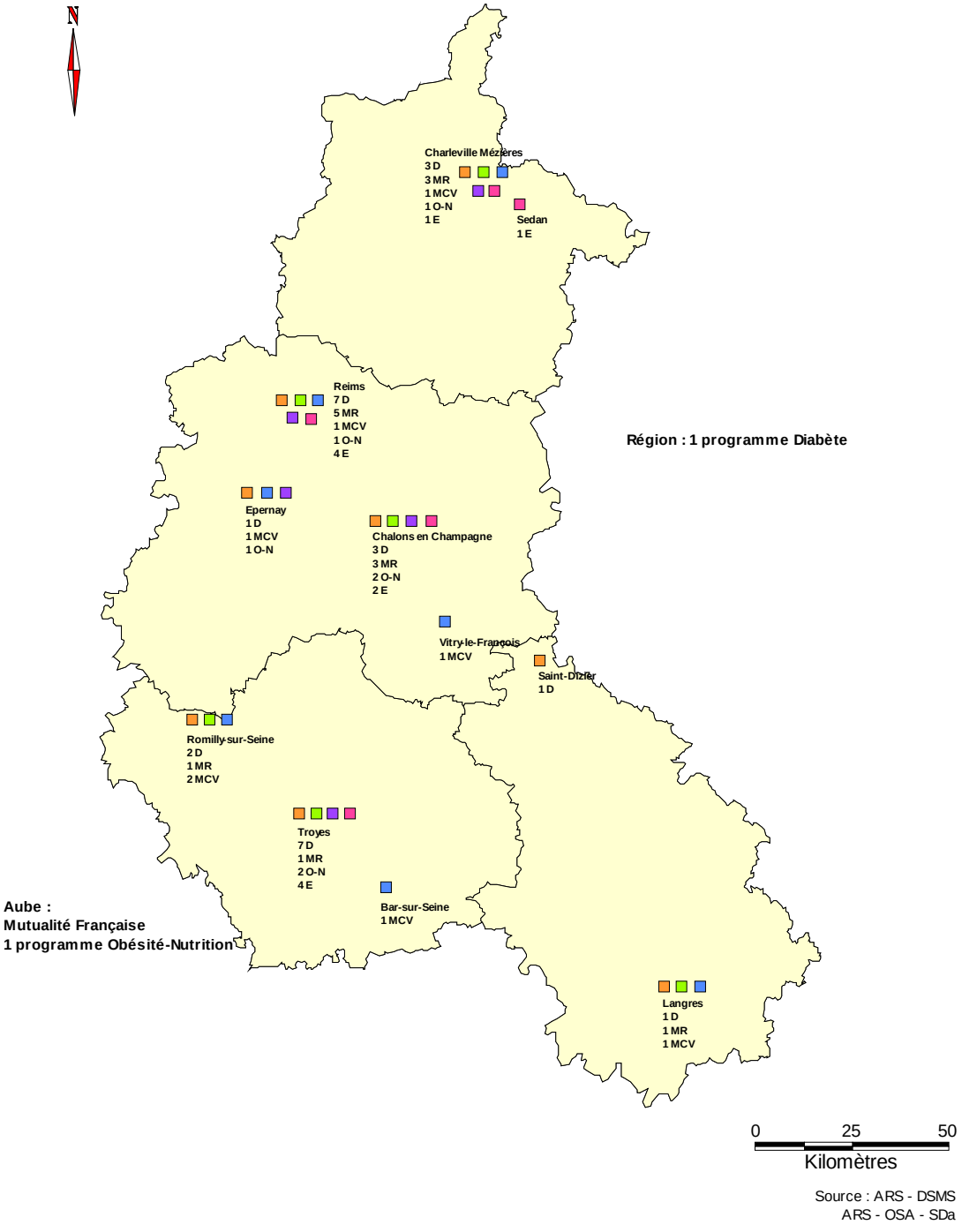
* Se rapporter au chapitre 4 du bilan de l'existant pour les éléments relatifs aux territoires prioritaires d'intervention en prévention et promotion de la santé.

Annexe 2 : Les structures spécialisées de dépistage



Annexe 3 : Les programmes d'éducation thérapeutique du patient

Les programmes d'éducation thérapeutique de patient en Champagne Ardenne

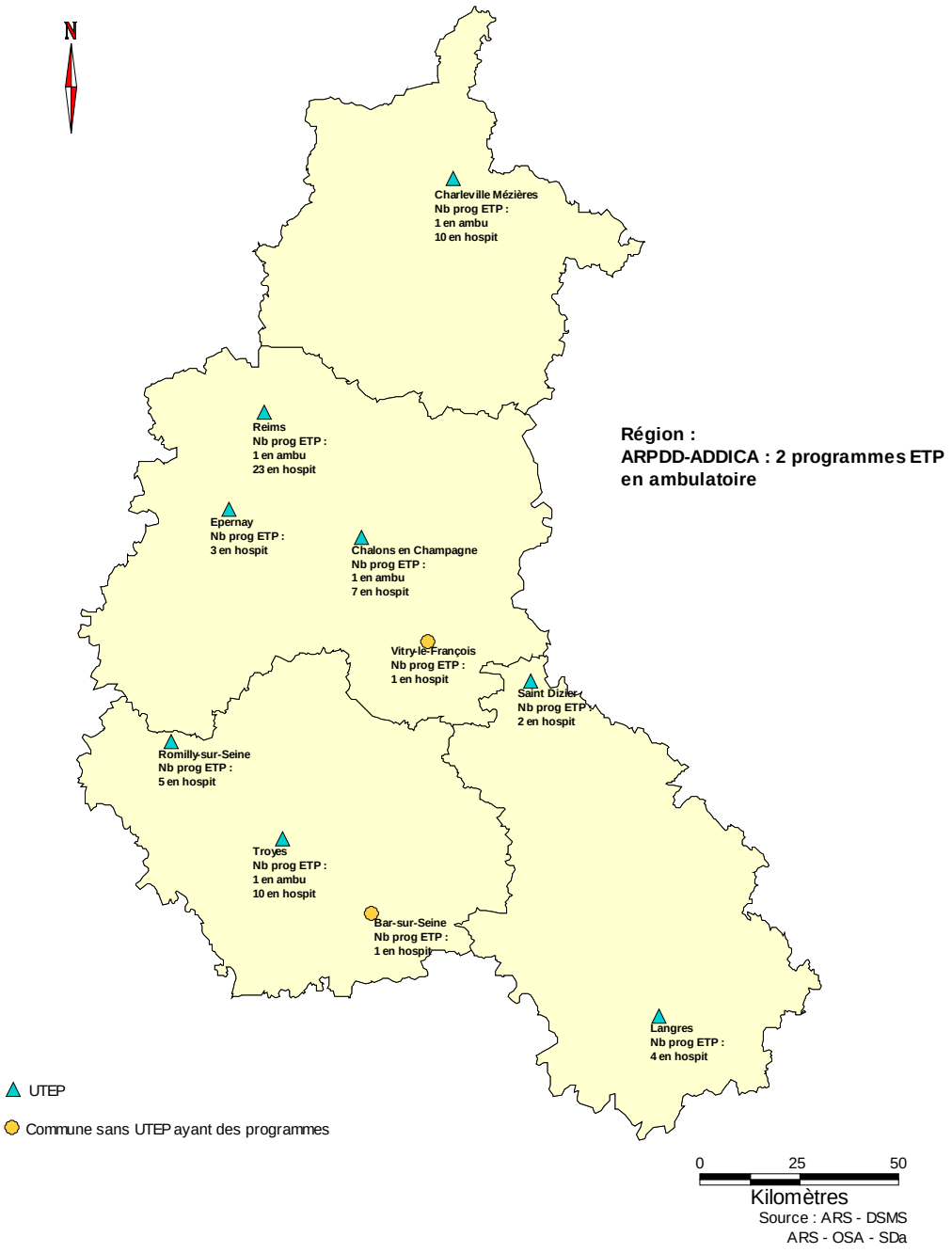


Source : ARS - DSMS
ARS - OSA - SDa

Programmes d'éducation thérapeutique du patient

Annexe 4 : Les structures développant des programmes d'ETP

Les Unités Transversales d'Education du Patient en Champagne Ardenne



Annexe 5 : Liste des sigles et abréviations

AAP	appel à projets
ADD	addictions (codification de l'appel à projet PRSP)
ADECA	association pour le dépistage des cancers de l'Aube
ADPS	association départementale des professionnels de santé
ALD	affection de longue durée
ANESM	agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANPAA	association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARCAMMHE	association régionale Champagne-Ardenne pour le dépistage et la prévention des maladies métaboliques et des handicaps de l'enfant
ARPDD	association régionale pour la promotion de la dialyse à domicile
ARS	agence régionale de santé
ASV	atelier santé ville
BPCO	broncho pneumopathie chronique obstructive
BTP	bâtiments et travaux publics
BVI	bien vieillir (codification de l'appel à projet PRSP)
CAN	cancer (codification de l'appel à projet PRSP)
CARSAT	caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDAG	centre de dépistage anonyme et gratuit
CES-C	comité d'éducation à la santé et la citoyenneté
CHU	centre hospitalier universitaire
CIDDIST	centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLAT	centre de lutte antituberculeuse
CMPS	centre marnais de promotion de la santé
CMR	cancérogène, mutagène, reprotoxique
CMUc	couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CODES	comité départemental d'éducation pour la santé
COREVIH	comité régional de coordination VIH
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	centre de planification ou d'éducation familiale
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CRCM	centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose
CRSA	commission régionale santé autonomie
CRTH	centre régional de traitement de l'hémophilie
CSAPA	centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	code de la santé publique
CUCS	contrat urbain de cohésion sociale
CVGAS	cellule de veille et gestion des alertes sanitaires
DDCSPP	direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DIRECCTE	direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DRAAF	direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DREAL	direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRJSCS	direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EDU	éducation du patient (codification de l'appel à projet PRSP)

EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENTRED	échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
ENVI	santé environnement (codification de l'appel à projet PRSP)
PS / EPS	promotion de la santé / éducation pour la santé
ETP	éducation thérapeutique du patient
FIQCS	fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information pour la santé
GRSP	groupement régional de santé publique
HAS	haute autorité en santé
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
HS-BC	Health behavior in school-aged children
HTA	hyper tension artérielle
IFSI	institut de formation en soins infirmiers
INPES	institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INVS	institut national de veille sanitaire
IREPS	instance régionale d'éducation et promotion de la santé
IST	infection sexuellement transmissible
IVG	interruption volontaire de grossesse
MCAD	medium-Chain acl-CoA déhydrogénase
MIG	mission d'intérêt général
MSA	mutualité sociale agricole
MSP	maison de santé pluridisciplinaire
NMR	nouveaux modes de rémunération
NUT	Nutrition (codification de l'appel à projet PRSP)
OCAM	organisme complémentaire d'assurance maladie
OMS	organisation mondiale de la santé
ONCOCHA	réseau régional de cancérologie de Champagne-Ardenne
OPPBTP	organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
ORSCA	observatoire régional de la santé Champagne-Ardenne
ORST	observatoire régional de la santé au travail
OSCARS	outil de suivi cartographique des actions régionales de santé
PACA	Provence Alpes Cote d'azur
PAI	projet d'accueil individualisé
PASE	projet d'actions stratégique de l'Etat
PEPA	plate forme d'éducation du patient
PJJ	protection judiciaire de la jeunesse
PME/TPEI	petites et moyennes entreprises / très petites entreprises
PMI	protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	programme national nutrition santé
PNSE	plan national santé environnement
PPS	prévention et promotion de la santé
PRAPS	programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	projet régional de santé
PRSE	plan régional santé environnement
PRSP	programme régional santé publique
PRST	plan régional santé au travail
PSP	pilotage de santé publique (codification de l'appel à projet PRSP)
PSRS	plan stratégique régional de santé
PSS	plan santé scolaire (codification de l'appel à projet PRSP)
PSY	souffrance psychique (codification de l'appel à projet PRSP)

RAR	réseau ambition réussite
ROR	rougeole oreillons rubéole
RPIB	repérage précoce et intervention brève en alcoologie
REAAP	réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
RRE	réseau réussite éducative
RSA	revenu de solidarité active
RSI	régime social des indépendants
RSSBE	réseau sport santé bien être
SAC	société ardennaise de cancérologie
SEX	sexualité (codification de l'appel à projet PRSP)
SGDO	structure de gestion du dépistage organisé du cancer
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
SIDA	syndrome de l'immunodéficience acquise
SREPS	schéma régional d'éducation pour la santé
SROMS	schéma régional de l'organisation médico sociale
SROS	schéma régional de l'organisation des soins
SRP	schéma régional de prévention
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
TMS	troubles musculo squelettiques
TROD	test rapide d'orientation diagnostique
URPS	union régionale des professionnels de santé
UTEP	unité transversale d'éducation du patient
VAGUSAN	veille, alerte et gestion des urgences sanitaires
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
ZEP	zone d'éducation prioritaire



SCHEMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

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

SOMMAIRE

Introduction au volet VAGUSAN 80
1- Contexte 80
2- Le contenu du schéma régional de prévention, volet VAGUSAN 80
3 - Le cadre de référence 80
4- Quelques définitions 81
5- Les grands enjeux 82
6 - La méthodologie d'élaboration 82
Chapitre 1 : La veille sanitaire 83
1. Organisation de la veille sanitaire 83
1.1. Le dispositif de veille 83
1.2. Les dispositifs de surveillance 85
1.3. Organisation de la veille sanitaire en Champagne-Ardenne 87
2. L'activité de veille sanitaire en Champagne Ardenne 90
Chapitre 2 : La défense et la sécurité sanitaire 97
1. Le contexte 97
2- Des risques à la crise : quelques définitions 98
3- Le cadre national de l'organisation d'une gestion de crise 100
3.1 - Les services du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité 101
3.2 - Le Département des Urgences Sanitaires 101
4- Le cadre zonal 102
5- Le cadre régional et départemental 103
6- Le niveau opérationnel 103
7- Diagnostic des risques et de l'organisation en Champagne-Ardenne 104
7.1 - Les risques 104
7.2 - La cellule régionale de défense et de sécurité 104
Chapitre 3 : Articulation avec les plans nationaux 106
1- Pré- requis 106
2- Les préconisations du plan 106
2.1 - Les différents dispositifs de surveillance des infections nosocomiales 107
2.2 - Incidence de l'évaluation du « Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010 » sur la définition d'une stratégie régionale 110
Chapitre 4 : Les objectifs 112
Objectif général 1 : construire une synergie autour des activités de préparation et de gestion des urgences sanitaires en améliorant la collaboration interinstitutionnelle 113
Objectif général 2 : mobiliser les professionnels de proximité sur la mise en œuvre d'activités de veille et de sécurité sanitaire en favorisant l'intégration de ces activités dans leurs pratiques quotidiennes 114
Objectif général 3 : Améliorer la qualité et l'efficacité des actions de veille, de sécurité et de gestion des urgences sanitaires en soutenant la professionnalisation des acteurs et en facilitant la coordination 115
Glossaire 116
ANNEXES 119

Introduction au volet VAGUSAN

1- Contexte

« Les changements de modes de vie, l'augmentation de la circulation des personnes et des biens à travers le monde, le vieillissement de la population, les changements climatiques, l'évolution spontanée des agents pathogènes mais aussi le développement des techniques médicales et l'apparition de résistances aux antimicrobiens sont responsables de l'émergence constante ou de l'expression de nouveaux agents pathogènes et de leur diffusion au sein des populations.
La pandémie d'infections à VIH, l'Epidémie de Syndrome Respiratoire Aigu sévère (SRAS) en 2003 ou plus récemment la pandémie grippale A (H1N1), ont montré clairement que les risques émergents infectieux constituent une menace globale nécessitant une approche coordonnée au niveau international s'appuyant sur des systèmes nationaux efficaces et réactifs.
A côté des maladies infectieuses, les risques liés à l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou humaine, sont eux aussi en constante évolution. L'épisode de canicule au cours de l'été 2003 a montré que les pathologies liées à l'environnement pouvaient entraîner une surmortalité importante dans une période courte, nécessitant la mise en place d'outils d'alerte à visée environnementale et un suivi quotidien d'indicateurs généraux tels que les admissions hospitalières et la mortalité
Depuis le 11 septembre 2001, l'augmentation du risque d'attentat mettant en jeu des substances nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques (risques NRBC) amène à intégrer cette nouvelle menace dans la conception des systèmes d'alerte épidémiologique… » *(Institut de veille sanitaire : la veille et l'alerte sanitaires en France / p 9 - mars 2011)*

Ainsi, les risques sanitaires sont en constante évolution, ce qui nécessite de mettre en place une organisation de la veille sanitaire permettant l'alerte le plus précocement possible, et cela à tous les niveaux territoriaux :

- international, avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- national (en France), avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et la Direction Générale de la Santé (DGS)
- régional (en France), avec les Agences Régionales de Santé (ARS)

2- Le contenu du schéma régional de prévention, volet VAGUSAN

L' article R.1434-3 du code de la santé publique stipule que le schéma régional de prévention comporte une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes.
Cette organisation concerne deux domaines complémentaires :

- la veille sanitaire,
- la préparation à la gestion d'urgences sanitaires dans le cadre de la défense et de la sécurité sanitaires.

3 - Le cadre de référence

La loi de santé publique du 9 août 2004 précise les missions de l'Institut de veille sanitaire (InVS) créé en 1998. Elle redéfinit les modalités de signalement des maladies à déclaration obligatoire et fixe le principe de ***signalement*** sans délai des menaces imminentes pour la santé de la population et des situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave semble constituée (art L.1413-15 du code de la santé publique).

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patient, à la santé et aux territoires identifie **le niveau régional** comme échelon de droit commun pour mettre en œuvre les politiques publiques de santé et piloter leur adaptation sur le territoire.

L'article L.1431-2 du code de la santé publique ***confie aux ARS la responsabilité d'organiser la veille sanitaire*****,** l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'évènements sanitaires.
L'article L.1435-1 évoque la participation des ARS, sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

L'entrée en vigueur le 15 juin 2007 **du règlement sanitaire international** adopté le 23 mai 2005 impose des obligations aux Etats signataires pour éviter la propagation internationale des maladies pouvant constituer une menace dans le monde entier ou pour mettre en place des mesures d'urgences de santé publique devant des pollutions étendues, chimiques ou nucléaires.
L'émergence de nouveaux risques sanitaires, infectieux ou environnementaux, et de risques d'attentat, a conduit à développer des systèmes et des outils de détection précoce.

Cet ensemble réglementaire est complété de plusieurs instructions :

- la circulaire interministérielle n°HFDS/DPSN/2008/389 du 31 décembre 2008 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires,
- la note conjointe Direction générale de la santé et Haut fonctionnaire de défense et de sécurité du 20 avril 2010 relative à la veille et aux urgences sanitaires dans les ARS : principes d'organisation et fonctionnement,
- la note n° 010299 du 17 juin 2010 relative à la relation entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alerte sanitaire.

Le VAGUSAN s'appuie par ailleurs sur un cadre conceptuel élaboré en référence aux guides de la DGS et de l'InVS. Il a été établi à partir des priorités et des recommandations du ministère chargé de la santé dans ce domaine.

Enfin, le VAGUSAN prend en compte les plans et programmes nationaux, notamment ceux concernant les risques infectieux :

- le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins,
- le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013,
- le plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques,
- le plan national santé environnement décliné en plan régional santé environnement (PRSE2).

4- Quelques définitions

La Veille sanitaire est l'ensemble des actions visant à connaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.
C'est une discipline jeune qui nécessite une permanente adaptation et une consolidation de ses règles de mise en œuvre.

Risques sanitaires : dangers ou inconvénients (immédiats ou à long terme) plus ou moins probable auxquels la population est exposée. L'identification et l'analyse des risques liés à un phénomène particulier (inondation, contamination,...) permettent généralement de prévoir son impact sur la santé.

La crise sanitaire est une menace pour l'état de santé de la population. Il y a crise sanitaire lorsque deux caractéristiques sont réunies:

- une situation d'urgence liée à une menace pour la santé de la population,
- le caractère inédit du risque qui donne naissance à la crise.

Les conséquences des crises sanitaires se traduisent par une augmentation des indicateurs de morbidité ou de mortalité.
Une crise sanitaire peut entrainer une éventuelle déstabilisation des pouvoirs publics. Elle peut également révéler des dysfonctionnements au niveau du système de santé.

Catastrophe sanitaire : on entend par ce terme tout évènement entraînant une crise majeure pendant laquelle la réponse sanitaire locale n'est plus suffisante pour prendre en charge l'afflux de victimes. Cette situation entraine une désorganisation du système de soins habituel.

5- Les grands enjeux

- **Structurer l'organisation** de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale
- **Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux** et de gestion des alertes
- **Développer** le signalement
- **Améliorer** le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires
- **Développer** la communication sur les urgences sanitaires

6 - La méthodologie d'élaboration

Le pilotage de l'élaboration du volet VAGUSAN du Schéma Régional de Prévention (SRP) a été assuré par le responsable de l'unité fonctionnelle veille et sécurité sanitaire de l'ARS (Dr Béatrice PILON) en binôme avec un ingénieur de l'unité fonctionnelle santé, sécurité, environnement (Gwladys ARNOULD). Une équipe interne à l'ARS a accompagné les pilotes. Elle était constituée des agents des deux unités fonctionnelles précitées.
Des réunions techniques pour approfondir divers aspects ont été organisées avec les SAMU, les services interministériels départementaux de protection civile et les organisations intervenant dans la lutte des infections liées aux soins : antenne régionale et centre de coordination pour la lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN, C-CLIN)

Chapitre 1 : La veille sanitaire

La veille sanitaire a pour but de recueillir :

- ***Les signalements d'évènements nécessitant des mesures immédiates de gestion*** afin de limiter la diffusion d'une maladie dans une collectivité, une population. Exemple : les infections invasives à méningocoques, les rougeoles en milieu scolaire, les légionelloses, les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), les intoxications au monoxyde de carbone.
- ***Les signalements d'évènements inhabituels de santé*** pouvant représenter une menace pour la santé publique et non pris en compte par les systèmes de surveillance reposant sur la collecte d'indicateurs. Il peut s'agir d'évènements de toute nature : présentation clinique anormale d'un patient admis dans un hôpital, plainte de riverains d'un site pollué, excès de pathologies suspecté dans une collectivité, pollution atmosphérique.

Le dispositif de veille est complété de systèmes de surveillance qui s'appuient sur le recueil d'indicateurs spécifiques ou généraux, relatifs soit à l'état de santé d'une population, soit à l'état de milieux de vie, soit à la qualité de produits : maladie appartenant à une liste de déclaration obligatoire, franchissement d'un seuil d'incidence ou concentration d'un polluant dans un milieu par exemple…

1. Organisation de la veille sanitaire

1.1. Le dispositif de veille

Jusqu'en 1984, le dispositif de veille sanitaire en France était centré sur les maladies transmissibles et reposait essentiellement sur la notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO).
Il s'est enrichi et structuré au fil des années pour correspondre aux exigences de l'OMS qui demande aux Etats Parties d'être en mesure d'évaluer, dans les 48h, tous les évènements de santé publique qui sont signalés et s'il y a lieu, d'aviser immédiatement l'OMS par l'intermédiaire du Point Focal National (PFN).

Pour la France, une structuration des circuits d'information a été organisée autour :

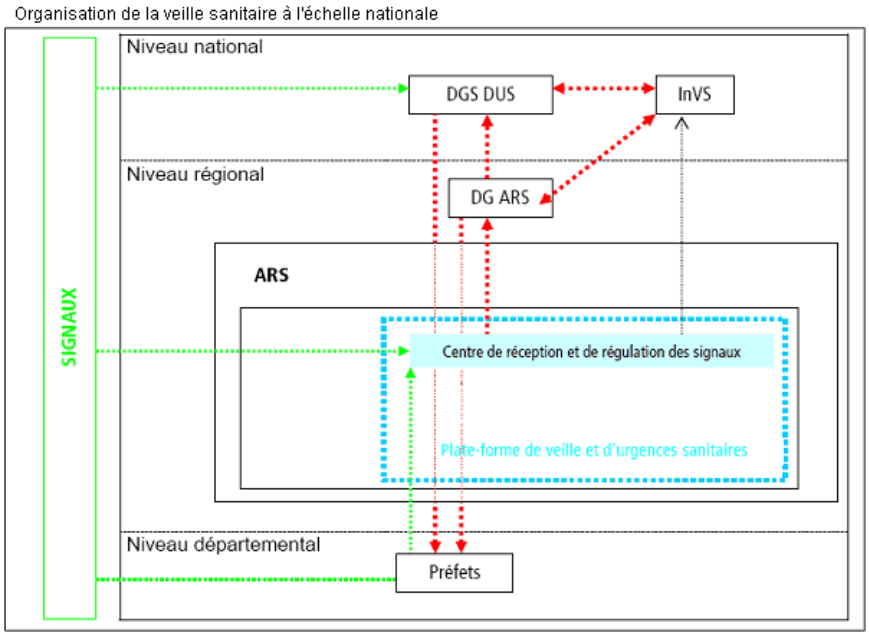
- du département des urgences sanitaires (DUS), désigné comme PFN auprès de l'OMS,
- et de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) chargé de l'évaluation des évènements de santé publique.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite « *Loi HPST* ») a créé les ARS qui doivent organiser la veille sanitaire au niveau régional.
La bonne articulation entre les différents acteurs (ARS, préfet, DGS, InVS) est un enjeu essentiel pour le bon fonctionnement du système de veille sanitaire en France.

En matière de gestion des alertes sanitaires, l'ARS intervient dans un cadre national bien défini :

Chaque ARS organise une veille sanitaire et contribue à la réponse aux urgences et à la gestion des situations de crise dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent.

La nouvelle répartition des compétences issue de la loi HPST du 21 juillet 2009 requiert une **coordination entre les préfets et les directeurs généraux des ARS pour garantir la continuité** opérationnelle des responsabilités de chacun dans le champ de l'alerte, de la sécurité et de la police sanitaire, de la salubrité et de l'hygiène publiques.



**Institut de veille sanitaire : - la veille et l'alerte sanitaires en France/p.27 - mars 2011*

Le préfet de département est seul responsable de l'ordre public et conserve ses compétences en matière de salubrité et d'hygiène publiques. L'ARS contribue, dans le respect des attributions du préfet de département, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et/ou environnementales et à la gestion des situations de crises sanitaires et/ou environnementales.
Un protocole conclu entre le préfet et le directeur général de l'ARS précise les modalités suivant lesquelles l'ARS intervient pour préparer et, le cas échéant, mettre en œuvre les décisions relevant de la compétence du préfet de département, notamment en matière de gestion des alertes sanitaires. Ces actions et prestations sont mises en œuvre sous l'autorité du directeur général de l'ARS et à la demande ou par délégation du préfet.
Le directeur général de l'ARS et le préfet de département s'informent réciproquement et sans délai de tout évènement sanitaire et/ou environnemental dont ils ont connaissance et présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

L'InVS est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Ses missions recouvrent :

- la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population ;
- la veille et la vigilance sanitaire, incluant la veille sur les évènements survenant hors du territoire national (veille internationale) ;
- l'alerte sanitaire ;
- la contribution à la gestion des situations de crise sanitaire ;
- l'évaluation des risques et menaces liés aux signaux sanitaires et le déclenchement de l'alerte ;
- les investigations complémentaires en situation d'alerte ;
- l'appui à la gestion des alertes pour le DUS et les ARS ;
- la veille scientifique et internationale pour déceler les menaces ;
- la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'analyse de systèmes de surveillance, et la participation aux réseaux européens de surveillance ;
- L'analyse et l'actualisation des connaissances sur les risques sanitaires, leur cause et leur évolution ;
- La détection des facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population de manière soudaine ou diffuse et l'identification des populations les plus fragiles vis-à-vis de ces risques, la conduite et la diffusion d'études scientifiques ;
- l'élaboration et la mise à disposition d'outils, de données et de formation en épidémiologie ;
- l'interface avec les autorités de tutelle ;
- La mobilisation de l'expertise interne et externe.

1.2. Les dispositifs de surveillance

Les systèmes de surveillance sont centralisés à l'INVS. Parmi les exemples de systèmes de surveillance de maladies humaines et de la mortalité qui leur est liée, on trouve :

► Les systèmes de surveillance spécifique :

- La surveillance de la mortalité spécifique ;
- La surveillance des MDO (y compris le saturnisme) et des infections nosocomiales ;
- Les réseaux de laboratoires sont nombreux et spécifiques

ex : réseau national de surveillance des gonocoques (Renago), réseau national de surveillance de chlamydiae (Renachla), surveillance des infections invasives à haemophilus influenzae, listeria monocytogènes, Neisseria meningitidis, streptococus pneumoniae… ;

- Les systèmes de surveillance basés sur les réseaux de laboratoires des centres nationaux de référence (CNR) ;
- Les réseaux de cliniciens (SHU pédiatriques, grippe, maladie de Creutzfeldt-Jacob…) ;
- Les systèmes de surveillance sentinelle : réseau de médecins sentinelles comme ceux de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ou du groupe régional d'observation de la grippe (Grog). Les réseaux sentinelles et GROG sont peu représentés en Champagne Ardenne
- Les systèmes de surveillance de la morbidité et de la mortalité potentiellement liées à des facteurs environnementaux :
  - o systèmes d'alerte canicule et santé,
  - o surveillance des intoxications au monoxyde de carbone (siroco),
  - o surveillance des intoxications humaines (dans le cadre de la toxicovigilance) dont le saturnisme.

► Un dispositif de surveillance non spécifique :

Ce système est centré sur des structures capables de fournir au jour le jour des informations sur l'état de santé de la population et non plus sur des pathologies ou des syndromes identifiés *a priori*.
Le Système de Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès (SurSaUD) de l'INVS se développe depuis 2004. Il inclut les données des services d'urgences hospitalières, avec le réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordonnées des Urgences), 250 services participent à ce réseau de surveillance dont deux en Champagne Ardenne.

► Les systèmes de surveillance donnant des indicateurs d'exposition :

- Le système de surveillance de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.
- Le système de surveillance de la qualité des eaux de baignade.
- Les réseaux de surveillance de la qualité de l'air.
- Les réseaux de surveillance de la radioactivité.
- La surveillance des phénomènes météorologiques.
- Le réseau de surveillance et d'alerte des effets liés aux expositions aux phytosanitaires.

► La surveillance des infections associées aux soins

Les Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) sont des structures publiques créées en 1992 avec pour objectif de mettre en œuvre le programme national de lutte contre les infections nosocomiales et de répondre à toute demande du ministère chargé de la santé dans le champ de cette lutte.

Les CCLIN coordonnent entre autres la surveillance des infections nosocomiales et associées aux soins, l'alerte et l'investigation des épisodes épidémiques, l'évaluation des pratiques de soins et travaillent en étroite collaboration avec les équipes d'hygiène hospitalière des établissements de santé.

Cinq CCLIN ont été créés. La région Champagne Ardenne travaille avec le CCLIN Est qui est installé au CHU de Nancy.
Pour répondre au mieux aux besoins d'intervention au sein des établissements de santé mais aussi des établissements médico-sociaux, des cabinets libéraux… les CCLIN ont mis en place une organisation régionale pour relayer leurs actions. Celle-ci a été officialisée en 2006 au travers de la création des Antennes Régionales de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN).



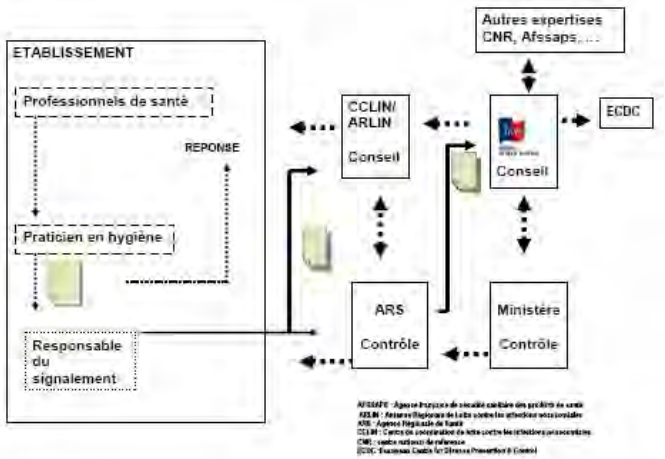
Source : .cclin-france.fr

Les missions de l'ARLIN ont été définies dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes de lutte contre les infections nosocomiale (conseil, animation de réseaux d'établissement, gestion de proximité des signalements des infections nosocomiales, formation continue …).

L'établissement de santé qui a détecté une infection nosocomiale relevant du dispositif d'infectiovigilance actionne le dispositif d'alerte constitué par le signalement interne et le signalement externe.

- **Le signalement interne** permet aux responsables et professionnels de l'établissement de prendre connaissance d'évènements qui, même si leurs caractéristiques ne justifient pas leur signalement aux autorités sanitaires, ont une grande importance locale. L'analyse de ces évènements peut déboucher sur des actions d'amélioration de la structure, de l'entretien des locaux, des pratiques de soins, de désinfection et de stérilisation.

- **Le signalement externe** permet d'alerter les autorités (ARS) et le CCLIN sur des évènements « sentinelles » et d'offrir aux établissements de santé la possibilité de demander une aide extérieure.



Circuit du signalement, N jouzeau-cclin est, juin 2010

Dans ce dispositif, l'antenne régionale (ARLIN) a une mission d'investigation épidémiologique et d'expertise de terrain. Le CCLIN a une mission de coordination et en cas de besoin, d'investigation et d'expertise complémentaire ou de support à l'ARLIN. L'ARS a une mission d'accompagnement et de contrôle des actions menées par l'établissement dans le cadre du dispositif de signalement. L'InVS enregistre toutes les fiches de signalement et évalue la situation à un niveau national.

Ce processus de signalement permet aussi d'identifier des épisodes épidémiques causés par des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, rares ou émergentes. Les interventions du CCLIN, des ARLIN et des ARS sont une aide importante pour maîtriser la diffusion de ces épidémies non seulement dans l'établissement qui signale un épisode, mais éventuellement dans d'autres.

1.3. Organisation de la veille sanitaire en Champagne-Ardenne

Dans chaque ARS est créée **une plateforme de veille et d'urgences sanitaires.** En Champagne Ardenne, cette plateforme est installée au sein de la direction de la santé publique de l'ARS et porte le nom de PREVUS (Plateforme Régionale de Veille et d'Urgences Sanitaires). La PREVUS :

- assure la réception de l'ensemble des signaux : signalements d'évènements (pollutions environnementales…), de maladie à déclaration obligatoire (MDO) ou non et signaux issus des différents systèmes de surveillance (non-conformités issues de la surveillance des eaux…) ;
- vérifie et valide les signaux,
- coordonne les actions des différents partenaires (CIRE, CCLIN, InVS, établissements de santé, professionnels libéraux, compagnies fermières…) ;
- assure le lien avec les préfets.

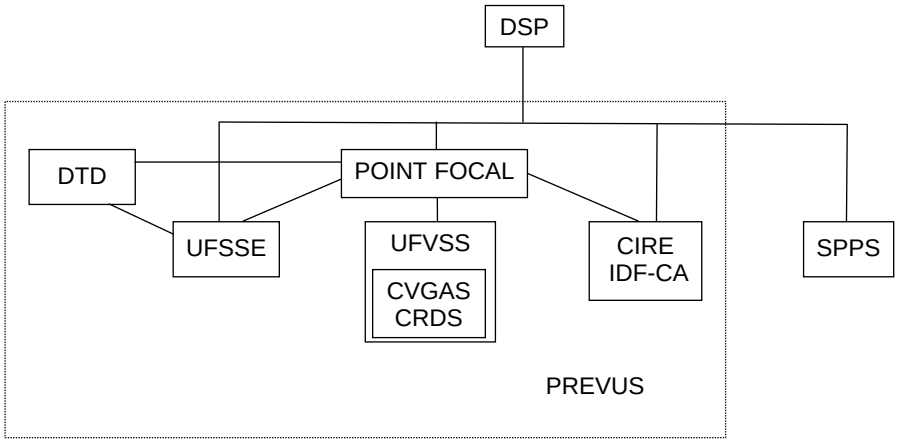
La PREVUS est constituée de différentes composantes :

- **Le point focal** : il s'agit du centre de réception et de régulation des signaux. Il est doté d'un numéro de téléphone unique, d'un numéro de fax unique et d'une adresse électronique qui permettent à toute personne physique ou morale de signaler un évènement susceptible de représenter une menace sanitaire. Ces coordonnées ont été largement diffusées.
Les signaux des quatre départements de la région doivent arriver au point focal.

L'agent administratif du point focal enregistre les signaux et les oriente :

- soit à la CVGAS pour les maladies infectieuses,
- soit à l'Unité Fonctionnelle Santé, Sécurité, Environnement (UFSSE) et au service santé environnement de la délégation territoriale concernée en cas de signal environnemental,
- soit vers les autres services de l'ARS (USSAPS pour les alertes médicaments, ICEA pour les plaintes, DMS…).

Organisation de la PREVUS au sein de l'ARS Champagne-Ardenne



CIRE IDF-CA : Cellule de l'INVS en régions Ile de France/Champagne-Ardenne
UF VSS : Unité fonctionnelle de veille et de sécurité sanitaire
CVGAS : Cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires
CRDS : Cellule régionale de défense et de sécurité
POINT FOCAL : Centre de réception et d'orientation des signaux sanitaires
UFSSE : Unité fonctionnelle de sécurité sanitaire et de l'environnement
PREVUS : plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaire
SPPS : service de prévention et de promotion de la santé
DTD : délégation territoriale départementale de l'ARS

- **L'unité fonctionnelle de veille et sécurité sanitaire** (UFVSS), qui se compose de deux cellules :

➢ ***La cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires*** (CVGAS) :

Trois médecins de santé publique et deux infirmières de santé publique travaillent au sein de la plateforme de veille et sécurité sanitaire, à la CVGAS.
Les signaux concernant les maladies infectieuses sont validés par l'infirmière de santé publique qui gère également la majorité des enquêtes complémentaires.
La gestion des affaires est menée de front par l'infirmière de santé publique et par un médecin.
Chaque jour ouvré, une infirmière est en première ligne à la CVGAS et un médecin est en deuxième ligne.
En cas d'affaire complexe, les autres médecins de la CVGAS et de la CIRE s'impliquent dans la gestion de l'évènement.

➢ ***La cellule régionale de défense et de sécurité*** (CRDS) chargée de la préparation à la gestion de crise (voir chapitre 2 « défense et sécurité sanitaire »).

- **L'unité fonctionnelle santé, sécurité, environnement** (UFSSE) : cette unité participe à la gestion des alertes sanitaires dans les champs de la santé environnementale, en lien avec les services santé environnement des délégations territoriales.et les services de l'Etat compétents (DREAL, DDT, DDCSPP …).
Actuellement, les signaux environnementaux arrivent :

- soit en DTD quand le signal arrive des réseaux de surveillance locaux (notamment, contrôle sanitaire des eaux de consommation et des eaux de loisirs),
- soit au point focal (alertes venant des partenaires extérieurs : préfectures/SDIS…).

En lien avec les services des délégations territoriales départementales de l'ARS, cette unité organise notamment la surveillance de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux de loisir.

- **La cellule de l'InVS en région** (CIRE) : une antenne de la CIRE Ile de France-Champagne Ardenne (IDF-CA) assure depuis juin 2011 les missions de l'INVS en région. Elle apporte une expertise scientifique opérationnelle, disponible et réactive, pour la veille et l'alerte sanitaire.
La CIRE IDF-CA est la cellule de l'InVS en régions Ile-de-France et Champagne-Ardenne. Son siège est situé à l'ARS Ile-de-France, avec une antenne à l'ARS Champagne-Ardenne. Elle est constituée d'une équipe de 10 personnes dont deux sont physiquement présentes dans son antenne régionale depuis le mois de juin 2011, à savoir un médecin épidémiologiste et un ingénieur évaluateur des risques environnementaux.

Le système d'information :

► Les signaux réceptionnés doivent être saisis et renseignés dans un système d'information partagé entre la PREVUS et la CIRE IDF..
Un tel système permet :

- d'assurer l'enregistrement et la traçabilité des signaux sanitaires et environnementaux,
- d'améliorer l'investigation/évaluation du risque et la gestion des alertes,
- de partager en temps réel au niveau régional ou interrégional les signaux sanitaires et environnementaux reçus.

Le système **Voozalerte** a été installé en juillet 2010 à la PREVUS de l'ARS Champagne-Ardenne afin de se greffer au fonctionnement de la CIRE IDF-CA.

► Tout évènement dans le champ de la santé environnementale, réceptionné en délégation territoriale et qui conduit à prendre des dispositions particulières en matière de protection de la santé publique, doit faire l'objet d'un signalement au point focal. Ainsi, une fiche de signalement a été mise en place. Elle permet de communiquer de façon standardisée et automatisée les éléments nécessaires à la PREVUS pour la réalisation de ses missions.

► Le signalement des infections associées aux soins fait actuellement l'objet du déploiement d'un système d'informations spécifique créé par l'INVS et partagé entre tous les acteurs concernés.

Une organisation fonctionnelle 24 heures sur 24

Par sa nature même, l'activité de veille sanitaire s'effectue 24 heures sur 24. La continuité est donc organisée au niveau de l'ARS, de l'INVS et de la DGS.
Une permanence est assurée au sein de la plate-forme en jours ouvrés de 9h à 18h. Chaque jour à 17h, un bilan quotidien énumérant les signaux qui sont arrivés dans la journée au point focal est envoyé par mail au directeur général de l'ARS , aux quatre délégations départementales territoriales de l'ARS et aux préfets.
En dehors des heures ouvrables, les missions réalisées par l'astreinte ne couvrent que les situations d'urgence, c'est-à-dire les situations dont le traitement ne peut attendre le prochain jour ouvré pour des raisons intrinsèques ou de contexte. Cette action est guidée par des procédures détaillées et partagées entre les acteurs participant aux astreintes.

L'astreinte de l'ARS Champagne-Ardenne est organisée à plusieurs niveaux :

- une astreinte administrative de premier niveau, organisée en deux zones : une zone nord regroupant les départements des Ardennes et de la Marne, et une zone sud regroupant les départements de l'Aube et de la Haute-Marne. Elle assure la réception des appels et l'interface avec les préfectures, réalise les actes administratifs nécessaires et, le cas échéant, réoriente vers l'astreinte technique compétente,
- une astreinte médicale régionalisée,
- une astreinte en santé environnementale, également régionalisée,
- une astreinte pharmaceutique organisée au niveau de la zone de défense Est,
- une astreinte directoriale.

En appui à ces astreintes régionales sont organisées :

- une astreinte régionalisée INVS par regroupement de la CIRE IDF-CA et la CIRE Nord-Picardie,
- les astreintes au niveau national à l'INVS et à la DGS.

Les partenaires de la PREVUS

Pour fonctionner, la veille sanitaire régionale s'appuie sur un réseau de partenaires :

- Les professionnels libéraux (médecins, laboratoires privés…) : les coordonnées du point focal leur ont été diffusées à plusieurs reprises.
- Les établissements de santé et médico-sociaux : les coordonnées du point focal leur ont été envoyées également plusieurs fois. Le partenariat se construit progressivement.
- Les institutions telles que :
  - les services de promotion de la santé en faveur des élèves au sein de l'éducation nationale,
  - les services de protection maternelle et infantile des conseils généraux.

D'autres institutions sont des sources de signalement d'évènements pouvant présenter une menace pour la santé publique :

- Météo-France dans l'alerte à une canicule,
- ATMO Champagne Ardenne pour la surveillance de la qualité de l'air,
- le centre antipoison de Nancy (CAP),
- les compagnies fermières en charge de l'exploitation des réseaux d'eau potable,
- ARLIN et CCLIN.

Par leur expertise, tous ces partenaires sont susceptibles d'apporter leur contribution à la gestion d'évènements pouvant avoir une incidence sur la santé des populations.

Comme mentionné plus haut, les réseaux de surveillance des pathologies humaines, tels que le réseau de médecins sentinelles de l'INSERM ou le réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG) sont très peu développés en Champagne-Ardenne. Il en est de même pour le réseau OSCOUR.

2. L'activité de veille sanitaire en Champagne Ardenne

Durant l'année 2010, la PREVUS a reçu (signalements ascendants)

- 347 signaux, suivis de fiches de notification ***de maladies à déclaration obligatoire*** (MDO) contre 274 en 2009 ;
- 91 signalements de maladies à ***déclaration non obligatoire (MDNO)*** contre 50 MDNO en 2009 ;
- 41 signalements de maladies nosocomiales ;
- 17 signalements venant des établissements médico-sociaux.

La PREVUS se fait le relais d'alertes nationales voire internationales (alertes descendantes).
En 2010, 19 alertes ont été recensées, par exemple :

- l'alerte à l'hépatite A liée à la consommation de tomates venant de Turquie,
- l'alerte au syndrome hémolytique urémique du à la consommation de steak haché infecté à Escherichia coli,
- l'information sur les cas groupés de maladie du charbon chez des héroïnomanes en Ecosse et en Allemagne.

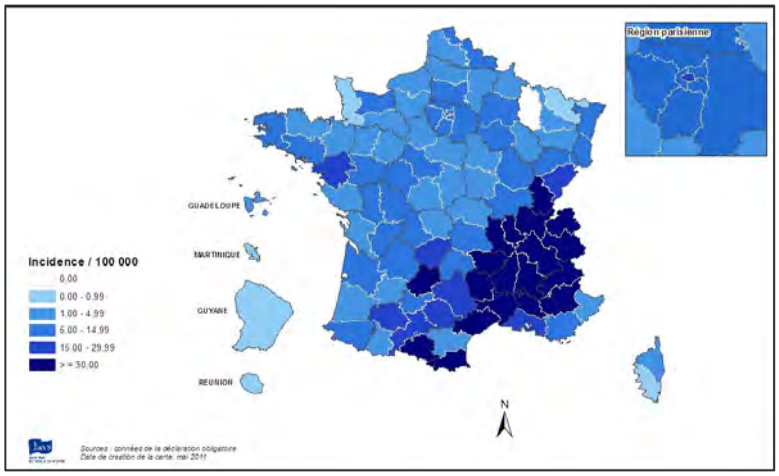
Les maladies à déclaration obligatoire :

Trente maladies sont à déclaration obligatoire ***(voir annexe 1***). Le signalement de ces maladies à l'ARS de leur lieu d'exercice par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il permet à l'équipe de la PREVUS de réagir et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire. Ces investigations menées peuvent impliquer, en tant que de besoin, les services santé environnement de l'ARS, la CIRE, l'InVS, les Centres nationaux de référence (CNR) et les autres services déconcentrés de l'Etat (services vétérinaires, services de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes…), les services des conseils généraux (centre de lutte antituberculeux : CLAT, la protection maternelle et infantile : PMI), les services de promotion de la santé des inspections académiques…

Parmi les maladies déclarées à la PREVUS en 2010 :

La rougeole :

Depuis 2008, trois vagues d'épidémie sont apparues en raison d'une couverture vaccinale insuffisante, notamment dans le sud-est de la France. Mais la Champagne Ardenne n'est pas épargnée.
En 2010, la CVGAS a enregistré 27 cas de rougeole (9 en 2009) avec trois épisodes de cas groupés dans des communautés (écoles, gens du voyage) et au 15 juillet 2011, 80 cas ont déjà été déclarés.
Parmi ces 80 cas, 31% ont entre 6 mois et 10 ans, 12% entre 10 et 20 ans et 57% plus de 20 ans.
Ces derniers n'avaient pas été vaccinés du tout ou n'avaient reçu qu'une seule dose.
La couverture vaccinale est de 90% à 24 mois.



Institut de veille sanitaire – Département des maladies infectieuses – Epidémie de rougeole en France Actualisation des données au 20 mai 2011.

Hépatite A :

En 2009, 1520 cas d'hépatite A ont été déclarés en France métropolitaine soit 2,5 / 100 000 hab. Parmi ces cas, une épidémie est survenue dans le département du Nord.
En Champagne Ardenne, 36 cas en 2009 et 86 en 2010.
D'août 2010 à mars 2011, une épidémie a été diagnostiquée dans la région de Saint-Dizier. Une soixantaine de personnes ont été atteintes.

Les infections invasives à méningocoques (IIM) :

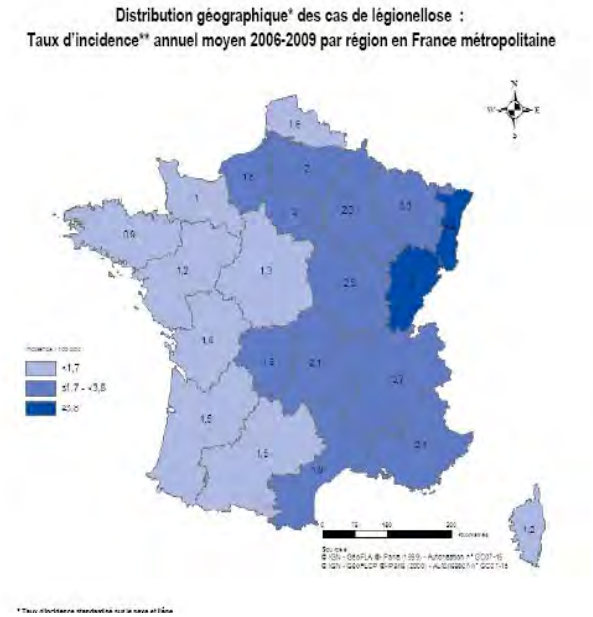
La majorité des IIM surviennent de manière sporadique et chez des sujets jeunes, non immuns, venant d'acquérir une souche invasive.
Depuis plus de 20 ans, le taux d'incidence annuel des IIM en France est estimé entre 1 et 2 cas pour 100 000 habitants. Les sérogroupes B et C sont les plus fréquents. En Champagne Ardenne, l'incidence est de 1,12 pour 100 000 habitants.
En 2009, 21 cas d'IIM ont été notifiés dont 15 à méningocoque B, 3 à méningocoque C. Pour 3 cas, le sérogroupe est resté indéterminé.
Parmi ces cas, on note la survenue de deux épisodes de cas groupés :

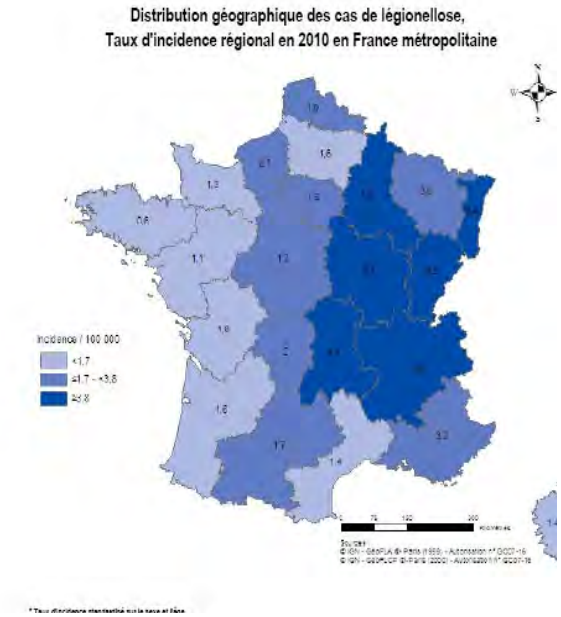
- un dans un collège de Fayl-Billot (6 cas confirmés d'IIM C) qui fut suivi d'une vaccination de masse pour tous les élèves et adultes du collège.
- un dans la ville de Langres de 5 cas d'IIM B.

En 2010, la CVGAS a reçu et géré **11** situations dues à une IIM dont 8 à méningocoque B, 1 à méningocoque C, 1 à méningocoque W135 et une dont la souche n'a pas été déterminée.
En 2011, au 15 juillet, 12 cas d'IIM sont recensés dont 7 IIM B et 5 IIM C.

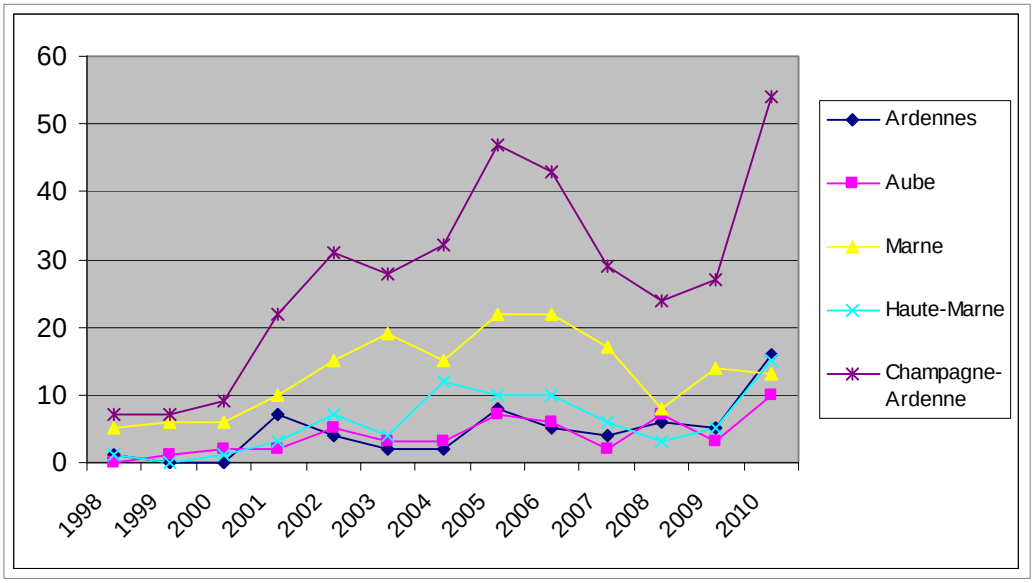
La légionellose

La légionellose est une infection respiratoire provoquée par des bactéries du genre legionella. Cette bactérie est présente dans le milieu naturel et peut proliférer dans les autres sites hydriques artificiels lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25 et 45°C : réseaux d'eau chaude, tours aéroréfrigérantes, autres installations (bains à remous, balnéothérapies, humidificateurs, fontaines décoratives, aérosols….).
La légionellose affecte essentiellement les adultes (âge moyen : 62 ans) et plus particulièrement les personnes présentant des facteurs de risques (tabagisme, diabète, maladies respiratoires chroniques…).
Toute déclaration de légionellose est immédiatement suivie d'une enquête épidémiologique par la CVGAS et d'investigations environnementales. Ces dernières, réalisées par les services santé environnement de l'ARS, ont pour but de rechercher la source d'exposition et de faire prendre les mesures nécessaires pour prévenir d'autres cas. D'autres actions préventives sont développées. Elles font l'objet d'une fiche spécifique au titre du PRSE 2 *(voir focus santé environnement)*.





En France, l'incidence de la maladie a diminué régulièrement pour atteindre 1,9 cas pour 100 000 habitants en 2009 (soit 1206 cas). Mais en 2010, elle a augmenté de 28% soit 2,4 cas pour 100 000 habitants (1540 cas). Cette augmentation a été plus importante pendant les mois d'août et septembre et dans les régions Est du pays, comme le montrent les cartes de l'InVS.
La Champagne Ardenne a suivi ce mouvement avec en 2009 : 24 cas, en 2010 : 57 cas, et 23 cas au 30 juillet 2011.



Evolution du nombre de cas de légionellose sur 1998-2010 en Champagne-Ardenne (source InVS et ARS).

Maladies à déclaration non obligatoire :

La PREVUS répond aussi aux signalements de maladies qui ne sont pas à déclaration obligatoire. La maladie la plus souvent signalée pour demande de conseil ou d'intervention d'experts est la gale. Son signalement est variable : 10 signalements en 2009, 6 en 2010 et 24 du 1er janvier au 30 juillet 2011.

Alertes en santé environnementale

Les principaux signaux sanitaires entrainant des actions des services santé environnement, en lien avec l'UFSSE sont :

- les résultats non-conformes du contrôle sanitaire des eaux de consommation, mais aussi tout autre phénomène pouvant être à l'origine d'une dégradation de la qualité de l'eau de consommation ou pouvant entrainer une pénurie d'eau ;
- les résultats non-conformes du contrôle sanitaire des eaux de loisirs (baignades en milieu naturel ou piscines) mais aussi tout autre phénomène pouvant être à l'origine d'une dégradation de la qualité des eaux de loisirs ou de leur environnement ;
- les plaintes liées à l'insalubrité des logements, les intoxications au monoxyde de carbone, les déclarations de saturnisme, les syndromes de bâtiment malsain ;
- les déclarations de légionelloses
- les Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC).

Un état des lieux régional concernant ces différents signaux est présenté en annexes 2 à 7 (Pollution atmosphérique, eaux de consommation, eaux de loisirs, environnement intérieur, légionellose, TIAC).

En conclusion

Pour les maladies contagieuses telles que la rougeole et l'hépatite A, qui sont à déclaration obligatoire depuis 2005, il existe une sous-déclaration aux autorités sanitaires. Cette situation peut s'expliquer par :

- une connaissance imparfaite du système de déclaration obligatoire,
- une insuffisante perception de l'utilité de cette procédure,
- une mauvaise connaissance du point focal et du rôle de l'ARS.

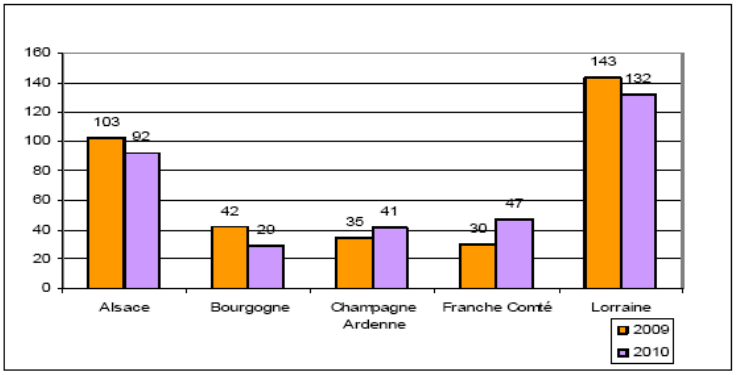
Les interventions de la PREVUS permettent de gérer des situations épidémiques :

- en investiguant autour des cas : recherche de personnes contacts ou de sources d'exposition,
- en recommandant les bonnes pratiques (traitement prophylactique, vaccination, mesures techniques environnementales),
- en informant les médecins traitants, les pharmaciens, les laboratoires d'une situation épidémique,
- en coordonnant l'action des différents intervenants.

Infections associées aux soins.

Les signalements

Les signalements au niveau de l'inter-région Est : (5 régions : Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace, Bourgogne, Franche Comté) sont les suivants :



Signalements des infections nosocomiales, bilan 2010, cclin Est, 11/02/2011

	1er semestre 2009	2nd semestre 2009	1er semestre 2010	2nd semestre 2010
Alsace	4,10	3,44	3,37	3,37
Bourgogne	2,46	0,98	1,47	0,90
Champagne Ardenne	1,90	1,80	2,64	1,69
Franche Comté	1,50	2,26	2,76	3,13
Lorraine	6,20	2,01	3,38	4,19

Nombre de signalements pour 1000 lits d'hospitalisation (chiffres SAE)

Les taux de signalement en Lorraine et en Alsace sont plus importants que ceux des autres régions. L'épidémie d'Entérocoques Résistants aux Glycopeptides (ERG) peut expliquer cette différence.

Les enquêtes de prévalence

Des enquêtes de prévalence ont eu lieu régulièrement en Champagne-Ardenne en 2001, 2003, 2005, 2006 et 2009 par le CCLIN et RESCLIN
Les résultats globaux ne peuvent pas être comparés car la répartition des types d'établissements participants est différente, mais la comparaison a été faite au sein de cohortes d'établissements.

L'évolution des taux de prévalence dans ces cohortes est la suivante :

	2001	2003	2005	2006	2009
Nombre d'établissements participants	24 CS+SSR+SLD	17 CS	15 CS+SSR	44 CS+SSR+SLD	12 CS+SSR+SLD
Prévalence des patients infectés	6,02	5,59	5,55	4,25 (nat :4,97)	4,54
Prévalence des infections	6,50	5,90	6,03	4,61 (nat : 5,38)	4,70

Rapports RESCLIN Champagne-Ardenne, ENP 2001-2003-2006-2009

De la comparaison de ces résultats avec ceux de l'enquête nationale 2006, il ressort que la prévalence globale des infections nosocomiales a augmenté après 2006.
L'analyse par discipline a montré une augmentation plus importante en médecine qu'en chirurgie.

La surveillance des bactéries multirésistantes

La surveillance des Staphyloccocus Aureus Résistant à la Méticilline (SARM) et des Entérobactéries Productrices de Pétalactamases à Spectre Etendu (EBLSE) en Champagne-Ardenne donne les mêmes tendances qu'au niveau national.

Densité d'incidence pour 1000 journées d'hospitalisation en Champagne Ardenne :

	2003	**2006**	**2009**	**2009 résultats nationaux**
SARM	Taux d'incidence des sarm pour 1000 jours d'hospitalisation			
	0,7	0,54	0,36	0,41
EBLSE	Taux d'incidence des eblse pour 1000 jours d'hospitalisation			
	0,07	0,10	0,16	0,32

RESCLIN Champagne-Ardenne, surveillance des BMR, résultats 2009/rapport de mai 2010

Concernant les entérobactéries BLSE, l'évolution se situe non seulement au niveau des chiffres d'incidence mais aussi au niveau de la distribution des souches d'EBLSE selon l'espèce.
La répartition selon l'espèce montre une diminution des E. aerogenes et une augmentation des E. Coli BLSE.
Des phénomènes épidémiques à EBLSE peuvent survenir. Ainsi, en 2008, la Champagne-Ardenne a connu une épidémie de colonisations à entérocoques résistants aux glycopeptides qui a concerné 91 patients au sein de 6 établissements de santé et 14 Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

En août 2011, la Champagne Ardenne a connu un épisode impliquant une entérobactérie productrice de carbapénémase (oxa-48) suite à un rapatriement de Turquie sur le CHU de Reims puis au CH de Charleville Mézières.

Cet épisode montre l'importance de la préparation des établissements de santé à l'accueil de ces patients par le bais d'une culture de tous les personnels concernant les mesures d'hygiène prônées par les équipes d'hygiène et l'ARLIN et l'implication forte des responsables des établissements qui doivent mettre en œuvre un plan local de maîtrise d'épidémie.

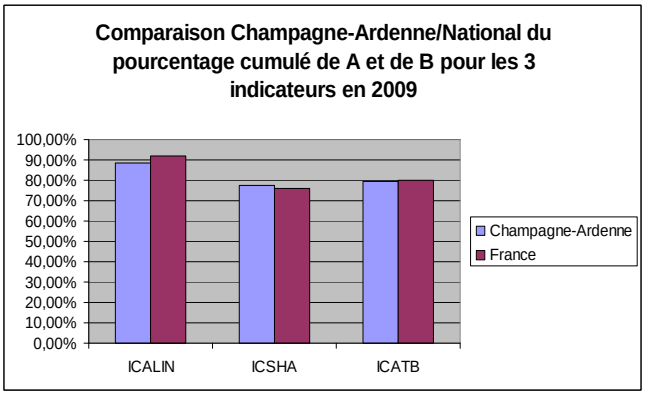
La lutte contre les infections associées aux soins et les bactéries multirésistantes (BMR) passe par :

- des mesures visant à réduire la diffusion des entérobactéries BLSE et de leurs gènes de résistance à l'hôpital, dans la communauté et l'environnement,
- une maitrise de la pression de sélection par les antibiotiques à l'hôpital, dans la communauté et dans le monde animal.

Un plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques a été mis en œuvre entre 2007 et 2010. L'évaluation de ce plan permet de déduire des objectifs pour la région.

Les activités de surveillance du_Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) :
Nombre d'établissements de la région y participent. Les résultats de ces surveillances sont donnés au niveau de l'interrégion et établissement par établissement. Il n'y a pas de données régionalisées.

Les indicateurs du tableau de bord des établissements donnent les résultats suivants au niveau de la région en 2009 :



DGS-Données Bilanlin 2010

La situation régionale est comparable à la situation nationale.

Ce rapide diagnostic régional devra être approfondi par un groupe régional en charge de piloter le plan de prévention des infections associées aux soins.

Chapitre 2 : La défense et la sécurité sanitaire

1. Le contexte

Le livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2008 décrit les différents risques et menaces auxquels le pays doit se préparer en raison de l'évolution du monde :

« La mondialisation est une situation nouvelle dans laquelle la diffusion de l'information et de la connaissance, la transformation des échanges économiques et la modification des rapports de forces internationaux ont, d'emblée, un impact mondial. Elle crée une interaction et une interdépendance généralisées et non maîtrisées entre tous les Etats. (…)
La mondialisation structure donc profondément l'évolution de la sécurité internationale. Elle constitue l'un des changements les plus importants intervenus depuis la guerre froide. »

La mondialisation démultiplie les échanges dans tous les domaines. Au-delà de la rapidité des moyens de transport, qui augmente la vitesse de diffusion de contaminations sanitaires, et de l'utilisation d'internet, qui permet une communication instantanée, **les moyens de communication font émerger un monde de plus en plus transparent et l'immédiateté qu'ils engendrent entraîne la diffusion rapide de toutes formes de crises, politiques, économiques, financières et sanitaires.**

*« L'accélération foudroyante de la circulation de l'information et avec elle du rythme de l'action dans tous les domaines, rend infiniment plus complexe **la gestion de ces crises**. (…)*

Les stratégies de défense et de sécurité doivent, dès lors, répondre à des problèmes nouveaux. (...) Les réponses ne peuvent elles-mêmes qu'être globales, associant tous les moyens de la puissance publique et de la société civile, et tous les niveaux de mobilisation national, européen et international. »

Ainsi pour répondre à ces évolutions, les structures de défense et de sécurité intérieure se réorganisent. Le livre blanc acte la fin du clivage traditionnel entre sécurité intérieure et sécurité extérieure et **conforte la responsabilité du ministère de l'Intérieur au sein du dispositif de sécurité nationale.**
La stratégie de sécurité nationale s'articule autour de cinq fonctions stratégiques dont les forces de défense doivent avoir la maîtrise : la *connaissance et l'anticipation*, la *prévention*, la *dissuasion*, la *protection* et l'*intervention.*
La continuité de fait entre sécurité intérieure et sécurité extérieure mise en avant par le livre blanc concerne différents domaines : la lutte anti terroriste, la cybercriminalité, le trafic de drogue, les risques naturels et environnementaux, l'intelligence économique…

Au titre de la sécurité nationale, la politique de sécurité intérieure et la politique de sécurité civile doivent assurer de façon permanente la protection de la population, garantir le fonctionnement régulier des pouvoirs publics et le maintien de la vie normale du pays en cas de crise, et défendre les intérêts de sécurité de la nation contre toute menace non militaire susceptible d'y porter atteinte.

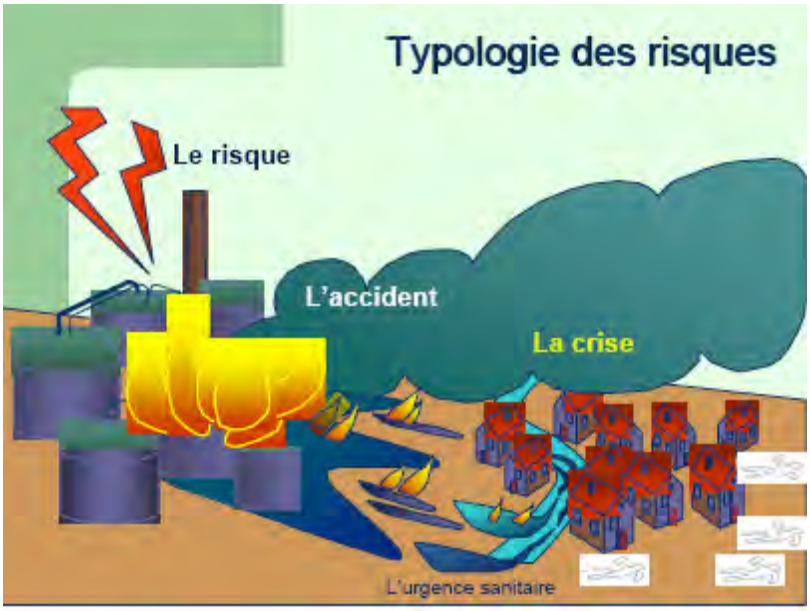
Les ARS ont un rôle dans les stratégies de sécurité intérieure, soit lorsque la menace est d'ordre épidémique (SRAS : syndrome respiratoire aigu sévère, grippe H1N1…), soit en cas d'implication du système de santé. Le second cas peut se produire du fait de la nécessité de gérer des malades et blessés ou lors d'une désorganisation induite par les autres types de risques.

2- Des risques à la crise : quelques définitions

Le risque majeur se définit par sa faible fréquence et son énorme gravité.

Un évènement exceptionnel est un évènement soudain, imprévu, accidentel, qui prend une dimension exceptionnelle ou catastrophique si ses effets dépassent les capacités normales de réaction des structures chargées d'y faire face ou qu'il révèle leurs défaillances.

La crise est l'aboutissement d'une réaction en chaîne qui débute par l'existence d'un risque, se poursuit par sa réalisation sous forme d'accident qui dégénère et produit la situation d'urgence.



Les types de risques sont nombreux, on distingue **:**

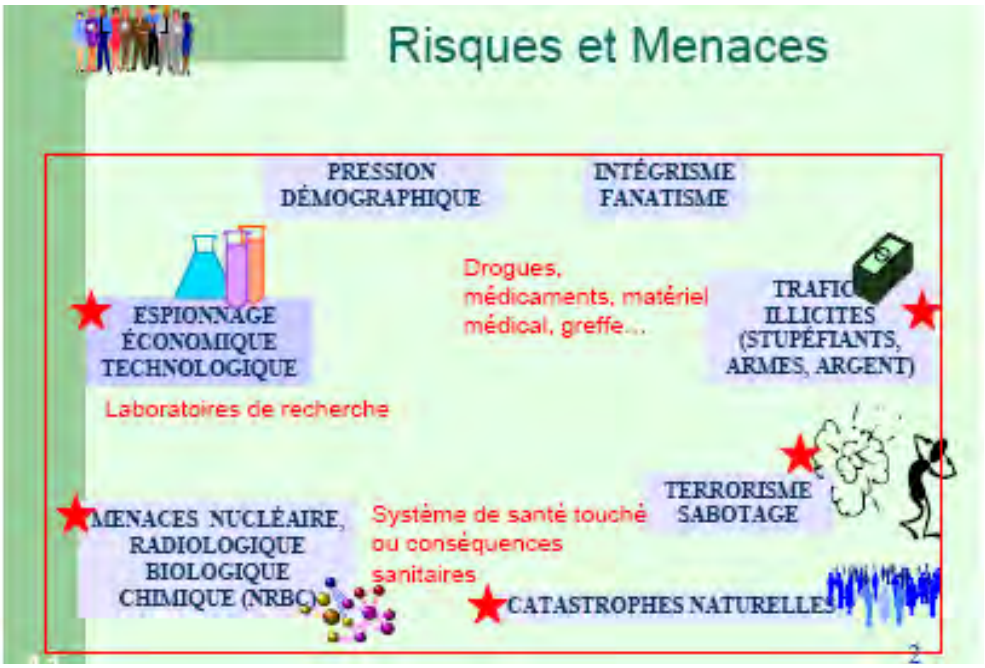
- Les phénomènes naturels
  - Inondations, coulées de boues, séismes, éruptions volcaniques, feux de forêt, cyclones et tempêtes, avalanches.
  - Ruptures d'équilibre écologique : pollution de l'air, de l'eau, des sols.

- Les accidents technologiques et industriels
  - Accidents ferroviaires, aériens, maritimes, routiers.
  - Accidents du travail, accidents domestiques majeurs.
  - Accidents nucléaires et radiologiques, chimiques.
  - Rupture de grands barrages.

- Les évènements sanitaires
  - Epizooties, épidémies, empoisonnements accidentels.
  - Déstructurations majeures de l'offre de soins.

- Les évènements socio-politiques
  - Guerre civile, mouvements sociaux majeurs.
  - Actes de malveillance, terrorisme.

- La menace est une intention hostile, conjuguée avec les moyens nécessaires pour la concrétiser.



Source : zone de défense est, 2010

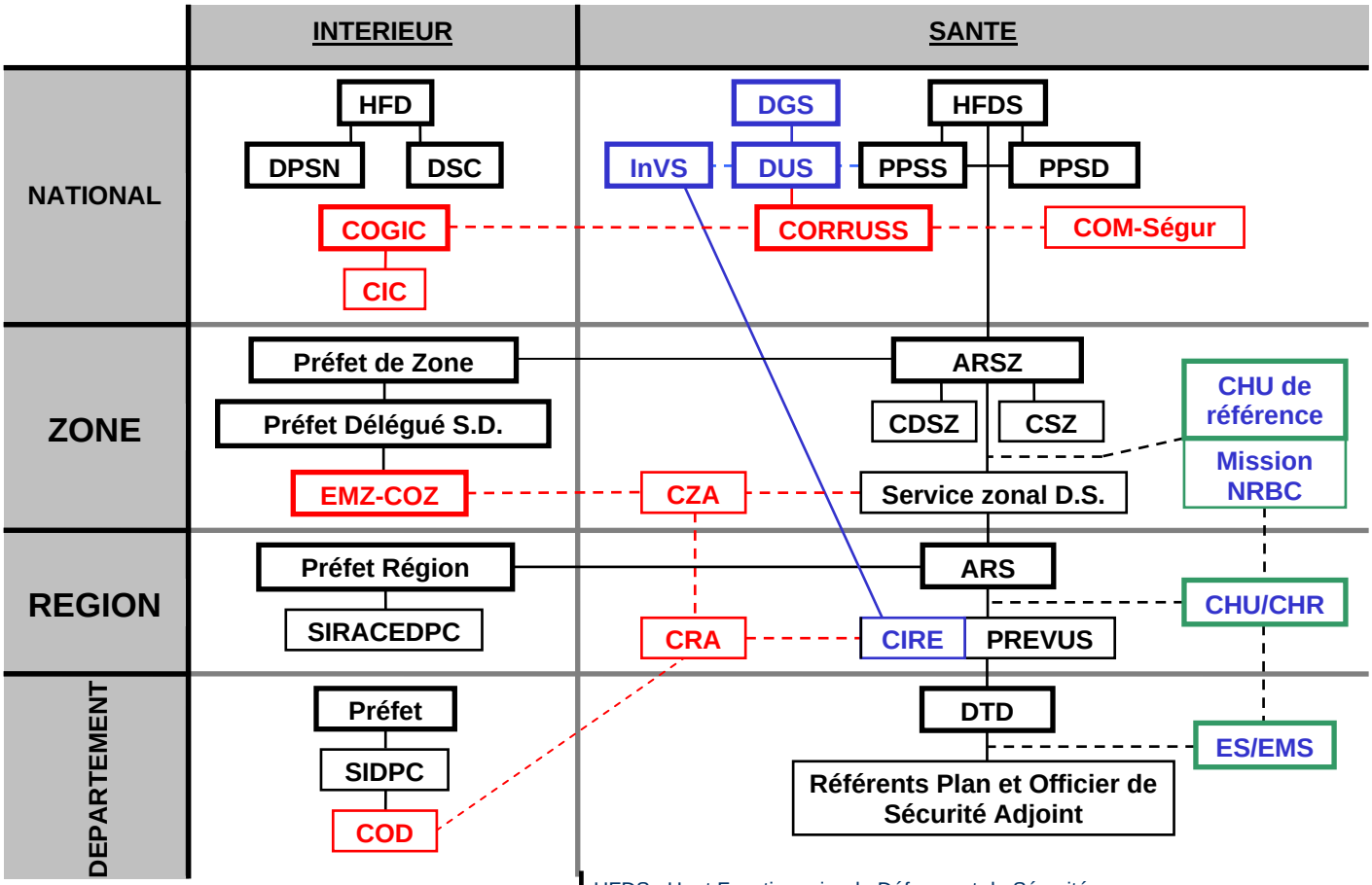
La crise sanitaire présente 4 caractéristiques :

- humaines : morts et/ou blessés ou malades en nombres et/ou contagieux ;
- matérielles : conséquences écologiques, destruction de biens, dommages à la propriété ou aux outils de production ;
- organisationnelles : désorganisation des services essentiels et/ou des moyens d'existence, problèmes propres aux personnes prises dans les zones de conflit, déplacées ou réfugiées ;
- psychologiques : angoisse pour soi et ses proches, troubles collectifs, insécurité…

La crise sanitaire conjugue un problème de santé publique et un problème de sécurité civile

Problème de santé publique	Problème de sécurité civile
Urgences sanitaires : - Nature de l'évènement (maladie infectieuse, Intoxication …) - Nombre de victimes - Gravité et évolutivité de la situation sanitaire **Impact sur le système de santé** - Sollicitation des personnels - Equilibre ville/hôpital et médico-social - Adaptabilité des structures et des moyens - Disponibilités des services et produits et coûts **Mobilisation des professionnels de santé** - Maintien des activités normales - Renforcement et sollicitation des professionnels « inhabituels » (retraités, étudiants, médecins salariés non hospitaliers…).	**Atteintes au fonctionnement de l'Etat** - Désorganisation globale - Conséquences sur la sécurité des biens et des personnes - Perte des repères et règles habituels **Communauté nationale concernée** - Population « victime » : angoisse, maladie, deuil, vie quotidienne difficile - Population « acteurs » : solidarité, civisme, adhésion aux consignes **Gestion collective** - Mobilisation collective souple mais organisée - Réflexion hors crise indispensable sur des processus cohérents - Choix financiers et techniques : avant, pendant et après la crise

3- Le cadre national de l'organisation d'une gestion de crise



HFD : Haut Fonctionnaire de Défense
DPPSN : Direction de la Prospective et de la Planification de Sécurité Nationale
DSC : Direction de la Sécurité civile
COGIC : Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises
CIC : Cellule Interministérielle de Crise
PREFET DELEGUE S.D. : Préfet Délégué pour la Sécurité et la Défense
EMZ-COZ : Etat-Major de Zone - Centre Opérationnel de Zone

SIRACEDPC : Service Interministériel Régional des Affaires Civiles et Economiques de Défense et de la Protection Civile

SIDPC : Service Interministériel Départemental de Protection Civile
COD : Cellule Opérationnelle Départementale

HFDS : Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité
PDSS : Pôle Défense et Sécurité Sanitaire
PPSD : Pôle Protection et Sécurité de Défense
InVS : Institut de Veille Sanitaire
DGS : Direction Générale de la Santé
DUS : Département des Urgences Sanitaires
CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et sociales
COM-Ségur : Centre d'Opérations Ministériel (situé Avenue de Ségur)
ARSZ : Agence Régionale de Santé de Zone
CDSZ : Conseiller de Défense et de Sécurité de Zone
CSZ : Conseiller Sanitaire de Zone
Service zonal D.S. : Service zonal de Défense et de Sécurité
Mission NRBC : Mission Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique
CZA : Cellule Zonale d'Appui
ARS : Agence Régionale de Santé
CIRE : Cellule de l'InVS en REgion
CHU/CHR : Centre Hospitalier Universitaire/Régional
CRDS : Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
CRA : Cellule Régionale d'Appui
DTD : Délégation Territoriale Départementale
ES/EMS : Etablissement de Santé/Médico-Social

Le schéma ci-contre décrit les différents étages du commandement d'un territoire à l'autre et les relations entre le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la santé*

3.1 - Les services du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité

Au niveau national, un Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité (HFDS) est nommé dans chaque ministère. Il est chargé d'animer et de coordonner la politique de défense, de vigilance et de prévention de crise et de situation d'urgence.
Le service du HFDS du ministère du travail, de l'emploi et de la santé comprend deux pôles dirigés chacun par un HFDS adjoint :

- **Le pôle de protection et de sécurité de défense (PPSD)** a pour missions la protection du patrimoine scientifique et technique, la lutte contre la prolifération des armes de destruction massive, la protection du secret de la défense nationale, la protection des biens et des personnes au sein du ministère, la sécurité dans les secteurs d'importance vitale, la sécurité des systèmes d'information…
- **Le pôle de défense et de sécurité sanitaire (PPSS)** est placé sous la responsabilité du chef du Département des Urgences Sanitaires (DUS), de la Direction Générale de la Santé (DGS) et constitué par des personnels de ce département. Il est chargé de l'animation et de la coordination de l'action des ministères face aux risques et menaces sanitaires et de la lutte contre le terrorisme Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (NRBC). Il doit notamment :

  - **s'assurer de la bonne élaboration des plans de prévention, de protection et d'intervention destinés à faire face aux grandes menaces sanitaire, y compris d'origine terroriste (voir annexe 3 : les plans de secours) ;**
  - préparer et assurer le **pilotage des actions de sensibilisation et de formation** et des exercices de simulation de crise concernant la défense et la sécurité sanitaires et, si nécessaire, apporter son concours pour les exercices de situations de crise concernant la protection et la sécurité de défense ;
  - veiller, au sein du ou des départements ministériels et des services déconcentrés relevant de sa compétence, à la mise en place et **au bon fonctionnement d'un dispositif permanent de veille et d'alerte ;**
  - organiser la mise en place des équipements de protection NRBC, des postes sanitaires mobiles et de leur réseau de radiocommunications et en assurer le suivi de gestion et le contrôle ;
  - assurer la gestion de la plate-forme nationale sanitaire et logistique projetable.

3.2 - Le Département des Urgences Sanitaires

Le Département des Urgences Sanitaires (DUS) doit :

- assurer le recueil des alertes sanitaires par le biais du CORRUS
- gérer les alertes sanitaires de niveau national ou international,
- préparer les réponses aux menaces sanitaires de grande ampleur, en lien avec le HFDS. Il organise notamment la préparation, l'achat, le stockage et l'acheminement des produits et services nécessaires à la protection de la population,
- élaborer et conduire un programme d'exercices en lien avec les autres ministères et les services territoriaux compétents.

Le DUS est en lien avec chaque service de Veille et Sécurité Sanitaire (VSS) des ARS. Pour le ministère de la santé, il coordonne les actions des ARS de zone, prend l'avis d'experts des différentes Agences nationales (InVS, ANSES, AFSSAPS...) ou d'experts des établissements de santé (CNR…).

En situation de gestion de crise, un Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises (COGIC) coordonne les interventions des différents ministères.

4- Le cadre zonal

La France métropolitaine comprend cinq zones de défense (voir carte). La Champagne-Ardenne appartient à la zone EST, l'ARS de cette zone étant l'ARS de Lorraine. Le directeur général de l'ARS du chef lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Le préfet de zone dispose des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense.



Source, ARS zone de défense est , 2010'

L'ARS de zone comprend un service zonal de défense et de sécurité (SZDS) composé d'un conseiller sanitaire de zone (médecin ou pharmacien) et d'un conseiller de défense et de sécurité de zone.

Deux établissements de santé sont nommés comme référents pour la zone : ce sont les CHU de Nancy et de Strasbourg qui sont équipés de services et de personnels dédiés en particulier pour les missions NRBC.

Organisation pour la gestion de crise au niveau zonal

Dans chaque zone, les ARS doivent organiser une Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS) au sein d'un service de veille et de sécurité sanitaire qui s'articulera avec les équipes de défense de la zone (SZDS) pour préparer les ARS à la gestion de crise.

Le niveau zonal apporte des mesures de coordination et d'appui adaptées et graduées face à des évènements touchant tout ou partie du territoire de la zone de défense.

Missions de l'ARS de zone :

- Coordonner les cellules régionales de défense et de sécurité des ARS de la zone ;
- Mettre en œuvre les axes de la politique commune de la zone, afin d'apporter une réponse unique et fédérée face à tout évènement susceptible de conduire à une crise.

Les établissements de santé de référence (circulaire du 3 mai 2002) ont :

- un rôle d'expert et de conseil en cas de crise ou de situation exceptionnelle,
- un rôle de coordination au niveau zonal,
- un rôle de formation.

Les laboratoires de ces établissements ont été équipés pour établir des diagnostics rapides et en grand nombre des agents pathogènes considérés comme les plus à risque.

5- Le cadre régional et départemental

Les ARS doivent s'organiser pour travailler avec chaque préfecture de leur région. Afin de coordonner ses actions au niveau régional et s'articuler avec la cellule zonale de défense et de sécurité (SZDS), chaque ARS doit mettre en place une cellule de défense et de sécurité (CRDS).

Les missions de la CRDS sont :

- la mise en œuvre de la réglementation relative à la protection du secret de la défense nationale (habilitations…),
- la planification régionale de défense et de sécurité (plans d'urgence sanitaires),
- les exercices et les formations,
- la participation aux gestions de crise au sein de la cellule régionale d'appui (CRA),
- la participation aux inspections des postes de secours médicaux.

Ces missions s'exercent sur les quatre départements en lien avec chaque délégation territoriale départementale de l'ARS.

Les CRDS coordonnent les actions de ces délégations.

Les plans d'urgences sanitaires sont nombreux. L'annexe 8 donne le cadre des différents plans.

En situation de crise :

Entre la zone et les départements, la région n'a pas de rôle défini. Dans le champ sanitaire, sous l'autorité des préfets de département, il appartient à l'ARS d'organiser les réponses au niveau de chacun des départements de la région.
Pour ce faire, en période de gestion de crise, une cellule régionale d'appui (CRA) doit être mise en place. Sa composition peut varier selon les évènements à gérer. Cette CRA sera en lien avec le cadre de la délégation territoriale de l'ARS concernée présent au centre opérationnel départemental mis en place par le préfet.

6- Le niveau opérationnel

Le niveau opérationnel, départemental, est constitué par l'ensemble des structures sanitaires et au premier plan les établissements de santé et les SAMU.

Le code de la santé publique (articles L.3131-6 à 11), le décret du 30 décembre 2005 et la circulaire DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes précisent les modalités selon lesquelles les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé doivent être prêts et s'organiser pour faire face à la prise en charge d'un nombre important de victimes, quelle qu'en soit l'origine. Ainsi tous les établissements de santé doivent disposer d'un « plan blanc » et les établissements médico-sociaux d'un « plan bleu ».

Le plan blanc élargi est arrêté par le préfet de département.
Un guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs hospitaliers a été élaboré par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en 2004 et aborde les différents aspects d'une gestion de crise (les différents niveaux d'intervention, la typologie des plans de secours, la chaîne médicale des secours, le plan blanc, le plan blanc élargi…).

Le Plan blanc élargi recense tous les moyens et ressources humains et matériels susceptibles d'être mobilisés en fonction des circonstances. Il doit permettre de déterminer les rôles des uns et des autres lors d'une crise, de définir les procédures d'organisation, de coordination entre les acteurs, la circulation de l'information entre les différentes structures et institutions ou vers les partenaires extérieurs.

7- Diagnostic des risques et de l'organisation en Champagne-Ardenne

7.1 - Les risques

Les risques majeurs de la région Champagne-Ardenne sont décrits dans les annexes :

- risques naturels, dont ceux considérés comme conséquence du changement climatique (*annexe 9*) ;
- risques accidentels majeurs (*annexe 10*).

Une carte en **annexe 11**, localise ces risques (barrages, centrales nucléaires, Seveso II…).

7.2 - La cellule régionale de défense et de sécurité

Au sein de la direction de la santé publique de l'ARS, la cellule régionale de défense et de sécurité (CRDS) a pour mission :

1)d'organiser les astreintes : planning, préparation du matériel, création et maintenance d'outils de gestion.

2)d'organiser la formation de tous les agents susceptibles de participer aux astreintes, à un COD et/ou une CRA

3)de proposer une organisation de gestion de crise quelque soit le lieu et l'impact de la crise (département, région). Une procédure a été élaborée en 2011.

4)de participer aux travaux de la zone de défense EST.

5)de participer au réseau ORSEC (voir annexe 3) et, en tant que tel, de participer à la révision des différents plans qui composent les dispositions générales et spécifiques des plans ORSEC des quatre préfectures de la région. En 2010, seule la fiche du plan canicule a été révisée.

6)de prendre part à la révision des plans « vigipirate » notamment le plan NRBC. La version 2010 du plan gouvernemental est en cours de déclinaison au niveau zonal et chaque préfecture doit travailler à sa déclinaison départementale. La CRDS et/ou les DTD participent aux réunions des préfectures et feront le lien avec la zone et les établissements de santé qui devront réviser les annexes NRBC de leur plan blanc.

7)de s'assurer auprès des établissements de santé de la mise à jour de leur plan blanc et de leurs annexes (canicule, NRBC).
La région Champagne-Ardenne compte **53 établissements de santé.**
L'étude des plans blancs des 14 établissements sièges de structures d'urgence montre une grande hétérogénéité de la présentation et du contenu, rendant difficile la réflexion sur une éventuelle articulation d'un établissement à un autre dans le cadre d'un plan blanc élargi.

8) de s'assurer avec que les établissements médico-sociaux actualisent leur plan bleu.

9)de piloter l'actualisation des plans blancs élargis
Chaque département devrait disposer d'un **plan blanc élargi** (PBE).
Actuellement, seul le département de la Haute-Marne a validé son PBE en 2009 en Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS).

La Marne a rédigé un PBE en 2009 mais il n'a pas été validé en CODAMUPS-TS. Les Ardennes et l'Aube n'ont pas rédigé de PBE.
Lors d'une réunion SAMU/CRDS, il a été proposé d'organiser une commission (réunissant au minimum CRDS/SAMU) en vue d'animer des groupes de travail pour l'élaboration et/ou la révision des 4 PBE de la région en lien avec les préfectures.

10) De s'assurer du fonctionnement des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) des quatre départements (convention EPSDM/SAMU, mise à jour des listes des volontaires, formations…). Seule la Marne ne dispose pas de convention EPSSM/SAMU pour le fonctionnement d'une CUMP.

11) De participer avec les DTD aux exercices pilotés par les préfectures.

12) De surveiller les tensions hospitalières.
Le but de cette surveillance est de détecter la survenue de tout évènement de santé inhabituel dans les plus brefs délais, qu'il soit lié à un phénomène épidémique ou environnemental. Une plate-forme informatique centralise au quotidien des données renseignées par les établissements : disponibilités en lits, prévisions de fermeture.
En Champagne Ardenne, ce serveur de veille et d'alerte est géré par un groupement de coopération sanitaire (SISCA) financé par les établissements de santé de la région.

13) D'effectuer les tâches liées au secret-défense.
Certains documents détenus par l'ARS contiennent des informations dont la divulgation serait de nature à nuire à la défense nationale (NRBC). Ces documents sont dits « classifiés confidentiel défense » et soumis à une réglementation stricte. La CRDS est chargée de les conserver de façon conforme à la législation. La CRDS est également en charge du catalogue des emplois et des habilitations des personnels en charge de ces dossiers.

Cette cellule se compose de :

- 0,5 ETP de médecin, chef de l'Unité fonctionnelle de veille et sécurité fonctionnelle
- 1 ETP d'ingénieur santé environnement
- 1 ETP d'agent administratif
- 0,5 ETP d'infirmière de santé publique
-

Dans chaque délégation territoriale de l'ARS, un référent « défense » est identifié.

Chapitre 3 : Articulation avec les plans nationaux

- Plan national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins

- Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010

1- Pré- requis

Une infection est considérée comme associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation, au début de la prise en charge.

Les Infections Associées aux Soins (IAS) concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs. Ces infections peuvent être directement liées aux soins dispensés au patient (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical (par exemple une épidémie de grippe).

Les bactéries sont dites multirésistantes (BMR) aux antibiotiques lorsque du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques utilisables en thérapeutiques.

Les bactéries multirésistantes représentent 20 à 30 % des cas d'infections nosocomiales.
En 2008-2009, la Champagne-Ardenne a été impactée par l'épidémie ERG (Entérocoques résistants aux glycopeptides, 93 cas) venant de Lorraine.

L'apparition de bactéries pathogènes résistantes aux antibiotiques et leur diffusion dans les populations humaines constituent **un des phénomènes infectieux majeurs des vingt dernières années** alors que les perspectives de découverte de nouvelles classes d'antibiotiques sont réduites. En particulier, l'émergence d'entérobactéries résistantes à l'ensemble des molécules de la classe des β-lactamines, en particulier aux carbapénèmes, est un risque de santé publique majeur.

2- Les préconisations du plan

Le plan 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS) poursuit la politique de lutte contre les infections nosocomiales commencée il y a 20 ans dans les établissements de santé et l'étend au secteur médico-social, aux soins de ville et aux pratiques non médicales mais à risques infectieux (tatouages, mésothérapie, carboxythérapie, greffe capillaire…).
Il vise ainsi :

- à faire face efficacement aux phénomènes endémiques et épidémiques qui se diffusent de plus en plus d'un secteur à l'autre, à travers le parcours des patients ;
- à assurer la maîtrise de la diffusion des BMR (Bactéries MultiRésistantes) par la surveillance épidémiologique, les signalements et des programmes dans les établissements de santé.

La mise en œuvre de ce plan repose sur sa régionalisation pilotée par les ARS :

« *L'enjeu, pour les ARS, est de se saisir de ce champ de politique publique, au confluent de la santé publique et du soin, dans toute sa dimension intersectorielle, de comprendre l'importance d'une*

déclinaison régionale de la politique nationale de prévention des IAS et de s'investir dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'action régionale dans ce domaine. »[34]

Quatre éléments structurent cette action régionale, selon la circulaire :

- **un programme régional de prévention des IAS** : en fonction des spécificités des territoires (épidémiologie, organisation des soins, indicateurs), l'ARS décline le plan stratégique national et les programmes qui en découlent. A ce jour, seul le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 a été publié.[1]
- **une expertise en prévention des IAS** : le réseau des CCLIN–ARLIN représente cette expertise qui peut être renforcée par les spécialistes en médecine infectieuse.
- **une consultation et un suivi** de cette politique :
  « Dans le cadre de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les ARS peuvent créer une instance dédiée qui réunit des représentants des différentes catégories d'acteurs des trois secteurs de soins, des représentants des usagers et de l'ARLIN. »[1]
- **une conduite d'évaluation** :
  Les indicateurs des tableaux de bord des infections associées aux soins permettent aux régions de disposer d'outils de pilotage.

Cette politique globale, régionalisée doit aussi être complétée par une structuration des méthodes, outils et procédures en vue d'améliorer l'existant ou de développer de nouveaux modes de travail.

« A cet égard, il est nécessaire :

- d'utiliser les méthodes et outils de la gestion des risques sanitaires ;
- de disposer d'outils de **suivi** épidémiologique et de veille sanitaire au sein de chaque établissement ;
- de s'assurer du respect des « bonnes pratiques » pour réduire, notamment, les risques de transmission croisée ;
- de se préparer à la gestion d'une crise de type épidémique. »[1]

2.1 - Les différents dispositifs de surveillance des infections nosocomiales

a) Les niveaux minima de surveillance

La surveillance a pour objectif de fournir une appréciation scientifique du risque infectieux et de réaliser des comparaisons entre établissements.

Dans les établissements de santé, le **niveau minimum de surveillance** comprend :

- la participation à l'enquête nationale de prévalence des IAS tous les 5 ans,
- la surveillance « simple » des secteurs à risque (chirurgie et réanimation),
- le suivi des bactéries multirésistantes aux antibiotiques,
- l'identification des infections présentant un caractère particulier justifiant son examen lors de réunions de mortalité-morbidité et/ou signalement externe à l'ARS et au CCLIN,
- le recueil des données demandées réglementairement dans le cadre des bilans standardisés réglementaires.

b) Les enquêtes de prévalence[35]

Les enquêtes de prévalence sont, pour la plupart des établissements de santé, un moyen simple de quantifier l'importance des infections nosocomiales. Elles ont pour objectif de mesurer un jour donné la prévalence et de décrire les caractéristiques des infections nosocomiales.

[34] Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins.
[1] Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins.
[35] Prévalence : nombre de personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment donné, dans une population donnée

En France, quatre enquêtes de prévalence ont été réalisées : 1990, 1996, 2001 et 2006. De plus en plus d'établissements participent à ces enquêtes.

	1990	**1996**	**2001**	**2006**
Nombre de patients et Nombre d'ES participants	11 599 39	236 334 830	305 656 1 533	258 467 2 337
Prévalence des patients infectés	6,7 %	6,7 %	7,5 %	4,97 %
Prévalence des infections	7,4 %	7,6 %	6,4%	5,38 %

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, France, juin 2006-Institut de veille sanitaire

Au niveau national, l'enquête 2006 donne les précisions suivantes :

Les infections urinaires représentent 30 % de l'ensemble des infections nosocomiales (IN) recensées, les infections respiratoires 15 % et les infections sur site opératoire 14 %.
Les trois micro-organismes les plus fréquemment responsables d'IN sont les Escherichia coli (25%), les staphylococcus aureus (19 % dont 52 % résistants à la méticilline) et le pseudomonas aeruginosa (10 %).

c) La surveillance des bactéries multirésistantes

La lutte contre les BMR dans les établissements de santé, qui s'intègre dans une politique globale de prévention des infections nosocomiales (IN) et de maîtrise de la résistance aux antibiotiques, est une priorité nationale qui implique toute la communauté hospitalière et fait partie des indicateurs d'activité et de qualité, et des référentiels d'accréditation des ES.
Deux BMR font l'objet d'un programme national de prévention des BMR, en raison de leur fréquence élevée et de leur potentiel pathogène :

- Les SARM : Staphylococcus Aureus Résistant à la Meticilline ;
- Les EBLSE : Entérobactéries productrices de Bêta-Lactamases à Spectre Etendu.

La surveillance des SARM et des EBLSE est menée par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) des cinq interrégions et est coordonnée au niveau national en lien avec l'InVS dans le cadre du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN).
L'indicateur principal est la densité d'incidence pour 1000 journées d'hospitalisation des malades ayant au moins un prélèvement à visée diagnostique positif à SARM ou EBLSE.

Entre 2002 et 2009, ces indicateurs ont évolué comme suit :

Les SARM **:** La densité d'incidence globale pour l'ensemble des participants a augmenté de 2002 à 2003, puis a diminué progressivement (diminution globale de 35%) en 8 ans.

Les EBLSE : La densité d'incidence pour 1000 Journées d'Hospitalisation - JH a augmenté entre 2002 et 2009**,** que ce soit globalement, en court séjour (réanimation comprise) ou en SSR-SLD.

Il est ainsi constaté une grande différence entre l'épidémiologie des E. Coli BLSE et des SARM. Les mesures permettant de faire diminuer l'incidence des SARM n'ont pas eu le même impact sur l'incidence des EBLSE car les modes de transmission, les sites de portage (rhinopharynx, pus et abcès pour les SARM, fèces et urines pour E coli), les risques de dissémination à partir des porteurs…) sont très différents. Par ailleurs, les programmes de contrôle jusqu'ici appliqués dans les

établissements de santé étaient essentiellement focalisés sur les SARM, ceux-ci ayant été désignés comme BMR prioritaires.

L'émergence d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) est un phénomène nouveau, à très forts enjeux de santé publique et qui nécessite une mobilisation collective.

La production de carbapénémases est souvent associée à d'autres mécanismes de résistance, rendant ces bactéries résistantes à d'autres classes d'antibiotiques et conduisant ainsi à des impasses thérapeutiques.
Identifiés dans des pays lointains (Inde…), ces germes sont désormais présents en Europe (Grèce notamment, Pays-Bas). La pénétration en France de ces germes connaît actuellement une forte accélération. Elle s'effectue à la faveur de rapatriements sanitaires.

Une surveillance nationale par l'InVS et ses partenaires (établissements de santé, laboratoires et CCLIN) a été renforcée et les établissements de santé ont tous été informés par la circulaire du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases.
L'application de ces mesures par les établissements de santé est primordiale pour limiter la diffusion de ces bactéries.
En France, selon les données de l'INVS, le premier épisode impliquant un EPC a été signalé en 2004 et depuis 2009, une augmentation du nombre de ces épisodes est constatée :

- 6 épisodes en 2009,
- 26 en 2010,
- 27 sur les six premiers mois de 2011.

d) <u>Les autres dispositifs de surveillance :</u>

► Les établissements de santé de la région participent aux activités de surveillance du RAISIN :

- surveillance des infections du site opératoire,
- surveillance des bactéries multirésistantes, des bactériémies nosocomiales,
- surveillance des accidents d'exposition au sang chez les soignants,
- surveillance des infections nosocomiales en réanimation.

La surveillance interrégionale de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes.

Cette surveillance doit permettre aux établissements de santé :

- de surveiller leurs consommations d'antibiotiques (ATB) et leurs niveaux de résistances bactériennes,
- de se situer par rapport aux autres établissements du réseau,
- de suivre l'évolution dans le temps de leurs consommations d'ATB.

Les tableaux de bord des établissements de santé.

Le tableau de bord est une façon de présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il permet un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, facteurs d'amélioration de la qualité.
L'objectif de ce tableau de bord est d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.
Il répond aussi à une demande légitime d'informations et de transparence de la part des usagers.
Il comprend les indicateurs suivants :

ICALIN : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
ICSHA : Indicateur de Consommation des produits ou Solutions HydroAlcooliques pour l'hygiène des mains.

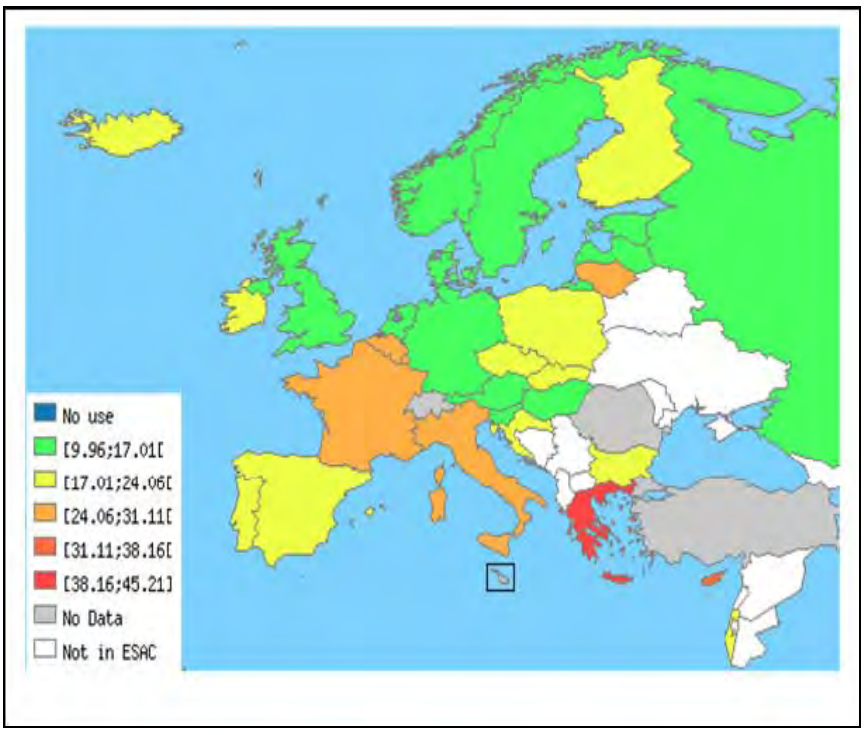
SURVISO : est un indicateur de réalisation d'une SURveillance des Infections du Site Opératoire (ISO).
ICATB : Indicateur Composite de Bon Usage des AnTiBiotiques.

Un cinquième indicateur est l'indice triennal de SARM (staphylocoques doré résistant à la méticilline). Cet indice permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement et sa capacité à la maîtriser par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient et par une politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques.

Ces données sont étudiées à un niveau interrégional.

2.2 - Incidence de l'évaluation du « Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010 » sur la définition d'une stratégie régionale

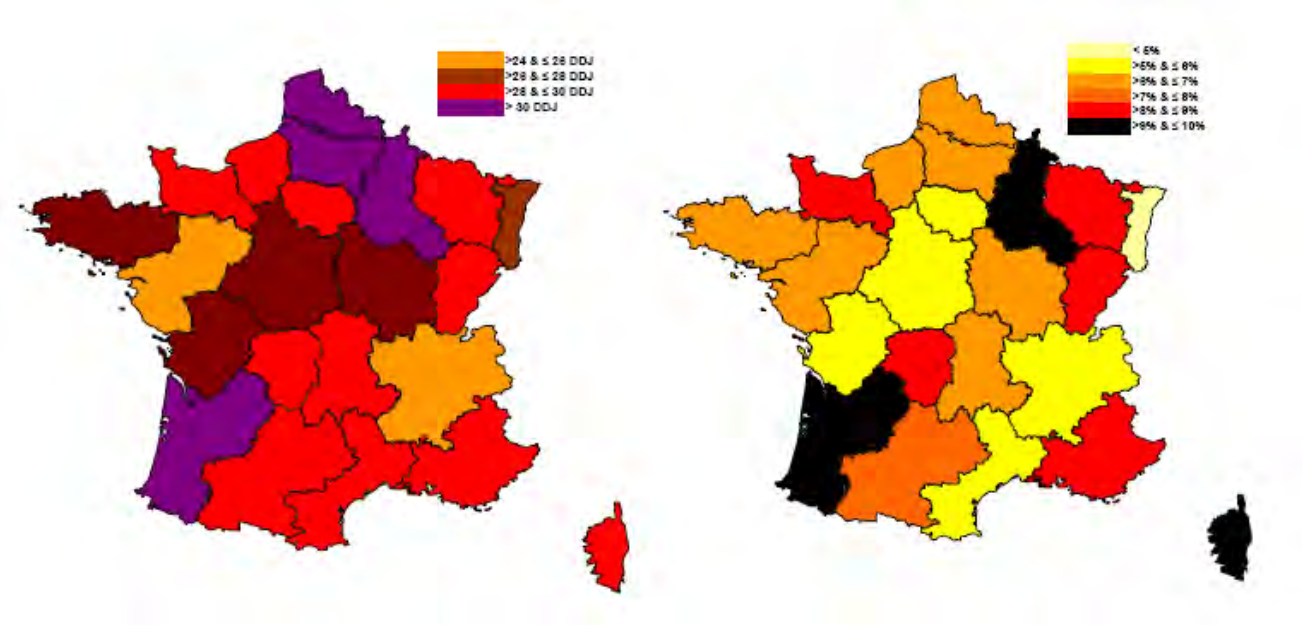
Le rapport du haut conseil de la santé publique sur l'évaluation du plan 2007-2010 pour préserver l'efficacité des antibiotiques donne les informations suivantes : la consommation globale d'antibiotiques en France a diminué entre 2000 et 2008 en ville comme à l'hôpital. En 2009, une augmentation de la consommation des antibiotiques prescrits surtout en ville est constatée.



Niveau de consommation d'antibiotiques en 2008 dans les pays participants à ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumptions)

La consommation française est l'une des plus élevées en Europe malgré les deux premiers plans de préservation de l'efficacité des antibiotiques menés depuis 2001.

Il existe des disparités régionales importantes tant dans la prescription au cours des 7 dernières années que dans l'évolution de ces prescriptions.



Disparité régionales de consommation des antibiotiques (gauche) et évolution de la consommation (droite) en ville. Source CNAMTS et AFSSAPS-25 novembre 2010

Selon les données de l'AFSSAPS, en ville, la consommation d'antibiotiques est plus élevée depuis plusieurs années dans le Nord Pas de Calais, la Picardie, la Champagne Ardenne et l'Aquitaine (> 30 DDJ/J/1000h) et beaucoup plus faible dans le Pays de la Loire et la région Rhône Alpes (>24 et <26 DDJ/J/1000h). Il en est de même pour les variations d'une année à l'autre : en 2009, une augmentation de plus de 9% de la consommation d'antibiotiques est relevée en Champagne Ardenne, Aquitaine, Corse, alors que cette augmentation reste modérée en Alsace (< 5%). Dans les hôpitaux, les mêmes variations régionales sont notées.
Cette évolution appelle clairement à maintenir les efforts déjà engagés, ainsi qu'à chercher de nouvelles pistes d'action permettant de nouveaux gains, notamment en identifiant mieux les déterminants médicaux, sociétaux et psychologiques de la sur-prescription.

Il ressort de cette évaluation qu'une politique d'amélioration des prescriptions des antibiotiques est à prévoir au niveau régional champardennais.

Suite à ce rapport d'évaluation, un troisième plan est en cours d'élaboration. Ce plan, une fois adopté, serait piloté par la DGS dès sa conception. Au-delà des aspects réglementaires et légaux qui sont de son ressort, la DGS aurait un rôle d'animation, de communication et de suivi de la mise en œuvre du plan. Les ARS devraient gérer opérationnellement la mise en œuvre des actions prévues.
Cette régionalisation est dépendante d'une analyse préalable des déterminants des variations régionales et d'un développement des systèmes d'information en santé, notamment vers les praticiens.

Chapitre 4 : Les objectifs

Sur le plan de la veille et de la sécurité sanitaire, le bilan qui précède fait ressortir quelques points forts et points faibles de la région.

Les points forts sont les suivants:

Au titre de la veille sanitaire

- Une déclaration des maladies infectieuses qui progresse
- Un point focal opérationnel 24h/24, qui commence à être bien connu des professionnels
- Un traitement des signalements qui se professionnalise rapidement
- Des pôles santé-environnement reconnus
- Une ARLIN bien implantée

Au titre de la défense et de la sécurité sanitaire :

- Une équipe CRDS aujourd'hui bien identifiée
- Une organisation des astreintes ARS opérationnelle permettant une alerte 24H/24
- Une professionnalisation des astreintes ARS en constante progression
- Une forte volonté commune SAMU/préfectures (SIDPC)/ARS de travailler ensemble
- Un réseau régional des SAMU (RAMUCA) bien organisé

Les points faibles sont les suivants :

Au titre de la veille sanitaire

- Une difficulté à joindre rapidement les médecins libéraux en cas d'alerte
- Une très faible proportion de médecins libéraux participant à des réseaux de surveillance
- Peu d'établissements de santé participant au réseau OSCOUR
- Une insuffisance des retours d'information après clôture des affaires
- Une absence de politique régionale en matière de lutte contre les infections liées aux soins et sur la préservation de l'efficacité des antibiotiques.
- Une approche régionale de la gestion des urgences sanitaires insuffisamment développée

Au titre de la défense et de la sécurité sanitaire

- Des plans blancs inexistants ou à adapter aux nouvelles organisations
- Une CUMP dans la Marne à organiser
- Une culture de gestion de crise insuffisamment développée et partagée

Pour asseoir, renforcer et adapter aux nouvelles organisations la veille et la sécurité sanitaire dans la région, trois objectifs généraux se déclinant en sept objectifs opérationnels ont été retenus.

Objectif général 1 : construire une synergie autour des activités de préparation et de gestion des urgences sanitaires en améliorant la collaboration interinstitutionnelle

Objectif opérationnel 1.1 : promouvoir le développement d'une culture interinstitutionnelle de gestion de crise

Actions à mener

- former les acteurs
- développer des exercices de gestion d'événements exceptionnels
- créer un pool régional d'experts observateurs/évaluateurs
- capitaliser les retours d'expérience

Objectif opérationnel 1.2 : mettre en cohérence les volets sanitaires des plans départementaux selon un angle régional

Actions à mener

- réviser et harmoniser au plan régional les fiches des dispositifs ORSEC
- réviser et adapter les contenus des annexes du plan NRBC
- adapter le contenu des Plans Particuliers d'Intervention (PPI)

Indicateurs de suivi

1. Nombre de personnes formées à la gestion de crise
2. Nombre de participation à des exercices, dont en qualité d'expert ou d'observateur
3. Nombre de retour d'expérience réalisés et diffusés
4. Nombre de fiches ORSEC révisées et diffusées dans les quatre départements
5. Nombre de PPI révisés

Objectif général 2 : mobiliser les professionnels de proximité sur la mise en œuvre d'activités de veille et de sécurité sanitaire en favorisant l'intégration de ces activités dans leurs pratiques quotidiennes

Objectif opérationnel 2.1 : promouvoir la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaires

Actions à mener

- poursuivre l'information des professionnels sur la création du point focal
- rédiger et diffuser des bulletins régionaux de veille sanitaire
- élaborer et diffuser aux professionnels les synthèses des affaires importantes
- réaliser chaque année une journée régionale de veille sanitaire

Objectif opérationnel 2.2 : développer la veille sanitaire

Actions à mener

- développer les réseaux de surveillance
- favoriser l'inscription d'un volet veille sanitaire dans les projets médicaux des maisons de santé pluridisciplinaire
- élaborer un plan régional de prévention des infections liées aux soins

Objectif opérationnel 2.3 : renforcer le partenariat pour la gestion d'épidémies

Actions à mener :

- élaboration d'un plan régional de maîtrise d'une épidémie
- élaboration d'une convention cadre avec l'éducation nationale
- décliner le plan national de préservation de l'efficacité des antibiotiques

Indicateurs de suivi

1. Nombre de signalements effectués au point focal
2. Nombre de bulletins régionaux élaborés et diffusés
3. Nombre de synthèses diffusées auprès de professionnels
4. Journée régionale de veille effectivement réalisée
5. Nombre d'établissements dotés d'un service d'urgence participant au réseau SURSAUD
6. Plans régionaux élaborés (prévention des infections liées aux soins, maîtrise d'une épidémie, préservation de l'efficacité des antibiotiques)
7. Convention cadre avec l'éducation nationale adoptée

Objectif général 3 : Améliorer la qualité et l'efficacité des actions de veille, de sécurité et de gestion des urgences sanitaires en soutenant la professionnalisation des acteurs et en facilitant la coordination

Objectif opérationnel 3.1 : homogénéiser le cadre de gestion des alertes sanitaires et environnementales à l'échelle régionale

Actions à mener

- développer un référentiel de procédures régionalisées de gestion des alertes sanitaires et environnementales
- élaborer des outils informatiques d'aide à la gestion des alertes sanitaires et environnementales
- renforcer les actions de formation

Objectif opérationnel 3.2 : promouvoir la préparation des établissements et des professionnels de santé à la gestion des urgences sanitaires

Actions à mener :

- évaluer et adapter les plans blancs et les plans bleus
- réviser/élaborer les plans blancs élargis
- inciter les établissements à réaliser des exercices

Indicateurs de suivi

1. Nombre de procédures harmonisées
2. Nombre d'actions de formation aux outils réalisées et pourcentage de personnes formées
3. Proportion de plans blancs et plans bleus évalués et adaptés
4. Nombre de plans blancs élargis adoptés
5. Nombre d'établissements ayant réalisé des exercices

Glossaire

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ARS : Agence Régionale de Santé
ARSZ : Agence Régionale de Santé de Zone
ATB : Antibiotiques
ATMO : Association de surveillance de la qualité de l'air
Bilanlin : Portail web assurant le recueil en ligne des scores ICALIN des établissements de santé
BMR : Bactérie MultiRésistante
CAP : Centre AntiPoison
C-CLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CDSZ : Conseiller de Défense et de Sécurité de Zone
CG : Conseil Général
CHU/CHR : Centre Hospitalier Universitaire/Régional
CIC : Cellule Interministérielle de Crise
CIP : Cellule d'Information du Public
CIRE IDF-CA : Cellule de l'InVS en REgion Ile de France – Champagne-Ardenne
CLAT : Centre de Lutte AntiTuberculeuse
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNR : Centre National de Référence
COD : Cellule Opérationnelle Départementale
CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médical Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaire
COGIC : Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises
COM-Ségur : Centre d'Opérations Ministériel (situé Avenue de Ségur)
CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
COZ : Centre Opérationnel de Zone
CRA : Cellule Régionale d'Appui
CRDS : Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
CS : Court Séjour
CSZ : Conseiller Sanitaire de Zone
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
CVGAS : Cellule de Veille et de Gestion des Alertes Sanitaires
CZA : Cellule Zonale d'Appui
DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDJ/J/1000h : Dose Définie Journalière / Jour / 1000 habitants
DDT : Direction Départementale des Territoires
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMS : Direction du secteur Médico-Social
DPSN : Direction de la Planification de Sécurité Nationale
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DSC : Direction de la Sécurité Civile
DTD : Délégation Territoriale Départementale
DUS : Département des Urgences Sanitaires
EBLSE : Entérobactérie productrice de Bêta-Lactamases à Spectre Etendu
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMZ : Etat-Major de Zone
ENP : Enquête nationale de prévalence
EPC : Entérobactérie Productrice de Carbapénémases
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ERG : Entérocoques Résistants aux Glycopeptides
ES/EMS : Etablissements de Santé / Médico-Social

ESAC : European Surveillance of Antimicrobial Consumptions
GALA : Gestion de l'Alerte Locale Automatisée
GROG : Groupe Régional d'Observation de la Grippe
HFD : Haut Fonctionnaire de Défense
HFDS : Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité
Loi HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
IAS : Infection Associée aux Soins
ICALIN : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ICATB : Indicateur Composite de Bon Usage des AnTiBiotiques
ICEA : Inspections-Contrôles-Evaluations-Audits
ICSHA : Indicateur de Consommation des produits ou Solutions HydroAlcooliques pour l'hygiène des mains
IIM : Infection Invasive à Méningocoque
IN : Infection Nosocomiale
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
ISO : Infection du Site Opératoire
JH : Journée d'Hospitalisation
LNR : Laboratoire National de Référence
MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire
MDNO : Maladie à Déclaration Non Obligatoire
NRBC : Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique
NUC : Numéro Unique de Crise
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORSEC : Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile
ORSEC NOVI : Nombreuses Victimes (anciennement Plan Rouge)
OSCOUR : Organisation de la Surveillance Coordonnées des Urgences
PBE : Plan Blanc Elargi
PCO : Poste de Commandement Opérationnel
PCS : Plan Communal de Sauvegarde
PDSS : Pôle Défense et Sécurité Sanitaire
PFN : Point Focal National
PIS : Plan d'Intervention et de Sécurité
Plan Vigipirate : Dispositif de sécurité français destiné à prévenir les menaces ou à réagir face aux actions terroristes
Plans PIRATE : Plans d'intervention adaptés chacun à un type de risque particulier
PMI : Protection Maternelle et Infantile
POI : Plan d'Opérations Internes
Point Focal : Centre de réception et d'orientation des signaux sanitaires
PPI : Plans Particuliers d'Intervention
PPMS : Plan Particulier de Mise en Sureté
PPSD : Pôle Protection et Sécurité de Défense
Préfet Délégué S.D : Préfet Délégué pour la Sécurité et la Défense
PREVUS : Plateforme Régionale de Veille et d'Urgences Sanitaires
PRSE2 : Plan Régional Santé Environnement 2ème génération
PSI : Plan de Surveillance et d'Intervention
PUI : Plan d'Urgence Interne
RAISIN : Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales
RAMUCA : Réseau d'Aide Médicale Urgente de Champagne-Ardenne
Renago : Réseau national de surveillance des gonocoques
Renachla : Réseau national de surveillance de chlamydiae
SAE : Statistiques Annuelles d'Etablissement
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SARM : Staphylococcus Aureus Résistants à la Meticilline
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
Service zonal D.S : Service zonal de Défense et de Sécurité
SHU : Syndrome Hémolytique et Urémique
SIDPC : Service Interministériel Départemental de Protection Civile
SIRACEDPC : Service Interministériel Régional des Affaires Civiles et Economiques de Défense et de la Protection Civile

Siroco : Système de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone
SISE-Eaux : Système d'Information en Santé Environnement – Eaux
Site SEVESO : Installations présentant des risques d'incendie, d'explosion ou de dissémination de substances toxiques dans l'environnement (eau, air, sol)
SPPS : Service de Prévention et de Promotion de la Santé
SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SRP : Schéma Régional de Prévention
SSR-SLD : Soins de suite et de réadaptation - Soins de Longue Durée
SurSaUD : Système de Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès
SURVISO : indicateur de réalisation d'une SURveillance des Infection du Site Opératoire
SZDS Service Zonal de Défense et de Sécurité
TAR : Tour Aéro-Réfrigérante
TIAC : Toxi-Infection Alimentaire Collective
UFSSE : Unité Fonctionnelle de Sécurité Sanitaire et de l'Environnement
UF VSS : Unité Fonctionnelle de Veille et de Sécurité Sanitaire
USSAPS : Unité sécurité sanitaire des produits de santé
VAGUSAN : Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXES

Annexe 1 : maladies à déclaration obligatoire

1. Signalement obligatoire.

Dans le cadre de la lutte contre les épidémies, un dispositif réglementaire a été mis en place afin de prévenir l'extension de certaines maladies. Ce dispositif est rappelé dans le contexte de risque de malveillance biologique. Il repose sur le signalement sans délai de certaines pathologies.

Qui doit signaler ces pathologies ? Tout médecin ou responsable de service de biologie ou de laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, est tenu de signaler sans délai les maladies énumérées ci dessous.

Quand, comment et à qui effectuer le signalement sans délai ? Le signalement intervient dès qu'un cas est avéré ou suspecté et a pour but de permette la mise en place d'urgence de mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition. Le signalement peut se faire en pratique par téléphone ou par télécopie à l'ARS (point focal). Dans un second temps, une fiche de notification doit être transmise à l'ARS; celle ci est alors adressée, dans des conditions qui garantissent l'anonymat de la personne concernée, à l'institut de veille sanitaire aux fins d'analyse épidémiologique.

Quelles informations complémentaires peuvent être demandées ? A la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, y compris l'identité et l'adresse du patient. Ces informations à caractère confidentiel peuvent être transmises à d'autres professionnels tenus par le respect du secret professionnel lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle et collective. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

Quelles sont les maladies qui doivent donner lieu à un signalement sans délai à l'autorité sanitaire ?

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphtérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B

Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguëssspongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

2. Signalement de phénomènes inhabituels.

Par ailleurs, il est demandé de signaler sans délai et selon les mêmes modalités tout syndrome infectieux ou toxique aigu et grave, a fortiori s'il entraîne le décès, présentant l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: symptomatologie inhabituelle, étiologie ou origine difficilement explicable, survenue groupée ou maladies non répertoriées dans la liste, liées à des agents infectieux ou toxiques identifiées inhabituels ou peu fréquents (par exemple les infections à poxvirus, la ricine ...), en particulier, qui surviendraient dans des conditions inhabituelles d'exposition.

Direction générale de la Santé/Sous direction des pathologies et santé/Bureau de l'alerte des problèmes émergents (31 août 2010).

Annexe 2 : la pollution atmosphérique

Etat des lieux en Champagne Ardenne	Identification des dangers
La loi sur l'air du 30 décembre 1996 définit la **pollution de l'air** comme « une introduction par l'homme, directement ou indirectement, dans l'atmosphère et les espace clos, de substances ayant des conséquences préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine, à nuire aux ressources biologiques et aux écosystèmes, à influer sur les changement climatiques, à détériorer les biens matériels et à provoquer des nuisances olfactives excessives ». Les **sources émettrices** de polluants dans l'atmosphère peuvent être les habitats domestiques, les industries, l'agriculture, les transports, … Si le risque sanitaire lié à la pollution de l'air extérieur n'est pas élevé au niveau individuel (par rapport à d'autres pathologies comme le tabagisme), la forte proportion de personnes exposées et l'absence de seuil d'innocuité font de la pollution atmosphérique un **problème majeur de santé publique**. En Champagne Ardenne, la **surveillance de la qualité de l'air** est réalisée par ATMO Champagne Ardenne, association « Loi 1901 » agréée par le ministère en charge de l'environnement. Le réseau de surveillance est composé de **stations de mesures fixes**, en milieux urbain, périurbain et rural : 5 stations sont situées dans l'agglomération de Reims; 2 dans l'agglomération de Chalons en Champagne ; 3 dans l'agglomération de Troyes ; 1 à Saint Dizier, 1 à Charleville Mézières et 1 à Revin (station rurale nationale). Le réseau est complété par des **stations mobiles**, pour la réalisation de campagne de mesures spécifiques. L'année 2010 s'inscrit dans la continuité des observations enregistrées ces dernières années sur le dispositif fixe : **aucun dépassement de seuils d'alerte** n'est constaté. Cependant, les départements des Ardennes et de la Marne ont fait l'objet d'un déclenchement de la procédure d'information et de recommandation, concernant les paramètres « ozone » (stations de Revin et de Charleville Mézières) et « particules en suspensions » (stations situées dans l'agglomération de Reims).	Les **principaux polluants** mesurés dans l'air en Champagne Ardenne sont le dioxyde de souffre, les oxydes d'azote, l'ozone et les particules en suspension. En effet, ces polluants sont considérés comme étant de bons indicateurs de la qualité de l'air. Ces mesures sont complétées par des mesures de pollens. Les **effets sanitaires** des polluants retrouvés dans l'air extérieur sont les suivants : - **à court terme** : manifestations cliniques, fonctionnelles ou biologiques survenant dans des délais brefs (quelques jours à quelques semaines) telles que irritation des yeux, de la gorge, des poumons, bronchite, bronchiolite, asthme, allergie ; - **à long terme** : pathologies qui peuvent se manifester après une exposition de plusieurs mois à plusieurs années et qui peuvent induire une surmortalité et une réduction de l'espérance de vie (maladies cardio-vasculaires, cancers). Les populations **les plus vulnérables** sont les enfants, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques, en particulier respiratoires et cardiaques.
Actions de l'ARS	**Partenaires et réseaux de surveillance**
Actuellement, l'Agence régionale de santé est destinataire des messages d'alerte mais ne met aucune mesure de gestion en œuvre. En effet, ATMO Champagne-Ardenne en tant qu'association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air en Champagne-Ardenne a délégation de la préfecture pour transmettre les informations relatives aux dépassements des seuils d'information et de recommandation. La diffusion de l'information est parfaitement gérée mais les organismes et institutions concernés et informés éprouvent des difficultés à identifier la finalité de cette procédure. D'autre part, les procédures relatives aux dépassements des seuils d'alerte n'ont jamais été éprouvées et nécessitent une vérification de leur faisabilité. Ainsi, le **PRSE 2** prévoit l'amélioration de la mise en œuvre et de l'efficacité des recommandations comportementales et sanitaires suite au déclenchement des seuils d'information et de recommandation ou d'alerte en cas de pollution atmosphérique. Cette action sera réalisée **en partenariat avec l'Agence régionale de santé**.	Préfectures, DREAL Conseil régional ATMO champagne Ardenne SAMU, établissements de santé CIRE / InVS Bulletin de l'air (présente chaque jour à 17h l'état de la qualité de l'air dans les principales agglomérations françaises et donne une prévision pour le lendemain) www.buldair.org Etude du contenu de l´air en particules biologiques pouvant avoir une incidence sur le risque allergique pour la population (Réseau national de surveillance aérobiologique) http://www.pollens.fr

Annexe 3 : eaux destinées à la consommation humaine

Etat des lieux en Champagne Ardenne

La sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine fait appel à une succession de dispositifs de vigilances, qui permettent de s'assurer du respect des exigences de qualité et du bon fonctionnement des installations de production et de distribution. En particulier, l'eau du robinet doit répondre à des exigences de qualité très strictes, portant sur des paramètres bactériologiques, chimiques et organoleptiques.

Le contrôle sanitaire en Champagne Ardenne, **quelques chiffes clés** :

- nombre de communes contrôlées
- nombre de prélèvements réalisés sur le terrain (2010)
- nombre de paramètres contrôlés en laboratoire (2010)

Le bilan triennal de la qualité de l'eau distribuée en Champagne Ardenne, sur la période 2007-2009, met en évidence deux points essentiels

- de façon générale, une **amélioration de la qualité** des eaux distribuées est observée,
- deux sujets de préoccupations persistent : les non-conformités liées à la présence de germes indicateurs d'une dégradation de la qualité microbiologique de l'eau distribuée et les non-conformités liées à la présence de produits phytosanitaires.

➤ 96 % de la population régionale est alimentée par une eau de bonne qualité microbiologique. Cependant, des progrès doivent encore être recherchés dans ce domaine.
➤ 90 % de la population régionale est alimentée par une eau dont la teneur en produits phytosanitaires est conforme aux normes. Les dépassements détectés sont le plus souvent faibles.

En Champagne Ardenne, les eaux souterraines constituent une ressource en eau essentielle : elles alimentent 95% de la population champ-ardennaise. En effet, la géologie régionale, notamment la présence de terrains calcaires sur environ 40% du territoire, permet l'existence d'une masse d'eau d'un **volume considérable** mais **qualitativement vulnérable**.
La protection des captages d'eaux destinées à la consommation humaine, vis-à-vis des pollutions ponctuelles et accidentelles, est assurée par l'instauration de **périmètres de protection**. Actuellement, **53% des captages d'eau** présents sur le territoire champardennais disposent d'un arrêté de déclaration d'utilité publique instaurant les périmètres de protection (57 % en moyenne nationale), ce qui représente **80% de la population** alimentée.

Identification des dangers

Les microorganismes
Le principal risque sanitaire lié à la consommation d'eau du robinet est d'ordre microbiologique. La contamination des eaux par des microorganismes pathogènes est susceptible de provoquer des cas de gastro-entériques. Les conséquences peuvent être graves chez les personnes immunodéprimées, les nourrissons et les personnes âgées (notamment, risque de déshydratation). Les effets sont rapides (quelques heures à quelques jours) et peuvent concerner un nombre important de personnes.

Les composés chimiques
Les pathologies associées à la pollution chimique de l'eau dépendent de nombreux facteurs : nature du polluant, dose d'exposition (c'est-à-dire, concentration dans l'eau), durée d'exposition, …

- Produits phytosanitaires :

Les effets des produits phytosanitaires sur la santé humaine sont difficiles à évaluer. Concernant certains d'entre eux, il est admis qu'une exposition chronique à de faibles doses, via l'alimentation en eau potable (mais aussi via d'autres aliments ou via l'air), peut avoir à long terme des effets mutagènes, cancérigènes et repro-toxiques.

- Les métaux lourds :

Une exposition aux métaux lourds tels que le plomb via l'ingestion d'eau potable peut être dangereux pour la santé humaine, par bio-accumulation de ces substances dans l'organisme. Notamment, des teneurs élevées en plomb dans l'eau du robinet peuvent être à l'origine de saturnisme hydrique chez l'enfant.

- Résidus médicamenteux :

Les substances pharmaceutiques sont des composés synthétiques d'usage très répandu, créées pour avoir un effet biologique thérapeutique. Ces substances et/ou leurs métabolites se retrouvent dans les milieux naturels et sont de ce fait susceptibles de se retrouver en très faibles concentration dans les eaux destinées à la consommation humaine. Une attention particulière est apportée à ce phénomène émergent, notamment du fait d'effets sanitaires éventuels en cas d'exposition chronique à de très faibles doses.

Actions de l'ARS

1. Veille sanitaire :
   - Organisation du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine
   - Gestion et exploitation de la base de données SISE-EAUX (système d'information en santé environnement)
2. Alerte sanitaire :
   - Participation à la gestion des alertes sanitaires

➤ résultats non-conformes du contrôle sanitaire,
➤ suspicion de contaminations de l'eau du réseau (retour d'eau, déversement accidentel de produits chimiques dans le milieu naturel, …)
➤ effraction d'un ouvrage d'eau potable (captage, réservoir, …)
➤ pénuries d'eau potable (sécheresse, rupture d'une canalisation d'eau potable, …)

Partenaires et réseaux de surveillance

Préfecture, services de l'état (DDT)
Collectivités
Agences de l'eau (Seine Normandie, Rhin-Meuse et Rhône-Méditerranée-Corse)
CAP Nancy

Résultats du contrôle sanitaire de la qualité de l'eau potable :
http://www.sante.gouv.fr/resultats-du-controle-sanitaire-de-la-qualite-de-l-eau-potable.html

Annexe 4 : eaux de loisirs

Etat des lieux en Champagne Ardenne

Les eaux de baignades

Connaître la qualité de l'eau de baignade en eau de mer ou en eau douce est un moyen pour prévenir tout risque pour la santé des baigneurs. Le contrôle sanitaire des eaux de baignade est mis en œuvre par les agences régionales de santé et porte sur l'ensemble des zones accessibles au public, où la baignade est habituellement pratiquée par un nombre important de baigneurs et qui n'ont pas fait l'objet d'un arrêté d'interdiction. Les sites de baignade sont définis conjointement par le gestionnaire de la baignade (personne privée, municipalité, …) et l'ARS.

Le contrôle sanitaire des eaux de baignades en Champagne Ardenne, **quelques chiffes clés** :

- Nombre de baignades contrôlés
- Nombre de prélèvements réalisés (2010)
- Nombre de fermetures administratives

Les eaux de piscines

Afin de garantir de bonnes conditions sanitaires pour l'ensemble des baigneurs (scolaires, bébés nageurs, personnes âgées, sportifs, etc.), les piscines publique ou privée, à usage collectif (à l'exclusion des piscines unifamiliales et des piscines à usage strictement médical) font l'objet de contrôles réguliers par les Agences régionales de santé. Ces contrôles portent sur l'hygiène générale des installations, la qualité de l'eau des bassins, l'efficacité du traitement de l'eau, la tenue du carnet sanitaire par l'exploitant, etc., conformément à la réglementation en vigueur. Les résultats des analyses d'eau sont communiqués par affichage aux usagers, qui peuvent aussi contribuer à la bonne qualité de l'eau en suivant des règles d'hygiène simples.

Le contrôle sanitaire des eaux de piscine en Champagne Ardenne, **quelques chiffes clés** :

- Nombre d'établissements contrôlés
- Nombre de bassins contrôlés
- Nombre de prélèvements réalisés (2010)
- Nombre de fermetures administratives

Identification des dangers

Le risque de noyade
En Champagne Ardenne, six noyades accidentelles (suivies ou non de décès) ont été recensés en 2009 (source : InVS). Ces noyades interviennent en cours d'eau (2), plans d'eau (2), piscines privées (1) ou publiques (1). Le risque de noyade est particulièrement important chez les jeunes enfants.

Les risques liés aux baignades en milieu naturel
Les maladies associées à la baignade sont principalement des infections causées par des microorganismes (bactéries, virus, protozoaires) présents dans l'eau. Les symptômes les plus communs sont d'ordre gastro-intestinaux, oto-rhino-laryngés ou cutanés. En Champagne Ardenne, les pathologies suivantes sont rapportées :
La cryptosproridiose : maladie de gravité variable chez l'homme (diarrhée, douleurs abdominales, ballonnement, anorexie, malaise, éventuellement nausées, vomissement, fièvre et myalgie) liée à l'ingestion de nourriture ou d'eau contaminée par un parasite unicellulaire (C*ryptosporidium* spp.).
La leptospirose : maladie grave (fièvre, douleurs musculaires, articulaires, abdominales, maux de tête), parfois mortelle, dont on observe plusieurs centaines de cas par ans en France. Elle est due à des bactéries (les leptospires) et on la contracte généralement lors d'activité en relation avec l'eau douce ou en contact avec des animaux contaminés.
La dermatite du baigneur ou la puce du canard : la dermatite du baigneur est une affection cutanée causée par de petites larves que l'on retrouve dans certains lacs. Ces petites larves, invisibles à l'œil nu, portent le nom de «cercaires ». Elles provoquent des réactions allergiques en pénétrant l'épiderme du baigneur, où elles meurent rapidement. Leur décomposition provoque une infection localisée pouvant durer quelques jours.

Par ailleurs, au cours des étés 2009 et 2010, une recrudescence des chenilles processionnaires du chêne a été observée, notamment autour du Lac du Der. Cette espèce de chenille constitue un danger pour les populations. En effet, de mi-mai à mi-juin, elle libère dans l'environnement des poils microscopiques à fort pouvoir urticant, entrainant par contact des réactions de type allergique.

Les risques liés aux baignades en piscines
Trois grands types de risques sanitaires sont associés à la baignade en piscine.
Les risques microbiologiques : liés aux développements de microorganismes pathogènes dans l'eau des bassins ou sur les surfaces. Le plus souvent, les infections liées à la fréquentation des piscines sont bénignes (symptômes d'ordre pulmonaires, gastro-intestinaux, oto-rhino-laryngés ou cutanés).
Les risques chimiques : liés principalement à la formation de chloramines (sous-produits de désinfection). Ces composés entrainent des irritations des muqueuses (yeux) et de la sphère ORL.
Les risques physiques : chutes sur sol glissant entrainant des traumatismes plus ou moins importants, niveaux sonores important provoqués par des phénomènes de réverbération.

Actions de l'ARS

1. Veille sanitaire :
   - Organisation du contrôle sanitaire des eaux de loisirs
   - Gestion et exploitation de la base de données SISE-EAUX (système d'information en santé environnement)
2. Alerte sanitaire :
   - Participation à la gestion des alertes sanitaires

➤ résultats non-conformes du contrôle sanitaire
➤ suspicion de contaminations des eaux de loisirs (déversement accidentel de produits chimiques dans l'environnement, …), de l'environnement des baignades (présence de chenilles processionnaires…)
➤ intoxication au gaz chlore en piscine

Partenaires et réseaux de surveillance

Préfecture, DDT
Collectivités
Agences de l'eau (Seine Normandie, Rhin-Meuse et Rhône-Méditerranée-Corse)
CAP Nancy

Surveillance environnementale :
Contrôle sanitaire des eaux de loisirs (baignades en milieu naturel et piscines) par l'Agence régionale de santé.

Résultats du contrôle sanitaire de la qualité des eaux de baignade en milieu naturel :
http://baignades.sante.gouv.fr/

Annexe 5 : environnement intérieur

Etat des lieux en Champagne Ardenne	Identification des dangers
Nous passons 70 à 90% de notre temps à l'intérieur de locaux divers (locaux d'habitation, de travail, ERP) ou de moyens de transport. Les sources de pollution dans les bâtiments sont nombreuses : appareils à combustion, matériaux de construction et d'ameublement, activités humaines (tabagisme, produits ménagers, bricolage, etc.), … et les polluants auxquels nous sommes exposés sont nombreux. Focus sur les principaux signalements liés à l'environnement intérieur : ▪ **Intoxication au monoxyde de carbone** Le monoxyde de carbone est un gaz asphyxiant indétectable : il est incolore, inodore et non irritant. Chaque année, avec le début de l'automne et la reprise de la période de chauffage, les intoxications au monoxyde de carbone connaisse une recrudescence. Avec une centaine de décès chaque année en France, il est la première cause de mortalité par intoxication aigue. En Champagne Ardenne, **lors de la saison de chauffe 2010/2011** (du 1er septembre 2010 au 1er avril 2011), **45 personnes intoxiquées** (contre 76 lors de la saison de chauffe 2009/2010) ont été prises en charge (urgence/hospitalisation) et 1 **décès** est recensé (contre 2 lors de la saison de chauffe 2009/2010). ▪ **Saturnisme** Le saturnisme infantile (ou intoxication de l'enfant mineur par le plomb) est une **maladie à déclaration obligatoire** (DO) à l'autorité sanitaire. En Champagne Ardenne, peu de cas de saturnisme infantilesont signalés. En 2010, sur 29 plombémies réalisées chez 28 enfants (dont 25 primo-dépistés), 5 enfants présentent une imprégnation modérée (50<plombémie<70 µg), 1 enfant présente une imprégnation franche (70<plombémie<100µg) et deux enfants sont signalés saturnins (plombémie>100µg). ▪ **Insalubrité** Le droit à un logement saint est un droit universel. Pourtant, en France, 400 à 600 000 logements (occupés à 50% par des propriétaires occupants et à 50% par des locataires) sont indignes (présence de risques manifestes pouvant porter atteinte à la sécurité physique ou à la santé des occupants). En région Champagne Ardenne, peu d'arrêtés d'insalubrités sont pris (**8 en 2010**) car un travail important de traitement de l'insalubrité est mené en amont : chaque année, une centaine d'enquêtes sont menées par l'ARS Champagne Ardenne dans le cadre du traitement de l'habitat insalubre.	Les polluants intérieurs sont de nature divers et leurs effets variés. **Agents physiques** Radon, amiante, fibres minérales naturelles **Agents chimiques** Composés organiques volatils (COV), oxydes d'azote (NOx), monoxyde de carbone (CO), hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), particules, métaux (plomb), pesticides, phtalates, polychlorobiphényles (PDB), autres composés de la fumée de tabac environnementale **Agents biologiques** Moisissures, allergènes d'acariens, allergènes d'acariens, allergènes d'animaux domestiques, bactéries, virus *Focus sur deux polluants :* ▪ **Le monoxyde de carbone** La présence de monoxyde de carbone en forte concentration dans un logement est le plus souvent liée à un défaut de fonctionnement sur un appareil à combustion (chaudière, cuisinière, …), un manque d'aération et/ou de ventilation des pièces, ou encore l'obstruction des grilles d'aération et/ou des conduis d'évacuation des fumées. L'inhalation de monoxyde de carbone peut entrainer des maux de tête, des nausées, des vomissements, mais aussi des troubles neurologiques ou la mort. Ces incidents peuvent laisser des séquelles importantes, de type neurologique (syndrome parkinsonien, surdité de perception, polynévrites, trouble du comportement) et cardiaques (infarctus du myocarde). ▪ **Le plomb** Le plomb dans l'habitat provient essentiellement des peintures utilisées jusqu'en 1948. Les écailles et poussières libérées par le temps ou lors de travaux peuvent alors entre absorbés par les occupants. Les enfants sont généralement les principales victimes (jeu au sol, contacts main-bouche fréquents), mais les bricoleurs ou les travailleurs qui interviennent dans ces logements sans protection peuvent également être confrontés à des expositions importantes. Una autres source de plomb dans l'habitat est l'eau du robinet, qui se charge en plomb lors de son passage dans les canalisations en plomb (réseau intérieur des logements anciens, branchements publics). L'intoxication au plomb peut avoir des conséquences importantes sur le développement de l'enfant : troubles psychomoteurs, intellectuels et du comportement.
Actions de l'ARS	**Partenaires et réseaux de surveillance**
	Préfecture, SDIS, DDCSPP, DDT Collectivités (CG, communes) CAF SAMU CIRE, InVS CAP **Surveillance épidémiologique** Dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (pour le saturnisme infantile) Dispositif de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone

Annexe 6 : légionellose

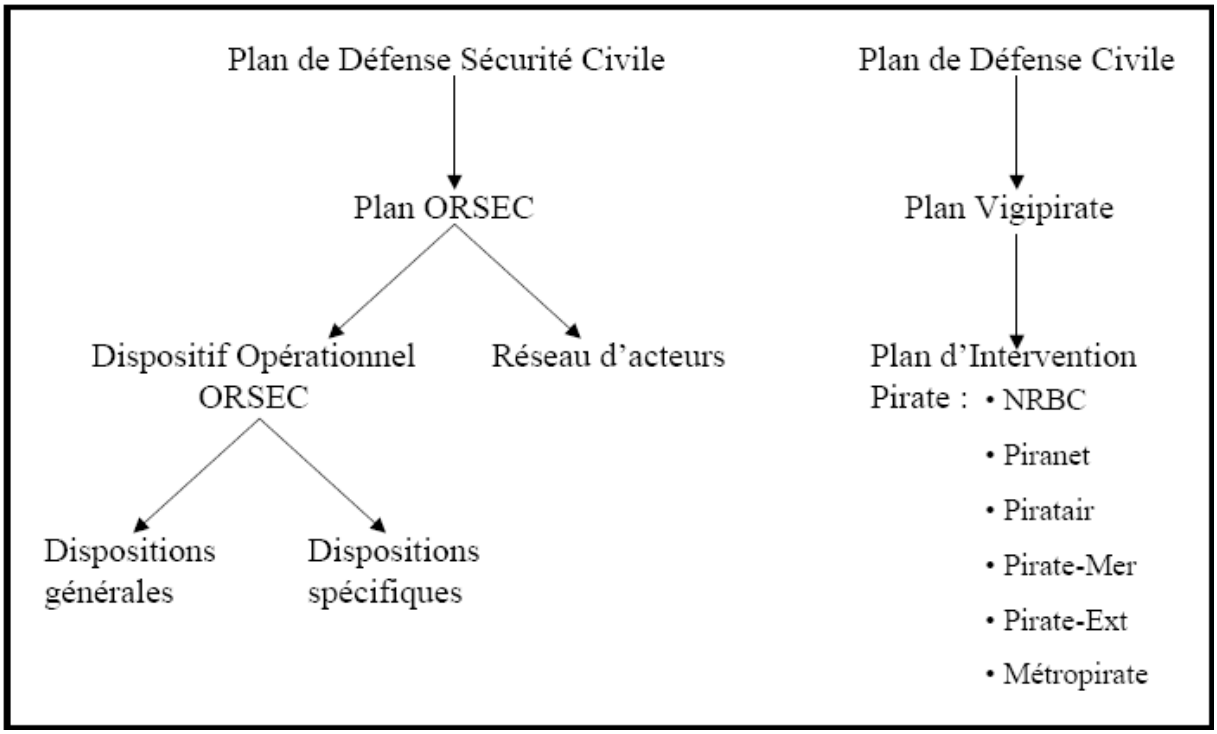
Etat des lieux en Champagne Ardenne	Identification des dangers
La légionellose est une **infection pulmonaire sévère**, mais non contagieuse. Cette pneumopathie doit son nom à une épidémie survenue en 1976 chez des combattants de l'American Legion réunis en congrès à Philadelphie. En France, la légionellose est une **maladie à déclaration obligatoire** (DO) depuis 1987 : les cas sont signalés par les médecins ou les biologistes aux Agences régionales de santé, puis à l'Institut de veille sanitaire. Cependant, le nombre de cas déclarés est resté faible jusqu'au **renforcement du dispositif** de surveillance épidémiologique en 1997. En France, l'incidence de cette maladie (2,3 cas pour 100 000 habitants en 2007) et sa létalité (entre 10 et 20% selon la vulnérabilité des individus) justifie l'intérêt des politiques publiques pour cet **enjeu de santé publique**. En Champagne Ardenne, 24 cas étaient diagnostiqués en 2008, contre 32 en 2004 (période de mise en œuvre du plan régional santé environnement de 1ère génération). Après une nette amélioration de la situation en région, le nombre de cas diagnostiqués est **à la hausse** (57 cas en 2010) sans cause identifiée.	Les légionelles sont des bactéries largement **présentes dans les écosystèmes naturels** et principalement dans les milieux hydriques naturelles. Elles prolifèrent dans les installations et réseaux d'eau qui leur offrent des conditions favorables (stagnation de l'eau, température de l'eau comprise entre 25 et 45°C, présence de nutriments tels que le fer ou le zinc). Parmi les 49 espèces recensées, *Legionella pneumophila* est à l'origine dans 99% des cas des légionelloses. La contamination des individus se fait par **inhalation d'aérosol** d'eau contaminée. Les installations à risques de prolifération des légionelles et de dispersion de celles-ci dans l'environnement sont : - les **systèmes de refroidissement** par voie humide (en particulier, les tours aéroréfrigérantes), susceptibles de disperser le germe pathogène dans un rayon de plusieurs centaines de mètres à plusieurs kilomètres, - les **installations sanitaires** (douches, douchettes), les **bains à remous** (spa), les fontaines, les brumisateurs, … Cette maladie touche essentiellement les personnes immuno-déprimées, celles présentant des affections respiratoires chroniques, les personnes âgées de plus de 55 ans, les diabétiques et les fumeurs.
Actions de l'ARS	**Partenaires et réseaux de surveillance**
1 .Assure la veille et l'alerte sanitaire 2 Participe à la gestion des situations de non-conformité environnementale *(SSE / CGVAS)* 3 Participe à la gestion des cas de légionellose	DREAL, DIRECCTE Médecins, biologistes Médecins de prévention Établissements sanitaires, établissements médico-sociaux ➤ CCLIN ➤ CIRE, InVS **Surveillance épidémiologique** Dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire **Veille environnementale** - Auto-surveillance réalisée sur les TAR (non-conformités transmises à la DREAL) - Autos-surveillance réalisée sur le réseau d'eau chaude sanitaire des établissements visés par l'arrêté du 10 février 2010 (non-conformités transmise à l'ARS)

Annexe 7 : toxi-infections alimentaires collectives

Etat des lieux en Champagne Ardenne	Identification des dangers
Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) se définissent par l'apparition d'**au moins deux cas** similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à **une même origine alimentaire**. En France, les TIAC font l'objet d'une **déclaration obligatoire** (DO) par les médecins ou biologistes aux Agences régionales de santé, puis à l'Institut de veille sanitaire. En 2010, 11 signalements de TIAC ont été traités par l'ARS Champagne Ardenne.	La contamination des individus se fait par ingestion d'aliments contaminés par des bactéries, des virus ou des toxines. Les agents les plus fréquemment incriminés ou suspectés sont *Bacillus cereux*, *Campilobacter* spp, *Clostridium perfringens, Salmonella* spp et *Staphylococcus aureus.* Le facteur contributif le plus fréquemment identifié en restauration collective est l'utilisation d'équipement mal entretenu ou inadéquat ; en restauration familiale, la rupture de la chaine du froid. La surveillance des TIAC à travers la déclaration obligatoire permet : - d'identifier précocement l'aliment à l'origine de la TIAC et de le retirer de la distribution le cas échéant, - de corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective et en milieu familial, - de réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages par exemple).
Actions de l'ARS	**Partenaires et réseaux de surveillance**
➤ Enquête médicale (CGVAS / CIRE), afin de recueillir et d'analyser les données indispensable pour : 1. connaitre les circonstances précises de l'incident (lieu, temps, personnes) ; 2. déterminer le/les aliments ayant la plus grande probabilité d'être à l'origine des troubles ; 3. orienter ou confirmer les analyses microbiologiques à effectuer. ➤ Enquête environnementale (SSE) Les prélèvements sur l'eau sont réalisés à la demande de l'ARS. Les prélèvements sur tout autre aliment sont réalisés à la demande de la DDCSPP). De même, les investigations relatives à la sécurité sanitaire des aliments (étude de la chaine alimentaire) relèvent de la compétence des DDCSPP.	DDCSPP Médecins, biologistes InVS CNR (Centres nationaux de référence, code de la santé publique) LNR (Laboratoires nationaux de référence, code rural) **Veille médicale** Dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Annexe 8 :

Les plans de secours sont des outils de cadrage interministériels qui impliquent une permanence des services à la population (sécurité, santé, énergie, alimentation…), une implication des responsables et acteurs et une culture partagée de la gestion de crise. Ces plans de secours sont nombreux, intégrés, soit dans les plans de la sécurité civile (plan ORSEC : Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile) soit dans les plans de la défense civile (plans « PIRATE »). (cf. schéma)



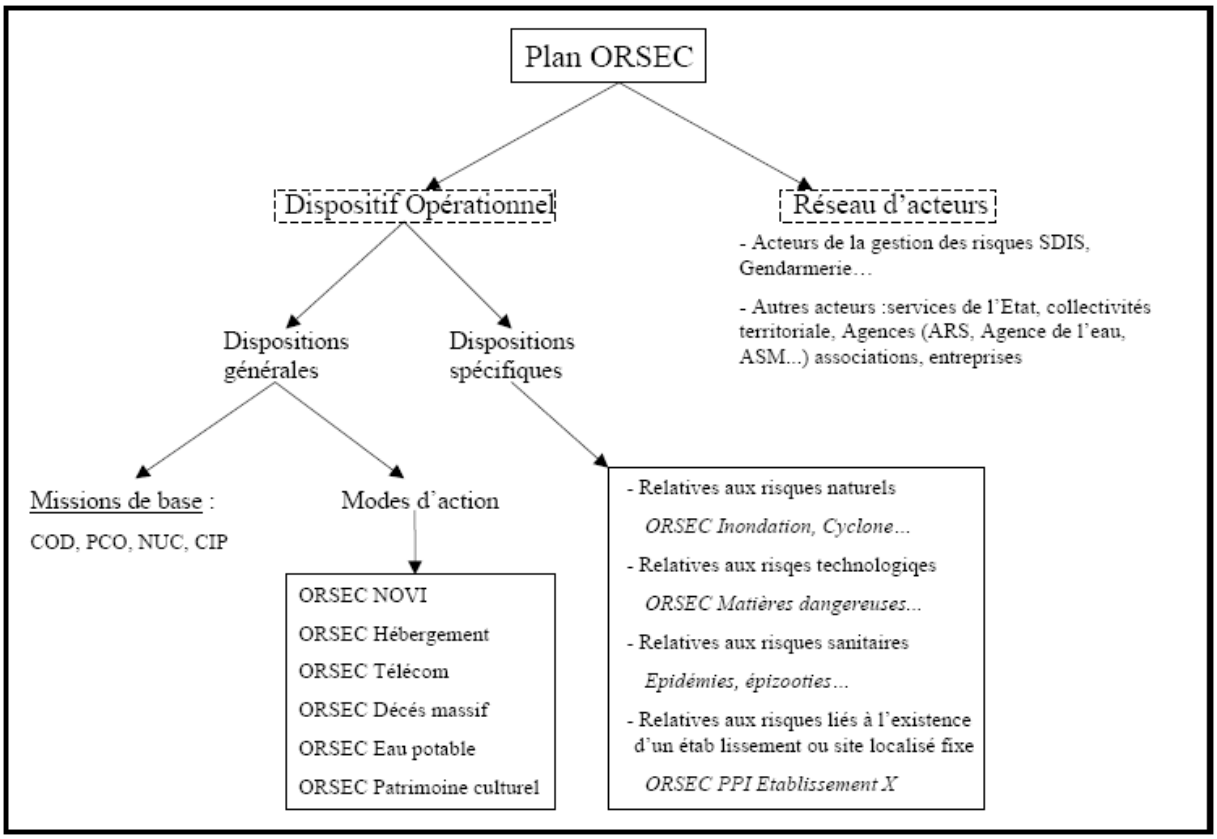
Le plan ORSEC

En cas de catastrophe naturelle sur le territoire métropolitain, la planification est organisée au niveau territorial dans les plans ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) et mise en œuvre dans les départements. Ils constituent un des principaux outils de gestion des situations d'urgence majeures au niveau local.

La loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile et ses décrets d'application réforment en profondeur la doctrine de planification des secours.
La refondation des plans de secours s'appuie sur une troisième génération de plan ORSEC qui est conçu pour mobiliser et coordonner, sous l'autorité unique du préfet, les acteurs de la sécurité civile au-delà du niveau de réponse courant ou quotidien des services. Le but est de développer la préparation de tous les acteurs, publics ou privés, pouvant intervenir dans le champ de la protection des populations.

Il s'agit de développer la notion de culture de sécurité civile. Par cette loi, le concept « ORSEC » passe de l'ORganisation des SECours à l'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile.
Le plan ORSEC est composé d'une organisation opérationnelle permanente, **le dispositif opérationnel ORSEC**, et d'un **réseau d'acteurs** de la gestion des risques et d'acteurs susceptibles d'être sollicités dans les situations d'urgences (services de l'Etat et autres services de la préfecture, collectivités territoriales, associations, entreprises…). Le but est de développer **la connaissance**

mutuelle des acteurs, les habitudes de travail en commun pour aboutir à l'établissement de relations partenariales.



1- Le dispositif opérationnel ORSEC

Il s'agit de l'organisation unique et de la structure polyvalente de gestion de tous les évènements touchant gravement la population quelle qu'en soit l'origine : catastrophe naturelle ou technologique, crise sanitaire.
Ex : les plans à objectifs sanitaires s'appuieront sur les procédures ORSEC pour ce qui concerne l'alerte des populations, la mobilisation des acteurs concernés, la collecte de l'information…

Dans chaque département, les Services Interministériels de Défense et de Protection Civile (SIDPC) des préfectures sont en charge de la révision du plan ORSEC. Un objectif de ce nouveau plan est de :

- **créer un réseau** des acteurs de la gestion des risques et de ceux susceptibles d'être sollicités dans les situations d'urgence ;
- s'assurer que chaque personne publique ou privée recensée dans le plan ORSEC **prépare sa propre organisation de gestion** de l'évènement.

Cette forte implication de l'ensemble des acteurs du dispositif concourt à atteindre l'objectif **de développement et de partage de la culture de sécurité civile**. Mais au-delà des acteurs ORSEC, c'est la société dans toutes ses composantes et particulièrement la population qui est concernée et qui doit ainsi se préparer.
Le dispositif opérationnel ORSEC se compose de **dispositions générales** définissant des mesures permettant de s'adapter à tout type de crise, complétées par des **dispositions spécifiques** propres à certains risques particuliers préalablement identifiés.

- **Les dispositions générales** sont composées **:**
  ► de missions de bases :
  - Commandement : organisation du centre opérationnel départemental (COD), poste de commandement opérationnel (PCO)…
  - Communication : alerte et information des populations, mise en place d'un numéro unique de Crise (NUC), d'une cellule d'information du public (CIP)…
  - Veille : organisation de la permanence de la préfecture, des renforts internes des personnels, permanence des services départementaux, un dispositif de gestion de l'alerte locale automatisé (GALA).

► de missions pré-identifiées (appelées aussi « modes d'actions ») destinées à traiter des situations types, ex :

- ORSEC NOVI : NOmbreuses VIctimes (plan rouge sous l'ancienne planification),
- ORSEC Hébergement, (avec ravitaillement, soutien et réconfort des populations sinistrées.),
- ORSEC eau potable, ORSEC télécom, ORSEC décès massifs,
- ORSEC patrimoine culturels.

- **Les dispositions spécifiques départementales** reprennent en partie le contenu de deux catégories de plans d'urgence qui sont abrogés par cette loi : les Plan de Secours Spécialisés et les (PPS) et les Pans Particuliers d'Intervention (PPI). Elles doivent apporter une valeur ajoutée par rapport aux dispositions générales par :

- une analyse du risque traité (connaissance de l'aléa, enjeux : école, hôpitaux…)
- des stratégies de protection des populations et d'intervention adaptées
- des mesures particulières d'alerte
- des missions particulières des intervenants
- des bases de données des acteurs à alerter, liste d'experts….

Les dispositions spécifiques sont relatives aux risques technologiques, naturels, sanitaires, ainsi : ORSEC inondation, ORSEC cyclone, ORSEC matières dangereuses, les plans sanitaires (canicule, grands froids, grippe, SRAS, Iode…).

2- Le réseau d'acteurs

Les réponses opérationnelles propres aux acteurs ont des formes variées. Il s'agit soit :

► **de plans structurés** rendus obligatoires par la réglementation comme :

Les plans des installations présentant des risques :

Les plans d'opérations internes (POI)	Sites Seveso II seuil haut
Les plans d'urgence interne (PUI)	Installations nucléaires
Les plans d'intervention et de sécurité (PIS)	Opérateurs ferroviaires ou exploitants de certains tunnels routiers
Les plans de surveillance et d'intervention (PSI)	Exploitants d'oléoducs ou de gazoducs

Les plans des installations abritant des vulnérabilités :

Plan bleu	Etablissements médico-sociaux
Plan particulier de mise en sûreté (PPMS)	Etablissements d'enseignement
Plan de sauvegarde des biens culturels	Bâtiments abritant des biens culturels
Consignes de sécurité adaptées aux différents risques susceptibles d'atteindre l'établissement	Grands établissements recevant du public

► **d'une organisation spéciale de réponse à leur seule mission ORSEC**, ayant pour principale vocation de répondre à des besoins :

Plan blanc	Etablissements de santé
Plan blanc élargi (PBE)	Ensemble des acteurs du secteur sanitaire
Plan communal de sauvegarde (PCS)	Ensemble des acteurs du secteur sanitaire
Organisation de mobilisation et de gestion d'évènements	Associations de sécurité civile
Organisation ou plan interne de gestion d'évènements	Opérateurs de réseaux de distribution d'eau ou d'électricité, de téléphonie, organismes de radiodiffusion locale, confédérations opérateurs funéraires, entreprises de transport en commun…
Plan d'établissements répertoriés	SDIS

► De même, les services de l'Etat ou des collectivités territoriales sollicités dans le cadre ORSEC doivent également disposer **d'une organisation interne de réponse opérationnelle.** Les préfectures elles-mêmes devront disposer de ce type d'organisation pour la mobilisation de personnels ou de ressources logistiques. Ainsi dans ce cadre, l'ARS doit définir une organisation interne de réponse opérationnelle.

Le plan Vigipirate

Le plan Vigipirate est un dispositif de sécurité français destiné à prévenir les menaces ou à réagir face aux actions terroristes. Créé en 1978, il a été actualisé trois fois (1995, 2000, 2003).
Il est complété par la famille des plans d'intervention « Pirate », adaptés chacun à un type de risque particulier. Ces plans gouvernementaux peuvent être déclenchés par le Premier Ministre en cas de menace précise ou d'attaque terroriste utilisant un moyen d'agression spécifique ou se déroulant dans un milieu particulier. Ils définissent une structure de gestion de crise et de traitement des informations, ainsi que les actions que doivent entreprendre les autorités civiles et militaires.

Les plans d'intervention de la famille PIRATE sont classés en deux familles :

- les plans en cas d'attaque terroriste utilisant un moyen d'agression spécifique (plan NRBC et plan pirate.net) ;
- les plans en cas d'attaque terroriste se déroulant dans un milieu particulier (Piratair, Piratemer, Metropirate…).

Le plan NRBC
Le plan gouvernemental Pirate-NRBC a remplacé en 2010 les plans gouvernementaux Piratox, Piratome et Biotox. Il s'agit d'un plan d'intervention ayant pour objectif de fournir une aide à la décision au profit du Premier ministre et des ministres concernés lors de la menace d'exécution ou l'exécution avérée d'une action malveillante ou à caractère terroriste utilisant des matières, agents ou produits nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques. Ces actions peuvent viser les personnes, les animaux, l'environnement ou les biens. Chaque ministère concerné définit les modalités pratiques d'action de ses services sur le terrain ou des opérateurs sous sa tutelle. L'ensemble est coordonné par l'autorité préfectorale.

Ainsi le ministère de la Santé a prévu :

- **un plan spécifique Variole** (2002 et réactualisation en 2006 et 2007) avec constitution de stocks de vaccins antivarioliques.
- **la constitution de stocks** de produits de santé stratégiques (antibiotiques à large spectre, antidotes) et de lots de matériels spécifiques.

Les déclinaisons zonales de la version 2010 du plan gouvernemental NRBC sont attendues pour janvier 2012 ; les préfectures de départements sortiront les déclinaisons départementales en juin 2012.

Les établissements de santé prépareront une annexe aux plans blancs pour 2012

Circulaires complémentaires
Ce plan est complété par des circulaires définissant la doctrine d'emploi des moyens de secours et de soins :

- **Pour le risque chimique, *la Circulaire n° 700 / SGDN / PSE / PPS du 7 novembre 2008 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques*** détermine les procédures à mettre en œuvre pour préserver la vie des victimes et des sauveteurs, limiter les conséquences de l'agression sur l'environnement et les individus, notamment par transfert de contamination.

- **Pour les risques nucléaires et radiologiques, *la Circulaire n° 800 / SGDSN /PSE /PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives*** présente la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives. Elle s'applique en cas d'attentat dispersant des matières radioactives, perpétré en milieu urbain. Visant principalement le sauvetage et la préservation des vies humaines, elle précise les dispositions à prendre pour la gestion des victimes et leur prise en charge pré-hospitalière.

- **La Circulaire n° 750 / SGDSN / PSE / PPS du 18 février 2011 relative à la découverte de plis, colis, contenants et substances suspectés de renfermer des agents radiologiques, biologiques ou chimiques dangereux.**

- **La circulaire DHOS/HFD/DGSNR n°2002/277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux** en cas d'accident nucléaire ou radiologique porte sur l'organisation des soins médicaux le premier jour en cas d'accident nucléaire ou radiologique, pouvant entraîner un grand nombre de victimes. Elle définit les modalités de prise en charge pré-hospitalière des victimes, en dehors de la zone de contamination, ainsi que celles de l'accueil hospitalier. Elle précise aussi les mesures sanitaires préventives à mettre en place dès la survenue de l'évènement et détermine les principes de la formation des professionnels de santé dans ce domaine.

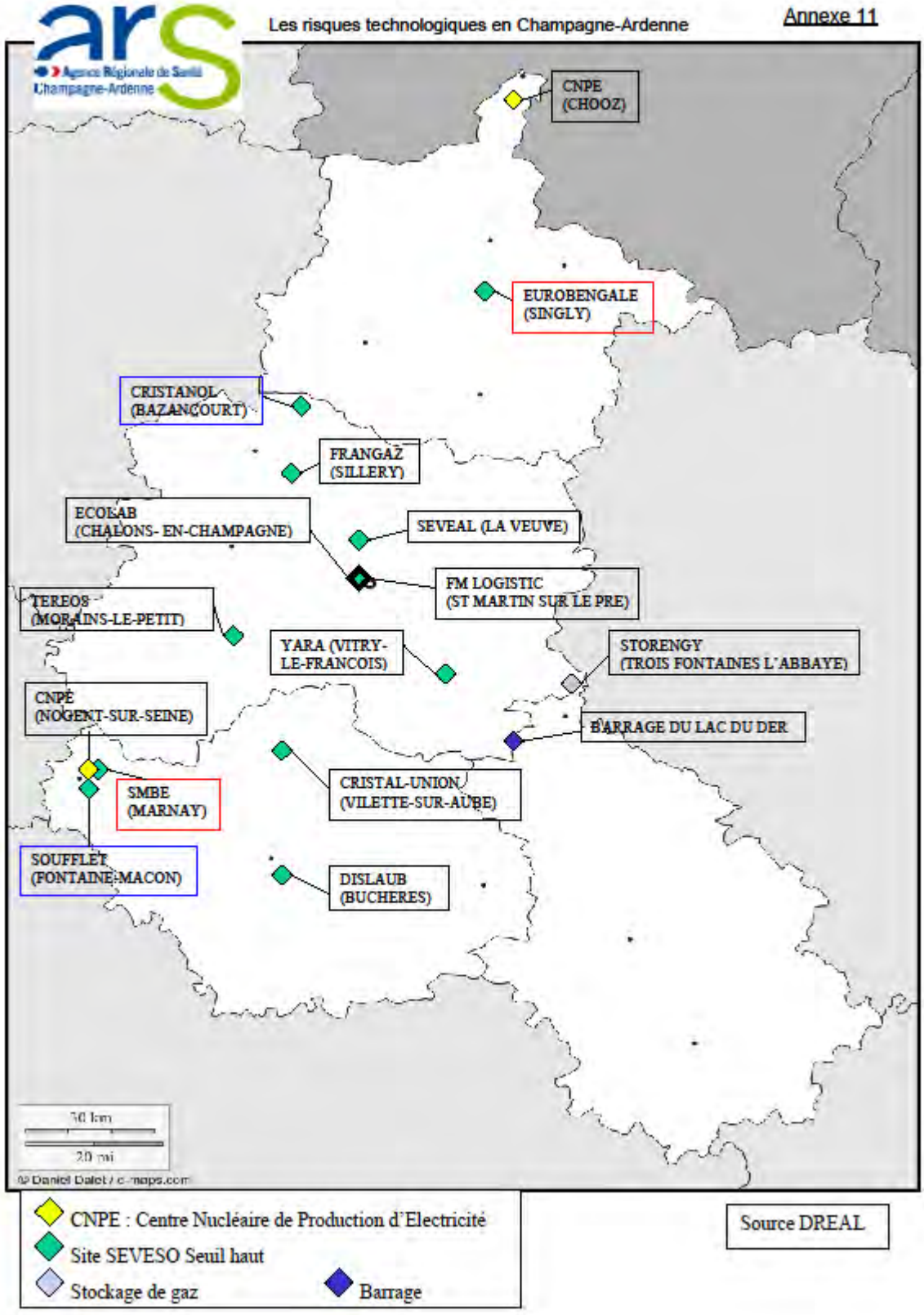
Annexe 9 : évènements naturels majeurs

Etat des lieux en Champagne Ardenne	Identification des dangers
Inondation : submersion plus ou moins rapide d'une zone habituellement hors d'eau. On distingue trois types d'inondation : l'**inondation de plaine** par débordement d'un cours d'eau ou remontée de la nappe phréatique, la **formation rapide de crues torrentielles** consécutives à des averses violentes et le **ruissellement pluvial** renforcé par l'imperméabilisation des sols (en milieu urbain) et les pratiques culturales limitant l'infiltration des précipitations. Le territoire de la Champagne Ardenne est traversé par **la Seine** (10), **l'Aube** (10, 51), **l'Aisne** (08, 51), **le Marne** (51, 52), **la Meuse** (08, 52), et leurs affluents. Les principales inondations rapportées sont celles de 1910 et 1955 (débordement de l'Aube, la Marne, la Seine). Depuis, les barrages réservoirs mis en place en amont de ces cours d'eau contribuent largement à l'écrêtement des crues. Toutefois, des crues importantes sont à noter, notamment celle de 1983 (sans évacuation de la population). Dans les Ardennes, une recrudescence des crues est observée depuis une vingtaine d'années. Notamment, les crues de 1993 et 1995 sont parmi les plus importantes connues dans ce département. **Mouvement de terrain :** déplacement plus ou moins brutal du sol ou du sous-sol, sous l'effet d'influences naturelles ou anthropiques. Les principaux évènements rapportés en Champagne Ardenne sont des mouvements lents et continus, liés au phénomène de **retrait-gonflement des argiles**, en particulier suite aux épisodes de sécheresse de 1989 et 2003 (certaines argiles gonflent en périodes humides et se rétractent en périodes sèches). Des **glissements de terrain** le long des pentes et des **coulées boueuses** (dégénérescence de glissements suite à un afflux d'eau important) sont également à noter, principalement en zones viticoles. Par ailleurs, la présence de cavités naturelles ou artificielles (exploitation de matériaux, création d'ouvrages) sur le territoire est à l'origine de risques d'**affaissement** ou d'**effondrement** à ne pas négliger **Tempête :** résulte de la confrontation de deux masses d'air aux caractéristiques bien distinctes (notamment, températures et humidités), à l'origine de **vents violents** (>89km/h) et le plus souvent de **précipitations intenses**. Les périodes les plus propices aux tempêtes sont les mois d'automne et d'hiver. L'ensemble du territoire champ-ardennais est vulnérable face au risque « tempête », comme l'ont montré les tempêtes de décembre 1999. **Séisme : vibration du sol** causée par une fracture brutale des roches en profondeur. En Champagne Ardenne, le risque « sismique » est faible, mais n'est pas nul : en 2003, un séisme d'une magnitude de 5,4 a été ressenti dans toute la Champagne Ardenne (épicentre localisé à Rambervillers, 88). **Feux de foret :** constituent une menace constante, notamment en Ardenne primaire. : **taux de boisement important** (de l'ordre de 75%) et **insuffisance des équipements** de desserte et de pénétration rendent les massifs boisés peu accessibles aux moyens de lutte contre les incendies. Le printemps constitue la période critique (90% des déclenchements de feux). Le risque s'accroit en période de sécheresse exceptionnelle.	**Dommages directs :** - **aux personnes** : décès (noyades, accidents), traumatismes physiques et psychologiques - **à l'environnement** : pollution (accident technologique avec émission de polluants dans l'environnement, accident de voirie avec déversement de produits chimiques, débordement de station d'épuration, …) - **aux infrastructures** : destruction partielle ou totale / détérioration des immeubles d'habitation, des bâtiments publics et industriels, des voiries, des réseaux (eau, électricité, gaz, télécom), … les impacts sur **l'alimentation en eau potable** (dégradation des ressources, mise hors d'usage des usines de traitements, destruction des réseaux d'alimentation), sur **l'élimination des déchets** (pullulation de vecteurs tels que les rats ou autres rongeurs), sur **l'élimination des eaux usées** (rejets directs dans l'environnement avec contamination des eaux de surfaces), sur **l'habitat**, … sont susceptibles d'entrainer des **conséquences sanitaires** importantes : - Maladies liées à la consommation d'eau ou d'aliments contaminées (Gastro-entérites, typhoïde, hépatites virales) - Maladies liées à l'habitat détérioré (allergies liées à la prolifération de champignons et de moisissures, infections respiratoires aiguës liées à l'humidité et éventuellement au froid, intoxication au monoxyde de carbone lié à l'utilisation de chauffage de fortune) - Maladies vectorielles (notamment la leptospirose, véhiculée par les urines de petits rongeurs contaminés) - Traumatismes et maladies liés aux travaux de nettoyage (plaies en rapport avec les activités de déblaiement, tétanos, …)
Actions de l'ARS	**Partenaires et réseaux de surveillance**
1. Planification de la réponse sanitaire : - participation à l'élaboration - du plan ORSEC et de ses annexes (*CRDS / SSE)* - des autres plans sanitaires (plans blancs, …) *(CRDS)* 2. En situation de crise : - contribution à l'évaluation des risques sanitaires *(SSE / CIRE)* - contribution à la gestion de crise - coordination des moyens sanitaires *(CRDS)* 3. En situation post-accidentelle : - contribution à l'évaluation et la gestion des risques sanitaires (eau potable, aliments produits sur place, …) *(SSE / CIRE)* - surveillance sanitaire et post-traumatique des populations exposées *(SSE / CIRE)*	Préfecture, SIRACEDPC, SDIS, DDT, DREAL SAMU, établissements de santé Météo France CIRE / InVS Carte de vigilance « crues » : Carte de vigilance « météorologique » : Bouquet « Prévention risques majeurs » : Base de données sur les cavités souterraines : www.bdcavité.net Base de données sur le retrait-gonflement des argiles : www.argiles.fr Base de données sur les mouvements de terrain :

Annexe 10 : évènements accidentels majeurs

Etat des lieux en Champagne Ardenne	Identification des dangers
Barrage : ouvrage généralement établi en travers d'une vallée, transformant un site naturel approprié en réservoir d'eau (régulation des cours d'eau, alimentation en eau potable, irrigation des cultures, sécurité incendie, production d'énergie, tourisme, loisirs). Le risque de rupture brusque et imprévue d'un tel ouvrage est aujourd'hui extrêmement faible. En cas de rupture partielle ou totale d'un barrage, il se produirait une onde de submersion très destructrice, provoquant en aval une inondation. **Trois grands barrages** (barrages « réservoir » de la Seine, de l'Aube et de la Marne) et cinq barrages de moindre importance sont présents sur le territoire de la Champagne Ardenne. Le risque « rupture de barrage » concerne **316 communes**. **Dépôts ou activités présentant des risques pour l'environnement et la santé :** installations présentant des risques notables d'incendie, d'explosion ou de dissémination de substances toxiques dans l'environnement (eau, air, sol). Ces installations sont répertoriées et soumises à une réglementation stricte et à des contrôles réguliers. Au 1er janvier 2011, **12 sites classés « SEVESO » à seuil haut** (installations les plus dangereuses) étaient recensés en Champagne Ardenne. **Transport de matières dangereuses :** par voie routière, ferroviaire, voie d'eau ou canalisation. Ces transports présentent des risques pour l'environnement et la santé des populations dès lors qu'il se produit un accident, avec possibilité d'explosion, d'incendie et/ou de dissémination de produits toxiques dans l'environnement (eau, air, sol). De tels accidents peuvent se produire n'importe où dans la région Champagne Ardenne, mais principalement sur les **grands axes routiers et ferroviaires**. **Activités nucléaires :** activités (transport de sources radioactives, activités médicales/industrielles avec usages de radioéléments, installations nucléaires industrielles) présentant des risques d'irradiation ou de contamination pour le personnel, les populations avoisinantes, les biens et l'environnement, suite à un évènement accidentel. L'évènement accidentel majeur est la fusion du cœur du réacteur d'une centrale nucléaire pour la production d'énergie. **Deux centrales nucléaires** sont implantées sur le territoire de la Champagne Ardenne.	**Dommages directs :** - **aux personnes** : décès, traumatismes physiques, traumatisme psychologiques. En particulier, sont associés aux incendies, explosion et dissémination de substances toxiques : **les effets thermiques** liés à la combustion d'un produit inflammable ou à une explosion (brûlures), **les effets mécaniques** liés à une surpression, résultant d'une onde de choc provoquée par une explosion (lésions des tympans, des poumons, …) et **les effets toxiques** suites à la dispersion dans l'air, l'eau ou le sol de substances chimiques toxiques (dans le cas de nuages toxiques, possibilité d'atteintes graves telles que asphyxie ou œdème pulmonaire). Les conséquences d'une exposition aux rayonnements varient selon la dose reçue, l'importance de la zone du corps atteinte, la nature des tissus concernées, … Les effets peuvent apparaitre quelques heures ou quelques semaines après l'exposition (malaise, brûlures, modification de la formule sanguine, …, décès), voir quelques années après avec apparition de cancers. - **à l'environnement** : pollution (accident technologique avec émission de polluants dans l'environnement, accident de voirie avec déversement de produits chimiques, …) - **aux infrastructures** : destruction partielle ou totale / détérioration des immeubles d'habitation, des bâtiments publics et industriels, des voiries, des réseaux (eau, électricité, gaz, télécom), …
Actions de l'ARS	**Partenaires et réseaux de surveillance**
1 Planification de la réponse sanitaire : - participation à l'élaboration - du plan ORSEC et de ses annexes (*CRDS / SSE)* - des autres plans sanitaires (plans blancs, …) *(CRDS)* 2. En situation de crise : - contribution à l'évaluation des risques sanitaires *(SSE / CIRE)* - contribution à la gestion de crise - coordination des moyens sanitaires *(CRDS)* 3. En situation post-accidentelle : - contribution à l'évaluation et la gestion des risques sanitaires (eau potable, aliments produits sur place, …) *(SSE / CIRE)* - surveillance sanitaire et post-traumatique des populations exposées *(SSE / CIRE)*	Préfecture, SIRACEDPC, SDIS, DDT, DREAL, ASN SAMU, CUMP, établissements de santé CAP Nancy CIRE / InVS Etat de la prévention des risques technologiques en Champagne Ardenne http://prevention-risques-champagne-ardenne.info/ Bouquet « Prévention risques majeurs » www.prim.net

Annexe 11 : carte des PPI





SCHEMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

FOCUS
SANTÉ ENVIRONNEMENT

SOMMAIRE

Introduction au focus santé environnement 138

Chapitre 1 : Cadre général 140

1- Présentation 140
1.1 - Définition 140
1.2 - Rôle de l'ARS 140
1.3 - Un fil conducteur : les inégalités environnementales 140

2- Références législatives ou réglementaires 141

3- Orientations nationales, plans nationaux, enjeux 142
3.1 - Les enjeux de santé publique 142
3.2 - Politique nationale de santé publique : déterminants de santé 143
3.3 - Le plan cancer 145
3.4 - Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) 145

Chapitre 2 : Diagnostic régional 146

1- Principaux enseignements du PRSE1 146
1.1 - Partenariat inter-service 146
1.2 - Information du public sur la problématique santé-environnement 146
1.3 - Suivi de la mise en œuvre du PRSE 1 146

2- Bilan de l'activité en santé-environnementale 147
2.1 - La Santé Environnementale : une mission actuelle de santé publique 147
2.2 - La protection de la santé dans l'environnement extérieur 148
2.3 - La protection de la santé dans les espaces clos 149
2.4 - La prévention et la gestion de risques pour la santé humaine liés à l'eau 153

Chapitre 3 : Orientations régionales de la politique en santé-environnement 156

1- Articulation des programmes et du PSRS 156
1.1 - Le PSRS 156
1.2 - Le PRSE2 157

2- Objectifs spécifiques 157
2.1 - Réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé 157
2.2 - Réduction des inégalités environnementales 158
2.3 - Intégrer les préoccupations de santé environnementale dans l'organisation des soins 158

Chapitre 4 : Programme d'actions en Santé – Environnement 160

1- Le PRSE 2 160
1.1 - Les grands axes du PRSE 2 160
1.2 - Les 8 mesures phares du PRSE 2 160
1.3 - Les actions du PRSE 2 pilotées par l'ARS 161

2- Actions non libellées PRSE2, s'inscrivant dans les objectifs promus par le PRSE2 161
2.1 - Volet santé-environnement et établissements sanitaires et médico-sociaux 161
2.2 - Promotion de la santé environnementale : Quelles actions peut-on mener sur le terrain ? 162
2.3 - Mise en avant de la santé-environnemental à l'échelle locale 162

Chapitre 5 : Eléments de transversalité 163

1- Transversalité avec d'autres schémas et le PRAPS 163
1.1 - Articulation avec les deux volets du SRP 163
1.2 - Articulation avec les deux autres schémas (SROS et SROMS) 163
1.3 - Articulation avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) 164

2- Articulation avec les autres politiques publiques et les acteurs publics partenaires 164
2.1 - Le plan régional santé travail (PRST) 164
2.2 - Le plan climat air énergie régional (PCAER) 164
2.3 - Ecophyto 2018 165

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi et évaluation 166

1- Suivi et évaluation du PRSE2 166
1.1 - Suivi et communication 166
Glossaire 167
Annexes 169

Introduction au focus santé environnement

« Le Projet Régional de Santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS, ainsi que les mesures qui tendent à les atteindre[36]. » Il comprend un plan stratégique régional de santé, trois schémas d'organisation et des programmes d'action[37]. Le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis du préfet de région, des collectivités territoriales et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Le plan stratégique est soumis au conseil de surveillance de l'ARS. Enfin, le Schéma d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sont soumis aux présidents des conseils généraux concernés, ainsi qu'aux commissions de coordination compétentes dans le domaine médico-social.
Le PRS est révisé au moins tous les cinq ans.

Le Schéma Régional de Prévention (SRP) constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et des financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé, de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires.

Le SRP vise à organiser les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leur interdépendance, etc. Il cherche également à améliorer la qualité et l'efficience des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portés par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités.

Tout comme le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et le SROMS, le SRP est un instrument de mise en œuvre du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), arrêté au terme d'une évaluation des besoins de santé régionaux et d'une première analyse de l'offre dans les domaines de la prévention, du soin et du médico-social.

Il convient :
-d'intégrer les facteurs de risque liés aux milieux de vie dans la politique régionale de santé, à la fois dans la prévention, la promotion mais également dans la sécurité liée aux soins ou aux conditions de vie en collectivité de populations vulnérables, du fait de leur âge, de leur état de santé, de leurs conditions sociales, de leur handicap.
-de conforter les outils communs de recueil de données de surveillance et d'observation, et les outils d'information et de communication.

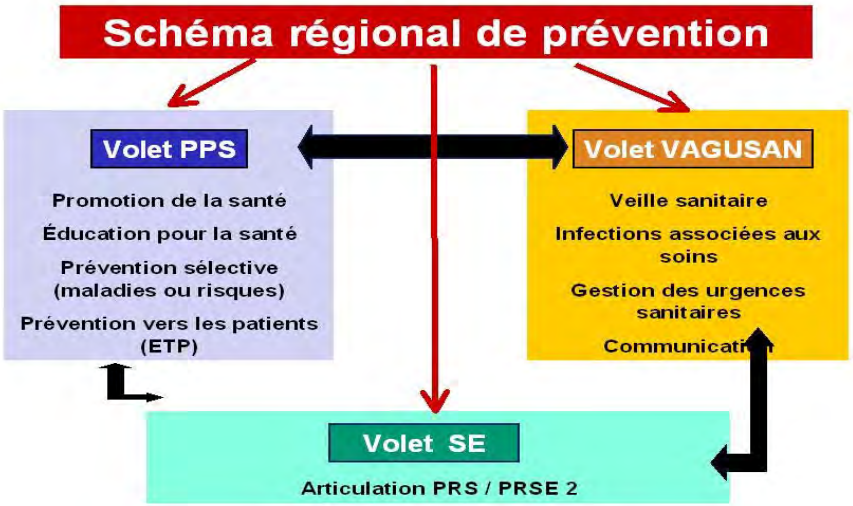


Figure 2 : Structuration du SRP de Champagne-Ardenne

[36] Article L. 1434-1 du code de la santé publique
[37] Article L.1434-2 du code de la santé publique

Le Schéma Régional de Prévention organise les actions de prévention et de promotion de la santé, de santé environnementale, ainsi que la veille et la gestion des crises sanitaires. Afin de construire des réponses plus efficaces en matière de prévention, le SRP prendra en compte les actions conduites au titre du Plan Régional Santé Environnement de deuxième génération (PRSE2) mais également les déterminants environnementaux.

Au-delà du PRSE2, il est nécessaire d'assurer une bonne prise en compte des déterminants environnementaux dans la prévention des pathologies ciblées dans le cadre du PRS (cancer, pathologies respiratoires notamment vis-à-vis des enfants), ainsi que dans les contrats locaux de santé, etc.

Chapitre 1 : Cadre général

1- Présentation

Les problématiques reliant la santé et l'environnement sont de plus en plus prégnantes ces dernières années. Il est désormais clairement établi qu'un certain nombre de questions de santé relèvent des conditions dégradées de l'environnement. Face à cela, les acteurs de la santé comme les acteurs de l'environnement se questionnent sur les leviers d'actions possibles.

1.1 - Définition

Selon la définition proposée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la santé environnementale, comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures* ».
Il est admis dans le contexte international et national que s'agissant de la santé environnementale, la notion d'environnement renvoie aux milieux de vie (domestique,naturel ou professionnel). Une approche courante écarte de la catégorie environnementale ce qui relève de l'exposition volontaire et du comportement individuel. Elle inclut en revanche des thèmes tels que la prévention de l'écoute de la musique amplifiée ou encore la nutrition. C'est cette acception qui a été retenue par la Commission d'orientation du plan national santé-environnement dans son rapport de février 2004.

1.2 - Rôle de l'ARS

Ce volet rappelle les missions et rôles dévolus aux Agences Régionales de Santé (ARS) en matière d'impact des facteurs environnementaux sur la santé, ainsi que le cadre général dans lequel elles s'exercent : modes d'intervention et critères de priorisation des actions à mettre en œuvre, s'agissant notamment des inspections, pour concourir à la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique.
Ces missions relatives aux déterminants environnementaux de la santé visent à améliorer la sécurité sanitaire des milieux de vie, à réduire les disparités régionales liées aux facteurs environnementaux, à favoriser des choix d'aménagement et d'équipements favorables à la santé, notamment dans le cadre de la politique de la ville ou à travers les contrats locaux de santé, à protéger les populations, à prévenir les accidents en informant les usagers et gestionnaires d'installations sur ces risques et les moyens de les réduire, à anticiper les crises sanitaires liées à des facteurs environnementaux en recueillant et analysant les alertes et en se préparant à y répondre ainsi qu'à apporter des réponses aux attentes du public dans les situations de risques sanitaires incertains.

1.3 - Un fil conducteur : les inégalités environnementales

La notion d'inégalités environnementales a été peu documentée en France. Elle a davantage été intégrée dans les politiques de santé et d'environnement dans d'autres pays notamment aux Etats-Unis. C'est une notion complexe car elle recouvre à la fois des inégalités d'exposition et des inégalités de sensibilité qui vont conduire à l'augmentation des risques sanitaires, voire à la dégradation de l'état de santé d'un individu ou d'un groupe d'individus. Le terme global d'inégalités environnementales est généralement utilisé mais la notion n'est pas figée et de nombreuses inconnues demeurent quant à sa dimension.
On adoptera le champ retenu dans le deuxième plan national santé environnement, dans lequel la notion d'inégalités environnementales recouvre 2 aspects principaux :

- Les inégalités d'exposition aux facteurs de l'environnement, fonction du milieu et des conditions de vie, de l'état de dégradation de l'environnement, des comportements individuels et de l'exposition professionnelle. Les inégalités d'exposition peuvent donc être décrites en regroupant les individus

ou groupes d'individus qui ont des conditions de vie ou professionnelles identiques, des comportements identiques, ou qui résident dans un environnement dégradé. Le temps d'exposition des populations aux facteurs de l'environnement est une variable à prendre en compte dans la description.

- Les inégalités de sensibilité face aux facteurs de l'environnement, fonction de l'âge, de l'état de santé des personnes. C'est la notion de personne vulnérable. Entrent en particulier dans cette catégorie les enfants, les femmes enceintes ou en âge de procréer, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, de cancers, immunodéprimées ou les personnes ayant une susceptibilité génétique individuelle.

A noter que la notion d'inégalités environnementales est indissociable des inégalités sociales, car celles-ci déterminent en particulier les parcours résidentiels ou professionnels des populations et leur capacité à agir pour améliorer leur cadre de vie. Parce qu'elles peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions défavorables d'exposition, les populations défavorisées sont souvent davantage soumises aux risques environnementaux, et elles cumulent fréquemment différentes sources d'expositions et de nuisances : habitation en zone bruyante, à proximité d'installations dangereuses, d'axes routiers importants, logement insalubre, pollution atmosphérique… En outre, les populations défavorisées bénéficient d'un accès moins bon à l'information et aux soins, et sont généralement en capacité moindre d'agir auprès des pouvoirs publics pour améliorer leur environnement.
La prise de conscience de ces enjeux par les pouvoirs publics est bien réelle, au niveau national et international. Et si l'accès à un environnement de qualité a longtemps été considéré comme un luxe, c'est désormais un droit constitutionnel : « Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » (Charte de l'environnement, 2005). En outre, la réduction des inégalités environnementales représente l'axe fort du 2ème plan national santé environnement 2009-2013 (PNSE2), qui doit être intégré dans le PRSE2.

La méthodologie de description de ces inégalités s'appuie sur la démarche d'évaluation des risques, sur les outils de la géographie de la santé mais nécessite également le rapprochement avec les sciences économiques et sociales. La problématique sera donc transversale à l'ensemble des chapitres de l'état des lieux.

2- Références législatives ou réglementaires

Textes de références en santé-environnement :

- Code de la santé publique : Première partie : Protection générale de la santé, Livre III : Protection de la santé et environnement ; Troisième partie : Livre 1er Lutte contre les maladies transmissibles ; Titre 1er : Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles Chapitre IV : Autres mesures de lutte (lutte antivectorielle,…), Chapitre V : Lutte contre la propagation internationale des maladies (contrôle sanitaire aux frontières ;
- Code de l'environnement, code des collectivités territoriales, code des collectivités territoriales ;
- Règlement sanitaire international (2005) ;
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (parue au JO du 11 août 2004 ;
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires parue au JO du 22 juillet 2009 (loi HPST) ;
- Article L.1434-1 et L.1434-2 relatifs au projet régional de santé ;
- Article L.1434-5 et suivants relatifs au schéma régional de prévention ;
- Article L.1311-6 et L.1311-7 relatif au plan national santé et environnement (PNSE) ;
- Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

-

- Décret n° 2011-210 du 24 février 2011 tirant les conséquences de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans le code de l'environnement ;
- Lettre circulaire du 27 janvier 2010 relative aux plans régionaux santé environnement de la deuxième génération (PRSE 2) ;
- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la santé et des sports, et l'agence régionale de santé de … 2010-2013 - Projet de contrat type 16 avril 2010 ;
- Circulaire (Intérieur, Santé) du 24 mars 2010 relative aux relations entre les préfets et les agences régionales de santé (ARS) ;
- Circulaire interministérielle du 16 octobre 2008 relative à la consultation sur le Plan national santé environnement 2009-2013 : mise en place de groupes de travail en santé environnement.
- INSTRUCTION N°DGS/EA/2011/ 406 du 26 octobre 2011 relative aux missions et rôles des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale, afin de concourir à la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique.

Pour mémoire :

- Circulaire DGS/DAGPB n° 162 du 29 mars 2004 relative aux missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales en santé environnementale ;
- Circulaire du 29 juillet 2004 relative aux missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales dans le domaine de la radioprotection.

3- Orientations nationales, plans nationaux, enjeux

3.1 - Les enjeux de santé publique

L'article L.1411-1 du code de la santé publique indique que la santé publique concerne : « [.....] *6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits ou de services susceptibles de l'altérer ;* […] ».
Les caractéristiques de l'environnement des individus et groupes de population influent sur les comportements et les perceptions, ainsi que sur les niveaux d'exposition aux substances et situations dommageables pour la santé. L'environnement est, en ce sens, l'un des quatre déterminants de la santé des populations.

Les cancers sont l'une des pathologies régulièrement associées à des facteurs environnementaux. Selon l'expertise collective de l'AFSSET – INSERM d'octobre 2008, 20 à 30% des cancers seraient d'origine environnementale. Selon l'Institut de veille sanitaire (InVS), 5 à 10 % des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux. L'OMS estime cette part à 19 % mais cette estimation inclut les expositions passives au tabac. S'agissant plus particulièrement des cancers liés à des expositions professionnelles, les estimations varient entre 4% et 8,5 % pour l'InVS alors que le Centre international de recherche contre le cancer (CIRC) les situe à 4 % chez l'homme et à 0,5 % chez la femme.

D'autres pathologies sont également liées à la qualité de l'environnement et des milieux de vie : légionelloses, saturnisme, intoxications oxycarbonées, asthme, et pathologies respiratoires et pathologies cardiovasculaires, maladies vectorielles…L'exposition précoce (in utero) à certains produits chimiques notamment aux perturbateurs endocriniens, peut avoir une incidence sur le déclenchement de pathologies chroniques comme le diabète et être à l'origine de malformations congénitales.

Les risques avérés associés à des déterminants environnementaux ne sont pas les seuls à préoccuper le ministère de la santé. Plusieurs facteurs, tels par exemple les champs électromagnétiques ou les résidus médicamenteux font l'objet de publications suggérant des effets sur la santé. Ce contexte de risque possible mais incertain crée une obligation sinon d'action de précaution, du moins de vigilance. Le risque sanitaire lié à l'amiante environnemental est certain, mais son ampleur non encore complètement évaluée.

Plus globalement, il convient d'agir pour créer des environnements et des conditions de vie exerçant une influence positive sur la santé. Il s'agit de faire en sorte que les choix de santé deviennent les choix les plus accessibles. Ainsi, un milieu physique et un environnement bâti qui encouragent et permettent l'activité physique, les activités récréatives, la sécurité, l'interaction sociale, l'accessibilité et la mobilité favorisent la santé. Les travaux de l'OMS conduisent en la matière à mettre l'accent sur les milieux de vie considérés comme centraux à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la santé : écoles, milieux de travail, hôpitaux, villes et villages.

Enfin, l'environnement et les conditions de vie sont également des déterminants des inégalités sociales de santé. Par exemple, le rôle des conditions d'habitation dans le développement des enfants est par exemple aujourd'hui reconnu.
La « santé environnementale » est donc une démarche globale de protection et de promotion de la santé de la population actuelle et des générations futures par la préservation et l'amélioration de l'environnement (y compris l'environnement intérieur). Elle doit donc être prise en compte, au sein des ARS, à la fois sous l'angle de la veille et de la sécurité sanitaire et de la promotion de la santé.

La démarche associée à la « santé environnementale » dans les ARS doit être articulée avec plusieurs plans et stratégies sectoriels :

- avec la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement durable 2010-2013 qui comporte un axe « santé publique, prévention et gestion des risques » ;
- avec les mesures à l'égard des patients, en particulier quant à l'adaptation des logements en fonction des pathologies prises en charge ;
- avec les actions de lutte contre les situations précaires : il est établi que les publics en situation de précarité économique et sociale sont plus souvent soumis à des cumuls de facteurs de risques environnementaux.

En conséquence, la santé environnementale doit être considérée de manière transversale à l'ensemble de l'activité de l'ARS et s'inscrit fermement dans la lutte contre les inégalités de santé.
Le CPOM mentionné en référence contractualise ces enjeux.

3.2 - Politique nationale de santé publique : déterminants de santé

L'environnement est l'un des principaux déterminants de la santé individuelle et communautaire. La médecine curative n'intervient qu'à hauteur de 10 à 20% dans l'augmentation de l'espérance de vie, ce qui souligne l'importance des travaux de prévention de ces risques par les contrôles assurés.

Les facteurs de risques environnementaux chimiques et biologiques liés à l'environnement interviennent dans plus de 80 % des principales maladies et traumatismes dans le monde. 60% des écosystèmes vitaux de la planète se sont déjà détériorés ou sont soumis à des pressions excessives alors qu'ils assurent le maintien de la qualité de l'air, des sols, des ressources en eau pour la vie quotidienne et fournissent des aliments de l'énergie. Selon l'OMS, 23 % de la charge mondiale de mortalité prématurée et 24% de celle de morbidité (années de vie en bonne santé perdues) sont attribuables à des facteurs environnementaux.

La perte de la biodiversité, l'interaction de plus en plus forte entre environnement naturel et humain, les conséquences du changement climatique entraînent des risques biologiques accrus pour l'Homme. Certains s'interrogent sur l'apparition d'agents pathogènes notamment de certains virus qui ont déclenchés les récentes épidémies : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), grippe aviaire, chikungunya, dengue,… L'hypothèse que ces épidémies puissent être rapportées à la diminution de la biodiversité, à la variabilité des écosystèmes, au changement climatique, qui accélèrent les cycles biologiques par exemple, à la compétition entre espèces, aux facteurs favorisant le contact entre l'homme et les vecteurs ou encore au changement de pratiques agricoles facilitant le transfert des agents infectieux entre animaux est évoquée.

L'évaluation des risques sanitaires doit tenir compte de la population générale et des populations sensibles. Les enfants sont les principales victimes des risques environnementaux. Il s'agit donc de fixer des valeurs limites en exposition générale et en exposition au travail pour diverses populations sensibles car les facteurs de fragilité concernent notamment, d'une part l'immaturité du développement des fonctions métaboliques ou des organes de la reproduction, des fonctions cérébrales, immunologiques ou hormonales, et d'autre part les pathologies qui touchent le système immunitaire (hors maladies génétiques auto-immunes ou congénitales) mais dues aux expositions environnementales et professionnelles. La population concernée peut être approchée par les registres spécifiques de pathologies.

Des indicateurs de risques peuvent être établis en rapprochant les données environnementales et des données cliniques, taux d'incidence de sur-pathologies ou de troubles ou de mortalité. A côté des indicateurs environnementaux, on voit poindre l'importance des indicateurs biologiques ou infra cliniques, domaine de la biosurveillance. Les biomarqueurs peuvent ainsi concerner le taux moyen de dioxine ou de métaux dits lourds dans l'organisme, fixé par tranche d'âge dans une population de référence ou encore de polychlorobiphényles dans le plasma sanguin. Le suivi de cohortes de personnes se développe.

En France, les pathologies directement attribuables à l'environnement et à l'alimentation sont évaluées annuellement. Quelques éléments chiffrés sont présentés ci-dessous[38] :

- 10 à 30% des cancers sont d'origine environnementale.
- Le mélanome cutané se place au 9ème rang des cancers les plus fréquents en France ; 7 401 nouveaux cas et 1440 décès estimés en 2005, à la suite de l'exposition aux UV naturels et artificiels.
- 1200 à 1900 morts annuels par cancer sont dus à l'exposition au radon.
- 42 000 décès prématurés par an seraient liés à la pollution atmosphérique (particules fines PM2,5 d'origine anthropique).
- 10 à 15% de la population française serait allergique aux pollens.
- 4400 enfants sont atteints par le saturnisme.
- 5 à 10% des jeunes de moins de 25 ans souffrent d'une déficience de l'audition.
- 5 000 cas d'intoxication par le monoxyde de carbone.
- 19 000 décès chaque année, les accidents de la vie courante sont la troisième cause de mortalité en France. Sur les 11 millions de personnes touchés chaque année par un accident de la vie courante, 4,5 millions font l'objet d'un recours aux urgences et plusieurs centaines de milliers, d'hospitalisations.
- 3 000 victimes de l'amiante par an.
- 1200 cas de légionellose environ sont actuellement notifiés chaque année. Les personnes ayant contracté une légionellose font généralement l'objet d'une hospitalisation de l'ordre de quelques jours à plusieurs semaines ou mois après un séjour en unité de soins intensifs ou service de réanimation. La gravité de cette maladie est illustrée par son taux de létalité (11% en 2009) et par l'évolution de la maladie signalée par de nombreux cas après l'hospitalisation, le plus souvent une fatigue chronique voire une dépression, et plus rarement des séquelles cérébrales voire une invalidité permanente. Toutes les tranches d'âge, essentiellement adultes, sont concernées.
- Le nombre de toxi-infections alimentaires collectives déclarées en 2008 correspond à 1124 foyers correspondant à 12 549 malades dont 742 hospitalisés et 5 décès.
- En 2009, 328 cas de listérioses (contre 269 en 1999) ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire.
- En 2009, 21 % des 1547 cas d'hépatite A étaient liés à la consommation de fruits de mer.
- 31,9 des adultes de plus de 18 ans et 14, 5% de cette population présente respectivement des signes de surpoids et d'obésité, phénomène qui s'accentue depuis une vingtaine d'années chez les adultes.
- Des incertitudes sur l'impact de produits chimiques à faibles doses et sur de nouvelles technologies (expertise collective de l'INSERM sur reprotoxiques et perturbateurs endocriniens, expertise collective sur neurotoxiques et pesticides).

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 mentionne les objectifs au niveau national en matière de santé environnement et les indicateurs associés.

[38] INSTRUCTION N°DGS/EA/2011/ 406 du 26 octobre 2011 relative aux missions et rôles des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale, afin de concourir à la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique

3.3 - Le plan cancer

Le plan de mobilisation nationale contre le cancer constitue un programme stratégique comportant six axes prioritaires : recherche, observation, prévention-dépistage, soins, vivre pendant et après un cancer. Il comporte 7 mesures « phares » dont la mesure 3, l'axe de recherche « caractériser les risques environnementaux et comportementaux ». Plus de 15% du budget de recherche mobilisé seront consacrés à l'analyse des risques environnementaux et comportementaux ; le plan cancer précise les liens avec les autres plans de santé publique, en particulier le PNSE2. Les trois premiers axes ont des points d'interface avec le PNSE 2.

La recherche a pour objectif de réduire la mortalité liée à ces maladies, de faire reculer leur fréquence et d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients par des traitements plus efficaces et moins toxiques. Elle concerne en particulier les déterminants environnementaux des cancers. L'observation vise à mieux connaître la réalité des cancers en France notamment en optimisant les systèmes de surveillance et par l'observation des disparités socio-spatiales des cancers. Une des mesures porte sur l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel. La prévention, que ce soit par la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ou par le renforcement des mesures de prévention des risques environnementaux et professionnels, est l'axe qui a le plus de points communs avec le PNSE2 qui est complété avec des mesures renforçant la prévention des risques liés aux UV et au radon.

3.4 - Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)

Le PNNS existe depuis 2001 et a été renforcé en 2006. Si l'opinion et souvent les professionnels ont tendance à focaliser leur attention en matière de nutrition sur la question de l'obésité, il ne faut jamais perdre de vue que la question nutritionnelle recouvre alimentation et activité physique et concerne l'ensemble des conséquences, soit l'essentiel de la morbidité en France. Le PNNS est un programme interministériel et plurisectoriel associant l'administration, le secteur privé et des scientifiques. C'est un programme s'appuyant également fortement sur les collectivités territoriales et leur implication pour l'amélioration de l'environnement alimentaire et l'activité physique des citoyens.

Le programme nutrition santé avait dès 2001 fixé un certain nombre d'objectifs chiffrés relatifs à la nutrition et à l'alimentation des Français. Ces objectifs avaient été repris pour l'essentiel dans la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Les réflexions menées dans le cadre du plan « santé-transport » prennent en compte un des objectifs spécifique du PNNS. Il correspond à « Augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne….La sédentarité étant un facteur de risques de maladie chroniques, doit être combattue chez l'enfant ».

Chapitre 2 : Diagnostic régional

Les missions en santé environnementale s'inscrivent dans la démarche globale de protection de la santé actuelle et des générations futures, selon trois objectifs principaux :

- Mieux connaître les dangers pesant sur l'environnement et la santé humaine afin de prendre des mesures pour prévenir et limiter les risques,
- Réduire les conséquences des pollutions sur la santé, pour la protéger de façon durable,
- Informer sur la qualité des milieux et sur les risques sanitaires liés à leur dégradation.

Il s'agit de prévenir, surveiller, sensibiliser, évaluer et agir en partenariat avec de nombreux professionnels. La santé environnementale est un champ par nature interministériel, et impliquant une multiplicité d'acteurs. Le Plan National Santé-Environnement et ses déclinaisons régionales illustrent parfaitement ce principe dans sa construction et sa mise en œuvre.
La région Champagne-Ardenne compte 1 400 000 habitants selon les dernières estimations au 1er janvier 2007. Elle se découpe en 4 départements aux profils démographiques, industriels et agricoles disparates. Malgré la sensibilité élevée des Champardennais aux problèmes de l'environnement, ils sont peu informés sur le sujet. Plus d'un Champardennais sur deux n'a jamais entendu parler du Plan National santé environnement de 2004[39]. Ce constat a été pris en compte lors de l'élaboration du PRSE2.

1- Principaux enseignements du PRSE1

Le Plan Régional Santé Environnement de première génération (PRSE 1), déclinaison locale du Plan National Santé Environnement de première génération (PNSE 1), a constitué un support de la politique en santé environnementale en Champagne-Ardenne.
Intégré au Plan régional de Santé Publique (PRSP), il formalisait une première étape visant à garantir dans notre région un environnement plus respectueux de la santé de ses habitants.

1.1 - Partenariat inter-service

Le PRSE 1 a permis de mettre en place un réseau d'acteurs qui a facilité l'action transversale et la cohérence des approches et des pratiques des services sur la thématique santé-environnement. Confirmer ce partenariat a d'ailleurs été un objectif dans l'élaboration du PRSE 2.

1.2 - Information du public sur la problématique santé-environnement

La diffusion au public des informations et des connaissances en santé environnementale est un enjeu important. Le PRSE 1 s'est engagé dans cette dynamique, via la création de sites Internet mettant à disposition des informations détaillées sur la qualité de l'eau par exemple, tant au niveau de la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) que de l'ARS, des agences de l'eau.
Le renforcement de la sensibilisation du public sur la santé environnementale doit être un objectif majeur pour le PRSE 2.

1.3 - Suivi de la mise en œuvre du PRSE 1

L'organisation prévue pour assurer le suivi du PRSE 1 s'est révélée insuffisante. Elle reposait sur l'organisation de 2 réunions de suivi du Comité Technique Opérationnel mais ne prévoyait pas, au lancement du plan, de méthodologie précise de suivi des actions, s'appuyant sur des pilotes identifiés, des objectifs précis et indicateurs mesurables.

[39] Baromètre Santé Environnement Champagne-Ardenne 2007

L'enjeu majeur du PRSE 2 tient dans la mise en œuvre d'un suivi régulier et précis des actions. Celui-ci sera facilité par une plus large implication des acteurs locaux en santé environnementale (collectivités territoriales, associations de professionnels de santé, de protection de l'environnement, représentants du monde économique), dès l'élaboration du plan.

2- Bilan de l'activité en santé-environnementale

En créant les Agences Régionales de Santé, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires leur a entre autres missions confié celles qu'exerçaient les DDASS et DRASS depuis 20ans déjà dans le champ de la santé environnementale.

2.1 - La Santé Environnementale : une mission actuelle de santé publique

Les missions : agir, prévenir, garantir

Les missions en santé environnementale s'inscrivent dans la démarche globale de protection de la santé actuelle et des générations futures, selon trois objectifs principaux :

- Mieux connaître les dangers pesant sur l'environnement et la santé humaine afin de prendre des mesures pour prévenir et limiter les risques.
- Réduire les conséquences des pollutions sur la santé, pour la protéger de façon durable.
- Informer sur la qualité des milieux et sur les risques sanitaires liés à leur dégradation.

Il s'agit de prévenir, surveiller, évaluer et agir en partenariat avec de nombreux professionnels. La santé environnementale est un champ par nature interministériel, et impliquant une multiplicité d'acteurs, au sein du ministère de la santé (ingénieurs, médecins, inspecteurs, pharmaciens…), mais aussi au sein d'autres ministères (écologie, agriculture, transports, logement, recherche…), et en lien avec d'autres acteurs (collectivités, associations, bureaux d'études…).

Le domaine de la santé environnementale était primordial pour les services déconcentrés du ministère chargé de la santé.

Les missions s'articulent autour de trois grands axes :

- Prévention et gestion de risques pour la santé humaine liés à l'eau,
- Protection de la santé dans les espaces clos,
- Protection de la santé dans son environnement extérieur.

Grâce à leur connaissance du terrain, les services Santé Environnement assurent en outre une veille quotidienne et une gestion des alertes.
En Champagne-Ardenne, ils regroupent 40 agents (ingénieurs, techniciens, adjoints sanitaires et administratifs). Le 1er janvier 2010, ils ont intégré l'ARS.

Un enjeu majeur de santé publique

Longtemps considérée comme un luxe, la protection sanitaire de l'environnement est désormais au cœur des préoccupations et de l'actualité politique et médiatique.
La loi de santé publique en 2004 a permis l'émergence d'une réelle stratégie transversale et interministérielle en santé environnement :

- Au niveau national, au travers du PNSE conformément aux orientations de la charte de l'environnement : « *chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé* ».

- Et au niveau régional, au travers du PRSE, qui s'inscrit dans les missions des anciennes Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) en santé environnement.

Le 1er PRSE 2005-2008 était construit selon les 7 axes du PNSE 1 en région Champagne-Ardenne:

- Prévenir les décès liés aux infections/intoxications aiguës
- Protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux
- Protéger la population de la pollution à l'intérieur des locaux
- Mieux maîtriser les risques liés aux substances chimiques
- 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

Le PRSE 2, qui se situe dans la continuité des engagements issus du Grenelle de l'environnement, intègre les orientations du PNSE 2 : prise en compte des nouvelles pathologies, intensification de la surveillance des risques émergents pour l'environnement et la santé, dont ceux liés aux changements climatiques, tout en visant la réduction des inégalités géographiques ou dans la population, ainsi que les changements de modes de vie.

2.2 - La protection de la santé dans l'environnement extérieur

Les services santé environnement des ARS sont chargés de prévenir les principales contaminations et nuisances générées par les activités humaines (cultures, élevages, usines, stations d'épuration, transports routiers, réseaux de téléphonie mobile, lignes à haute tension…).
Les rejets solides, hydriques, atmosphériques issus des activités industrielles, agricoles ou autres peuvent en effet contaminer durablement les milieux. Pour prévenir ces risques et préserver la santé des populations riveraines, les ARS émettent un avis sur les dossiers d'études d'impact, notamment sur la partie relative à l'évaluation des risques sanitaires.

Aménagement du territoire

Depuis le 1er avril 1997, les études d'impact des projets industriels et d'aménagement doivent comprendre une étude des effets sur la santé. Celui-ci doit être mené selon les quatre étapes de la démarche d'évaluation des risques.
Les services santé environnement ont émis un avis sur près de 76 évaluations des risques réalisées dans le cadre des études d'impact d'installations classées pour l'environnement en 2010. Ces dossiers concernent plusieurs types d'activité : agroalimentaires, carrières, transit et traitement de déchets, industries de transformation, entrepôts, infrastructures d'aménagement, éoliennes…
Les services ont également été amenés à formuler des avis visant la réhabilitation de sites industriels pollués, destinés à être urbanisés.
Concernant les élevages, ils ont engagé une action visant à amener les bureaux d'études à présenter une évaluation des risques sanitaires, comme le demande la circulaire ministérielle du 16 octobre 2006.

Qualité air

Les actions d'information et de sensibilisation sur l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique de tous les jours ont été poursuivies (participation active à l'élaboration du Plan Régional pour la Qualité de l'Air…).

Gestion des DASRI

Depuis plusieurs années, les DDASS effectuaient un travail d'information, d'incitation et d'accompagnement technique, en lien avec les collectivités, les associations, les professionnels (…) pour le développement des moyens de collecte des déchets d'activités de soins produits principalement en secteur diffus.

Un inventaire des solutions de collecte existantes pour les particuliers en auto-traitement est par ailleurs tenu à jour. Enfin, en 2000, les services ont participé activement à la révision du Plan Régional pour l'Elimination des Déchets d'Activités de Soins (PREDAS).

2.3 - La protection de la santé dans les espaces clos

Il est clairement établi que nous passons 70 à 90% de notre temps dans des espaces clos, dont environ 65% dans notre habitat. Si celui-ci est un symbole de refuge et de protection, il est aussi source potentielle de dangers pour la santé humaine. La qualité de l'air peut en effet être influencée par différents facteurs tels que la qualité de l'air extérieur (pollution atmosphérique extérieure, pollens…), les sources intérieures (combustions domestiques, peintures au plomb, tabagisme, moisissures, radon…), les modalités de renouvellement de l'air.

Les comportements individuels visant à diminuer la consommation énergétique en limitant par exemple la ventilation peuvent augmenter la pollution intérieure. Les concentrations en certains polluants peuvent alors être plus élevées à l'intérieur du logement qu'à l'extérieur. Des actions parfois simples permettent de réduire cette pollution et les risques sanitaires associés.
Les interventions ont été renforcées tant en ce qui concerne la prévention du saturnisme, l'éradication de l'habitat indigne, que la prévention et la surveillance des intoxications oxycarbonées.

Prévention des intoxications au monoxyde de carbone

En Champagne-Ardenne, au cours de l'année 2008, 141personnes ont été intoxiquées par le monoxyde de carbone (38 affaires). En 2009, 76 personnes ont été prises en charge par les urgences et 2 décès ont été constatés à la suite à d'intoxications au monoxyde de carbone.

Pour éviter toute récidive, chaque signalement a fait l'objet d'une enquête environnementale et d'un suivi.
Des actions de sensibilisation et d'information ont été menées auprès des maires, des professionnels de santé et de la Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (CAPEB)

Les enquêtes environnementales de l'ARS menées suite aux intoxications au CO, afin d'en éradiquer les sources, permettent d'éviter la récidive. De plus, la réduction de l'incidence des intoxications au CO passe par l'amélioration du système de surveillance des intoxications.. Dans le cadre de cette surveillance, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a élaboré une application informatique permettant aux ARS, aux Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) et aux Centres Anti Poison (CAP - responsables des enquêtes médicales) de renseigner les données recueillies au cours des enquêtes qu'ils mènent : l'application SIROCO. De nouveaux formulaires utilisés lors de l'alerte et de l'enquête environnementale sont intégrés à la nouvelle version de cette application, dont le déploiement a été annoncé par circulaire du 9 juin 2009. L'application SIROCO, a été mise en service le 11 janvier 2010.

Evolution du nombre de cas d'intoxication au CO en Champagne-Ardenne de 2006 à 2011

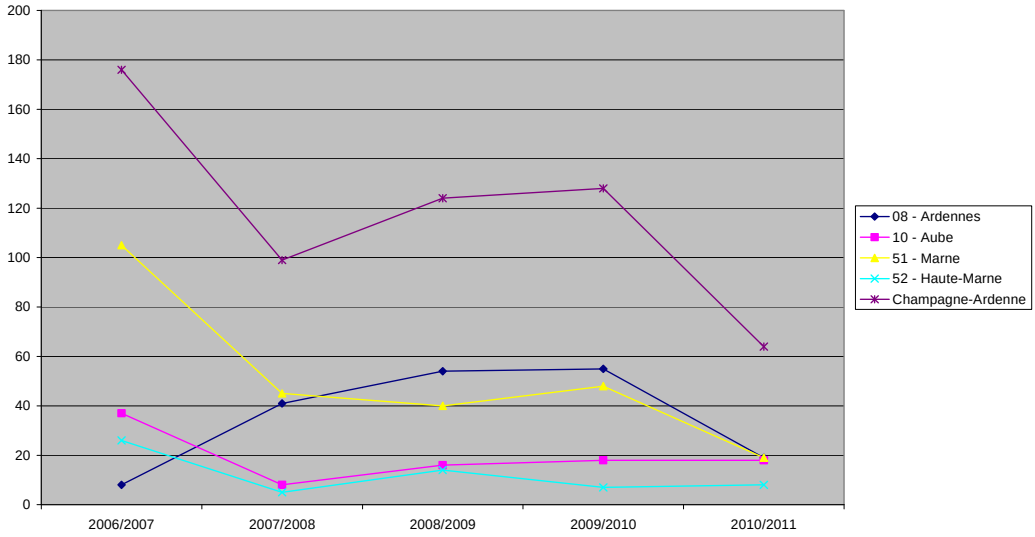




Figure 3 : Graphique présentant l'évolution des cas d'intoxication oxycarbonées en Champagne-Ardenne sur la période 2006-2011 et signalétique de prévention de la campagne ARS Champagne-Ardenne 2010.(Source ARS Champagne-Ardenne)

Prévention du saturnisme

La règlementation ayant évolué, une information des partenaires a été effectuée.
L'obligation d'établir un constat de risque d'exposition au plomb (CREP) a été étendue depuis le 12 août 2008 aux contrats de location de tout ou partie d'immeuble d'habitation construit avant le 1er janvier 1949. Les opérateurs concernés (responsables d'agences, immobilières, responsables de syndicats de copropriété, bailleur sociaux…) ont été informés de cette évolution règlementaire.

Plusieurs études qui avaient été réalisées par les anciennes DDASS et DRASS, depuis 2000, dans l'habitat privé ou dans des établissements recevant des mineurs ont montré que les peintures au plomb étaient encore présentes dans plus de 75 % des cas avérés de saturnisme. En 2002, une action de dépistage ciblé a été déployée dans le Sedanais (Ardennes) en s'appuyant notamment sur les réseaux de médecins scolaires et de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Néanmoins, peu de cas de saturnisme infantile sont signalés en Champagne- Ardenne : 4 en 2002, 5 en 2003, 2 en 2004. Il convient également de signaler les cas de saturnisme détectés dans les Ardennes en lien avec une problématique de pollution industrielle : 21 en 1998 et 11 en 2002.

Prévention des risques sanitaires liés au radon

Du fait de sa structure géologique, la Champagne-Ardenne est l'une des régions françaises peu concernée par des concentrations en radon élevées.

Plusieurs campagnes de mesures du radon dans les habitations ont été réalisées depuis 1982. Par sa géologie (craie principalement), la Champagne-Ardenne ne présente globalement pas de risque. Néanmoins, certaines zones de la Haute-Marne présentent des concentrations en radon supérieures à 400 Bq/m3, ce qui la classe en département prioritaire devant faire l'objet d'un suivi, notamment pour les établissements recevant du public.

Pour prévenir les risques sanitaires, les actions menées en Haute-Marne ont porté sur :

- L'information des établissements recevant du public (rappel de leurs obligations, conseils).
- Campagne de mesure dans les établissements sanitaires et sociaux.
- Campagne de mesure sur écoles.
- La sensibilisation des particuliers à faire procéder à des mesures de radon et à mettre en œuvre les éventuelles mesures de correction nécessaires (campagnes de pose de dosimètre dans 890 logements en lien avec la ligue contre le cancer, suivi des logements concernés par des valeurs supérieures à 400Bq/m3).
- La sensibilisation des professionnels du bâtiment (organisation de réunions d'information).

Prévention des risques sanitaires liés à l'amiante

Les services santé environnement sont chargés de suivre l'application de la règlementation relative à l'amiante dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

D'après une enquête effectuée par l'ancienne DRASS en 2000 auprès des établissements de santé de Champagne-Ardenne, 11 établissements sur 30 avaient diagnostiqué des flocages, calorifugeages ou faux-plafonds. L'inspection du travail veille au respect des modalités de mise en œuvre des prescriptions de prévention lors des opérations de désamiantage des bâtiments par les entreprises spécialisées. Cette surveillance est réalisée lors de contrôles ponctuels de chantiers de désamiantage ou bien lors de campagnes de contrôles nationales impulsées par le ministère du travail.

En 2008, le CAREPS a répondu à la demande de l'ancienne DRASS pour la réalisation d'une enquête auprès des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en Champagne-Ardenne visant à faire un état des lieux de l'application de la réglementation.

Traitement de l'habitat insalubre

La lutte contre l'habitat indigne est une priorité nationale qui a souvent une cause sociale nécessitant une démarche active de détection et d'accompagnement.

L'ARS, notamment ses agents référents techniques en matière d'insalubrité, participe aux formations habitat à l'intention des Maires et des assistantes sociales avec ou sans le Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES 51 et 08).
Création des pôles 08 et MISSH 10.

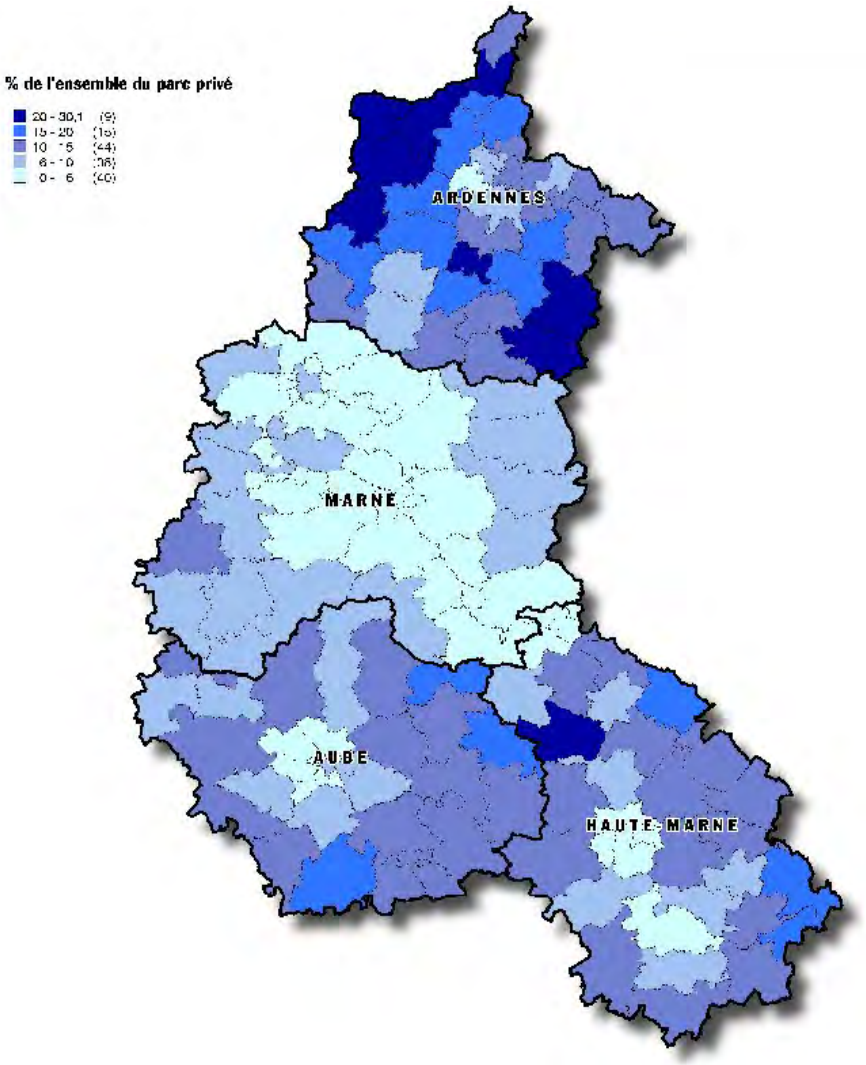


Figure 4 : Cartographie du parc de logements potentiellement indignes sur la région C-A - Source filocom 2003

Lieux musicaux

278 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'une perte auditive modérée ou profonde. Les nuisances sonores constituent une gêne très fortement ressentie par 40 % de la population. Les risques auditifs sont croissants en raison des pratiques de loisirs bruyants (notamment l'écoute ou la pratique des musiques amplifiées). Pour des niveaux supérieurs à 85 décibels [dB] (A), on note une atteinte auditive parfois irréversible, un développement de l'agressivité et une perte d'intérêt porté à autrui. Chaque année 50 000 à 80 000 personnes consultent pour des problèmes d'acouphènes (apparition de sifflements momentanés ou permanents).

Selon le comité scientifique européen des risques sanitaires émergents et nouveaux, près de 10 millions de jeunes risqueraient une perte partielle ou totale de l'ouïe.

37 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont au moins un indice fréquent de troubles de l'audition dans la vie quotidienne. Près de 7 Champardennais sur 10 estiment que le bruit constitue un risque élevé pour la santé mais seulement 9 % des jeunes de 18 à 25 ans considèrent que le bruit induit un risque très élevé pour la santé et 3 jeunes sur 4 ne connaissent pas la réglementation concernant les baladeurs.

2.4 - La prévention et la gestion de risques pour la santé humaine liés à l'eau

La contamination par des agents chimiques ou infectieux de l'eau potable, des eaux de loisirs (eau de baignades en mer et en eaux douces, piscines) représente un danger pour la santé humaine. Pour prévenir les risques sanitaires, les services santé environnement de l'ARS sont chargés de contrôler la qualité de ces eaux ainsi que des zones de pêche à pied. Les données recueillies alimentent les bases de données nationales. L'interprétation sanitaire est transmise aux maires aux fins d'affichage pour l'information du public.

Les eaux destinées à la consommation humaine

Des visites d'inspection-contrôle des ouvrages de prélèvement, de production et de stockage permettent de vérifier si l'exploitation et l'entretien garantissent le maintien de la qualité de l'eau.

La qualité de l'eau distribuée

La fréquence et le type d'analyse effectuée dépendent de l'origine de l'eau, de la quantité prélevée dans la ressource et de la population desservie.

En 2010, le contrôle sanitaire a porté sur 12 608visites avec prélèvements destinés à vérifier la conformité de l'eau.

La reconquête de la qualité des eaux brutes et la mise en œuvre de mesures correctives ont confirmé une baisse des teneurs en nitrates et en pesticides dans les eaux distribuées. Aujourd'hui, la proportion de la population champ-ardennaise touchée par des dépassements en microbiologie, nitrates et pesticides est *l'une des plus basses en France*.

Suivis déjà lors du PRSE1, pour 1570 captages en activités, 42.3% possédaient une déclaration d'utilité publique (DUP). En 2010, ce sont désormais 1569 captages qui sont activés dans la région Champagne-Ardenne dont 53% avec une DUP.

Le pourcentage de la population champ-ardennaise ayant reçu une eau conforme aux limites règlementaires de 2007 à 2009 est ainsi pour les nitrates de 1.17%. Pour les pesticides 18% de la population de la région est concernée par au minimum un dépassement des normes pour au moins un des produits phytosanitaires dans la période 2003-2005 contre 9.5% en 2007-2009. Le pourcentage de prélèvements conformes en microbiologie est de 79.31% soit l'alimentation 96.18% de la population régionale.

Une information actualisée sur la qualité des eaux distribuées est disponible sur le site internet http://www.eaupotable.sante.gouv.fr.

La prévention des pollutions

Le PNSE1 prévoyait que 100 % des captages d'eau potable soient protégés par des périmètres de protection en 2010. Aujourd'hui, 53% des captages de Champagne-Ardenne disposent d'un arrêté de Déclaration d'Utilité Publique instituant les périmètres de protection, ce qui correspond à l'alimentation de 80% de la population de la région.

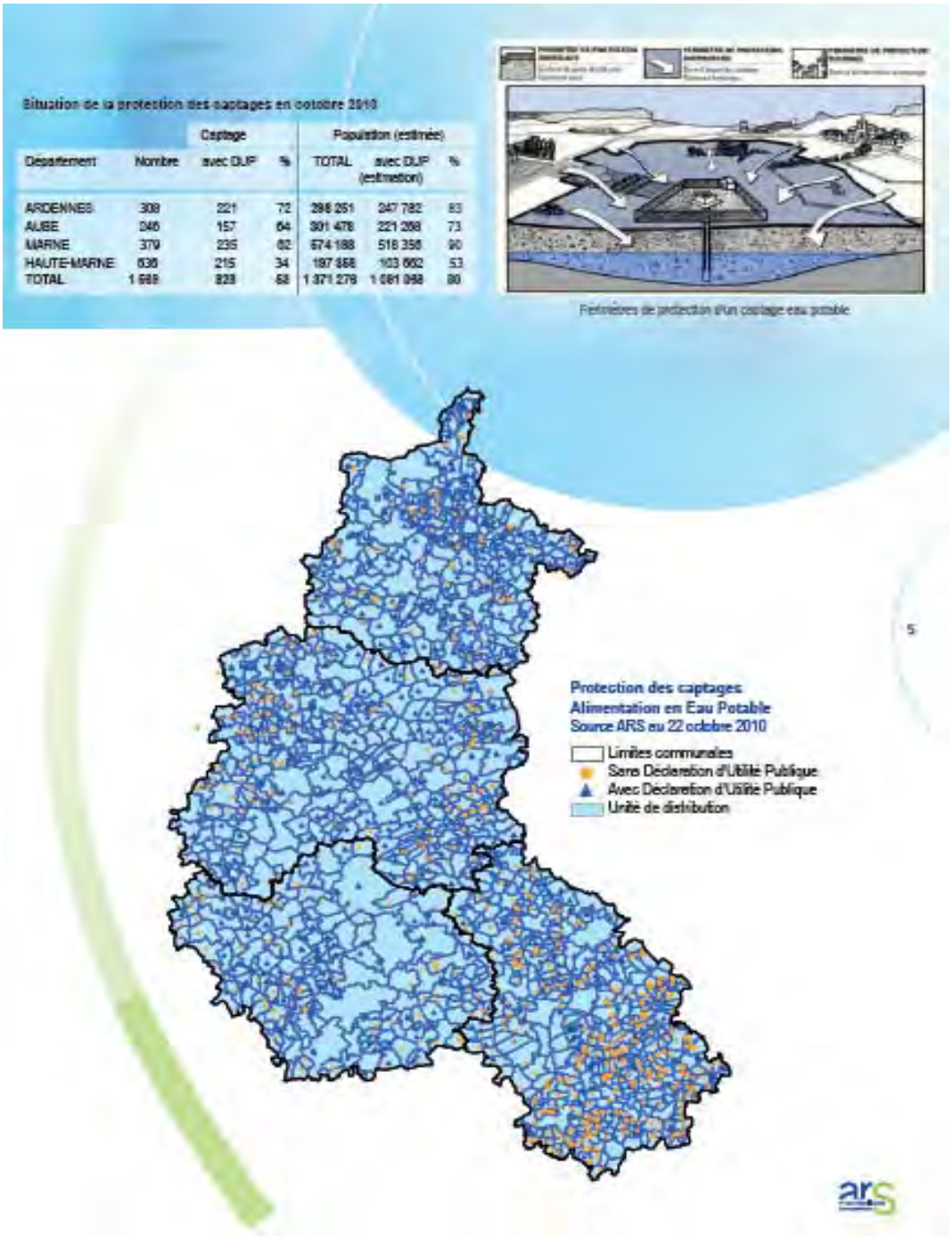


Figure 5 : cartographie périmètres de protection des captages sur la région Source ARS bilan triennal 2007-2009

La prévention du risque Légionellose

Pour prévenir la légionellose, une attention particulière est portée aux établissements sensibles, et notamment aux établissements de santé et médico-sociaux, dont certains font chaque année l'objet d'inspections ou de contrôle (10 en 2010). Les actions consistent également à informer et sensibiliser les professionnels. Les services Santé-Environnement sont en appui aux établissements ayant des non-conformités environnementales issues de leur autocontrôle.

D'autre part, en 2010, 62 enquêtes ont été menées par les services santé environnement de l'ARS dans le cadre des investigations de cas de légionelloses. Ce chiffre est supérieur à celui du nombre de cas déclarés à la PREVUS, car des demandes d'intervention parviennent d'autres régions et du niveau national à la suite de déclarations concernant des personnes ayant momentanément séjourné dans la région.

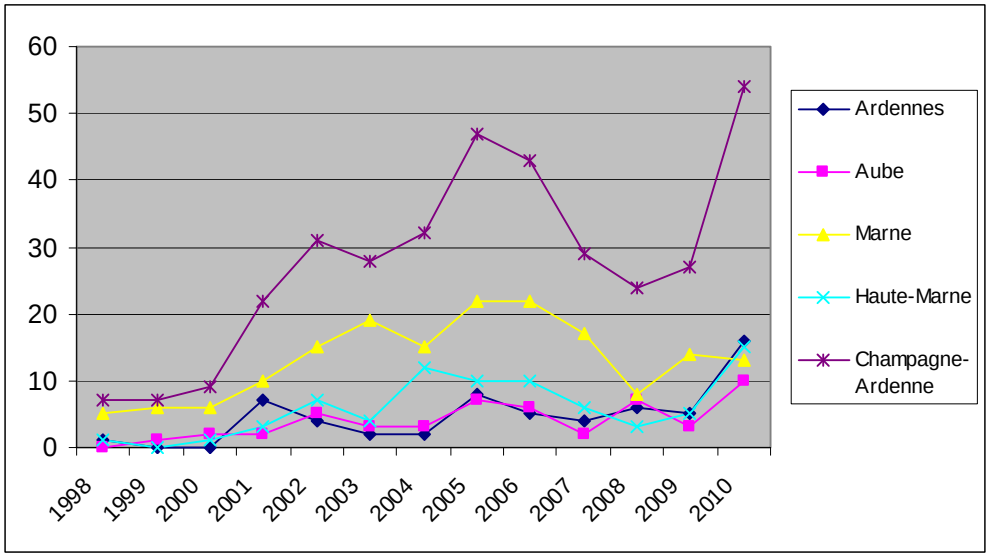


Figure 6: évolution du nombre de cas de légionellose sur 1998-2010 en Champagne-Ardenne .Source InVS et ARS

Enfin, une action du PRSE2 vise à favoriser la lutte contre la légionellose en investiguant systématiquement les cas survenant dans la région. L'action a notamment pour but de coordonner les interventions de l'ARS et de la DREAL afin de contrôler le plus souvent possible les réservoirs favorables au développement de la bactérie. Une surveillance des cas groupés fait systématiquement l'objet d'une analyse cartographique.

Les interventions des services santé environnement permettent de gérer les situations environnementales :

- en investiguant les réseaux collectifs d'eau chaude sanitaire contaminés,
- en faisant contrôler systématiquement les tours aéroréfrigérantes proches des cas déclarés.

Les eaux de loisirs

Les points de contrôle se situent dans les lieux habituellement fréquentés, non interdits de façon permanente.
L'inspection de ces lieux et la fréquence des prélèvements sont adaptés aux usages sanitaires.
Les résultats, accompagnés de leur interprétation sanitaire, sont transmis aux mairies, dès leur parution, pour affichage et information du public sur les lieux de baignade (plages, piscines…), les bases nautiques ou de pêche à pied.
39 zones de baignade estivales ont ainsi été contrôlées en 2010. Les résultats des analyses microbiologiques des eaux ont fait apparaître une qualité satisfaisante et 20 baignades sont de classe A.
Une information actualisée sur la qualité des eaux est disponible sur le site internet http://baignades.sante.gouv.fr

Chapitre 3 : Orientations régionales de la politique en santé-environnement

1- Articulation des programmes et du PSRS

Le PNSE 2, qui figure aujourd'hui dans la loi « Grenelle », et sa déclinaison régionale, le PRSE 2, sont des plans inscrits dans le code de la santé publique[40]. A ce titre, le PRSE 2 doit contribuer à la politique de santé arrêtée dans la région Champagne-Ardenne à travers le PRS et l'atteinte de ses objectifs.[41]

Le PSRS et le PRSE 2 convergent sur les orientations fixées pour l'amélioration de la santé, toutefois ils ne sont pas de même niveau. En effet, là où le PRSE 2 déploie un programme d'actions basé sur une impulsion nationale interministérielle, le PSRS est la pierre fondatrice des orientations qui seront ensuite déclinées en plans d'action pour la région. Toutefois, pour assurer la cohérence des deux dynamiques, les architectes du PRSE 2 se sont largement investis dans l'élaboration du PSRS. La synergie a même abouti à partager les forums de consultation départementaux sur le PSRS et le PRSE 2.

1.1 - Le PSRS

Le PSRS définit les priorités de santé de la région :

- problèmes de santé fréquents et/ou graves, perçus comme importants (fortes répercussions sociales), pour lesquels il existe des interventions efficaces et faisables dont on peut mesurer les effets.

Le PSRS identifie également les objectifs stratégiques permettant de décliner ces priorités. Il est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les questions relatives à la santé dans la région.
Parmi toutes les orientations du PSRS, certaines actions du PRSE 2, notamment celle pilotées par l'ARS, peuvent s'y inscrire.

Les 15 priorités du PSRS

Parmi les 15 priorités définies dans le PSRS les 3 suivantes concernent plus particulièrement la santé environnementale :

- *Pour le domaine d'action Risques sanitaires*

  Développement d'une culture commune de gestion du risque avec partage des connaissances, des indicateurs et des expériences dans le cadre d'une collaboration pluri-institutionnelle.
  Mise en place d'une stratégie de communication sur les risques sanitaires en direction des professionnels et de la population.

- *Pour le domaine d'action Maladies chroniques et leurs déterminants*
  Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques.

Les 9 grands enjeux transversaux

Parmi les 9 enjeux transversaux définis dans le PSRS, ce volet est concerné par les suivants :

[40] Articles L1311-6 et L1311-7
[41] Lettre circulaire du 27 janvier 2010 relative aux plans régionaux santé environnement de la deuxième génération (PRSE 2)

- Développer la coordination, l'articulation, les réseaux.
- Développer la prévention tout au long de la vie
- Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé
- Garantir le respect des droits des usagers.
- Favoriser la coordination avec les autres politiques publiques.

1.2 - Le PRSE2

En Champagne-Ardenne, le PRSE 1 2004-2008 a permis des avancées significatives dans la région : la protection de 65 % des captages d'eau destinée à la consommation humaine, la surveillance des pesticides sur environ 90 stations de mesures des eaux superficielles, la réduction du nombre de cas de légionellose, la réduction des émissions industrielles de substances toxiques dans l'air (dioxines, cadmium, plomb), etc.
Pour la déclinaison du PNSE2, conformément aux engagements du Grenelle de l'environnement, l'ensemble des parties prenantes (État, collectivités territoriales, associations, employeurs et salariés) ont participé à son élaboration. Des réunions publiques dans chacun des départements et des rencontres avec les acteurs de la santé environnement de la région Champagne-Ardenne ont ensuite permis de faire connaître et d'enrichir le PRSE 2 en prenant en compte les préoccupations locales.

Le PRSE 2 adopté est ainsi le résultat d'un travail collectif et adapté à la région. Les 41 actions de ce plan sont organisées en trois axes :

- réduire les expositions responsables de pathologies : améliorer la qualité des milieux,
- réduire les inégalités environnementales,
- préparer l'avenir.

Le PRSE 2, comme le PNSE 2, définissent des priorités régionales dans le domaine de la santé environnement en cohérence avec le PSRS, le Plan Régional Santé au Travail (PRST), le Plan climat air énergie régional (PCAER) et le plan Ecophyto 2018.

Le bénéfice des actions dans le champ de la santé environnementale s'observe généralement sur le long terme. Il est donc primordial de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par l'environnement et la santé, pour que ce plan régional soit une réussite et aboutisse à des résultats concrets pour la population. Les actions du PRSE 2 seront suivies attentivement et feront l'objet d'une communication régulière devant le groupe régional de santé environnement et la CRSA.

2- Objectifs spécifiques

2.1 - Réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé

Il s'agit de privilégier, en cohérence avec le plan cancer, la réduction des expositions aux cancérigènes avérés que sont l'amiante et le radon. Par ailleurs, il faut développer des actions de formation auprès des élus et des techniciens territoriaux en charge de la politique des transports sur l'intérêt du développement des mobilités douces pour réduire la pollution atmosphérique mais également pour favoriser l'activité physique. Cet objectif s'inscrit à l'interface du Schéma Régional du Climat, de l'Air et de l'Energie (SRCAE), du Plan National Nutrition Santé (PNNS) et du plan cancer et doit mobiliser en particulier les villes ou les départements qui ont signé la charte « Ville active du PNNS », ainsi que les villes « *Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants* » (EPODE) et les villes santé Organisation Mondiale de la Santé (OMS) largement investies dans le domaine de la nutrition. Il faut alors accorder une attention particulière aux initiatives prises dans ce sens au sein des ateliers santé-ville.

L'expertise sanitaire de l'ARS doit être apportée aux actions de planification du ressort des collectivités territoriales visant à améliorer la qualité de l'air, qui est l'un des principaux déterminants environnementaux avérés de la santé.

2.2 - Réduction des inégalités environnementales

Les inégalités liées à l'inhomogénéité des altérations (naturelles ou anthropiques) de l'environnement sur le territoire :

Notre action devra porter prioritairement sur la restauration de la qualité de l'eau distribuée pour la consommation humaine et la protection des captages, notamment des captages les plus menacés.
Par ailleurs, il est nécessaire de participer activement aux travaux destinés à l'identification des « points noirs environnementaux » d'une part, par la mise en commun avec les administrations de l'Etat des données environnementales recueillies par l'ARS et d'autre part , en lien avec la Cellule de l'InVS en REgion (CIRE), par la mobilisation des données sanitaires susceptibles de contribuer à l'identification des populations soumises à des surexpositions ou à des risques spécifiques.
Cet axe de travail permet de mobiliser les acteurs de la région sur les sujets de santé environnementale qui constituent localement un enjeu et qui imposent une action concertée pour remédier aux situations préjudiciables à la santé des populations exposées.

Les inégalités liées au contexte socio-économique :

Le renforcement du programme de résorption de l'habitat indigne constitue une priorité gouvernementale[42]. L'efficacité de cette politique interministérielle passe par la mise en place de pôles de compétence regroupant tous les acteurs, notamment les Caisses d'Allocations Familiales (CAF), et par un repérage actif de l'habitat indigne. L'implication de l'ARS dans ce programme est indispensable. La lutte contre le saturnisme reste dans ce cadre une priorité et le dépistage de cette pathologie doit être amélioré en s'appuyant sur l'expertise opérationnelle réalisée conjointement par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'InVS. Une articulation avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) sera nécessaire sur l'ensemble de cet axe.

Les inégalités de sensibilité aux facteurs environnementaux, en fonction de l'âge ou de l'état de santé :

Deux priorités sont repérées, elles traitent de la santé des jeunes et de la prévention des maladies asthmatiques et allergiques.
Concernant la santé des jeunes, la lutte contre les atteintes auditives liées à l'écoute de musique amplifiée doit être renforcée. Par ailleurs, l'ARS accompagnera les actions menées sous l'égide du Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement (MEDDTL) en matière d'amélioration de l'environnement intérieur et extérieur des bâtiments accueillant des enfants (crèches, écoles, établissements médico-sociaux) : mieux gérer la qualité de l'air dans les bâtiments publics, réduire l'exposition dans les bâtiments accueillants des enfants.
Enfin, concernant la prévention de l'asthme et des allergies, il convient de développer des actions de réduction des risques liés à l'exposition aux pollens.

2.3 - Intégrer les préoccupations de santé environnementale dans l'organisation des soins

L'objectif est de mettre l'accent sur les risques émergents et notamment sur le renforcement du dispositif de surveillance et d'alerte. Il s'agira en particulier d'organiser, en lien avec la CIRE et la plateforme régionale de veille et de gestion, un réseau de toxicovigilance s'appuyant sur les centres anti-poisons et les centres de toxicovigilances et mobilisant les différents services hospitaliers susceptibles de contribuer à cette vigilance.
Il convient, en outre, d'examiner avec intérêt les demandes de recrutement de conseillers médicaux en environnement intérieur qui peuvent s'insérer dans des dispositifs d'éducation thérapeutique pour les patients, dès lors que le projet qui est présenté s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.
D'une manière générale, une meilleure prise compte de la santé environnementale dans l'activité de soin passe par une formation des professionnels de santé. Il convient de se rapprocher des facultés de

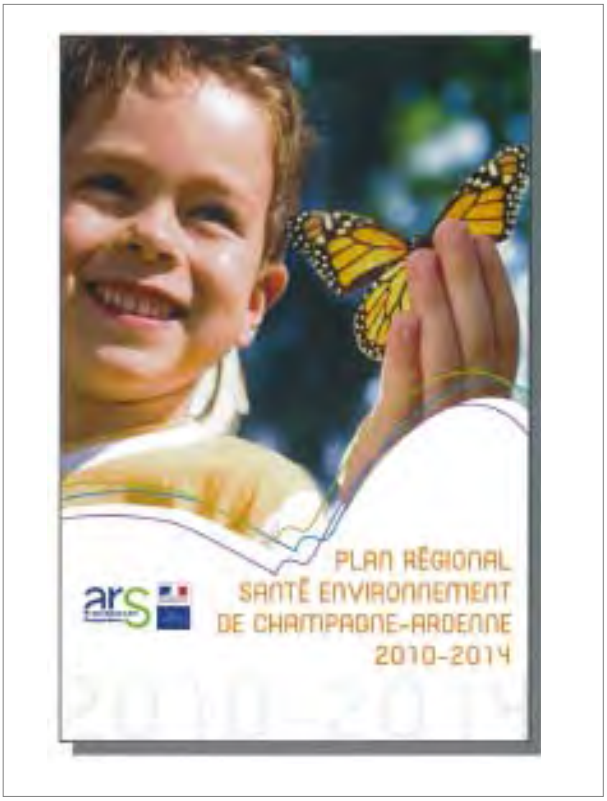
[42] Lettre du gouvernement avec appui PNLHI

médecine, des instituts de formation des professionnels de santé, des sociétés savantes et des structures en charge de la formation médicale continue pour proposer des sessions de formation sur ce thème.

Chapitre 4 : Programme d'actions en Santé – Environnement

1- Le PRSE 2

1.1 - Les grands axes du PRSE 2



Les questions de santé-environnement sont par nature difficiles à appréhender et à hiérarchiser et les clés de lecture peuvent être multiples.

Le PRSE 2 a choisi une approche sensiblement identique au PNSE 2 et présente les actions selon trois axes, non exclusifs l'un de l'autre :

Axe I : Réduire les expositions responsables de pathologies : améliorer la qualité des milieux

Cet axe offre une approche par exposition dans les milieux de vie. L'ensemble des actions de cet axe vise à diminuer la présence de substances connues comme responsables de pathologie dans l'eau et l'air. Les dangers pris en compte sont tout autant chimiques, biologiques que physiques.

Axe II : Réduire les inégalités environnementales

Cet axe concerne la réduction des inégalités de santé, des inégalités géographiques d'habitation ou des inégalités socio-économiques par rapport à l'environnement. Il est déjà un axe fort du PNSE 2 pour la limitation des nuisances écologiques susceptibles d'induire ou de renforcer des inégalités de santé. La réduction des inégalités de santé est une priorité de Santé Publique à laquelle cet axe permettra de contribuer.

Axe III : Préparer l'avenir

Cet axe aborde non seulement la nécessité de développer plus largement la formation en santé-environnement mais aussi le besoin pour tous les acteurs de santé environnementale de rester en veille sur les risques émergents.

1.2 - Les 8 mesures phares du PRSE 2

A l'image des mesures phares proposées par le PNSE 2, le PRSE 2 Champagne-Ardenne propose de mettre en avant certaines mesures parmi les 38 actions proposées. Les critères suivants ont été utilisés pour identifier ces mesures phares :

- le nombre de personnes exposées,
- la gravité des pathologies,
- la particularité régionale, notamment la perception des Champardennais telle qu'elle apparaît dans le dernier Baromètre santé-environnement,
- l'aspect pluri-partenarial des actions.

Ainsi 8 mesures phares sont identifiées :

- Créer un observatoire régional des pesticides.

- Construire et rénover sainement : mieux gérer les matériaux de construction et leur impact sur la santé.
- Améliorer l'information relative aux dangers des substances Cancérigènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR) tout au long de la chaîne d'approvisionnement.
- Protéger de manière efficace les captages d'eau potable.
- Identifier et gérer les zones géographiques pour lesquelles on observe une surexposition à des substances dangereuses.
- Informer, alerter le public en cas d'épisode de pollution de l'air.
- Réduire l'exposition au monoxyde de carbone.
- Améliorer la qualité de l'air en zone urbaine.

1.3 - Les actions du PRSE 2 pilotées par l'ARS

Certaines actions prévues dans le PRSE 2 méritent une implication particulière des services de l'ARS
(cf. tableau PRSE 2 en annexe)

2- Actions non libellées PRSE2, s'inscrivant dans les objectifs promus par le PRSE2

2.1 - Volet santé-environnement et établissements sanitaires et médico-sociaux

Il faut être attentif à ce que les établissements qui relèvent du champ de compétence de l'ARS contribuent activement à la mise en œuvre des actions sur le champ santé-environnement. Ces établissement sont concernés en particulier par :

La lutte contre les légionelloses

Elle doit être accentuée. De nombreux épisodes de cas groupés de cette pathologie sont intervenus ces derniers mois.
Il est indispensable de rappeler aux directeurs de ces établissements ainsi qu'aux directeurs des établissements médico-sociaux accueillant des personnes vulnérables, en particulier les personnes âgées, leurs responsabilités dans la lutte contre cette pathologie et d'engager des actions de contrôle des mesures prises.
D'autre part, afin d'améliorer les investigations de cas de légionelloses, il convient de réaffirmer auprès des professionnels de santé l'importance de conserver les échantillons, de les analyser et de les envoyer au Centre National de Référence (CNR) pour comparaison avec les souches environnementales le cas échéant. En effet, les sources de contamination sont rarement identifiées et cela permettrait de gagner en efficacité sur ce point.

La réduction des rejets de substances toxiques dans l'air et dans l'eau et la prévention des rejets de médicaments

La prévention des rejets de médicaments passe par une amélioration de la gestion des médicaments dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Il convient de prendre connaissance de la convention portant engagements mutuels signée en fin d'année 2009 par les fédérations hospitalières et les ministres chargés de l'écologie et de la santé.

2.2 - Promotion de la santé environnementale : Quelles actions peut-on mener sur le terrain ?

La Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». Pour y parvenir la charte propose cinq axes d'action qui restent pertinents dans un contexte de promotion de la santé environnementale :

Elaboration de politiques pour la santé :
Cela signifie que la santé environnementale doit être inscrite à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux. Des dispositifs politiques vont dans ce sens (PNSE / PRSE) mais sont à renforcer. Par exemple, les démarches Agendas 21 ou les Contrats Locaux de Santé devraient davantage intégrer la santé environnementale. Les professionnels pourraient utilement constituer des groupes de pressions pour que la santé environnementale soit réellement à l'ordre du jour des politiques.

Création d'environnements favorables :
L'environnement est à entendre dans son acception large. L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population. Cet axe permet de conférer à la santé environnementale une dimension transversale peu présente dans l'approche communément admise en France. Ainsi, la mise en œuvre d'une offre culturelle et de loisirs dans un quartier peut contribuer à la création d'un environnement favorable dans le sens où il contribue au bien-être mental, social et physique. Si l'on resserre sur la santé environnementale, cet axe peut être l'occasion de créer des espaces verts exempts de plantes allergisantes (action 34 PRSE2), de sensibiliser à l'usage des pesticides (action 6 PRSE2), d'aménager des pistes cyclables…

Renforcement de l'action communautaire :
Comme dans de nombreux domaines d'actions publiques, la population doit participer effectivement et concrètement à la définition de priorités, à la prise de décisions… Au cœur de ce processus, il y a l'attribution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées. La promotion de la santé environnementale doit donc viser à renforcer les actions portées par des collectifs, des habitants… Les ateliers santé ville, dispositifs souvent importants dans les dynamiques collectives, pourraient intégrer un axe santé environnement. Les récentes dynamiques de jardins partagés en milieu urbain s'inscrivent totalement dans cet axe.

Acquisition d'aptitudes individuelles :
Il importe de renforcer le développement individuel et social grâce à l'information et à l'éducation. La promotion de la santé environnementale donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement. Cela passe par la mise à disposition d'informations mais aussi par la mise en place de réelles séquences éducatives qui pourront porter sur l'éducation aux choix, à la consommation, à la qualité de vie… (Action 9 PRSE2,…)

Réorientation des services de santé :
Les services de santé devraient se doter d'un mandat plus vaste ouvrant la voie à une conception élargie dans les enseignements et les formations des professionnels pourraient se traduire dans les pratiques des professionnels par l'intégration de facteurs environnementaux dans l'élaboration des diagnostics. (Action 38 PRSE2)

2.3 - Mise en avant de la santé-environnemental à l'échelle locale

L'ancrage du volet santé-environnement dans la politique de santé régionale doit permettre de mobiliser les collectivités locales sur ces thématiques à travers les dispositifs mis en place par la loi n°2009-879 du 21 janvier 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite « *Loi HPST* ») (programmes territoriaux de santé, contrats locaux de santé, volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

Un des principaux enjeux qui guide l'élaboration et la mise en œuvre des orientations en santé-environnement du SRP est la mise en synergie du PRSE 2 avec le SRP au sein du PRS.
La Matrice d'articulation PRS/PRSE2 (mise en annexe) illustre cette association entre ces deux éléments et montre par ailleurs différents croisements entre les composantes du PRS.
La partie qui suit expose certaines de ces articulations.

1- Transversalité avec d'autres schémas et le PRAPS

1.1 - Articulation avec les deux volets du SRP

Articulation avec le volet VAGUSAN

L'articulation se situe ici au niveau de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires de tous les événements liés à la dégradation de l'environnement.

Articulation avec le volet PPS

En matière d'appel à projets ciblé santé-environnement

Dans le domaine de la prévention, le volet santé environnement du SRP doit contribuer à l'atteinte des objectifs suivants :

- Prévenir l'apparition de pathologies évitables ;
- Réduire les inégalités de santé ;
- Favoriser des comportements favorables à la santé ;
- Protéger les populations les plus vulnérables ;
- Améliorer la veille et la sécurité sanitaire.

1.2 - Articulation avec les deux autres schémas (SROS et SROMS)

Présentation du SROS et du SROMS :

Le **SROS** comporte deux volets :

- Un ***volet ambulatoire*** qui détermine notamment les besoins en implantations pour les soins de premier recours ;
- Un ***volet hospitalier*** qui concerne les établissements de santé et fixe des objectifs en termes d'organisation de l'offre de soins hospitalière (activités de soins et équipements matériels lourds). Il identifie les missions de service public assurées par les établissements de santé.

Le **SROMS** suscite les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, notamment pour la prise en charge des personnes handicapées et/ou en perte d'autonomie.

Articulation avec le volet SE du SRP

L'hébergement de personnes fragilisées et la pratique des soins nécessitent une vigilance toute particulière vis-à-vis de risques environnementaux, spécifiques ou non : déchets solides et liquides à risques infectieux, légionellose, amiante …Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et les projets de maisons de santé pluridisciplinaires devront prendre en compte en tant que de besoin ces thématiques au titre de la qualité des prises en charge.

1.3 - Articulation avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS)

La lutte conte l'habitat indigne ne peut se faire sans concertation des organismes sociaux. En effet, les causes de l'insalubrité ne sont jamais uniquement dues au bâti mais témoignent d'un environnement social et économique voire psychologique dégradé. Les publics précaires sont ainsi plus susceptibles de présenter des pathologies en lien avec leur habitat dégradé, comme par exemple le saturnisme infantile.

2- Articulation avec les autres politiques publiques et les acteurs publics partenaires

La décision qui a été prise au niveau national de mettre en cohérence le plan Cancer avec le PNSE 2, le Plan Santé Travail et le PNNS donne un exemple des synergies à développer entre les différents plans de santé publique.

A l'échelle régionale, ces synergies sont repérées au travers de programmes régionaux suivants.

2.1 - Le plan régional santé travail (PRST)

Les questions de santé au travail font l'objet de plans spécifiques : le Plan Santé Travail (PST) décliné en PRST.
Le second PST pour la période 2010-2014 vise deux objectifs majeurs : diminuer les expositions aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et développer une politique de prévention active.
Ces objectifs ont été déclinés en Champagne-Ardenne dans le plan second plan régional santé travail (PRST 2) pour la période 2010-2014. Le PRST 2 programme 16 s'articule autour de 3 axes :

- Améliorer la connaissance en santé au travail.
- Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels.
- Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les Petites et Moyennes Entreprises (PME) et Très Petites Entreprises (TPE).

Sa mise en œuvre passe par la réalisation effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels, réduire les accidents et maladies professionnels, et à plus long terme, à prévenir l'usure au travail et la dégradation de la santé.
La réduction des expositions professionnelles aux substances CMR constitue un des axes prioritaires du PST2, tout comme du PNSE 2. Une cohérence entre les actions du PRSE 2 et du PRST 2 sur ce thème a donc été recherchée durant l'élaboration des plans.

2.2 - Le plan climat air énergie régional (PCAER)

La loi portant engagement national pour l'environnement, dite « Loi Grenelle 2 » du 12 juillet 2010, prévoit l'élaboration d'un Schéma Régional du Climat, de l'Air et de l'Energie (SRCAE).

Ce schéma, co-élaboré par le Président de Région et le Préfet de région doit permettre, sur la base d'un état des lieux quantitatif et qualitatif, d'établir des recommandations en matière de lutte contre le changement climatique et d'adaptation à ses conséquences. Ainsi, le SRCAE abordera de manière transversale les enjeux liés à la maîtrise et à l'efficacité énergétiques, au développement des énergies renouvelables, à l'amélioration de la qualité de l'air et à l'adaptation au changement climatique. Le SRCAE constituera donc un cadre global pour l'ensemble des politiques menées en région dans ces domaines et notamment pour les plans climats énergie territoriaux.

La Champagne-Ardenne dispose, depuis fin 2008, d'un Plan Climat-Energie Régional (PCER), fixant des objectifs en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre dans les principaux secteurs émetteurs que sont les transports, le bâtiment, l'industrie, l'agriculture et la sylviculture. Afin de valoriser cet acquis important, il a été décidé que le SRCAE serait un enrichissement du PCER et qu'il prendrait, en Champagne-Ardenne, la dénomination de « Plan Climat Air Energie Régional » (PCAER).

Si le PRSE assure la cohérence des mesures liées à la pollution atmosphérique avec les autres champs de la santé environnementale, le PCAER permet de les intégrer avec des mesures liées au climat et à l'énergie.

2.3 - Ecophyto 2018

La réduction des expositions de la population aux pesticides constitue à la fois un axe de progrès essentiel en santé environnementale et une priorité régionale.
Les principales actions sur les pesticides sont contenues dans le plan Ecophyto 2018. Ce plan piloté au niveau régional par la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) vise à réduire de 50 % l'usage des pesticides, si possible en 10 ans. Il comprend également le retrait du marché des préparations contenant les 53 substances actives les plus préoccupantes, dont 30 avant la fin de l'année 2008. En complément, les actions du PRSE 2 sur les produits phytosanitaires sont destinées à améliorer la prise en compte de l'impact sur la santé de ces produits.

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi et évaluation

1- Suivi et évaluation du PRSE2

1.1 - Suivi et communication

Au niveau national, un comité de pilotage appelé Groupe Santé-Environnement (GSE) a été créé afin de suivre et d'orienter les actions du PNSE 2. Le PNSE 2 se veut ainsi évolutif.
Au niveau régional, il apparaît intéressant d'en faire de même par un suivi régulier du PRSE 2 afin de le faire évoluer et de l'enrichir. Ce suivi, qui répond à un enseignement issu du bilan du PRSE 1, permettra également de faire le lien entre les différents plans régionaux liés au PRSE 2, d'informer de son avancement et de ses réalisations.

Le suivi doit se faire à tous les niveaux :

- Une réunion annuelle du GRSE pour présenter le bilan et l'évolution des actions avec des interventions extérieures ponctuelles d'experts,
- Deux réunions du CTO par an pour assurer le suivi et la coordination,
- Des réunions régulières des Groupes de Travail (GT) en fonction de l'actualité et de l'avancement des actions avec un rassemblement des GT 1 et 2 afin de ne pas multiplier les interventions pour les personnes qui participent aux deux groupes.

Il s'appuiera sur le suivi des indicateurs et valeurs cibles que chaque pilote a fait l'effort de renseigner dans les fiches-actions dont il a la responsabilité. Ces indicateurs et valeurs cibles ont été validées au sein du groupe de travail thématique concerné, puis par le CTO. Elles devraient permettre un suivi fin de l'avancement des actions, ainsi que la mesure des résultats atteints.
Les réunions pourront être l'occasion d'interventions extérieures pour enrichir les échanges et faire évoluer le PRSE 2 notamment en fonction de l'actualité.

Afin de favoriser les échanges d'expériences, il sera proposé aux acteurs et partenaires qui le souhaitent d'alimenter par le biais d'Internet des informations sur les actions menées et leur actualisation pour les valoriser.
Un bilan global du PRSE 2 réalisé par un prestataire extérieur au GRSE doit également être envisagé en vue du PRSE 3.

En parallèle du suivi, il apparaît important de communiquer et d'informer sur le PRSE 2 pour promouvoir la thématique santé-environnement et les actions mises en œuvre. Cette communication doit se faire au lancement du plan mais aussi sur la durée de 2010 à 2014. Ainsi plusieurs étapes sont déjà envisagées :

- Organiser une conférence de presse pour la signature du PRSE 2 par le Préfet de région et le directeur général de l'ARS.
- Faire une édition papier du plan et des plaquettes de synthèse.
- Présenter le PRSE 2 aux 5 collèges notamment en utilisant les supports de communication des membres du GRSE.
- Informer et former les jeunes notamment via les formations spécialisées santé ou environnement.
- Utiliser les supports de communication nationale spécialisés.
- Réaliser un baromètre santé-environnement en 2012 pour mesurer l'évolution de la perception des Champardennais.

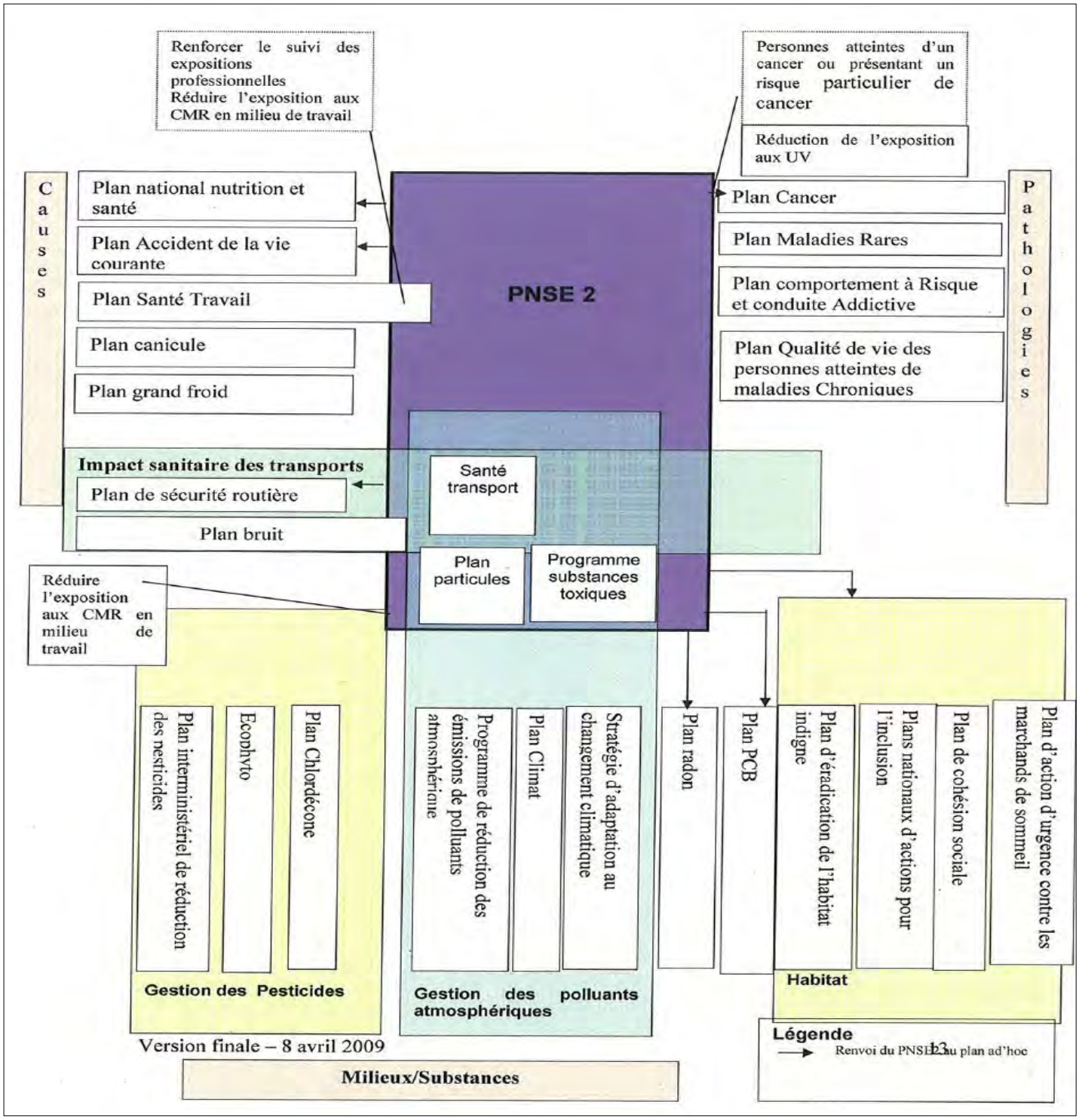
Glossaire

ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
AESN	Agence de l'Eau Seine Normandie
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFSSET (ANSES)	Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnement et Travail désormais
ANAH	Agence nationale de l'Habitat
ARCAD-PQE	centre de ressource sur la qualité de l'air
ARS	Agence Régionale de Santé
ASN	Agence de Sûreté Nucléaire
ATMO CA	Association de surveillance de la Qualité de l'air de Champagne-Ardenne
BRGM	Bureau de Recherches Géologiques et Minières
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAP	Centre Anti-Poison
CAPEB	Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment
CAREPS	Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CIRE	Cellule de l'InVS en REgion
CITEPA	Centre Interprofessionnel Technique d'Etudes de la Pollution Atmosphérique
CIVC	Comité Interprofessionnel du Vin de Champagne
CMR	substance Cancérigène, Mutagène, Reprotoxique
CO	monoxyde de carbone
CoDERST	Conseil de l'Environnement et des Risques Sanitaires et Technologiques
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CRACA	Chambre Régionale de l'Agriculture de Champagne-Ardenne
CRCI	Chambre Régionale du Commerce et de l'Industrie
CRPRP	Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CTO	Comité Technique Opérationnel
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDT	Direction Départementale des Territoires
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DRIRE	Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DUP	Déclaration d'Utilité Publique
EDCH	Eau destinée à la consommation humaine
FREDONCA	Fédération REgionale de Défense contre les Organismes Nuisibles de Champagne-Ardenne
GRSE	Groupe Régional Santé-Environnement de Champagne-Ardenne
GSE	Groupe de Suivi Environnement du PNSE2
GT	Groupe de Travail du PRSE2
HAP	hydrocarbure aromatique polycyclique
HPST	loi Hôpital Patient Santé Territoire
IHR	Inventaires Historiques Régionaux
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MEDDTL	Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement
MISE	Mission Inter-Service de l'Eau
MISSH	Mission Inter-Services Santé-Habitat
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPPBTP	Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
ORST	Observatoire Régional Santé au Travail
PCAER	Plan Climat Air Energie Régional

PME	Petites et Moyennes Entreprises
PMI	Protection Maternelle Infantile
PNSE	Plan National santé-Environnement
POLCA	Pôle Régional Musiques Actuelles de Champagne-Ardenne
PPBE	Plans de Prévention du Bruit dans l'Environnement
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PREDAS	Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activité de Soin
PRS	Projet Régional de santé
PRSE	Plan Régional Santé-Environnement
PRST	Plan Régional santé Travail
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SDIS	Services départementaux d'incendie et de secours
SIABAVE	Syndicat Intercommunal D'Aménagement du BAssin de la VEsle
SIROCO	Système d'Information et de Recueil des Observations sur le CO
SRCAE	Schéma Régional du Climat, de l'Air et de l'Energie
SRP	Schéma Régional de Prévention
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
TAR	Tours AéroRéfrigérantes
TPE	Très petites entreprises
UDI	Unité de Distribution de l'eau

Annexes

Annexe 1 : Le PNSE 2 en interface avec les autres plans nationaux :



Annexe 2 : le PRSE 2 en actions

n°	Action (action phare en gras)	Référent	Partenaires
1	**Organiser la gestion des épisodes de pollution atmosphérique**	DREAL ATMO CA	Préfectures / collectivités / ARS
2	Identifier l'origine des particules mesurées à la station rurale nationale	ATMO CA	DREAL / ARS
3	Sensibiliser à l'usage des feux de plein air	DREAL	ATMO / ARS / collectivités / ADEME / CRCI
4	**Mettre en place un observatoire régional des pesticides**	DREAL / ARS	DRAAF / ATMO CA / GT Ecophyto / CRACA
5	Améliorer les connaissances relatives à la pollution des produits phytosanitaires dans l'air	ATMO CA	ARS / Conseil Régional
6	Réduire les apports des particuliers en limitant les rejets de produits phytosanitaires	DREAL / FREDONCA	ARS / jardineries / collectivités
7	**Construire et rénover sainement : mieux gérer les matériaux de construction et leur impact sur la santé**	ADEME	ARCAD / ATMO / Espace Info Energie
8	Construire et rénover sainement : mieux gérer l'aération, la ventilation, la climatisation des logements neufs et anciens	ADEME	ARCAD / ATMO / Espace Info Energie
9	**Réduire l'exposition au monoxyde de carbone dans les bâtiments**	ARS	SCHS / CAP Réseau toxicovigilance ...
10	Améliorer la connaissance du transfert de polluants extérieurs à l'air intérieur	ATMO CA	ARS / Région / DREAL
11	Améliorer la qualité de l'air intérieur dans les lieux publics	DREAL / ATMO	ARS / rectorat / ETS scolaires / MEDDTL...
12	**Améliorer l'information relative aux dangers des substances CMR tout au long de la chaîne d'approvisionnement**	DIRECCTE	CARSAT / OPPBTP / DREAL / CRCI / MSA / inspection du travail...
13	Repérer les substances CMR et identifier des procédés alternatifs à leur utilisation	CARSAT	ANSES / DIRECCTE ...
14	Renforcer le suivi des expositions professionnelles	MSA	DIRECCTE / GASBTP / OPPBTP / inspection du travail...
15	Limiter l'exposition de la population à l'amiante dans les établissements recevant du public	ARS	CAREPS / BE agrées
16	Réduire les expositions professionnelles liées à l'amiante	CARSAT	DIRECCTE / OPPBTP / ARS / DGT / DREAL...
17	Réduire les rejets industriels de six substances toxiques dans l'air et dans l'eau	DREAL	ARS / ATMO
18	Améliorer la lutte contre la légionellose	ARS	DREAL / CIRE / DDT / SCHS...
19	Protéger la population des risques auditifs liés à l'écoute de musique amplifiée	ARS	POLCA / rectorat / Le Son des Choses
20	Réduire l'exposition au plomb dans les bâtiments	ARS	DDT / DREAL...

n°	Action (action phare en gras)	Référent	Partenaires
21	Réduire les expositions dans les bâtiments accueillant des enfants construits sur des sites potentiellement pollués	Préfecture de Région	ARS / DREAL / BRGM / rectorat / Préfectures...
22	Perfectionner l'information sur la prévention de l'asthme et les allergies : promouvoir l'indicateur allergo-pollinique	ARS	ATMO / Conseil Régional de l'ordre des médecins
23	Augmenter la sécurité sanitaire des eaux potables	ARS	communes / Agences de l'Eau / DREAL
24	**Protéger de manière efficace les captages d'eau potable**	ARS	DREAL / Agences de l'eau / communes
25	Informer sur les autorisations de rejet des eaux usées industrielles	DREAL	CRCI / Agences de l'eau
26	**Sensibiliser les collectivités territoriales à l'amélioration de la qualité de l'air en zone urbaine**	DREAL	ATMO CA / collectivités
27	Mettre en oeuvre les plans de prévention du bruit environnemental dans les départements et les agglomérations de Reims et de Troyes	DREAL	DDT / agglomérations
28	Lutter contre l'habitat indigne : animer les réseaux	ARS	ARCAD / CAF / ANAH / DREAL...
29	**Identifier et gérer les zones géographiques pour lesquelles on observe une surexposition à des substances toxiques**	DREAL	ARS / membres du COPIL
30	Réduire l'exposition au radon dans les bâtiments	ARS	ASN / BRGM...
31	Inventorier les sites historiques artisanaux et industriels urbains sur le territoire des agglomérations de la région	BRGM	DREAL / ADEME / Collectivités...
32	Réhabiliter le ruisseau des Marvis	DREAL	DDT / AESN / BRGM / communautés de communes...
33	Mettre en place un outil informatique pour connaître l'ensemble des épandages et des flux correspondants et éviter toute superposition	DREAL	DDT / ARS / Agences de l'Eau / DDCSPP / Chambres d'Agriculture / CRCI
34	Perfectionner l'information sur la prévention de l'asthme et les allergies : Sensibilisation des collectivités à la gestion des espaces verts exempte de plantes allergisantes	ATMO CA	ARS / collectivités / association des maires
35	Améliorer la prévention et assurer la gestion des impacts sanitaires et environnementaux post accident	DREAL	Préfecture / ARS / SDIS / DRAAF / ATMO
36	Activer une veille en matière de risques liés aux nanomatériaux et à leur prévention	DIRECCTE	CARSAT / OPPBTP / MSA / DREAL / ARS...
37	Augmenter les connaissances sur les risques et les expositions aux rejets de médicaments dans l'environnement	ARS	DREAL / Agences de l'eau / BRGM
38	Développer la formation en santé-environnement	CTO	DREAL / ARS / rectorat / MSA...
39	Assurer un suivi du PRSE 2	CTO	DREAL / ARS / DIRECCTE / GRSE
40	Développer la communication sur le PRSE 2	CTO	ARS / DREAL / GRSE
41	Promouvoir les moyens d'information sur la radioactivité	DREAL	ASN

Annexe 3 : Matrice d'articulation PRS/PRSE2

	Stratégie	Schémas sectoriels					Programmes		
	PSRS	**Vagusan**	**Schéma de Prévention**	**SROS**	**SR 1er recours**	**SROMS**	**PRAPS**	**PRIAC**	**Autres**
PRSE2 C-A 2010-2014	Maladies chroniques et leurs déterminants		Information sur les dangers des CMR, notamment expositions professionnelles		Promotion indicateur allergo-pollinique				
		systèmes de veille en santé-environnement (eau,…)	Diffusion bilans environnementaux brochures	Communication et formation vers les PS sur risques environnementaux (CO, bruit …)					Thématique SE dans les CLS
	Risques sanitaires	circuit de gestion en cas de pollution atmosphérique et de gestion post-accident		Connaissances sur les résidus médicamenteux dans l'eau					
		Acquisition de connaissance et partage sur les pesticides		Risques légionelles, amiante DASRI Air intérieur		Risques légionelles, amiante DASRI Air intérieur			
	Qualité et efficience de la prise en charge	Gestion des légionelloses : professionnalisation et inter-disciplinarité	messages sanitaires en SE via acteurs relais (Coll. Territoriales, associations…)						
	Réduction inégalités de santé						Dépistage saturnisme Lutte contre l'habitat indigne		Réseaux pour le traitement de l'habitat indigne