



Schéma de prévention



SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	5
2	ENJEUX EN LIEN AVEC LES PRINCIPES DU PSRS	8
2.1	REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE	8
2.2	FAVORISER L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES PARCOURS DE SANTE	9
2.3	AMELIORER LA QUALITE GLOBALE DE L'OFFRE EN PREVENTION ET SON ADEQUATION AUX BESOINS DE LA POPULATION	11
2.4	AUGMENTER LA CULTURE DU « SIGNALEMENT » ET DU RISQUE CHEZ LES ACTEURS DE SANTE, LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET LES CITOYENS	11
2.5	MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR RENFORCER LA VEILLE SANITAIRE	12
3	ORIENTATIONS	13
3.1	REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE	13
3.1.1	<i>Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux par une coordination avec les autres acteurs publics</i>	14
3.1.1.1	La coordination régionale entre institutions et l'articulation avec les autres plans régionaux	14
3.1.1.2	Les mesures d'Evaluation de l'Impact sur la Santé (EIS)	16
3.1.1.3	Les Contrats Locaux de Santé	17
3.1.2	<i>Co-construire avec les usagers-citoyens</i>	19
3.1.2.1	Promouvoir la santé communautaire	20
3.1.2.2	Développer le rôle en santé des médiateurs sociaux culturels et médiateurs en santé	21
3.1.3	<i>Apporter un soutien aux aidants</i>	22
3.1.3.1	Favoriser l'implication des professionnels à domicile	22
3.1.3.2	Soutenir les aidants non professionnels	24
3.1.4	<i>Adapter la prévention aux populations en situation de vulnérabilité</i>	25
3.1.5	<i>Réduire les impacts sur la santé de l'environnement : lutter contre l'habitat indigne</i>	26
3.2	FAVORISER L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES PARCOURS DE SANTE	28
3.2.1	<i>Agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et petite enfance</i>	28
3.2.1.1	Les axes de développement prioritaire	29
3.2.1.2	Renforcer la place et le rôle des services de PMI	33
3.2.2	<i>Poursuivre dans le cycle de vie, la coordination et la coopération avec tous les acteurs pour les enfants, adolescents et jeunes adultes</i>	36
3.2.2.1	Les thématiques prioritaires	36
3.2.2.2	Renforcer le rôle des services de la médecine scolaire	38
3.2.2.3	Renforcer le rôle des services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé	39
3.2.3	<i>Coordination des acteurs en faveur du bien-être mental</i>	40
3.2.4	<i>Développer des actions spécifiques adaptées aux personnes en situation de handicap</i>	43
3.2.5	<i>Développer le rôle des professionnels de santé en matière de prévention</i>	44
3.2.5.1	Les médecins	45
3.2.5.2	Les autres professionnels de santé	46
3.2.6	<i>Stratégie de développement de l'Education Thérapeutique du Patient</i>	49
3.3	AMELIORER LA QUALITE GLOBALE DE L'OFFRE DE PREVENTION	53
3.3.1	<i>Activer des leviers pour une évolution positive de l'offre régionale en prévention</i>	53
3.3.1.1	La professionnalisation des acteurs	53
3.3.1.2	L'avènement d'une culture de l'évaluation	55
3.3.1.3	La mise en place d'une procédure de labellisation	56
3.3.2	<i>Développer des partenariats avec la recherche</i>	58
3.4	AUGMENTER LA CULTURE DU « SIGNALEMENT » ET DU RISQUE CHEZ LES ACTEURS DE SANTE, LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET LES CITOYENS	59
3.4.1	<i>Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire afin de développer le signalement et la participation à la gestion des menaces et des crises en santé publique</i>	59

3.4.2	<i>Renforcer les dispositifs de veille afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de détecter les menaces pour la santé publique</i>	61
3.5	MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR RENFORCER LA VEILLE SANITAIRE	63
3.5.1	<i>Favoriser la coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge des expositions ou des pathologies à composante environnementale</i>	63
3.5.2	<i>Développer l'accès à un réseau de consultations de pathologies environnementales</i>	64
3.5.3	<i>Prévenir les infections liées aux soins</i>	65
3.5.4	<i>Lutter contre la résistance aux antibiotiques</i>	67
3.6	POURSUIVRE DES ACTIONS PARTENARIALES REpondant AUX BESOINS DES FRANCILIENS	68
3.6.1	<i>Les nouveaux enjeux de prévention pour le VIH en Ile-de-France</i>	68
3.6.2	<i>Le plan régional de lutte contre la tuberculose</i>	70
3.6.3	<i>La déclinaison régionale du plan national du dépistage organisé des cancers</i>	71
3.6.4	<i>Préserver le capital santé : anticiper et mieux prévenir les conséquences du vieillissement pour une meilleure qualité de vie</i>	74
3.6.5	<i>Préserver le capital de santé bucco-dentaire</i>	78
3.6.6	<i>Assurer la prise en compte de la santé dans le monde du travail</i>	81
3.6.7	<i>Lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux</i>	83
3.6.8	<i>Coordination des vigilances</i>	86
3.6.9	<i>Sécurité sanitaire des produits de santé</i>	86
4	LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA	88
4.1	LE PLAN D'ACTION	88
4.1.1	<i>La déclinaison territoriale</i>	88
4.1.1.1	<i>La démarche adoptée</i>	88
4.1.1.2	<i>Priorités départementales en termes de populations, thématiques, territoires</i>	90
4.2	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA	106
4.3	SUIVI ET EVALUATION DU SRP	107
4.3.1	<i>Pilotage du schéma : construction d'un tableau de bord</i>	107
4.3.2	<i>Evaluation du schéma de prévention</i>	108
5	ANNEXES	110
5.1	CONTEXTE ET METHODOLOGIE D'ELABORATION DU SCHEMA	110
5.1.1	<i>Cadre juridique</i>	110
5.1.2	<i>Articulation avec les plans nationaux, les schémas (SROS-ambulatoire, SROS-Médico-social, SROS-buccodentaire, SROS- personnes détenues) et les programmes (PRAPS – GDR)</i>	111
5.1.3	<i>Modalités d'élaboration du schéma</i>	112
5.2	DIAGNOSTIC REGIONAL	113
5.2.1	<i>Un diagnostic contrasté avec des inégalités de santé significatives et des risques spécifiques</i>	114
5.2.2	<i>Une offre de prévention riche</i>	115
5.2.3	<i>Des dispositifs de veille et de gestion des alertes existants assez développés</i>	116
5.3	ROLE EN PREVENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	117
5.3.1	<i>Valoriser et développer la prévention au quotidien dans les cabinets médicaux</i>	117
5.3.2	<i>Renforcer la participation des médecins aux programmes de prévention</i>	119
5.3.3	<i>Promouvoir les pratiques cliniques préventives au sein des exercices regroupés</i>	120
5.3.4	<i>Rôle en prévention des autres professionnels de santé</i>	121
5.4	TABLEAU DES FICHES ACTIONS ET MODALITES OPERATIONNELLES DE L'AGENCE	126
5.5	LES PARTENAIRES DE L'AGENCE	133
5.5.1	<i>La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)</i>	134
5.5.2	<i>La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE)</i>	136
5.5.3	<i>La direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL)</i>	138
5.5.4	<i>La direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE)</i>	139
5.5.5	<i>L'Education nationale</i>	139
5.5.6	<i>Les Services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS)</i> ...	140



5.5.7	<i>La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)</i>	140
5.5.8	<i>Les organismes sociaux, dans leurs différentes composantes</i>	141
5.5.9	<i>Les élus des différentes collectivités</i>	151
5.5.10	<i>Un grand nombre de partenaires sociaux et/ou d'acteurs économiques divers</i>	152
5.5.11	<i>Les associations d'utilisateurs et de patients</i>	152
6	GLOSSAIRE	153
	DETERMINANTS DE SANTE	153
7	SIGLES	159



1 INTRODUCTION

Le schéma régional de prévention (SRP) est le fruit d'un travail collectif et partenarial. Son élaboration a été animée par l'ambition de mettre en œuvre le nouveau mode d'organisation institutionnelle de la santé en région, soit la coopération de l'ARS avec l'ensemble des acteurs de la santé, professionnels, institutions, usagers. Cette coopération et mobilisation de tous les acteurs est le gage d'une mise en œuvre efficace des actions préconisées, au plus près des territoires.

Le plan stratégique régional de santé d'Ile-de-France a placé la prévention au cœur du premier des huit principes qui guident son action : « investir dans la prévention pour réduire les morbidités évitables ». Cette nouvelle place donnée à la prévention, trop longtemps secondaire, est le résultat de différentes évolutions. D'abord la transition épidémiologique et/ou sanitaire, caractérisée par une augmentation importante des maladies chroniques et dégénératives, l'allongement de l'espérance de vie, une modification des causes de mortalité en faveur d'une augmentation de la mortalité évitable et les progrès techniques et thérapeutiques. Dans ce contexte, investir dans la prévention et la promotion de la santé, et plus seulement dans les soins, semble incontournable. D'autre part, l'idée selon laquelle l'état de santé ne dépend pas seulement du système de soin, mais surtout d'autres déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux, a intégré les esprits depuis un quart de siècle. Ainsi, dans le contexte actuel d'augmentation des inégalités sociales de santé, ce changement de paradigme implique de placer la prévention et la promotion de la santé comme un enjeu primordial.

Pour réussir ce schéma, il est fondamental de mobiliser l'ensemble de nos partenaires. Partenaires institutionnels et associatifs qui peuvent agir sur les déterminants de santé ; mais également les professionnels de santé, quel que soient leur mode et lieu d'exercice, qui, au contact des usagers et des habitants, mettent en œuvre au quotidien les pratiques cliniques préventives, encore insuffisamment développées en France.

L'élaboration d'un schéma régional de prévention est un exercice inédit. Son enjeu réside dans l'articulation avec les autres schémas du projet régional de santé (PRS) et avec les autres politiques publiques. Le schéma de prévention expose la stratégie globale de l'Agence ainsi sa mise en œuvre s'appuiera sur l'ensemble de ses Directions et services et ne relèvera pas uniquement de la Direction de la Santé publique.

Une approche transversale des problématiques de santé publique, à la fois dans leur composante prévention et leur composante veille et sécurité sanitaire a été retenue. Il est important de signaler que ce choix est la résultante d'une volonté d'intégration de la veille et sécurité sanitaires dans l'architecture du système de santé. En effet, il ne serait guère possible de faire une prévention ni une promotion de la santé sans les outils de signalement, de veille, d'alerte ou encore de gestion des urgences sanitaires.



Le Schéma régional de prévention se propose ainsi d'appréhender les nouvelles dimensions, les nouveaux enjeux et ambitions de la prévention en Ile-de-France.

L'élaboration du schéma régional de prévention s'inscrit dans un cadre de pensée, défini principalement par l'OMS, qu'est celui de **la promotion de la santé**¹, « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci*² ». La promotion de la santé, est une démarche qui donne une vision globale et positive de la santé en termes de bien-être et de qualité de vie et non en termes de risques ou de pathologies. Elle met en œuvre une stratégie d'action sur les **déterminants** individuels, sociaux et environnementaux de la santé et ainsi permet d'assurer **l'équité** en matière de santé par la prise en compte des milieux de vie favorables à la santé.

Elle implique aussi **la participation** des individus et des populations aux actions et décisions qui les concernent et en particulier vise à renforcer **l'action communautaire**. Elle signifie aussi de **réorienter les services de santé** vers une intégration de la prévention et une amélioration de leur accessibilité à tous les niveaux (géographique, temporelle, culturelle, etc.). Enfin, elle a pour ambition de favoriser le développement de **politiques publiques favorables à la santé**.

Ces différents principes constituent la structure à partir de laquelle se bâtissent les axes de prévention et de promotion de la santé du schéma régional de prévention.

C'est dans la continuité avec les actions menées dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), mais aussi dans un nécessaire esprit d'innovation que l'ARS place la mise en chantier du schéma régional de prévention.

Les points forts du schéma qui sous-tendent ses orientations et priorités

Un partenariat étroit avec les autres acteurs publics

Le schéma régional de prévention va, dans le contexte de la nouvelle gouvernance portée par les ARS, mettre en œuvre une coopération forte avec les acteurs de la santé en région mais aussi les acteurs des autres politiques publiques ayant un impact sur la santé. L'objectif central de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, avec pour corollaire l'action sur les déterminants de santé, amène à construire les orientations et les actions du schéma de prévention avec l'ensemble des partenaires institutionnels, les collectivités territoriales, l'ensemble des professionnels de santé et les usagers. Parmi les coopérations importantes avec les autres politiques publiques régionales, il faut mentionner, notamment, les politiques sociale, éducative, environnementale, migratoire, d'aménagement, politique de la ville, politique des collectivités territoriales. L'action de ces différents partenaires est présentée en annexe du schéma.

¹ Voir la définition des concepts dans le glossaire.

² OMS, La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève 1986.



Une stratégie efficace pour lutter contre les inégalités sociales de santé est l'approche territoriale, qui répond de façon la plus pertinente aux besoins des populations. Cette territorialisation s'entend comme une action à un niveau local de proximité, soit la commune ou la communauté de communes ou d'agglomération, voire le quartier. Dans ces territoires, les collectivités territoriales constituent un partenaire clef. C'est avec elles que l'Agence va pouvoir développer un dispositif innovant contribuant à la lutte contre les inégalités de santé, le contrat local de santé. Ce contrat ne comporte pas seulement des actions de santé publique, il porte sur l'ensemble du champ de compétence de l'Agence (prévention, promotion de la santé, organisation des soins, services médico-sociaux). Ce contrat permet aussi de sensibiliser les collectivités territoriales à la nécessité d'intégrer les enjeux de santé dans toutes leurs politiques. Ces contrats, en associant d'autres partenaires volontaires (CPAM, CAF, conseil général, mutuelles, associations, etc.), vont favoriser la création d'une dynamique de santé locale, lorsqu'elle n'existe pas déjà, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

Un renforcement de la veille et de la sécurité sanitaires sur l'ensemble du territoire

L'appropriation des dispositifs de veille sanitaire par les professionnels de santé, les patients, mais aussi par les citoyens dans le domaine environnemental, est une des conditions nécessaires au renforcement de la veille et de la sécurité sanitaires. Cette appropriation doit permettre de développer le « signalement ³» qui doit devenir partie intégrante de l'acte de soin car contribuant à la santé des populations.

La Veille Sanitaire est un enjeu partagé avec d'autres acteurs institutionnels. L'Agence doit structurer les dispositifs de veille de façon à simplifier et harmoniser les modalités de participation à ces différents dispositifs. Au-delà de l'amélioration de la sécurité sanitaire individuelle et collective avec la mise en place de mesures de gestion des signalements reçus, le dispositif de veille permet également de contribuer à la définition et au suivi des priorités de santé publique sur la région Ile-de-France.

C'est ainsi par la mobilisation de l'ensemble des acteurs individuellement et grâce aux organisations professionnelles, associatives dont ils se sont dotés que la veille et la sécurité sanitaires gagneront en efficacité dans la région. De même, parce que la culture du risque deviendra un bien partagé, professionnels et membres de la société civile seront préparés à faire face à une menace de grande ampleur.

³ Dans son acception spécifique à la veille sanitaire – voir glossaire en annexe

2 ENJEUX EN LIEN AVEC LES PRINCIPES DU PSRS

Les cinq enjeux du schéma régional de prévention s'inscrivent dans les trois objectifs stratégiques du PSRS : conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires, assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé et améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé.

2.1 Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est un des huit principes du plan stratégique régional de santé qui doivent fixer le cap des interventions de l'Agence. Elle participe à l'axe 3 du plan stratégique : conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires. La réduction des inégalités de santé est au cœur de l'action du schéma de prévention. Pour y parvenir, des stratégies de promotion de la santé seront mises en œuvre. Il s'agira de *renforcer les capacités et les compétences des individus*, en utilisant des démarches s'adressant à des personnes et qui se concentrent sur les connaissances, les attitudes, les aptitudes et/ou la motivation individuelle. On s'attachera à *renforcer les « communautés »* en soutenant la cohésion sociale et le soutien mutuel, par la participation de l'ensemble des acteurs (élus, professionnels, décideurs institutionnels et habitants) à des initiatives qui leur permettent collectivement de fixer des priorités augmentant et protégeant leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie. Il faudra aussi viser au *développement d'environnements favorables à la santé*, grâce à des initiatives qui améliorent les conditions de vie et de travail des personnes, l'accès à des biens et des services essentiels (alimentation, enseignement, logement, aide sociale) et un accès facilité aux dispositifs de prévention (dépistages, vaccination, éducation thérapeutique, etc). Enfin, il s'agira de promouvoir des *mesures politiques favorables à la santé*, soit des mesures qui garantissent certains droits tels un revenu, un emploi, et l'encouragement de valeurs culturelles visant à promouvoir l'égalité des chances. Il s'agira aussi de veiller à l'impact sur la santé des politiques publiques non sanitaires.

Les populations les plus vulnérables doivent bénéficier en priorité *d'actions de veille et de prévention adaptées* et qui ciblent les principales pathologies infectieuses et situations environnementales à risque de la région. Ainsi la lutte contre la tuberculose ou la surveillance de l'infection par le VIH feront l'objet d'un renforcement spécifique. De même, un programme de veille et de prévention des risques infectieux sera dédié



aux personnes âgées en institution. Enfin les situations environnementales à risque, qu'elles concernent des secteurs où la qualité de l'eau distribuée peut ne pas être conforme ou des zones où l'habitat dégradé se concentre, feront l'objet d'une attention particulière.

Si la réduction des écarts de santé entre groupes de population est une priorité pour l'Agence, l'amélioration de l'état de santé global de la population francilienne est un autre objectif poursuivi, étant fortement corrélé aux indicateurs économiques et sociaux de la région. Le diagnostic de l'état de santé de la population francilienne est globalement meilleur que celui de la population française, cependant certains indicateurs placent la région dans une situation préoccupante. Ainsi, il faudra notamment développer des actions dans un certain nombre de domaines comme la périnatalité pour diminuer la mortalité périnatale, favoriser le dépistage des cancers chez les femmes (sein, col de l'utérus), prévenir grâce aux systèmes de surveillance, aux actions de sensibilisation et de dépistage et aux actions de vaccination, la diffusion des pathologies infectieuses (Tuberculose, infection VIH, hépatites, rougeole, infections à bactéries multi-résistante, etc.).

2.2 Favoriser l'intégration de la prévention dans les parcours de santé

Ce second enjeu du schéma de prévention s'intègre dans l'axe 1 du plan stratégique : assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé. Durant la dernière décennie, la préoccupation essentielle dans le domaine de la santé a manifestement été d'ordre économique. La maîtrise des dépenses de santé et la gestion du système de soins, et particulièrement de l'hôpital public, ont été au cœur des discussions. Toutefois, la contrainte financière a contribué à modifier la vision du système de santé. Si le défi posé a permis de faire évoluer les outils de gestion (plus médicalisés), il a aussi favorisé la prise de conscience de l'importance d'éviter la maladie, d'éviter les complications, les événements indésirables. Et finalement, l'idée que le curatif coûte cher et rapporte peu, que les déterminants de la santé sont ailleurs que dans le soin... a fait son chemin. On peut dire que la décennie passée est celle de l'avènement de la santé publique et d'une approche plus globale de la santé. La culture de prévention n'en est qu'à ses débuts.

C'est dans ce contexte que le « parcours de soins », consacré par la loi sur l'assurance maladie du 13 juillet 2004 et la réforme du médecin traitant, est devenu à la demande de nombreux acteurs, et en particulier des représentants des patients, le « parcours de santé ». Cette approche « par parcours », telle qu'elle est aussi mise en œuvre dans les grands plans nationaux (cancer, Alzheimer, etc.), repose sur la coordination entre les différents acteurs impliqués auprès d'une personne, avant, après et bien sûr pendant la maladie. C'est donner un conseil relatif à un comportement défavorable à la santé et proposer un dépistage, c'est



diagnostiquer une maladie chronique et orienter vers un programme d'éducation thérapeutique, c'est hospitaliser et organiser le suivi à domicile, c'est éviter les ruptures dans les parcours source d'insécurité pour les personnes. L'objectif ici est de permettre à la population un égal accès à la santé et pas seulement à la médecine. Ceci implique une structuration du premier niveau de recours qui doit en effet favoriser l'accès aux soins, mais aussi à la prévention.

Intégrer la prévention dans les programmes de soins, c'est commencer à construire des parcours de santé, c'est établir une continuité dans le système de soins. Partager cette culture de santé publique doit permettre d'intégrer dans l'approche de soins la prévention primaire (*qui cherche à réduire l'incidence d'une maladie dans une population saine*), secondaire (*permettant la détection précoce d'une pathologie en vue d'un traitement efficace*) et tertiaire (*visant à réduire la progression d'une maladie avérée*). Elle doit favoriser le décloisonnement entre les nombreux acteurs impliqués par la démarche préventive dans les mondes éducatif, médical, paramédical, social, institutionnel, associatif ou de la recherche autour d'un objectif commun : améliorer la qualité de vie des franciliens en leur donnant tous les moyens de préserver leur capital santé.

L'éducation pour la santé est un des fondements de l'action de prévention et sera intégrée dans les parcours de santé là où ce sera pertinent en complément des actions sur les déterminants sociaux et environnementaux. Elle comprend toutes les 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. S'inscrivant dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé 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 ; 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 des compétences et enfin l'éducation du patient ou éducation thérapeutique, qui s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soin et à leur entourage, basée sur la construction d'une relation patient-soignant fondée sur la participation active du patient et visant l'autonomie de ce dernier.

Il est crucial pour cela que dans les politiques municipales et celles des autres institutions, la santé devienne bien transversale et intersectorielle. Cela passera nécessairement par la formation des élus et des cadres territoriaux, mais aussi par l'inclusion de cette dimension dans la formation initiale et continue des médecins et autres professionnels de santé.

Seule cette évolution permettra aux citoyens de bénéficier d'une prestation de santé complète et cohérente dans une logique de réduction et de contrôle des risques.

2.3 Améliorer la qualité globale de l'offre en prévention et son adéquation aux besoins de la population

L'amélioration de la qualité de l'offre de prévention s'inscrit dans l'axe 2 du plan stratégique régional : améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé. Le bilan de l'offre de prévention issue de l'évaluation du PRSP 2006-2010 et les premières analyses du bilan 2011 montrent une offre riche mais avec une cohérence limitée, une multiplication de petits promoteurs avec comme corollaire une insuffisance de l'évaluation des actions ne permettant pas de s'assurer leur qualité. Pour améliorer la qualité de l'offre, différentes interventions seront promues comme :

- la professionnalisation des acteurs, grâce à l'animation du pôle régional de compétence ;
- le développement de la démarche qualité qui se fera à travers la mise en place d'une procédure souple de labellisation et de la culture de l'évaluation;
- la mise en place d'une base de données des opérateurs et actions, véritable outil d'identification géographique des actions qui permettra d'opérer, le cas échéant, des réorientations d'actions vers des publics insuffisamment couverts jusqu'alors.
- Une dynamique d'auto-évaluation construite en partenariat avec les acteurs eux-mêmes pour analyser les leviers et les freins au développement et à la mise en œuvre des actions de prévention programmées.

Enfin, la coordination des différentes institutions qui soutiennent des actions de santé publique sur un territoire donné permettra d'adapter l'offre de prévention aux besoins des Franciliens.

2.4 Augmenter la culture du « signalement » et du risque chez les acteurs de santé, les acteurs institutionnels et les citoyens

Cet enjeu participe de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé, soit l'axe 2 du plan stratégique régional.

L'appropriation des dispositifs de veille sanitaire par les professionnels de santé, les patients mais aussi par les citoyens dans le domaine environnemental est une des conditions nécessaires au renforcement de la veille.

Signaler une maladie à déclaration obligatoire ou tout événement inhabituel survenant dans sa pratique de ville ou hospitalière, participer à un système de veille par la mise à disposition,



dans le respect du secret médical, des motifs et diagnostics relatifs à ses actes, ne doit plus être vécu comme une contrainte mais comme partie intégrante de l'acte de soin car contribuant à la santé des populations et, en retour, éclairant la pratique par une meilleure connaissance des épidémies et des alertes.

Le signalement par des associations, auprès des autorités publiques, d'un événement environnemental dont on peut supposer qu'il fait courir un risque pour la santé des populations avoisinantes doit pouvoir donner lieu, en retour, à une aide « indépendante » pour aider ces associations à documenter la situation et ainsi devenir un interlocuteur plus impliqué auprès des autorités.

La capacité à faire face de la part des populations mais aussi de l'ensemble des acteurs, en situation de crise sanitaire ne peut s'envisager que par une appropriation de la culture du risque qui fasse une place de choix à la solidarité (se protéger et protéger les autres).

2.5 Mobiliser les professionnels de santé pour renforcer la veille sanitaire

Pour assurer la sécurité des patients, la maîtrise des risques sanitaires doit faire partie intégrante de toute démarche de soins. Elle repose en partie sur les systèmes de signalements des événements indésirables sur lesquels les actions d'amélioration des pratiques et des processus opérationnels sont en partie fondées, mais aussi sur toutes démarches de minimisation des risques. Ainsi il est indispensable de mobiliser tous les acteurs du système de santé et d'assurer l'articulation avec l'ensemble des systèmes de signalements, qu'il s'agisse de produits de santé ou des infections liées aux soins, notamment les vigilances sanitaires. Cet enjeu contribue à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé, axe 2 du plan stratégique régional.

En particulier, la gestion du risque lié à l'erreur médicamenteuse évitable, quel que soit le mode de prise en charge du patient, représente un enjeu majeur pour renforcer la sécurité des patients dans l'organisation des soins. La maîtrise de la prise en charge médicamenteuse est complexe par le grand nombre de facteurs critiques mis en jeu, la multiplicité des intervenants, la diversité des outils utilisés et la gravité potentielle des erreurs. La plupart des événements indésirables graves (EIG) liés au médicament ont pour origine des erreurs de pratique évitables (erreur de prescription, d'administration, suivi inadapté ou omission de traitement...). La politique du médicament a évolué grâce à un renforcement du cadre juridique mais aussi à une constante amélioration des dispositifs d'évaluation et d'accompagnement, plus particulièrement dans les établissements de santé. L'Agence est une structure régionale d'appui des professionnels de santé dans leurs démarches d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients.



3 ORIENTATIONS

Les orientations du schéma de prévention sont déclinées en objectifs selon les enjeux qui viennent d'être présentés.

3.1 Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités sociales de santé sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles concernent toute la population selon un *gradient social*, c'est-à-dire avec une fréquence qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

Les inégalités territoriales renforcent les inégalités sociales de santé. Elles sont dues à des différences géographiques mais résultent aussi de la population qui vit sur ce territoire et de son histoire. Les disparités se mesurent en termes d'offre immobilière, d'espaces publics, d'espaces verts, d'offre de services publics, d'accès aux soins, à l'emploi, à la culture, à l'information, de mobilité, d'exposition aux polluants environnementaux... Le lien avec les inégalités sociales est très fort, car l'organisation des infrastructures et des activités, tend à concentrer les sources de nuisance chez les populations les plus pauvres, cette concentration des nuisances accentue la dévalorisation immobilière/foncière et la ségrégation sociale.

Cependant, les inégalités sociales ne se concentrent pas uniquement sur les zones urbaines. En milieu rural, les difficultés d'accès aux services, à la santé, la désertification des professionnels de santé renforcent les inégalités sociales.

Pour répondre à l'enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, quatre objectifs sont proposés. Tout d'abord, agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux par une action avec les autres acteurs publics. Ensuite, co-construire avec les usagers-citoyens et promouvoir la santé communautaire. Puis, faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité, et enfin réduire l'impact de l'environnement sur la santé en luttant contre l'habitat indigne.

3.1.1 Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux par une coordination avec les autres acteurs publics

L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France souhaite jouer le rôle de chef d'orchestre et mettre la santé dans toutes les politiques en région pour agir efficacement sur l'ensemble des déterminants et contribuer à réduire ainsi les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le travail sur les déterminants de la santé ne peut être efficace que dans une action concertée de l'ensemble des acteurs dont les compétences ou les activités participent à la santé globale de l'individu ou des groupes dans leur environnement et leurs contextes de vie.

Pour favoriser cette action, il revient à l'Agence de mettre en œuvre une dynamique régionale en développant une culture partagée de la promotion de la santé et de la prévention auprès des responsables des autres politiques publiques à travers un levier tel que la *Commission de coordination des politiques publiques*. La déclinaison locale de cette démarche passe notamment par la sensibilisation des élus et des décideurs, les mesures d'évaluation de l'impact sur la santé de politiques non sanitaires (EIS) et la mise en œuvre de contrats locaux de santé (CLS).

3.1.1.1 La coordination régionale entre institutions et l'articulation avec les autres plans régionaux

L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France a pour objectif la mise en place de cadres coopératifs institutionnalisés garants de l'effectivité des partenariats. Elle dispose pour cela d'outils formels tels que les conventions-cadre, qui permettent entre autres d'associer différentes organisations aux statuts et logiques institutionnelles différenciées autour du traitement d'une problématique. Pour la population et les usagers du système de santé, décloisonner des organisations aux expertises plurielles permet d'assurer la continuité du parcours de santé.

Des conventions-cadre ont d'ores et déjà été signées avec l'Education nationale, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) et d'autres sont en cours de rédaction notamment avec la Direction régionale et interdépartementale de l'alimentation, l'agriculture et la forêt (DRIAAF) et le GCSMS (Groupement de coopération sociale et médico-sociale) « PRIF » (Prévention Retraite d'Ile de France regroupant la CNAV, la MSA et le RSI). Dans un souci de transversalité, différentes directions de l'Agence sont associées à l'élaboration de ces accords partenariaux puis à la réflexion menée dans les groupes de travail pour la mise en œuvre des projets et actions.

A partir des pistes de collaboration définies et validées par les partenaires, les échanges doivent aboutir rapidement à des propositions concrètes afin que « vivent » les conventions.



La nécessité d'une organisation facilitant l'intersectorialité affirmée entre acteurs s'impose. L'Agence encouragera la sensibilisation et la formation des acteurs de la santé à l'intersectorialité pour qu'ils apprennent à mieux connaître les autres secteurs d'activité, leur contexte, leurs attentes, l'importance qu'ils accordent aux enjeux de santé publique et qu'ils soient en outre habilités à devenir des promoteurs de la démarche de promotion de la santé auprès des autres partenaires.

L'échelon local est un niveau pertinent pour l'interpellation des politiques publiques par les acteurs de la promotion de la santé. Ceci implique d'une part, que les décideurs locaux (élus, délégations territoriales) mettent en œuvre jusqu'au bout les stratégies de décroisement et d'évaluation d'impact afin que la logique d'intersectorialité puisse être efficace. D'autre part, il faut que les acteurs locaux se déprennent du modèle biomédical lorsqu'ils sollicitent les bailleurs de fond s'ils veulent pouvoir agir, au-delà du système de santé et de prévention, sur les déterminants sociaux. Cependant, comme le soulignent Ginot et Konick⁴, il ne faut pas s'enfermer dans le localisme qui, en renvoyant les acteurs locaux à leur marge propre, risque de limiter leur pouvoir d'action. Les facteurs d'inégalités sociales de santé et les politiques publiques qui s'y attachent sont définis à un niveau national voire international. Ainsi les acteurs locaux doivent prendre part aux débats politiques nationaux voire supranationaux, dans leur champ de compétence. L'Agence compte bien jouer un rôle dans l'organisation de la capacité d'influence et de plaidoyer des acteurs locaux par une stratégie régionale qui pourra être relayée au niveau national.

Inversement, l'Agence aide à la déclinaison territoriale des orientations nationales et régionales et soutient la mobilisation des partenaires, associations, collectivités territoriales à travers des leviers tels que les conférences de territoire. Un lien permanent doit être établi entre les différents niveaux à travers des phases d'appropriation (échelon local) puis de réappropriation (échelon régional ou national) permettant ainsi l'émergence d'innovations sociales et la mutualisation de pratiques et d'expériences.

Les plans régionaux « santé au travail » et « santé et environnement » sont des composantes essentielles de la prévention et de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Le schéma régional de prévention entend s'articuler de façon cohérente avec ces plans.

L'entreprise est un lieu privilégié pour informer et sensibiliser les populations adultes sur les comportements favorables à la santé, les vaccinations, les dépistages, les maladies chroniques. Dans le cadre du plan régional santé travail (PRST2), les services de santé au travail voient leur rôle d'acteurs de la prévention renforcé. L'Agence souhaite les accompagner notamment dans la mise en œuvre dans les entreprises d'actions de sensibilisation sur les thèmes de la santé et du bien-être des salariés. L'Agence participe au Comité régional de prévention des risques

⁴ Ginot L., De Konick M., Mobiliser les politiques publiques pour réduire les inégalités : enjeux pour les acteurs. In Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : p. 113-127.



professionnels d'Ile-de-France (CRPRP), instance consultative compétente dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Les questions de santé environnementale concernent l'ensemble de la population et impliquent de nombreux acteurs. Elles revêtent à ce titre une importance particulière et doivent faire l'objet d'une large information, afin de permettre une appropriation collective et partagée. Le plan régional santé environnement 2 (PRSE2), dans lequel l'Agence est fortement impliquée, met en exergue les populations sensibles. En effet, toutes les études montrent qu'il existe un lien fort entre inégalités sociales, vulnérabilité sociale, et exposition environnementale. Le schéma régional de prévention intègre de ce fait certaines actions du PRSE2 que l'Agence pilote ou soutient.

3.1.1.2 Les mesures d'Evaluation de l'Impact sur la Santé (EIS)

Agir sur l'ensemble des déterminants de la santé suppose l'interpellation directe des décideurs sur leur responsabilité et l'impact de leurs décisions publiques sur la santé, l'Agence s'attache à développer l'appropriation de la méthodologie d'évaluation d'impact sur la santé en tant qu'outil d'aide à la décision pour la santé globale de l'individu et des groupes mais également pour la réduction des inégalités sociales et territoriales.

L'Evaluation d'impact en santé (EIS) est une démarche qui s'est développée au cours des dix dernières années sur la base des valeurs et des principes de la promotion de la santé. Elle est considérée comme une pratique prometteuse pour favoriser l'établissement de politiques publiques favorables à la santé et équitables, tel que recommandé par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986).

L'ÉIS vise à identifier des effets favorables ou défavorables d'une politique ou d'un projet sur la santé de la population et des différents groupes sociaux qui la composent.

Elle informe les décideurs sur la teneur de ces impacts potentiels et des pistes possibles pour y remédier, généralement, avant qu'une décision définitive ne soit prise. Habituellement, une telle démarche est entreprise pour des politiques ou des projets qui n'ont pas la santé comme visée première, et pour lesquels les effets sur la santé ne sont pas forcément pris en compte. Elle vise donc à éclairer la décision publique pour éviter les répercussions négatives sur la santé et maximiser les effets potentiellement positifs.

Les EIS peuvent être de niveau supranational, national ou local. Elles peuvent être institutionnalisées ou d'initiative locale.

Les valeurs généralement acceptées (Göteborg, OMS, 1999) qui sous-tendent la pratique de l'ÉIS sont les suivantes :

- La *démocratie*, qui rappelle le droit des citoyens de participer à l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des politiques qui influencent le cours de leur vie ;



- L'*équité* qui mène à considérer non seulement les effets sur la santé de la population, mais aussi à tenir compte des effets différenciés selon les groupes d'une même société;
- Le *développement durable* indiquant la nécessité de tenir compte des effets à court terme, mais aussi à long terme des politiques à mener;
- L'*utilisation éthique des connaissances*, qui rappelle l'importance de la rigueur dans la collecte et le traitement des informations, mais aussi l'importance d'aborder l'ensemble des déterminants socio-économiques de la santé.

L'intérêt croissant pour l'ÉIS s'explique par les bénéfices potentiels pour toutes les parties prenantes engagées dans la démarche : les décideurs, les acteurs de la santé, les secteurs économique et social, et la communauté en général.

La démarche de l'EIS comprend cinq étapes. La première est le *dépistage*, qui permet de d'estimer si le sujet mérite ou non de conduire une EIS, à quelle échelle, pour quelle échéance etc. Ensuite, le *cadrage*, qui délimite le champ et la planification du travail. On essaie là de modéliser les divers déterminants, populations susceptibles d'être affectés par la décision publique, on en déduit la méthode et l'organisation des travaux adaptées. L'étape d'*analyse* permet d'apprécier l'impact proprement dit, grâce à l'analyse de données issues de la littérature scientifique et/ou « grise », d'enquêtes, d'entretiens et/ou de débats publics. Puis, les *recommandations*, présentées aux décideurs, pour réduire les impacts négatifs potentiels ou maximiser les effets positifs. Et enfin l'*évaluation*, pour suivre l'impact réel de la politique ou du projet.

L'Agence Ile-de-France veut développer cette démarche comme contribution à la réduction des inégalités sociales de santé. A partir des premiers contrats locaux de santé, en Seine-Saint-Denis, une démarche EIS a été enchâssée dans les contrats de deux communes Epinay (politique éducative), Saint-Denis (politique de rénovation de l'habitat ancien dégradé). Par ailleurs, dans le champ de la santé environnementale, à l'échelle d'un territoire expérimental (une ou des collectivités volontaires), il sera mené, des stratégies EIS afin d'évaluer l'impact de politiques publiques à implication environnementale (fiche PRSE2 n°2).

3.1.1.3 Les Contrats Locaux de Santé

Le Contrat Local de Santé est une démarche originale de partenariat avec une collectivité de proximité : commune, communauté d'agglomération ou communauté de communes.

La loi HPST prévoit dans son article L 1434-17 «*La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ».

Le Contrat Local de Santé est pour l'Agence un des outils privilégiés pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé qui caractérisent la région. Elle s'est donc engagée



dans une démarche résolue pour élaborer ces contrats avec de nombreuses collectivités territoriales. Ces collectivités sont principalement choisies sur un critère de vulnérabilité sociale, (comme l'Indice de Développement Humain - IDH2) sur tout ou partie de leur territoire.

Le Contrat Local de Santé est un outil de contractualisation particulier ayant pour objectif de répondre aux enjeux de santé globaux sur un territoire donné, à travers une mobilisation conjointe de l'Agence, de la collectivité et au besoin des services de l'Etat. Il permet l'articulation des différentes composantes du système de santé :

- promotion de la santé et prévention incluant les problématiques de santé-environnement,
- offre de soins ambulatoires et hospitaliers,
- accompagnement médico-social,
- veille et sécurité sanitaire.

Il incarne par ailleurs la dimension intersectorielle de la politique régionale de santé, en associant des acteurs de l'éducation, de la politique de la ville, de la cohésion sociale, et d'autres politiques publiques. Il garantit la pérennité d'une démarche locale de santé au service d'une réponse plus adaptée aux besoins de santé.

La démarche participative d'élaboration du contrat suscite une plus grande appropriation et adhésion des acteurs aux objectifs et actions à mettre en œuvre. A travers le contrat, les différentes parties prenantes s'engagent sur des actions à mettre en œuvre, des moyens à mettre à disposition, un suivi et une évaluation des résultats.

Le Contrat local de santé constitue ainsi une vraie opportunité pour construire un partenariat nouveau et important avec les collectivités territoriales. Les enjeux d'une telle démarche sont loin d'être négligeables. En effet, les échanges et négociations permettent aux élus locaux de proximité de connaître l'Agence, son organisation et son champ de compétences. C'est également un mode de travail avec la collectivité qui permet d'articuler les compétences des collectivités sur les déterminants de la santé (environnement, transport, développement urbain, aménagement rural...) et les préoccupations de leurs administrés sur le champ plus spécifique de la santé. C'est enfin un moyen d'impulser une dynamique forte dans laquelle peut s'exercer de manière concrète la notion de démocratie sanitaire, au plus près des préoccupations des citoyens.

Grâce à ces contrats, les orientations du Schéma régional de prévention vont pouvoir se concrétiser sur les territoires, particulièrement en matière de promotion de la santé, d'actions sur les déterminants, de coordination des actions de prévention, et d'articulation de celles-ci avec l'offre de soins et médico-sociale.

3.1.2 Co-construire avec les usagers-citoyens

La participation de la population est fondamentale dans toute action de promotion de la santé. Elle permet l'adaptation aux besoins et l'adhésion des usagers aux actions mises en œuvre. La participation des citoyens à la définition et construction des actions les concernant est prise ici dans un sens large qui n'est pas seulement un rôle d'informateur mais bien de coproducteur de services œuvrant en coopération avec les professionnels et leurs organismes à la planification, à la fourniture et à l'évaluation des services.

Les avantages de la participation ont été définis ainsi dans le cadre d'un rapport du Conseil de l'Europe⁵:

- un organisme à l'écoute des usagers fournit des services de meilleure qualité,
- l'efficacité du service est accrue,
- le déséquilibre entre les usagers et l'« administration » est modifié dans le sens d'une responsabilisation,
- le système de services acquiert une plus grande légitimité,
- les usagers deviennent plus confiants et autonomes,
- la participation est une éducation à la démocratie.

L'agence régionale de santé, dans son plan stratégique, encourage d'une part le dialogue avec les usagers grâce à la mise en place de différents outils de communication et d'autre part, insiste sur l'implication des usagers notamment dans le cadre de démarches de santé communautaire ou l'implication de riverains dans la gouvernance de grands projets d'équipement pouvant avoir un impact sur la santé⁶.

Le schéma régional de prévention entend donner une place importante aux processus participatifs. Il privilégie, dans les modalités d'action des associations sur le terrain, les démarches de *santé communautaire* (développé plus bas).

La participation des usagers est aussi un point essentiel du *diagnostic local de santé partagé* dans le cadre des contrats locaux de santé. Il repose sur une élaboration collective, avec les acteurs et la population, de conclusions sur la situation socio-sanitaire du territoire, les attentes et les besoins de la population et des professionnels, permettant ensuite la priorisation des problèmes et la définition d'objectifs partagés.

Dans le cadre des *activités de recherche soutenues par l'agence*, la participation des usagers à la recherche (de l'élaboration du protocole à l'interprétation des résultats) est fortement encouragée.

⁵ Conseil de l'Europe, La participation des usagers aux services sociaux, mars 2007, 43 p.

⁶ Op. cit. p.111 ;113.



3.1.2.1 Promouvoir la santé communautaire

La santé communautaire ou L'*action communautaire pour la santé* désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des *déterminants de la santé* et d'améliorer ainsi cette dernière⁷. La *Charte d'Ottawa* souligne l'importance d'une action *communautaire* concrète et efficace pour la fixation de priorités pour la *santé*, la prise de décision, l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre de celles-ci en vue d'améliorer la santé. La notion d'octroi de *moyens d'agir* à la communauté est étroitement liée à la définition de l'action communautaire pour la santé qui se trouve dans la Charte d'Ottawa. Selon la première de ces deux notions, dans une communauté à laquelle on a donné des *moyens d'agir*, les individus et les organisations utilisent leurs aptitudes et leurs ressources de façon collective pour répondre à des priorités sanitaires et à leurs besoins respectifs en matière de santé. Grâce à cette participation, l'individu et les organisations d'une communauté dotée de *moyens d'agir* fournissent un *soutien social pour la santé*, font face aux conflits au sein de la *communauté* et obtiennent une influence et une maîtrise accrues sur les *déterminants de la santé* dans la *communauté*.

De façon pratique, la santé communautaire a donc pour principales caractéristiques :

- Une base collective (un ensemble d'habitants, un groupe, réunis pour un problème, une situation ou un objectif communs) pour une action ou des actions à construire ;
- Un repérage collectif des problèmes des besoins et des ressources (le diagnostic communautaire) ;
- La participation ouverte à tous les acteurs concernés en ce qui concerne l'élaboration et le pilotage des projets : usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques...
- Le renforcement des ressources personnelles et psycho-sociales des habitants/usagers/populations en vue d'augmenter leur capacité à agir sur leur santé individuelle et participer aux projets collectifs.

Ceci se traduit par un certain nombre de principes : la *participation* de la population à l'ensemble du processus, le *décloisonnement professionnel*, qui s'illustre par la transdisciplinarité ou la pluridisciplinarité ; le *décloisonnement institutionnel*, qui produit l'intersectorialité ; le *partenariat* et le *partage de savoirs et de pouvoirs*⁸.

La démarche de santé communautaire est ainsi un outil de promotion de la santé. L'Agence entend favoriser le développement de cette démarche. Pour ce faire, il est nécessaire de créer

⁷ Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé. Nutbeam D., Genève, 1998.

⁸ Des éléments complémentaires de définition sont disponibles dans le glossaire. Voir Schoene M., *Au sujet de la santé communautaire*, Institut Renaudot, Avril 2003. Jourdan D, et al. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé publique* 2012, 24 (2) :165-178.



ou de renforcer des formations à la santé communautaire dans le cursus de professionnels et de mettre à disposition des outils. De même, le développement des actions d'information, de formation et d'échanges collectifs visant à renforcer les compétences (empowerment) des populations faisant face à de fortes inégalités sociales de santé, afin qu'elles puissent agir elles-mêmes sur leur santé (ateliers santé et droits, groupes de paroles, ateliers nutrition, etc.) est à promouvoir. Le pôle régional de compétence constitue une des ressources pouvant être sollicitée sur le plan méthodologique en matière de santé communautaire par les acteurs de terrain.

3.1.2.2 Développer le rôle en santé des médiateurs sociaux culturels et médiateurs en santé

Les *médiateurs sociaux* et *culturels* exercent leurs activités dans des secteurs très différents et sur des territoires d'intervention variés.

Ils sont le plus souvent salariés d'associations ou des collectivités, souvent sur des dispositifs d'emplois aidés.

Véritables « passeurs » entre les cultures, ils interviennent notamment auprès des personnes les plus éloignées des dispositifs publics.

La santé au sens large, telle que définie par l'OMS, participe de leurs missions.

La santé fait partie de la vie de tout un chacun, à tous les âges. Les habitants ont besoin d'être informés et accompagnés dans leurs démarches auprès des services et des professionnels de santé.

Les médiateurs pourront d'autant mieux tenir leur rôle qu'ils disposeront d'une connaissance approfondie du réseau des ressources territoriales disponibles pour une prise en charge ou une orientation en matière d'accès aux soins.

Une formation est proposée aux médiateurs sociaux et culturels pour conforter leurs pratiques en santé. Elle fait l'objet d'une fiche action commune ARS –DRJSCS. Son déploiement est confié au Pôle Régional de Compétence en Education pour la Santé.

Certains sont déjà employés comme *médiateurs en santé*. Les services de santé en particulier hospitaliers qui sollicitent leurs interventions doivent en prévoir la juste rémunération. L'exigence de qualité doit s'accompagner d'une reconnaissance de la fonction et de la compétence spécifique en santé acquise par une formation adaptée.

Mais la médiation ne prend sens que si elle est reconnue en tant que telle par les professionnels de santé. Elle passe par une reconnaissance et un respect réciproque. Elle ne s'inscrit pas dans un rapport unilatéral mais dans un esprit d'échange entre les cultures qu'elles soient professionnelles, liées à l'origine et/ou à la condition sociale.



Pour offrir cette garantie, il serait utile de mettre en place un comité de pilotage pluriel au sein des services hospitaliers pour protéger l'activité d'une instrumentalisation toujours possible.

Dans toutes les configurations, la médiation sociale et culturelle doit pouvoir, pour rester efficace, affirmer sa spécificité. Elle ne doit pas être réduite à une simple interface linguistique entre l'usager et le professionnel de santé. Les associations doivent pouvoir faire remonter des éléments de connaissances consolidées sur la manière dont les usagers perçoivent le système de santé.

Pour consolider les pratiques, les échanges entre médiateurs sociaux et culturels sont à renforcer. La création prochaine d'une Fédération des Associations de Médiation Sociale et Culturelle en France pourrait y contribuer en lien avec le PRC EPS.

3.1.3 Apporter un soutien aux aidants⁹

Les aidants professionnels et familiaux partagent une même réalité auprès des personnes âgées ou handicapées dépendantes. Avec des connaissances, des compétences et une proximité affective différentes, ils éprouvent des besoins et expriment des attentes souvent similaires.

Ils ont besoin d'échanger et de collaborer efficacement autour d'une démarche commune de soin.

De plus les professionnels doivent être en mesure de soutenir les aidants familiaux et de repérer les risques d'épuisement, de repli sur soi, d'oubli de soi chez les aidants familiaux.

Des lieux tels les « Maisons des Aidants » offrent des espaces de formation, de rencontre et de répit pour l'ensemble des aidants professionnels ou non.

3.1.3.1 Favoriser l'implication des professionnels à domicile

Il est souhaitable, en partenariat étroit avec les Collectivités territoriales, responsables de l'action sociale de renforcer les compétences et de favoriser la coordination des intervenants à domicile : aides à domicile, auxiliaires de vie, aides soignants, infirmiers, travailleurs sociaux...

Pour ce faire, 3 axes de travail sont à privilégier :

- Développer la formation des intervenants à domicile
 - La connaissance des pathologies et leur évolution en particulier les différentes formes de démences,

⁹ Les actions de soutien aux aidants se font en cohérence avec le schéma d'organisation médico-sociale.



- L'approche centrée sur la personne (analyse des besoins et réponses adaptées),
- La relation d'aide à une personne qui a une communication altérée,
- L'ajustement de l'environnement de la personne à ses besoins,
- La connaissance des dispositifs médico-sociaux de proximité,
- Le soutien à l'aidant familial : comprendre son rôle, prendre en compte son angoisse, son épuisement, son état de santé,...

- Le repérage des situations à risque (psychologiques, traumatiques, pathologies débutantes, etc.), la prévention des maltraitances et la gestion au quotidien des situations difficiles dans les actes du quotidien. Les modalités de signalements (pourquoi, quand, à qui, comment, avec qui et pour quoi faire),
- Se faire relais des messages et pratiques de prévention auprès des personnes aidées et de leur entourage (nutrition, dénutrition, sommeil, bucco-dentaire/vaccinations, déficiences visuelles, auditives, cognitives, participation aux dépistages organisés et recommandés etc.).

- Mieux intégrer les aidants professionnels dans le travail en réseau des acteurs de santé intervenants autour des personnes et des familles.

- Initier des expérimentations autour de modalités de coordination auprès des personnes et leurs familles, ainsi qu'auprès des gestionnaires de cas jouant le rôle d'intermédiaires et de médiateurs entre les personnes et les différents acteurs de santé.

L'encadré ci-dessous, l'expérimentation PRADO'M, présente un exemple de formation des aides à domicile et leur manager sur la prévention de la dénutrition des personnes âgées.

L'expérimentation PRADO'M : l'impact de la formation des aides à domicile et leur manager sur la prévention de la dénutrition des personnes âgées.

Le projet PRADO'M, porté par le CID (Collectif d'Ingénierie Développement) et co-financé par le Conseil régional d'Ile-de-France et l'Agence, est un dispositif de formation pour la professionnalisation des aides à domicile afin de prévenir la dénutrition et la déshydratation des personnes âgées dans le cadre du maintien à domicile. Basé sur une approche globale des principaux facteurs de risque, le programme comporte 10 modules de formation articulés autour de 5 domaines de connaissance et de savoir-faire : psycho-gérontologie, nutrition, douleur, santé bucco-dentaire et activité physique. Chaque module est suivi d'un atelier des pratiques et d'une mise en commun des expériences acquises.



L'action repose sur un fort multi-partenariat avec la CPAM 92, le réseau bucco-dentaire Appolline (91), le centre de formation de l'hôpital gériatrique des Magnolias (91), le Centre d'Etudes Gérontologiques Ville Hôpital et l'Equipe mobile gériatrique de l'hôpital Bretonneau (75), le réseau Equip'ages, le centre de formation et l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital gériatrique René Muret (93), la fédération régionale Entraînement physique dans le monde moderne (EPMM) Sports pour tous et l'association COMPLEA de Vitry.

Le projet PRADO'M s'inscrit dans une double perspective d'améliorer le maintien à domicile des personnes âgées en élevant le niveau de compétences des aidants et d'améliorer l'approche ville-hôpital en rapprochant les intervenants du domicile des professionnels de l'hôpital autour de pratiques de repérage, de transmission et d'échanges.

Cette démarche a vocation à être modélisée pour un déploiement sur l'Ile-de-France, en s'appuyant sur les filières et réseaux gériatriques, dans le cadre d'une démarche ville-hôpital autour d'une coordination des acteurs et d'objectifs partagés.

3.1.3.2 Soutenir les aidants non professionnels

Le proche aidant prend en charge une personne de son entourage pour les activités de la vie quotidienne, souvent assisté de professionnels de l'aide à domicile. Cet investissement considérable est lourd de conséquences sur la santé de l'aidant à tous les niveaux. De plus ces personnes sont souvent encore engagées dans une vie professionnelle.

- Prévenir l'isolement social et apporter un soutien moral et physique en favorisant des lieux d'accueil, d'écoute et d'échanges conviviaux (art thérapie, soins esthétiques, relaxation...) et le suivi médical.
- Prévenir l'épuisement et la dépression en organisant des périodes de répit moral et matériel
- Accompagner la prise en charge : aider à mieux comprendre la maladie et son évolution, apprendre à communiquer avec le malade en particulier dans les cas de démences, aider à mieux assumer le quotidien, sommeil, hygiène, nutrition.
- Connaître les dispositifs réglementaires.

Il s'agit de développer l'information/communication et la formation via notamment les CCAS, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les associations...

3.1.4 Adapter la prévention aux populations en situation de vulnérabilité

Les modalités d'action en prévention et promotion de la santé doivent être adaptées aux populations vulnérables. Pour cette raison, l'Agence a identifié des populations dont les difficultés nécessitent des approches spécifiques. Ces actions seront prises en compte dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

- a) Adapter la prévention aux populations de migrants sur les thèmes prioritaires : santé mentale, nutrition, addictions, tuberculose, VIH/VHC/VHB/IST

Les personnes d'origine étrangère sont souvent confrontées à des situations difficiles de déracinement, doublées parfois d'isolement affectif, de barrière linguistique, voire d'un illettrisme modifiant leur perception des risques de santé et diminuant leur réceptivité aux actions et messages de prévention. Par ailleurs dans de nombreux pays, le rapport à la maladie n'est pas le même qu'en occident pouvant réduire la portée de certain message de prévention (le rapport à la mort, le tabou quasi omniprésent sur les questions de sexualité et de SIDA).

La complexité du système de santé français aussi est à interroger. Le parcours d'une personne étrangère qui souhaite accéder aux soins et à une prise en charge médicale efficace est un véritable parcours du combattant. Les axes d'action sont les suivants :

- Adapter l'information dans sa forme et son fond pour mieux prendre en compte les représentations et les croyances des personnes mais aussi la réalité de leur vie au quotidien ;
- Associer les personnes migrantes dans le processus d'élaboration des actions de prévention les concernant ;
- Prendre appui sur les relais, les personnes pouvant transmettre les messages dans leur communauté ;
- Faciliter l'accès aux soins en améliorant la connaissance du système de santé, et en particulier les structures de prévention et de soins de proximité (centres de dépistage anonyme et gratuit, etc.).

Enfin, les actions de prévention auprès des personnes migrantes ne se limitent pas aux foyers de travailleurs ou centres d'hébergement: elles se déroulent dans les quartiers, les commerces et tous les lieux (associatifs, culturels, culturels...) fréquentés par les communautés concernées.

- b) Développer des actions envers les détenus et sortant de prison, sur les thèmes prioritaires : santé globale, santé mentale, addictions, VIH/VHC/VHB/IST

Cet axe sera rédigé dans le cadre du schéma d'organisation de la santé des détenus en cours d'élaboration.



c) Développer une prévention spécifique auprès des grands précaires

Un certain nombre de pathologies sont surreprésentées parmi les personnes en grande précarité (pathologies infectieuses, maladies chroniques, addictions, troubles psychiatriques), et leur recours au soin est très aléatoire du fait de leurs conditions de vie. Le repérage de ces situations par les travailleurs sociaux, les médiateurs santé, dans le contexte de lieux de vie (accueils de jour, centres d'hébergement) ou grâce aux équipes mobiles constitue un moyen de mettre en œuvre des actions de prévention secondaire (dépistage, orientations vers les soins). Ces mêmes acteurs peuvent aussi diffuser l'information sur les dispositifs de prévention primaire (vaccinations, etc.) et sur les comportements favorables à la santé (vie affective et sexuelle, hygiène bucco-dentaire et nutritionnelle, exercice physique). Les ateliers santé permettent aussi à des personnes dont le corps est « maltraité » par les conditions de vie, les violences subies de redécouvrir leur corps par la relaxation, l'expression corporelle, la natation, des ateliers de coiffure- maquillage, des ateliers jardinage...

De façon à développer les compétences psychosociales, à lutter contre les troubles légers de l'humeur et les tentatives de suicide, des lieux d'écoute et d'échanges doivent être développés avec des personnes formées à cette écoute.

d) Adapter la prévention aux personnes travailleurs/ses du sexe sur les thèmes prioritaires : VIH/VHC/VHB/IST, addictions, santé mentale

L'ARS va continuer à soutenir les associations qui œuvrent auprès de ce public. Le travail doit privilégier une approche par des pairs. Afin de promouvoir la santé en direction des travailleurs/ses du sexe et dans un souci d'efficacité et d'éthique, il est besoin d'approcher la prostitution en tant que réalité sociale, sans émettre de jugement ni imposer de changement. Il est indispensable dans un premier temps de prévenir l'exclusion sociale des personnes qui exercent le travail du sexe. Les axes de travail en prévention sont :

- de développer des actions de proximité, projets de prévention ciblés, adaptés au genre, origines et contextes,
- d'offrir écoute et soutien psychosocial, individuel ou en groupe en plusieurs langues,
- d'orienter ou accompagner vers des structures spécialisées,

Les actions seront développées plus spécifiquement dans le cadre du PRAPS.

3.1.5 Réduire les impacts sur la santé de l'environnement : lutter contre l'habitat indigne

L'impact d'un habitat indigne sur la santé physique et morale des occupants peut être multiple, et à l'origine de pathologies parmi lesquelles figurent le saturnisme infantile en présence de revêtements dégradés en plomb, l'asthme et les allergies en lien avec l'insalubrité d'un



logement, ou encore les risques d'intoxication en présence de monoxyde de carbone. La qualité de l'habitat constitue donc un déterminant majeur de la santé des occupants, et représente à ce titre un élément essentiel d'intégration sociale.

En Ile-de-France, près de 174 600 logements du parc privé - soit 4,7 % du parc - sont potentiellement indignes¹⁰. Ces logements peuvent présenter un risque pour la santé de leurs occupants du fait qu'il s'agit soit de logements insalubres, de locaux comportant un risque d'accessibilité au plomb, d'immeubles menaçant en ruine ou encore d'hôtels meublés dégradés. Cette estimation du parc privé potentiellement indigne (PPPI) représente ainsi près de 30 à 44 % du PPPI national évalué entre 400 000 et 600 000 logements. Si l'on se réfère par ailleurs aux données nationales, près de deux enfants sur trois atteints de saturnisme infantile résident dans la région francilienne.

L'Ile-de-France est donc la région où la densité d'habitat indigne semble la plus importante. Cet habitat peut revêtir de multiples facettes selon que l'on se trouve dans les départements de Petite Couronne, caractérisés par un milieu urbain dense regroupant une forte concentration de logements insalubres en location, ou dans des départements de Grande Couronne plus ruraux où l'insalubrité rencontrée est plus diffuse et délicate à gérer du fait qu'elle touche plus les propriétaires occupants. Cet habitat se concentre essentiellement dans les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis (16,3 % du PPPI francilien), et concerne des populations socialement vulnérables. Sa répartition spatiale conduit à l'aggravation des inégalités territoriales de santé, ainsi qu'à la ségrégation urbaine qui sont les caractéristiques même de la région.

Le droit à un logement digne est un droit fondamental. Compte tenu du nombre élevé de personnes exposées à ce type de logements, et en raison des enjeux sanitaires associés à ces expositions, la lutte contre l'habitat indigne constitue donc une priorité de l'Agence. C'est en ce sens que l'ARS est chargée de la vérification de la salubrité des logements et de la définition, la mise en œuvre et le suivi des mesures de lutte contre le saturnisme infantile.

Étant donné que la lutte contre l'habitat indigne est une action multi-partenaire, elle nécessite une intervention sanitaire - pour laquelle l'ARS est sollicitée - couplée aux interventions des partenaires sociaux et des intervenants du champ de l'habitat et de la politique urbaine. Si les interventions mises en œuvre jusqu'à présent ont été essentiellement d'ordre réglementaire (police sanitaire) et orientées dans le champ du bâti (financements publics et opérations programmées d'amélioration de l'habitat), l'expérience a montré que d'autres approches centrées sur la mobilisation des occupants autour de la requalification de leur habitat sont possibles et conditionnées par le renforcement de la cohérence des actions menées par les intervenants sanitaires, sociaux et du bâti.

¹⁰ FILCOM 2003, METATTM d'après DGI - données issues du CD-Rom "PPPI" de l'ANAH/ DAEI/ DGUHC.



Dans ce contexte, l'ARS a souhaité, en lien avec les partenaires d'intérêt, orienter son intervention selon les 2 axes suivants :

- Amplifier et mettre en cohérence les actions menées par les Préfets, l'ARS et les collectivités territoriales en matière d'habitat indigne,
- Soutenir des actions partenariales et/ou locales de réduction de l'impact sanitaire des différentes formes d'habitat dégradé et de réduction de l'exposition à cet habitat.

La mise en œuvre de ces objectifs pour lesquelles l'ARS est pilote se fera en étroite collaboration avec les Conseils généraux, les collectivités locales, les associations, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les services concernés de l'Etat et l'observatoire régional de la santé.

L'ARS souhaite également, aux travers des actions définies dans le cadre de son Programme Régional d'Accès à la Prévention aux soins (PRAPS), initier des travaux pour répondre aux problématiques de santé mentale des personnes touchées par l'habitat indigne, et notamment les personnes touchées par le syndrome de Diogène. L'objectif poursuivi est de faire en sorte que les intervenants en matière d'habitat indigne puissent être des « signalants » et relais vers les professionnels compétents, avec des clefs pouvant leur permettre de repérer les signes et de mieux connaître les dispositifs de prise en charge de la santé mentale des occupants en fonction des situations rencontrées.

3.2 Favoriser l'intégration de la prévention dans les parcours de santé

3.2.1 Agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et petite enfance¹¹

Les inégalités de santé sont observées dès la naissance et même avant. Les femmes dans des situations socio-économiques difficiles ont des grossesses souvent à risques en raison d'une alimentation insuffisante et non équilibrée, de leurs conditions de logement, du stress qui en découle, etc. Naître dans un logement insalubre, être malnutri, précocement exposé à des pollutions environnementales, etc. ne favorise certes pas un développement en bonne santé. Les inégalités sociales jouent un rôle important dans la reproductibilité des inégalités de santé. Certaines études ont mis en évidence le fait que 40 % des inégalités sociales de santé d'une génération s'expliquaient par celles de la génération précédente.

¹¹ Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le volet périnatalité du Schéma d'organisation des soins hospitaliers, le schéma d'organisation des soins, volet ambulatoire et le schéma d'organisation médico-sociale.



Donner à chaque enfant les meilleures chances de débiter dans la vie est crucial pour réduire les inégalités de santé tout au long de la vie, favoriser un bon niveau d'éducation et une position socio-économique acceptable. C'est donc par des actions envers les plus jeunes que l'Agence entend lutter prioritairement.

3.2.1.1 Les axes de développement prioritaire

Les politiques mises en place par les plans de périnatalité depuis une vingtaine d'années, les progrès techniques de l'obstétrique et de la médecine périnatale, le développement des suivis de grossesse, des mesures préventives sont à l'origine de progrès notables de la situation périnatale en France. Toutefois, afin d'impulser l'amélioration nécessaire, la notion de sécurité émotionnelle et la stratégie de suivi différencié des risques sont devenus en 2011 pour les professionnels des enjeux incontournables de l'accompagnement de la grossesse et de la parentalité.

Le contexte en Ile-de-France

En raison d'une population jeune importante, la région est féconde avec un nombre de naissances en augmentation : un peu plus d'une naissance métropolitaine sur cinq est francilienne.

Les indicateurs de mortalité périnatale et infantile sont moins favorables qu'en France métropolitaine, la précarité en augmentation entraîne des disparités importantes d'accès à la santé, un suivi prénatal insuffisant, des mesures de repérage (par l'examen prénatal précoce) des femmes et couples en situation vulnérable peu pratiquées.

Face à ces constats et prenant en compte les recommandations de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007¹² et du rapport de l'IGAS sur les Inégalités Sociales de Santé dans l'Enfance¹³, l'Agence entend mettre en œuvre avec l'ensemble des partenaires, et particulièrement les services de PMI, un renforcement du suivi des femmes et des couples en situation vulnérable. L'objectif est de densifier les interventions et de les différencier avec des modes d'intervention adaptés tout au long du parcours de santé.

Ce parcours comprend plusieurs étapes du désir de grossesse aux premiers mois de l'enfant : le projet de naissance peut se décomposer en 3 étapes, la période prénatale, celle de l'accouchement et de la naissance, la période post natale. Les portes d'entrée sont la déclaration de grossesse et l'entretien prénatal précoce.

¹² Mini¹² stère de la santé et des sports. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 Mai 2010

¹³ Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C., Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Inspection générale des affaires sociales, RM2011-065P



Les 4 axes importants seront :

- Renforcer l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)
- Développer des compétences parentales et le soutien à la parentalité
- Soutenir les actions d'éducation pour la santé (EPS)
- Repérer et dépister précocement les handicaps

Axe 1 : Renforcer l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

Favoriser avec les futurs parents, le repérage de facteurs de risque éventuels par le renforcement de l'entretien prénatal précoce (EPP), mesure à proposer à tous dès que possible. Cet entretien est insuffisamment proposé et pratiqué depuis sa création malgré sa pertinence pour rendre les couples acteurs de leur prise en charge. Il permettra de faire émerger les besoins et les attentes des femmes et des couples et concernera le repérage des facteurs de vulnérabilité (sociale, psychologique et médicale) ; il déclenche le plus souvent des recommandations, un accompagnement et un suivi.

L'accompagnement devrait pouvoir se mettre en place précocement et être coordonné pour éviter les ruptures dans une prise en charge médico psycho sociale globale et continue (parcours de santé et projet de naissance). Cette continuité s'inscrit dans la

préparation à la parentalité et à la naissance¹⁴ basée sur la prévention et l'éducation pour la santé. Le développement de l'EPP nécessite une concertation avec les professionnels (médecins et sages femmes) tout exercice confondu. Un état des lieux permettra de connaître la situation actuelle et de dégager des pistes d'amélioration (information des parents, information et mobilisation des professionnels de santé et sociaux, harmonisation régionale des pratiques et des supports, formations pluri disciplinaires et pluri partenariales, avec volets plus spécifiques pour la prise en charge des situations de périnatalité en grande précarité (en collaboration avec le réseau Solipam) et des situations de souffrance psychiques (en collaboration avec la pédo psychiatrie).

Le maillage territorial des acteurs intervenant sur un même territoire en ante et post-natal (PMI, réseaux périnatalité, professionnels de la santé - notamment les sages-femmes - et du social, psychologie adulte et pédo-psychiatrie, centres de santé) devra être assuré et renforcé, en s'appuyant sur les réseaux, mais aussi sur les organisations associatives et en développant le rôle des professionnels de premier recours.

Un travail sera conduit avec l'assurance maladie, d'une part sur les financements afin qu'ils soient équitables selon les différents acteurs intervenant (PMI, libéraux), d'autre part sur les délais d'ouverture des droits des femmes enceintes.

¹⁴ (cf.PNP recommandations HAS, décembre 2007),



Enfin, l'évaluation quantitative et qualitative de la mise en œuvre de l'EPP et du suivi des recommandations sera à organiser afin d'identifier les freins et les leviers pour le déployer.

Au-delà, du repérage des femmes enceintes et des couples en situation de vulnérabilité grâce à l'entretien prénatal précoce (EPP), il faut considérer les questions de logement, de chômage et de précarité et peser en faveur de la prise en compte de la petite enfance dans les politiques publiques dans ces domaines.

Axe 2 : Développer les compétences parentales et le soutien à la parentalité

Le rapport IGAS sus-cité expose toute l'importance de prévenir les troubles des liens parent-enfant : « *Les actions de soutien à la parentalité peuvent avoir un impact considérable sur la santé des enfants.* »

« *Moduler le soutien à la parentalité en fonction des besoins des familles peut concilier 3 entrées :*

- *Par les besoins des personnes : le plus tôt possible dès la grossesse, à partir de certains critères orientant vers l'EPP,*
- *Par les besoins des territoires en intensifiant les actions sur ceux confrontés à un cumul de difficultés,*
- *Par les lieux de vie, en renforçant le rôle des parents dans les structures en relation avec les familles ».*

Le soutien à la parentalité peut avoir un impact considérable sur la santé des enfants, notamment en favorisant une trajectoire de développement psycho social positive et en prévenant la maltraitance.

Concernant plus spécifiquement le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violence au sein du couple, il est nécessaire d'étendre le repérage et le suivi des victimes aux enfants exposés, en cohérence avec le plan ministériel 2011-2013 de lutte contre les violences faites aux femmes. Ces actions auront pour effet non seulement de protéger et de prendre en charge ces enfants, mais également de prévenir le phénomène de reproduction à venir de comportements d'auteurs et de victimes.

Une meilleure connaissance des dispositifs existants se fera par un état des lieux, afin de s'appuyer sur les dispositifs existants tels que les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP). Ils mettent en relation les professionnels des champs concernés par la parentalité, soutiennent des actions favorisant la participation des parents et les valorisent. Une sensibilisation et une formation des professionnels à appréhender la dynamique de l'ajustement au rôle parental selon le contexte seront organisées, des actions



issues des conclusions de certaines études seront mises en œuvre notamment à partir de la recherche-action de prévention précoce et de soutien à la parentalité (CAPEDP¹⁵).

Des actions devront aussi être menées pour améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

Axe 3 : Soutenir des actions d'éducation pour la santé pour promouvoir des comportements favorables des jeunes parents, mais aussi de l'ensemble des professionnels prenant en charge le petit enfant à partir de stratégies éducatives adaptées.

- sur le risque foeto-maternel lié à la consommation de substances psycho-actives (tabac, prévention du Syndrome d'alcoolisation foétale),
- Sur le risque infectieux lié au VIH, aux IST et aux hépatites,
- Sur la nutrition et les conséquences de l'obésité et du surpoids,
- Sur l'allaitement et ses bienfaits,
- Sur l'hygiène buccale du tout-petit (prévention de la carie de la petite enfance),
- Sur les vaccinations, plus particulièrement rougeole, coqueluche, grippe, tuberculose.

Ces mêmes thématiques devront faire partie des formations initiales et continues de tous les professionnels en charge de la petite enfance (crèches, PMI, école maternelle, etc.).

Axe 4 : Mieux repérer, dépister, diagnostiquer et accompagner précocement les enfants porteurs de maladies chroniques et handicaps dans une approche globale de la santé. L'objectif étant de réduire les incapacités et de limiter le sur-handicap.

Dans l'intérêt des enfants porteurs de handicap ou de maladie chronique et de leur famille, il est nécessaire de promouvoir la mise en place d'un dispositif cohérent de repérage et le cas échéant de dépistage, d'écoute et d'accompagnement sanitaire et médico-social des familles et des enfants (avis du 21 juin 2012 de la conférence nationale de santé).

Ainsi, à l'instar des autres régions de France, il est nécessaire de développer des stratégies adaptées afin d'améliorer :

- les connaissances scientifiques, statistiques, épidémiologiques portant sur les pratiques des professionnels et des systèmes d'information.

¹⁵ Cette action recherche évaluée, auprès de familles défavorisées, dans le cadre de la promotion de la santé mentale de la mère et de l'enfant : la promotion des compétences parentales et le sentiment de compétence parentale ; la prévention de la dépression prénatale et postnatale ; la prévention du stress parental ; la prévention des difficultés comportementales de l'enfant. Il s'agit aussi de favoriser : la sécurité de l'attachement de l'enfant ; la compréhension et l'utilisation adéquate du système sanitaire, éducatif et social ; le développement des réseaux sociaux des mères et le développement psychomoteur de l'enfant. Les premiers résultats seront présentés en septembre 2012, méthodologie présentée aux journées de l'INPES 2009 : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2009/session3/PPT_SIMON-VERNIER-Elodie.pdf



- le développement de l'information, formation communication des familles, des professionnels de première ligne ainsi que du grand public
- la mobilisation des professionnels de santé à partir des recommandations en vigueur
- le suivi spécifique des nouveaux nés à risque de handicap ¹⁶

En Ile-de-France la prévalence de certaines maladies et handicaps nécessite que des actions particulières de repérage et de dépistage soient déployées en direction notamment du saturnisme, de la drépanocytose et de troubles de l'évolution du développement dont l'autisme infantile.

3.2.1.2 Renforcer la place et le rôle des services de PMI

Les services de protection maternelle et infantile (PMI), sous l'égide des conseils généraux, jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, du fait de leur champ de compétence (de la promotion de la santé au dépistage des pathologies et du handicap, en passant par la prévention) et de leur partenariat avec l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et médico-social.

Leur population cible est constituée de jeunes, familles, futurs parents et enfants. La PMI s'adresse à toute la population sur le territoire départemental mais est particulièrement investie dans le suivi et l'accompagnement des personnes présentant différentes vulnérabilités. Les services offerts sont multiples, sanitaires (suivi de grossesse, suivi préventif de l'enfant, orientation vers des soins adaptés), éducatifs et sociaux (accès aux droits, au logement, conseils et orientations). Il s'agit donc d'une démarche pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle *coordonnée* autour des besoins de chaque personne.

Par ailleurs, les services de PMI sont un lieu d'observation des problématiques rencontrées par les jeunes et les familles vulnérables, en particulier dans le parcours de soins. Ceci leur permet ensuite d'alerter les autorités sanitaires, voire de modifier leur organisation pour faire accéder les personnes vulnérables aux différents services auxquels elles ont droit.

De manière particulière, les services de PMI jouent, dans certains territoires comme la Seine Saint Denis, un rôle majeur en offrant des services accessibles là où l'offre de premier recours ambulatoire est fragile (80% des nouveau-nés sont vus dans ce département par les professionnels de PMI). Toutefois les difficultés de plus en plus importantes de recrutement de médecins et de puéricultrices mettent à mal la réalisation des missions du service de PMI. L'augmentation de l'offre de formation tant par les écoles que par l'université, l'alignement des grilles indiciaires pour les professionnels de santé, en particulier les médecins et infirmiers, des

¹⁶ Prématurité, retard de croissance intra-utérin, fœtopathies, malformation, pathologies particulières.



trois fonctions publiques, permettrait d'être plus attractifs. Ceci favoriserait la mixité des cultures préventives et curatives en favorisant la mobilité des professionnels entre elles.

Un soutien plus important aux acteurs et structures déjà en charge de la prévention leur permettrait de développer leurs actions à hauteur des besoins. L'objectif d'intensification des interventions de la PMI affiché ici implique d'en préserver, voire d'en renforcer, le financement dans le cadre de la nouvelle convention-cadre avec l'assurance maladie.

En raison de leur rôle particulier, de leur place d'observateur et de par leurs compétences, les services de PMI de la région Ile-de-France se sont retrouvés dans le cadre d'un groupe de travail de la CCPP-Prévention et sous l'égide de l'ARS, et ont fait un certain nombre de propositions pour le schéma régional de prévention.

Ces propositions sont regroupées dans 4 axes :

- Faciliter l'accès à la planification et à l'éducation familiale

Dans cet axe, l'Agence a retenu la lutte contre les violences faites aux femmes dans les priorités thématiques du schéma.

- Promouvoir l'accès précoce au suivi de grossesse

Cet axe comprend 6 points qui sont des priorités du schéma et assurent pour certains la transversalité avec le schéma de l'offre ambulatoire (réseaux de périnatalité) :

- Repérer et organiser le parcours de santé des femmes enceintes de la déclaration jusqu'à l'accompagnement de la nouvelle mère,
 - Travailler avec les CPAM pour l'ouverture des droits systématiques des femmes enceintes et l'organisation d'un système de dispense d'avance de frais pour le bilan prescrit lors de la déclaration de grossesse,
 - Améliorer le suivi des femmes enceintes en situation d'errance sociale,
 - Orienter dans le système de soins et médico-social les femmes en situation de vulnérabilité sociale,
 - Prévenir, repérer et orienter les femmes présentant des pathologies psychiatriques,
 - Prévenir la dépression maternelle en repérant les femmes en situation de vulnérabilité psychique et en les accompagnant au cours de leur grossesse et en post-partum,
 - Accompagner les femmes vulnérables lors de l'inscription en maternité.
- Favoriser l'accès à la prévention pour la petite enfance

Les 2 points de cet axe constituent des priorités du schéma de prévention, et seront réalisés en articulation avec l'éducation nationale, par l'intermédiaire de la santé scolaire:



Schéma de prévention

- Favoriser les repérages et le dépistage des troubles du développement et des handicaps de l'enfant,
- Renforcer la prévention précoce et le soutien à la parentalité.

Par ailleurs, le groupe de travail PMI-Agence a insisté particulièrement sur quelques points qui participent à l'aggravation des inégalités sociales de santé et que l'Agence devra combattre :

- La complexification des inscriptions en maternité, du fait de la généralisation des inscriptions par internet, qui défavorisent un certain nombre de femmes en situation de vulnérabilité par l'absence d'accès à des réseaux virtuels,
- Le recentrage des maternités hospitalières vers les grossesses à risque reléguant les grossesses à bas risque vers la ville ce qui génère 2 types de problèmes : l'insolvabilité de certaines femmes (bilans biologiques et échographies) qui les exclut du suivi et la nécessité de renforcer la formation des médecins de ville à cette prise en charge,
- L'absence d'homogénéité dans l'ouverture des droits pour les femmes enceintes entre les CPAM de la région, l'Agence devra intervenir pour permettre cette harmonisation,
- Le problème de la circulation des jeunes et des femmes enceintes dans les différents départements de la région (la plupart du temps involontairement du fait d'une modification de l'hébergement) complique la prise en charge voire l'empêche.

Enfin, l'Agence adhère au souhait du groupe de voir renforcer le rôle des sages-femmes dans le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes en situation de vulnérabilité.

Un point spécifique mérite d'être ajouté, s'agissant du rôle de la PMI dans la prévention et la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, pour lesquelles plusieurs départements franciliens ont été pionniers. Leur travail se fait dans le cadre d'un partenariat avec les autres professionnels de santé, du social et de l'éducation.

3.2.2 Poursuivre dans le cycle de vie, la coordination et la coopération avec tous les acteurs pour les enfants, adolescents et jeunes adultes¹⁷

Dans la continuité de l'action dès le plus jeune âge, le deuxième axe prioritaire concerne *les enfants, les adolescents et les adultes jeunes*. Ces interventions doivent permettre de rompre avec la reproductibilité des inégalités sociales et territoriales de santé, en intervenant sur les thématiques les plus problématiques, dans un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, l'Education Nationale et les Services Interuniversitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS) : la nutrition (alimentation et activité physique), la santé bucco-dentaire, les addictions, la sexualité, les conduites addictives, la souffrance psychique, le dépistage des TSA (troubles spécifiques des apprentissages) et le risque auditif lié aux musiques amplifiées.

3.2.2.1 Les thématiques prioritaires

Pour les thématiques qui le permettent, les actions précoces d'éducation à la santé (dès la maternelle) seront privilégiées avec l'enjeu de faire acquérir des automatismes aux enfants dès le plus jeune âge. Il en est ainsi de l'hygiène corporelle et alimentaire. L'apprentissage du brossage des dents est très efficace dès la moyenne section, permettant une réduction importante de l'incidence carieuse. Les différents aliments et le nombre de repas peuvent facilement être abordés concrètement en classe.

Dans les collèges et lycées, c'est à travers les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) que seront menées les actions éducatives, permettant aux élèves d'acquérir des connaissances et de développer leur esprit critique, d'être capables de faire des choix responsables et d'être autonomes.

L'*obésité* est un facteur de risque reconnu pour plusieurs problèmes de santé : hypertension, cholestérol, diabète, maladies cardiovasculaires, problèmes respiratoires, arthrite et certaines formes de cancer. La prévention des ces pathologies de l'adulte passe donc par l'éducation nutritionnelle et la prévention de l'obésité.

Le surpoids et l'obésité, qui touchent les franciliens de manière plus importante que la moyenne nationale, associera éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique. Les cours d'éducation physique et sportive (EPS) jouent ici un rôle essentiel.

¹⁷ Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le schéma régional d'organisation des soins, volet ambulatoire et avec le schéma régional d'organisation médico-sociale.



L'Agence va promouvoir la mise en place de projet de promotion de l'activité physique des enfants et des jeunes à partir de l'expérience ICAPS, pour laquelle l'INPES a édité un Guide méthodologique¹⁸.

Concernant les *addictions*, c'est une approche globale et précoce qui sera privilégiée. Il s'agira d'aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui. La prévention passe par de connaissances relatives à leur santé, aux produits (tabac, alcool, cannabis), leurs effets et la législation en vigueur, mais aussi par le développement de compétences psychosociales permettant une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation.

L'éducation à la *sexualité* poursuivra plusieurs objectifs : la réduction des grossesses précoces non désirées, des infections sexuellement transmissibles, du VIH/sida, la sensibilisation au dépistage du cancer du col, la lutte contre les comportements homophobes, sexistes et contre les violences sexuelles. Il s'agira d'apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques pour identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique, et à partir de là, de favoriser des comportements responsables individuels et collectifs (estime de soi et respect de l'autre).

Les *troubles des apprentissages* représentent une altération diffuse et multifactorielle des capacités d'apprentissage de l'enfant dont l'approche doit être globale, impliquant l'enfant, la famille, les différents éducateurs et thérapeutes. Le rôle de l'école est primordial pour le repérage de ces troubles et l'orientation vers les professionnels pour des prises en charge adaptées (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, pédopsychiatre, orthoptiste...) et précoce. La guidance parentale est indispensable pour la compréhension du handicap (origine et nature des troubles) et l'accompagnement de l'enfant sur tout ou partie de son parcours scolaire.

On estime aujourd'hui que 10 % des moins de 25 ans présentent une perte auditive pathologique, due à l'écoute de la musique amplifiée. Les pratiques à risques, telles que l'écoute prolongée de lecteurs MP3 à fort volume et la fréquentation de concerts et discothèques, sont en forte augmentation. Elles exposent donc plus de jeunes à des volumes sonores élevés pouvant provoquer une dégradation de l'audition. Les atteintes de l'audition sont parfois irréversibles, entraînant surdité partielle ou totale, acouphènes ou hyperacousie (intolérance au bruit). Des campagnes auprès des jeunes, particulièrement dans les lieux festifs, sont donc à mener.

Des actions spécifiques sur ces différentes thématiques sont à mener envers les jeunes qui sont dans des situations de vulnérabilité : les jeunes pris en charge par la

¹⁸ INPES, Promouvoir l'activité physique des jeunes – Elaborer et développer un projet de type ICAPS. 2011.



Protection Judiciaire de la Jeunesse, les jeunes en rupture sociale et familiale, les jeunes en insertion (foyers de jeunes travailleurs), les jeunes à la rue, etc.

Concernant *les vaccinations*, l'adolescence est une période propice. La revaccination permet : de renforcer l'immunité déclinante et de prolonger la protection acquise dans l'enfance ; d'intensifier l'éradication de certaines maladies comme la rougeole ; d'éviter des risques spécifiques à l'adolescence (hépatite B, papillomavirus, méningocoque C) et de rattraper les oublis vaccinaux de l'enfance.

L'Agence s'engage donc dans une politique de promotion de la vaccination chez les adolescents et les jeunes adultes visant à : améliorer la connaissance et le suivi de la couverture vaccinale ; à développer en lien avec les partenaires (URPS, Assurance maladie et mutuelles, DRJSCS, Education nationale, collectivités locales et territoriales...) des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé, de la population, des associations de promotion de la santé, notamment sur les bénéfices risques : maladies /vaccins, des actions d'information et d'éducation pour la santé en relais des campagnes nationales et des consultations mobiles délocalisées au plus près des besoins identifiés.

3.2.2.2 Renforcer le rôle des services de la médecine scolaire

Les axes de prévention, issus des préoccupations partagées entre l'agence et l'Education nationale, font l'objet de travaux communs. Le programme d'actions se caractérise par son approche globale portant sur l'ensemble des déterminants (individuels, sociaux et environnementaux) comme sur les principaux besoins de santé des élèves (alimentation, activité physique, éducation à la sexualité, compétences psychosociales) mais également sur la dimension de la citoyenneté (respect de soi et de l'autre, gestes qui sauvent). Conçu dans une continuité, il couvre un champ qui s'étend, selon les situations et les besoins, de l'éducation à la santé, au repérage des signaux d'alerte, jusqu'à l'orientation de l'élève, le cas échéant, vers une prise en charge médicale et/ou spécialisée et dans une logique de promotion de la santé. Il prend en compte une organisation générale qui associe la communauté éducative, les divers professionnels intervenant au sein des écoles et des établissements, les parents en lien avec les partenaires locaux.

Les actions sont regroupées en 4 priorités :

- l'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques intégrant la prévention du surpoids et de l'obésité,
- l'éducation à la sexualité, avec l'accès à la contraception et la prévention des IST et du sida ;
- la prévention des conduites à risque (alcool, tabac, cannabis, les « jeux dangereux ») et la prévention du mal-être ;



- l'éducation à la responsabilité face aux risques, dont la formation aux premiers secours.

Enfin ces deux développements sur le rôle en prévention de la PMI et celui des services de médecine scolaire, ne doivent pas ignorer leur articulation avec les acteurs de santé gravitant autour de l'enfant. Cette articulation est importante pour la cohérence du parcours de santé de l'enfant. En effet, un nombre important d'enfants ne sont pas suivis par la PMI, et le médecin scolaire peut concourir à l'entrée dans le parcours de santé dès l'âge de trois ans à la maternelle.

L'Education Nationale par ses personnels notamment de santé (médecins et infirmières) concourt largement au parcours de santé des enfants. Un des rectorats d'Ile de France a mis en place depuis plusieurs années des formations pour les personnels de santé, infirmières et médecins à l'entretien motivationnel. Cette initiative sera à promouvoir au sein des 2 autres Rectorats.

3.2.2.3 Renforcer le rôle des services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

Les SIUMPPS s'intéressent depuis de nombreuses années à la santé des étudiants, sujet préoccupant car, si globalement les étudiants sont en bonne santé du fait de leur âge, les différentes enquêtes montrent qu'il existe des tendances alarmantes souvent liées à la précarisation socio-économique des étudiants qui impacte leur santé et leur capacité d'insertion professionnelle.

La population étudiante a beaucoup augmenté au cours des dernières décennies avec une diversification notable, ouverture des études supérieures à des jeunes issus de milieux sociaux moins favorisés, augmentation des étudiants étrangers, augmentation de la proportion d'étudiants assurant un travail salarié en sus de leurs études. Cette évolution des profils étudiants a aggravé la précarisation de la population étudiante.

La réforme des missions de la médecine préventive annoncée dans le plan gouvernemental santé-jeunes a instauré pour les SIUMPPS l'obligation d'effectuer à chaque étudiant un bilan préventif dans les trois premières années d'étude et la possibilité pour ces services de demander leur agrément en centre de santé, autorisant la prescription médicale et le soin curatif au-delà du seul cadre préventif. Il s'agit là toutefois d'une mission facultative de la médecine préventive universitaire et qui reste soumise à une politique volontariste des présidences d'université et qui reste peu développée à ce jour.

De plus les SIUMPPS mènent et organisent des campagnes d'information, de prévention et de promotion de la santé avec le souci permanent d'une participation active des étudiants. Un partenariat de l'Agence avec les Présidents des Universités est en cours d'élaboration.



3.2.3 Coordination des acteurs en faveur du bien-être mental¹⁹

La santé mentale constitue un axe important du schéma de prévention, mais aussi des schémas d'organisation des soins, car elle est au confluent de nombreux enjeux de santé, notamment le problème du suicide ou des conduites suicidaires chez les jeunes, de l'interaction entre pathologie mentale et grande précarité, de la dépression et de l'isolement de la personne âgée, ou encore du lien entre addictions et santé mentale.

- Comment définit-on la santé mentale ?

La santé mentale fait partie de la définition de la santé de l'OMS²⁰. Elle a pour corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

L'agence régionale de santé d'Ile-de-France adhère à la vision de la santé et de la santé mentale exprimée par le livre vert de l'Union européenne *Vers une stratégie de santé mentale en Europe*²¹ : « Il n'y a pas de santé sans santé mentale. Pour les citoyens, la santé mentale est une ressource qui leur permet de réaliser leur potentiel émotionnel et intellectuel, et de trouver et de réaliser leur rôle dans la vie sociale, à l'école et au travail. Pour les sociétés, la bonne santé mentale des citoyens contribue à la prospérité, la solidarité et la justice sociale ».

- Les objectifs du schéma régional de prévention en santé mentale

Les actions du schéma de prévention visent d'une part à promouvoir une bonne santé mentale en agissant sur les déterminants permettant d'accroître la santé mentale positive, en renforçant ainsi les compétences psychosociales ; et d'autre part à prévenir la souffrance psychique et les troubles mentaux. Il s'agit dans ce second cas de repérer, dépister (et orienter) et de prévenir les récurrences (éducation thérapeutique du patient).

Nous avons bénéficié, pour définir les actions de cette thématique, des débats dans le cadre d'un forum citoyen organisé par l'Agence en Février 2012²², qui a rassemblé des professionnels et acteurs régionaux y compris les usagers autour de différentes problématiques prégnantes en santé mentale dans la région Ile-de-France.

- Favoriser une santé mentale positive

¹⁹ Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le volet psychiatrie et le volet ambulatoire du schéma régionale d'organisation des soins et avec le schéma régional d'organisation médico-sociale.

²⁰ "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"

²¹ Green Paper. Improving the Mental Health of the Population : Toward a Strategy of Mental Health for the European Union, Direction générale de la Protection des consommateurs et de la santé, octobre 2005, p.4

²² Documents téléchargeables : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Forum-Sante-Mentale.127707.0.html>



Le concept de santé mentale positive est peu connu du grand public y compris des professionnels. Or il est essentiel au développement d'un certain nombre de compétences (psychosociales, formation de liens sociaux, résilience, intelligence émotionnelle). Il s'agira de mettre en œuvre des actions favorisant l'acquisition des facteurs de bien-être et de santé mentale positive, en population générale (tout au long de la vie) et dans des populations spécifiques. Il s'agira aussi de former les personnels des établissements éducatifs, sanitaires sociaux et médico-sociaux.

En période périnatale, il sera important de favoriser des interventions sur la *promotion de la santé mentale périnatale* et sur *l'aide à la parentalité*, auprès de familles en difficulté notamment, en particulier des interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité²³.

Une priorité sera aussi de développer *les compétences psychosociales dès le plus jeune âge*, soit dès la maternelle. L'école est un milieu d'intervention privilégié en tant que lieu éducatif et de vie sociale, pour la mise en place de programmes de développement de ces compétences, sur la durée, en s'appuyant sur des acteurs formés. Ces actions seront réalisées dans le cadre d'un partenariat étroit avec l'Education Nationale. Chez les adolescents et les jeunes, et en particulier ceux en difficulté, cette éducation à la santé mentale aura pour but de donner sens à des comportements, de moduler des prises de risque et de développer des aptitudes à vivre des situations nouvelles. Car il existe un lien fort entre ces compétences, la prévention des conduites à risque et la réussite éducative.

Pour les jeunes les plus éloignés du système scolaire et de la santé, il sera important de développer des lieux de vie, relais d'information de proximité qui s'inscrivent dans le territoire de vie des jeunes : centres de loisirs, maison des adolescents (MDA), Bureaux d'information jeunesse (BIJ), bureau d'aide psychologique pour les étudiants (BAPU), Associations sportives et culturelles, Centres sociaux, Foyers de jeunes travailleurs.

Enfin, ces actions favorisant la santé mentale positive seront aussi très utiles auprès d'adultes en situation de vulnérabilité : *personnes en grande précarité, personnes âgées isolées, personnes détenues et sortants de prison*. De même, dans le cadre de *l'entreprise* un environnement de travail favorable et des actions d'éducation à la santé mentale favoriseront le bien-être au travail et seront très utiles à la prévention et la reconnaissance des troubles psycho-sociaux. Cet objectif se concrétisera grâce à une collaboration étroite avec les services de santé au travail.

- Prévenir la souffrance psychique et les troubles mentaux

Les actions de *repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux doivent se faire dès la grossesse*, en particulier à l'examen du 4^{ième} mois (EPP). Les femmes qui ont besoin d'un suivi psychologique pourront être ainsi orientées. Les femmes victimes de violence

²³ Lamboy B, Clément J, Saïas T, Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. *Santé publique* 2011; (23) supplément 6: S113-125.



sexuelles, psychologiques et violences physiques devront pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée, tant individuelle que collective.

Chez les adolescents et les jeunes, le *repérage précoce de la souffrance psychique*, par la sensibilisation des acteurs sanitaires et non sanitaires de première ligne, de la communauté éducative, devrait contribuer à diminuer les conduites à risque (toutes addictions, troubles alimentaires). Les programmes de soutien groupes de jeunes, dont les objectifs sont bien définis, avec la présence d'adultes référents devraient être promus.

La *prévention des tentatives et actes suicidaires* chez les jeunes pourra s'exercer grâce au développement des dispositifs d'accueil et d'écoute des jeunes (Maisons des adolescents, lieux d'écoute en mission locale, projet activité emploi jeune (PAEJ), etc.) facilitant l'expression d'un mal-être et permettant une orientation vers une prise en charge. Enfin, des actions d'information auprès des familles sur le repérage des signes éventuels de mal-être de leur enfant et les possibilités d'aide (lignes d'écoute téléphoniques, lieux d'accueil et de prise en charge, etc.) complètent ce dispositif. Le développement de programmes de soutien à la fonction parentale participe aussi à ce même objectif de lutte contre les tentatives et actes suicidaires des jeunes, actions menées en partenariat avec la direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

La *santé psychique des populations précaires, migrantes, détenues* doit être approchée par des dispositifs spécifiques et diversifiés comme les équipes mobiles psychiatrie-précarité qui vont au devant des personnes les plus désocialisées. Les médiateurs en santé mentale vont faciliter le lien avec le secteur des soins et lutter contre l'isolement des personnes. Dans les structures d'hébergement collectif, éclaté (appartements) ou en hôtel social les problématiques de souffrance psychique ou de troubles mentaux des *personnes en famille* doivent faire l'objet de dispositifs spécifiques avec des équipes pluridisciplinaires adaptées (problèmes des parents et des enfants). Pour toutes ces personnes, le développement de points d'écoute, avec notamment des possibilités d'interprétariat, est à promouvoir.

De même, les personnes *sourdes et malentendantes* doivent faire l'objet d'une attention spécifique quant aux problèmes de souffrance psychique.

La *fonction d'aidant* professionnel ou familial représente un réel facteur de risque et de fragilisation tant sur le plan somatique que psychologique (dépressions, troubles anxieux, troubles du sommeil, etc.). Pour prévenir les risques de décompensation, la maltraitance, les risques d'hospitalisation de l'aidé, pour maintenir dans la durée de la relation d'aidant et prévenir l'épuisement de l'aidant, il est nécessaire de mettre en place des lieux d'écoute et d'échange de proximité. Il est important aussi de développer la formation d'aidant.

La prévention des récurrences chez une personne atteinte d'un trouble mental peut être obtenue grâce à la participation à un programme *d'éducation thérapeutique du patient (ETP)*. En Ile-de-



France, seuls 7 programmes d'ETP en psychiatrie ont été autorisés parmi plus de 600 programmes. Ces programmes spécifiques devront être développés.

Parce que l'association santé mentale et précarité s'inscrit dans des territoires, l'Agence compte *développer les conseils locaux de santé mentale*. Ces derniers réunissent les élus, les professionnels de la santé mentale et du médico-social, les associations de patients et de familles. Sur un territoire réduit (un secteur), ils définissent, organisent et s'assurent de l'accès à des soins de qualité (prévention, continuité du parcours, proximité) en fonction de l'intérêt général local. Pour mieux prendre en compte les questions de santé mentale, qui participent des inégalités sociales de santé, l'Agence a la volonté d'intégrer autant que faire se peut, le conseil local de santé mentale (s'il existe) dans l'élaboration d'un contrat local de santé.

- Communiquer sur la santé mentale et lutter contre la stigmatisation

L'Agence entend œuvrer pour une « *déstigmatisation* » de la maladie mentale grâce deux types d'action. Une promotion de la santé mentale, qui ne vise pas seulement au développement des compétences psychosociales mais aussi à publiciser et rendre positif un sujet qui jusqu'ici engendrait peur et rejet. Les modalités sont des campagnes de communication, soit en relais de campagnes nationales, soit dans le cadre de campagnes régionales. Cette communication régionale générale devra être relayée, au plus près des territoires, par des actions associant les habitants et les malades de façon à assurer une meilleure inclusion de ceux-ci dans la cité.

Par ailleurs, il s'agira de combattre les messages négatifs, stigmatisants et discriminants, et de promouvoir des messages positifs, des exemples de rétablissement de personnes atteintes de trouble mental et des témoignages. Ce travail de déstigmatisation, non seulement améliore la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux mais prévient aussi leur exclusion sociale par la sensibilisation du voisinage qui devient un agent intégrateur, participant ainsi à la cohésion de la cité.

3.2.4 Développer des actions spécifiques adaptées aux personnes en situation de handicap²⁴

Les personnes souffrant de handicap peuvent présenter davantage de problèmes de santé, liés ou non au handicap, que la population générale (surpoids-obésité chez les personnes trisomiques, problèmes bucco-dentaires chez les personnes sous psychotropes, etc.).

Un manque d'accès à la prévention et aux soins se surajoute à ces difficultés au point de conduire parfois à des « sur handicaps » (inaccessibilité des infrastructures, matériel de mammographie inadapté aux handicapés moteurs, professionnels non formés, messages de santé non adaptés,...).

²⁴ Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le schéma régional d'organisation médico-sociale.



En outre, il peut exister un vieillissement spécifique et précoce des personnes souffrant de handicap qui engendre, par l'apparition de pathologies nouvelles et la perte d'autonomie, des besoins supplémentaires en termes de soins et de prévention.

Les objectifs du schéma de prévention en direction de cette population sont de travailler sur un certain nombre de thèmes de prévention comme : le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire, la vie affective et sexuelle, la santé mentale, l'avancée en âge des personnes handicapées.

Les médecins généralistes, qui constituent le plus souvent le premier interlocuteur des personnes handicapées pour leur prise en charge médicale, devraient être sensibilisés afin de mettre en place les mêmes pratiques de prévention vis-à-vis des personnes handicapées qu'en population générale.

Des actions de promotion de la santé spécifiques dans les établissements médico-sociaux doivent être construites avec les équipes de professionnels (équipes éducatives et sanitaires) ainsi qu'avec les personnes handicapées elles-mêmes afin de les adapter au mieux aux types de handicap.

De même, les aidants professionnels et familiaux devraient être sensibilisés aux questions de prévention chez les personnes en situation de handicap.

Une forte articulation avec le SROMS sera développée pour intégrer ces actions dans les dispositifs et structures pour personnes handicapées. Il s'agit de travailler avec les collectivités territoriales, notamment les conseils généraux, et les associations dans la conception et la mise en œuvre de ces actions.

3.2.5 Développer le rôle des professionnels de santé en matière de prévention²⁵

L'enjeu de la « prévention intégrée au parcours de santé » est de mieux intégrer la prévention dans les pratiques des acteurs du soin, que ce soit dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention sélective (dépistages) ou de la prévention au bénéfice des patients (éducation thérapeutique).

Pour répondre à cet objectif, différents axes d'actions sont envisagés. Tout d'abord, il s'agit d'intégrer la prévention au sein des préoccupations des acteurs du premier recours. Pour cela, ils doivent disposer d'une culture commune et partagée en matière de prévention notamment par des dispositifs de sensibilisation ou de formation continue.

²⁵ Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le schéma régionale d'organisation des soins hospitaliers et notamment le volet ambulatoire.



Ensuite, il faut engager ces acteurs dans des actions de prévention de proximité en facilitant la lisibilité des dispositifs locaux ou régionaux et en améliorant la coordination des prises en charge pour mieux orienter les personnes vers différents intervenants (acteurs associatifs ou professionnels identifiés).

Les établissements de santé doivent pouvoir s'engager vers le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée. Tout contact avec le système de soin doit représenter une opportunité pour aborder la prévention ; le soin et la prévention doivent être indissociables lors d'une prise en charge globale du patient. Les actions peuvent être menées au sein de l'établissement ou en réorientant les patients vers les acteurs-ressources en prévention du 1^{er} recours (articulation avec le SROS établissement en cours d'élaboration).

L'élaboration de la partie du schéma concernant la prévention intégrée au parcours de santé a été réalisée avec le pôle Ambulatoire de l'Agence et en étroite collaboration avec les professionnels de santé concernés à travers les unions régionales (l'URPS médecins, l'URPS Orthophonistes, l'URPS Sages-femmes, l'URPS Pharmaciens, l'URPS Infirmiers, l'URPS Masseurs-kinésithérapeutes, l'URPS podologues et l'URPS Chirurgiens-Dentistes), les conseils des Ordres, et les associations professionnelles. Ces professionnels ont adressé des propositions qui ont été travaillées en commun et ont été finalisées dans le cadre de fiches actions.

Les orientations de développement des pratiques cliniques préventives sont :

- Valoriser et développer la prévention au quotidien dans les cabinets des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, autres spécialistes consultants ou en accès direct, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, etc.),
- Renforcer la participation des professionnels de santé aux programmes de prévention,
- Promouvoir la prévention au sein des exercices regroupés.

Le détail de ces orientations est développé en annexe.

3.2.5.1 Les médecins

Les professionnels de santé du premier recours, notamment ceux du secteur ambulatoire, sont dans une position privilégiée, ils assurent l'essentiel des soins et ont donc une légitimité pour prodiguer des conseils de prévention.

Dans la mesure où 85% des assurés avaient choisi un médecin traitant fin 2008 (généraliste dans plus de 99% des cas), le médecin généraliste est naturellement l'acteur essentiel de la prévention dite « médicalisée », car il est la porte d'entrée première dans le système de santé, il est chargé des soins de premier recours tant préventifs que curatifs, il assure la majorité des



soins des personnes atteintes de maladies chroniques et oriente le patient dans le parcours de soins.

Les pratiques de prévention intégrées aux soins ou pratiques cliniques préventives représentent les deux tiers de l'ensemble des pratiques de prévention. Elles sont réalisées essentiellement par les médecins généralistes mais également par les médecins des autres spécialités et par l'ensemble des professionnels de santé.

3.2.5.2 Les autres professionnels de santé

Les autres professionnels de santé ont aussi toute leur place dans la plupart des programmes de prévention.

La coopération entre professionnels de santé peut être une source d'efficacité du système de santé, particulièrement dans le domaine de la prévention dans laquelle le patient n'est, le plus souvent, pas demandeur d'une intervention.

Cependant, le développement des pratiques cliniques préventives chez les auxiliaires médicaux est difficile car ces professions ne sont pas, sauf cas particulier, en accès direct et parce qu'il n'existe pas, le plus souvent, de rémunération spécifique.

Les orientations spécifiques pour chaque professionnel de santé sont présentées ci-après et les détails en annexe 5.3.

Pharmaciens

Les pharmaciens sont des professionnels de santé de premier recours accessibles directement ou sur prescription médicale.

Les orientations de développement des pratiques cliniques préventives des pharmaciens sont :

- Le renforcement de la prévention de routine lors de la délivrance des produits de santé,
- La promotion de la participation des pharmaciens aux programmes de prévention (contraception et vaccination notamment),
- La participation des pharmaciens au suivi de certaines maladies chroniques,
- L'exploration d'autres pistes pour certains états ou publics spécifiques.



Chirurgiens-dentistes

Professionnels de santé de premier recours en accès direct, les chirurgiens-dentistes sont des acteurs de prévention essentiels en raison du nombre important de patients qu'ils voient tous les jours.

Les orientations de développement des pratiques cliniques préventives des chirurgiens-dentistes sont :

- Le renforcement des pratiques cliniques préventives de routine,
- La participation des chirurgiens-dentistes au dépistage des affections buccales et notamment des cancers buccaux.

Sages-femmes

La profession de sage-femme est une profession médicale de premier recours en accès direct dont le champ de compétence concerne le suivi anténatal et postnatal de la grossesse normale et le suivi gynécologique et de prévention de la femme.

Dans ce cadre les orientations de développement des pratiques cliniques préventives des sages-femmes sont :

- La promotion du suivi de la grossesse à bas risque par les sages-femmes,
- La promotion de l'accompagnement semi-global par une prise en charge médico-psycho-sociale,
- L'intégration des sages-femmes dans les programmes de santé publique.

Masseurs-kinésithérapeutes

La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale (article L4321-1 du CSP). Ils ne peuvent être consultés que sur prescription médicale.

Dans ces conditions, les orientations de développement des pratiques cliniques préventives des masseurs-kinésithérapeutes sont :

- Le renforcement des pratiques cliniques préventives de routine,
- L'expérimentation de pratiques de prévention dans des contextes spécifiques, seuls ou avec d'autres professions de santé.



Infirmiers

"L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé" (article R.4311-1 du CSP).

Dans ces conditions, les orientations de développement des pratiques cliniques préventives des infirmiers sont :

- Le renforcement des pratiques cliniques préventives de routine,
- La promotion de la participation des infirmiers aux programmes de prévention,
- La promotion de la participation des infirmiers aux programmes d'ETP,
- L'expérimentation de pratiques de prévention dans des contextes spécifiques.

Orthophonistes

Professionnels de santé de premier recours ne pouvant être consultés que sur prescription médicale, les orthophonistes sont habilités à prendre en charge les

troubles du langage. Les orientations de développement des pratiques cliniques préventives des orthophonistes sont :

- Le renforcement des pratiques cliniques préventives de routine,
- L'expérimentation de pratiques de prévention dans des contextes spécifiques.

Orthoptistes

L'orthoptie consiste en des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision destinés à traiter les anomalies fonctionnelles de la vision. Les orientations de développement des pratiques cliniques préventives des orthoptistes sont :

- Le renforcement des pratiques cliniques préventives de routine,
- L'expérimentation de pratiques de prévention dans des contextes spécifiques avec d'autres professions de santé.

Pédicures-podologues

Dans la mesure où les actes des pédicures-podologues sont peu remboursés par l'Assurance maladie, les orientations de développement des pratiques cliniques préventives sont :

- La promotion du suivi des patients diabétiques,
- L'expérimentation de pratiques de prévention dans des contextes spécifiques avec d'autres professions de santé.



3.2.6 Stratégie de développement de l'Education Thérapeutique du Patient

L'Agence a défini sa stratégie de développement de l'Education Thérapeutique du Patient et entend ainsi favoriser son extension auprès des franciliens.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à donner au malade des connaissances, des savoir-faire et des attitudes lui permettant de mieux gérer son traitement, de prévenir certaines complications, de s'adapter à des situations nouvelles et d'améliorer sa qualité de vie. Elle concerne en principe toute personne atteinte d'une maladie chronique, soit 15 millions de personnes en France et 3 millions en Ile-de-France.

Les programmes d'ETP sont des prestations limitées dans le temps, pluridisciplinaires, individuelles ou collectives, structurées, organisées, centrées sur les besoins du patient et évaluées. Ils sont autorisés par l'ARS sur la base du respect d'un cahier des charges.

Leur répartition est inégale sur le territoire régional, les dispositifs s'étant développés essentiellement à l'hôpital, ce qui ne permet pas actuellement de couvrir équitablement la population car les besoins en ETP ne sont pas connus de manière précise. Une offre équitable suppose qu'elle bénéficie préférentiellement aux personnes dont le besoin est le plus grand.

L'offre d'ETP doit être conçue à deux niveaux.

Le premier niveau concerne potentiellement tous les malades chroniques. Il devrait donc relever plutôt de la médecine de premier recours selon l'OMS²⁶.

Le deuxième niveau concerne les échecs du premier niveau, les situations complexes sur le plan médical (pathologies complexes nécessitant un suivi spécialisé, complications, maladies intriquées, patients non observants) et les populations spécifiques (handicapés, migrants, etc.). Il relève plutôt de la médecine de deuxième, voire de troisième recours (médecine hyperspécialisée des CHU).

L'offre d'ETP s'appuie sur l'éducation intégrée aux soins liée à l'intention éducative

²⁶ Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008, op. cité.

de tout soin. Elle vise à susciter le changement de comportement, à l'encourager et à l'accompagner. Elle doit répondre à des critères de qualité définis par le Haut conseil de la santé publique (accessible à tous les patients, permanente, ancrée dans la relation soignant/soigné, etc.²⁷). Elle concerne tous les malades chroniques.

L'offre d'ETP devrait être développée selon les principes suivants : équité, efficacité, qualité des soins, lutte contre les inégalités, territorialisation des actions, implication des usagers.

Le médecin traitant a vocation à devenir le pivot de l'ETP avec trois fonctions :

- Délivrer l'éducation intégrée aux soins avec les autres professionnels de santé de premier recours et avec les patients experts de façon que celle-ci bénéficie à tous les patients qui en ont besoin, ce qui est la seule façon d'être réellement équitable,
- Orienter les patients qui en ont besoin vers les programmes existants,
- Accompagner les patients durant le déroulement du programme afin de prévenir les abandons et après afin d'éviter l'épuisement de son effet.

Ces fonctions du médecin traitant supposent une formation de celui-ci.

C'est sur ces bases que l'Agence a retenu un certain nombre d'orientations stratégiques, à même de consolider, d'accentuer et de développer l'ETP.

1. Développer l'offre d'ETP par des équipes pluri professionnelles

En concertation avec le médecin traitant et en s'appuyant sur l'offre existante, hospitalière et ambulatoire, l'Agence stimulera la mise en place de nouveaux dispositifs au sein des exercices regroupés (Maisons de Santé Pluri professionnelles, Centres de Santé conventionnés, voire pôles de santé) pour allier proximité de prise en charge et facilitation de l'accès financier aux soins de prévention.

Cependant, lorsque les acteurs ambulatoires ne pourront pas mettre en place de programmes d'ETP, les hôpitaux pourront se porter candidats sous deux conditions. La première est que le programme devra prendre en charge en majorité des

²⁷ Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Paris : HCSP ; 2009.



patients ambulatoires. La deuxième est que les interventions devront être réalisées, si possible majoritairement, par des professionnels de santé de premier recours.

Toutes les professions pouvant concourir à l'ETP devront être associées.

La place des associations d'usagers et/ou de patients et des patients experts devra être soutenue et mise à contribution notamment dans le développement ambulatoire de l'ETP.

Dans cette optique, 2 moyens pourront être utilisés :

- Des appels à projets territorialisés pour développer une offre dans des territoires non couverts,
- Le suivi, et éventuellement l'extension, des structures entrant dans le cadre des dispositions de l'article 44 de la LFSS de 2008, relatif à la mise en œuvre d'expérimentations portant sur de nouveaux modes de rémunération.

2. Mettre en place une information du médecin traitant et des autres catégories de professionnels de santé

Il importe en effet que les médecins et autres professionnels susceptibles d'informer les malades sur l'existence et la qualité des ressources en ETP sur le territoire aient accès à une base de données, complète et à jour, des programmes autorisés.

Un travail en ce sens a été initié avec le Laboratoire de Pédagogie de la Santé (Université Paris 13) pour la création d'un site internet « Répertoire des programmes d'éducation thérapeutique en Ile-de-France » qui a vu le jour au en juillet 2012.

3. Permettre une « montée en compétence » en ETP des professionnels de santé

Les besoins en ETP vont s'accroître avec l'augmentation prévue des maladies chroniques. Il importe donc d'assurer une formation adaptée à tous les professionnels concernés :

- Encourager et soutenir la mise en place d'une offre de formation des intervenants : formation initiale des médecins (les infirmières étant les seules actuellement à être formées à l'ETP), mais aussi formation médicale continue, des médecins et des autres professionnels de santé.

- Favoriser et expérimenter la création de plates-formes de ressources en ETP, propres à dispenser les savoirs, les savoir-faire, et les bonnes pratiques, et à mutualiser les compétences dans un souci d'efficience et d'harmonisation des pratiques. Une première plateforme est en cours d'expérimentation.

4. Créer, animer, et faire vivre un comité « Education Thérapeutique du Patient » régional

Ce Comité réunira avec l'Agence, des professionnels de santé et des associations de patients, afin d'introduire les usagers dans une instance partenariale de réflexion et de suivi de l'ETP, pour prendre en compte la parole et les attentes des malades. Il a vocation à partager ses réflexions chaque fois que nécessaire avec la Commission prévention de la CRSA.

Composé d'une quinzaine de personnes dont au minimum 3 personnes issues du monde associatif, il aura pour mission :

- D'apporter une vision experte sur les constats de l'Agence à la suite des autorisations.
- De donner un avis consultatif sur les politiques et orientations stratégiques décidées par l'Agence.
- D'examiner avec l'Agence les programmes particulièrement innovants, de suivre leur évaluation et de signaler à la HAS ceux susceptibles d'être modélisables.

3.3 Améliorer la qualité globale de l'offre de prévention

3.3.1 Activer des leviers pour une évolution positive de l'offre régionale en prévention

L'Agence va mettre en place ou s'appuyer sur différents dispositifs et outils pour améliorer la qualité et la cohérence de l'offre francilienne en prévention.

3.3.1.1 La professionnalisation des acteurs

La professionnalisation des acteurs en prévention et en promotion de la santé est un axe primordial de progrès qui s'appuie en premier lieu sur les prestations proposées par le Pôle Régional de Compétences, mais aussi sur différentes outils comme la base de données des actions et opérateurs, la coordination entre institutions et la contractualisation pluriannuelle. La coordination des acteurs locaux de prévention passe par un soutien appuyé de l'Agence au développement de l'action de l'IREPS (Instance régionale en éducation et promotion de la santé) dans l'ensemble des départements franciliens.

- Le pôle régional de compétence en éducation pour la santé

En complément du pôle régional de compétence, l'Agence dispose aussi de compétences internes en Education pour la Santé, grâce aux conseillers en éducation pour la santé qui constituent le service d' « Appui aux opérateurs », ou exercent dans les délégations territoriales, et offrent donc à ceux qui le souhaitent aide et conseils pour monter ou améliorer leur projet.

Pôle régional de compétences en Education pour la Santé et Promotion de la santé (PRC EPS)

Le pôle régional de compétences est une plateforme opérationnelle de ressources et de services en Education pour la Santé. Issu d'une démarche nationale, impulsée par l'INPES, il est cofinancé par l'INPES et l'ARS.

Ses missions

Le pôle vient en appui des acteurs en prévention et promotion de la santé pour assurer :

- La professionnalisation des acteurs pour une meilleure réponse aux besoins spécifiques de la population,
- L'amélioration de la qualité des actions d'éducation et de promotion de la santé,
- La déclinaison de la politique régionale de santé en contribuant à une meilleure couverture territoriale en actions de promotion et d'éducation pour la santé.

Sa composition

Le pôle est constitué de 6 associations qui contribuent aux prestations proposées :

- L'Instance Régionale d'Education Pour la Santé (IREPS - fédération des CODES de la région) qui est le « porteur » du pôle
- les associations AIDES, ANPAA (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie), CRIPS (Centre régional d'information et de prévention du sida), Fédération Addictions et Institut Renaudot.

Son fonctionnement

Le pôle propose un programme régional et mutualisé de prestations : formations, conseils méthodologiques, centre de ressources documentaires, espaces d'échanges de pratiques.

Un accent particulier est mis sur le développement de la démarche qualité, de l'évaluation et de la valorisation des actions entreprises.

En Ile-de-France, une organisation particulière a été mise en place, appelée « Dispositif coordonné d'appui aux opérateurs », assurant les prestations et la coordination de celles-ci autour des besoins identifiés des acteurs. Ce dispositif comporte les étapes suivantes :

- analyse de la demande de formation ou d'appui méthodologique au cours d'un entretien avec un chargé de projet,
- proposition de parcours négocié (types de formations nécessaires, appuis méthodologiques, échanges de pratiques),
- mise en œuvre du parcours et suivi,
- évaluation à distance.



- La mise en place d'une **base de données des opérateurs et actions**, véritable outil d'identification géographique des actions, permettra d'opérer, le cas échéant, des réorientations d'actions vers des publics ou des territoires qui seraient insuffisamment couverts jusqu'alors. Cet outil sera régulièrement actualisé en concertation avec les différents opérateurs détenteurs de données.
- Le développement d'une **coordination entre les différentes institutions** qui contribuent aux actions de santé dans la région Ile-de-France constitue un axe important de travail. En effet, l'Agence ne peut appréhender la politique de santé uniquement au travers de ses propres contributions dès lors que d'autres partenaires institutionnels agissent, à ce titre, sur le territoire francilien. En conséquence, elle souhaite se coordonner avec ces autres financeurs, dans le cadre d'une approche croisée des actions soutenues et en vue d'appliquer une politique globale et cohérente au service des Franciliens.
- La **contractualisation pluriannuelle** avec les opérateurs est un outil qui permettra non seulement de sécuriser les associations, actuellement suspendues à l'incertitude des subventions annuelles, mais aussi d'adapter la chronologie des soutiens à celle des actions de prévention, et d'alléger les contraintes administratives pour les opérateurs comme pour les services de l'ARS, au bénéfice de missions les plus efficaces possibles.

3.3.1.2 L'avènement d'une culture de l'évaluation

Le volet évaluation des actions en prévention et promotion de la santé fait partie intégrante de la démarche qualité.

L'évaluation est définie comme consistant à formuler un jugement sur les modalités ou les résultats de la mise en œuvre des actions. Ce jugement s'appuie sur des critères définis en amont dont l'atteinte se mesure à travers des indicateurs. L'évaluation sert à donner du sens aux actions : elle donne de la transparence et de la visibilité pour les financeurs et les bénéficiaires, et aide l'opérateur à prendre des décisions.

Comment le schéma régional de prévention peut-il inciter au développement de cette culture d'évaluation ?

- **Donner de la visibilité à l'évaluation :**

Pour que la culture d'évaluation se développe, il est nécessaire que son rôle soit reconnu et que son utilisation ait un impact sur l'action (renouvellement, réorientation, arrêt,..). Pour cela, l'Agence intègre les résultats de l'évaluation dans les choix des actions et des acteurs.

Assurer un retour d'information et d'échanges entre l'Agence et les opérateurs est un autre facteur à privilégier pour sensibiliser l'ensemble des acteurs à l'importance de la démarche. Une



évaluation bien menée qui montre l'intérêt d'une action est un facteur puissant pour valoriser le développement de la culture d'évaluation.

- **Accompagner les opérateurs dans la mise en place d'une démarche évaluative :**

La mise en œuvre d'une démarche projet - *qui inclut la démarche évaluative* - nécessite de pouvoir disposer de connaissances et de formations adaptées. C'est pourquoi l'Agence a jugé que parallèlement à une augmentation des exigences, il est indispensable d'aider et d'appuyer les opérateurs sur cet exercice en développant des séances d'informations, de formations et des accompagnements individualisés ciblés avec l'appui du pôle régional de compétence (PRC).

- **Proposer des cadres d'évaluation :**

L'ARS propose un cadre général pour la demande d'évaluation des actions en Prévention, Promotion de la Santé (PPS). Ce cadre général s'inscrit dans le guide du promoteur qui est publié chaque année. Ce cadre sera revu et enrichi en partenariat avec les opérateurs et les différents acteurs de l'Agence.

Le développement de la culture de l'évaluation implique, en complément d'un cadre méthodologique, de proposer des outils d'évaluation adaptés, par la diffusion des outils de l'INPES, la mise à disposition d'outils d'évaluation produits par les opérateurs ou la création d'outils en groupe de travail associant partenaires et acteurs du champ de la prévention. Ainsi, la démarche d'autoévaluation de la qualité des actions sera promue à travers le Guide démarche qualité de l'INPES.

3.3.1.3 La mise en place d'une procédure de labellisation

L'Agence reprend à son compte les observations tirées de l'évaluation du Plan Régional de Santé Publique : des actions conduites mais insuffisamment valorisées, une visibilité insuffisante au regard de la qualité des actions conduites, une certaine fragilité dans la démarche de priorisation des actions soutenues et une méconnaissance de l'effet des actions financées.

Elle place la qualité au centre de ses préoccupations, en y ajoutant le souci du juste coût et la valorisation de stratégies d'action respectueuses des besoins et des attentes des personnes.

L'un des moyens d'action pour garantir la qualité des actions est de faire appel aux données probantes en santé publique pour que les actions conduites, dans le domaine de la prévention ou du soin, y répondent.

Pour les opérateurs, la démarche qualité se traduit par des actions d'optimisation des modes d'organisation ou de stratégie de mise en œuvre, voire de mutualisation de fonctions support.



Elle va de pair avec un travail en réseau des acteurs de terrain pour une plus grande cohérence des actions conduites sur les territoires. Elle sous-tend un ciblage des actions vers les publics et les territoires le plus en besoin.

L'Agence, afin de valoriser la démarche qualité, a décidé de créer un label pour les actions qu'elle souhaite valoriser voire développer.

L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France bénéficie déjà d'une expérience francilienne dans la labellisation depuis plus de 10 ans.

Initié en 2000 par L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (URCAMIF), le programme ARCADE (Action Régionale Contre les Atteintes Dentaires des Enfants) est construit autour d'un système de labellisation d'actions de prévention bucco-dentaire. Les labels sont octroyés sur avis d'un comité scientifique composé d'experts. La procédure d'audit des dispositifs permet de garantir, dans la durée, la conformité de la mise en œuvre de l'action labellisée par rapport au cahier des charges du programme. A ce jour 30 labels ARCADE sont en cours au bénéfice de 25 promoteurs Franciliens.

Un label pour l'Agence, qu'en attendre

Le label est destiné à reconnaître la qualité d'un projet de prévention au bénéfice d'une population ciblée, répondant à un besoin clairement exprimé sur son territoire d'intervention, et au service d'une stratégie d'intervention ayant fait ses preuves.

L'enjeu de la labellisation pour l'Agence est d'abord de promouvoir une « dynamique qualité » par la valorisation de projets de qualité reconnue, répondant aux orientations régionales arrêtées dans le schéma régional de prévention. Il est aussi de garantir une plus grande cohérence des actions soutenues au sein de la région dès lors que la labellisation repose sur un cahier des charges clair et transparent, offrant aux opérateurs une meilleure visibilité de ce qui est attendu. Elle peut conduire à mutualiser les compétences, expériences et ressources des acteurs locaux de la santé publique.

Enfin, afin de permettre des expérimentations dans des domaines où des données probantes et des méthodes validées n'existent pas encore, l'Agence mettra en place un « Label Innovation » pour susciter des projets d'interventions innovantes.

Toute cette démarche a été construite en collaboration étroite avec l'INPES, afin que le label de l'Agence soit distinct et complémentaire de celui que l'Institut est en train de construire. L'INPES, de part sa vocation nationale, va développer une labellisation d'outils et de méthodes probantes. L'Agence s'attachera à labelliser des projets ancrés dans les territoires et leurs besoins.

La labellisation ouvre la possibilité pour les promoteurs que leurs projets de prévention labellisés soient identifiés sur le site Internet de l'Agence et d'utiliser le logo de l'Agence dans leurs publications, actant ainsi de la qualité reconnue de leur action. De plus, la labellisation est un critère d'appréciation dans l'instruction des projets déposés dans le cadre de la programmation de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France dans le domaine de la Prévention et Promotion



de la santé. Elle permet aussi de reconnaître la qualité d'actions, même si elles ne sont pas financées par l'Agence.

En revanche, il n'y a pas de relation entre l'octroi d'un label et le financement d'organisations ou d'actions.

Les grands principes du label de l'Agence

Le label de l'Agence s'adresse aux projets à vocation locale ou régionale et se destine à être accessible à tous les promoteurs quel que soit leur taille. La procédure décrite ci-dessous a été construite avec des acteurs de terrain, eux-mêmes soucieux de voir

reconnaître ainsi la qualité de leur travail. Le label concerne *un projet spécifique et non une organisation* (association, collectivité territoriale, institution, etc.).

Le cahier des charges des labellisations prévoit un socle commun construit, avec les acteurs de terrain, autour des principales missions dévolues à la prévention et respectant les principes de la charte d'Ottawa :

- Démarche active de co-construction avec les populations, pour développer leur autonomisation, et respecter leur culture,
- Privilégiant les démarches portées par les pairs,
- Projets multi partenariaux (Associations, acteurs sociaux, collectivités, assurance maladie, etc.),
- Actions multi niveaux qui au-delà des populations concernées interviennent sur l'entourage et le milieu de vie,
- Stratégies d'intervention/pratiques évaluées, notamment celles ayant fait l'objet de consensus d'experts (selon études, recommandations nationales, conférence de consensus, référentiels nationaux etc.).

3.3.2 Développer des partenariats avec la recherche

En santé publique, l'Agence souhaite engager des partenariats avec les laboratoires de recherche dans différents domaines. Dans le cadre de la prévention, promotion de la santé, l'agence a un fort besoin de résultats d'études (recherche-actions) pour développer des actions dont l'efficacité est prouvée. L'agence entend soutenir des projets de recherche interventionnelle en partenariat avec d'autres institutions (INPES, INCa, IReSP, etc.). Un certain nombre de critères seront valorisés comme le caractère pluridisciplinaire (équipe en sciences humaines et sociales), mais aussi pluri- professionnel (recherche portée par des infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs, etc. et non seulement par des médecins) et enfin la participation des usagers à toutes les phases de la recherche (de l'élaboration du protocole à l'interprétation et diffusion des résultats).



La Direction de la santé publique participe à une réflexion menée dans le cadre d'un groupe de travail de l'IReSP sur l'intérêt, les limites et les recommandations pour reproduire des recherches interventionnelles réalisées dans d'autres pays. Actuellement se développe une collaboration entre l'Agence, l'INPES et l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) sur la nutrition, visant à échanger sur les actions « prometteuses » en matière de nutrition. De ce type de collaboration peut émaner le développement et l'évaluation d'actions ayant montré leur efficacité dans d'autres contextes culturels et de santé publique, mais avec toutes les précautions requises.

Par ailleurs, le développement des nouveaux dispositifs contractuels contribuant à réduire les inégalités sociales de santé doit être évalué et modélisé. Ainsi un projet de recherche sur l'impact des contrats locaux de santé dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est développé avec le laboratoire de pédagogie de la santé de la faculté de l'Université Paris XIII (Bobigny) et l'équipe de l'Inserm sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (UMRS 707).

Il est aussi nécessaire d'améliorer le niveau de connaissances en épidémiologie et en sciences sociales dans un certain nombre de domaines (santé mentale, facteurs associés à la mortalité périnatale, santé des jeunes, etc). Ceci sera favorisé grâce au soutien et à des partenariats avec des équipes de chercheurs pluridisciplinaires.

3.4 Augmenter la culture du « signalement » et du risque chez les acteurs de santé, les acteurs institutionnels et les citoyens

3.4.1 Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire afin de développer le signalement et la participation à la gestion des menaces et des crises en santé publique

Le dispositif de veille sanitaire et de réponse aux menaces met en jeu de nombreux acteurs. Au-delà des acteurs institutionnels qui constituent le tronc commun de la gestion des crises à composante sanitaire (services de l'Etat, agences, collectivités locales, SAMU et établissements de santé), divers acteurs interviennent de facto dans le dispositif de veille, dans la prévention d'une menace ou le règlement d'une situation inhabituelle.

Le recensement de ces acteurs, le niveau d'implication que l'on peut en attendre et leur possibilité d'investissement à la fois dans le dispositif de veille et de transmission des signaux à l'ARS et dans la gestion d'une crise doivent être tracés.



Une première typologie peut être établie à ce stade qu'il conviendra d'affiner progressivement pour déterminer les attentes et les besoins, notamment en matière de sensibilisation et de formation.

- professionnels de santé,
- ordres professionnels et union régionale des professions de santé,
- acteurs agissant dans le champ de l'information et de la communication,
- acteurs associatifs,
- collectivités territoriales.

Afin de fédérer l'ensemble de ces acteurs, le dispositif de veille et de réponse aux alertes et situations de crises est construit en articulation étroite avec chacun d'entre eux et doit pouvoir s'appuyer sur des outils partagés et efficaces.

- **Construire le dispositif de veille et de réponse aux menaces et aux crises sanitaires**

Les règles de déontologie des professions de santé rappellent volontiers qu'à côté de la dimension individuelle du soin, les métiers de la santé peuvent également comporter une dimension collective; le code de déontologie médicale notamment rappelle que le médecin est au service de l'individu et de la santé publique.

L'implication des professionnels de santé et des partenaires institutionnels dans le dispositif de veille et de réponse aux menaces sanitaires doit permettre de s'assurer que la transmission d'informations et de signaux, comme la participation aux mesures de gestion soient vécues comme une véritable contribution à la santé publique.

L'action de l'ARS doit pour sa part, s'inscrire dans un cadre formalisé avec l'ensemble des acteurs institutionnels intervenant dans le domaine de la prévention et de la gestion des risques sanitaires et environnementaux (services de l'Etat, collectivités territoriales, agences nationales de sécurité sanitaire). Cette formalisation devra permettre une meilleure convergence à la fois dans le partage des informations et dans l'organisation de la réponse sur les thématiques partagées.

En outre les acteurs pouvant être impliqués dans la crise à plusieurs titres, il est nécessaire, afin d'éviter toute sur-sollicitation constitutive de facteurs de désorganisation, d'élaborer des référentiels de sollicitation et de mobilisation, qui prennent en compte la nature des risques, la typologie des crises, les compétences et la disponibilité des acteurs.

Enfin, la participation des uns et des autres au dispositif de veille comme à la gestion de situations qualifiées de crises, nécessite de maîtriser quelques prérequis, d'acquérir et d'entretenir un savoir-faire, or on ne peut que constater la faiblesse de l'offre de formation en la matière qu'il convient donc de renforcer.



- Mettre en place des **outils partagés adaptés**

En appui de référentiels partagés d'intervention, il est nécessaire de développer des outils (ou de permettre l'accès aux outils existants pour chacun des acteurs) de partage de l'information : constitution de bases de données fiables, moyens de diffusion en masse d'éléments d'information, instruments de reporting ...

En amont de l'intervention, le dispositif de recueil des signaux issus des partenaires de l'ARS doit faciliter la transmission d'informations à l'ARS. A cette fin, la mise en place

d'un point focal régional unique fonctionnant en continu permet d'une part de faciliter l'action de signalement et d'autre part d'assurer une prise en charge adaptée et réactive s'appuyant sur l'ensemble des compétences de l'ARS, sur l'expertise de l'Institut de Veille Sanitaire dans sa composante régionale (CIRE) et sachant mobiliser des expertises complémentaires (CCLIN, CAP...) dès lors que la situation le justifie.

Enfin la communication en situation de tension et de crises apparaît comme un sujet majeur pour l'ensemble de l'Agence ; des outils spécifiques devront être développés autour de cet axe. L'enjeu consiste dans la mesure du possible et de la prévisibilité des sujets, à préparer des dispositifs opérationnels à utiliser en cas d'alerte sanitaire et à former les personnes susceptibles d'apparaître fréquemment devant les médias à la prise de parole devant les journalistes.

L'Agence mettra en place un réseau de communication afin d'avoir des relais d'information fiables et opérationnels et d'adapter les dispositifs prévus aux réalités de terrain.

3.4.2 Renforcer les dispositifs de veille afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de détecter les menaces pour la santé publique

L'ARS dans sa mission de veille sanitaire et de recueil des signaux s'appuie sur la CIRE, chargée de la mise en œuvre des missions de l'Institut de veille sanitaire en région, pour impulser les dispositifs de surveillance en appui de ses programmes de lutte contre les menaces pour la santé des populations et tout particulièrement des populations les plus vulnérables. Parmi les dispositifs à mettre en œuvre seront prioritairement développées les actions suivantes :

- Renforcer la **surveillance des maladies à prévention vaccinale** y compris dans leur dimension nosocomiale.

La lutte contre les maladies à prévention vaccinale et en particulier la rougeole, la coqueluche, la grippe a besoin de s'appuyer sur une surveillance de ces pathologies et une bonne connaissance de la couverture vaccinale y compris en milieu de soins où elles présentent un risque de transmission nosocomiale élevé. Cette surveillance s'appuiera sur le dispositif des



maladies à déclaration obligatoire (rougeole) ou non (coqueluche, grippe grave admise en réanimation) et sur l'estimation de la couverture vaccinale en s'appuyant sur les données médico-administratives (SNIIR-AM, certificat de santé du 24^e mois, données du Groupement pour l'étude et la réalisation de statistiques (GERS) et des enquêtes spécifiques.

Surveiller les risques, en particulier **infectieux**, dans les **EHPAD** du fait de la fragilité des populations hébergées.

Les populations âgées hébergées en EHPAD représentent une population particulièrement fragile pour lesquelles une surveillance spécifique permet de réduire les conséquences des épisodes épidémiques par une intervention rapide au sein de l'établissement et d'évaluer les programmes visant à renforcer les mesures de prévention des risques infectieux. La surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérite est une première étape. Dans un deuxième temps cette surveillance pourra être étendue à d'autres risques tels que celui de chute. La surveillance de la couverture vaccinale tant des personnes hébergées que du personnel fait partie intégrante d'un tel programme.

- **Surveiller l'infection par le VIH, les infections sexuellement transmissibles et les hépatites.**

Ces pathologies présentent un fort gradient social et l'Ile-de-France connaît des incidences parmi les plus élevées en France. Les Etats généraux franciliens des personnes atteintes du VIH qui se sont tenus en décembre 2010 ont fait des recommandations pour la surveillance en Ile-de-France et pour améliorer la connaissance de la pathologie et de sa prise en charge.

Un tel dispositif s'appuiera sur la déclaration obligatoire (DO) qu'il s'agira d'améliorer tant en qualité qu'en exhaustivité, sur les données médico-administratives et sur un dispositif de surveillance des IST à étendre sur l'ensemble de l'Ile-de-France.

- **Renforcer la surveillance de la tuberculose**

Parce qu'elle a une incidence particulièrement élevée en Ile-de-France et qu'elle touche préférentiellement les populations les plus précarisées la tuberculose doit bénéficier d'une surveillance renforcée. Ainsi l'augmentation de la qualité de la DO et tout particulièrement des issues de traitement permettra d'avoir une meilleure connaissance de l'incidence de la pathologie, des populations concernées et de l'efficacité des traitements. Un meilleur retour d'information par les Centres de lutte anti tuberculeuse (CLAT) sur les dépistages effectués au sein des familles autour d'un cas de tuberculose permettra d'atteindre l'objectif fixé par le CPOM d'un dépistage systématique et exhaustif dans ces situations. Un suivi épidémiologique des dépistages de grande ampleur permettra de mieux évaluer leurs résultats.

- **Etendre la surveillance non spécifique ou syndromique**

Initiée par l'InVS, la surveillance non spécifique ou syndromique s'est développée de façon importante en Ile-de-France, en particulier du fait du partenariat entre la Cire et le Cerveau. Ce dispositif qui au-delà de la surveillance permanente de tout événement de santé inhabituel se

décline pour la surveillance de situations particulières telles que le plan canicule, la surveillance de l'impact du froid, les grands rassemblements, etc.

Le partenariat avec le Cerveau sera renforcé, l'élargissement à tous les partenaires pouvant potentiellement enrichir par leurs données cette surveillance sera recherché.

3.5 Mobiliser les professionnels de santé pour renforcer la veille sanitaire²⁸

3.5.1 Favoriser la coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge des expositions ou des pathologies à composante environnementale

Les situations d'expositions environnementales ou de pathologies liées à l'environnement sont régulièrement signalées à l'ARS par la population ou les professionnels de santé : exposition de riverains à des rejets de substances chimiques dans l'environnement ou des nuisances olfactives, syndrome des bâtiments malsains, suspicion d'un nombre anormalement élevé de cancers dans une zone géographique donnée. A ces signaux doivent être ajoutées des situations nombreuses mais non comptabilisées, que ce soit les plaintes émanant des riverains d'installations industrielles, les affaires traitées directement par les collectivités territoriales et les situations d'exposition ne faisant l'objet d'aucun signalement par les riverains. Enfin, les pathologies d'origine environnementale, à l'image des pathologies liées à l'habitat insalubre, font rarement l'objet de surveillance épidémiologique ou d'outil de suivi spécifiques.

Ces situations se heurtent donc à plusieurs niveaux de difficultés:

- Les intervenants sociaux restent les interlocuteurs privilégiés (voire uniques) des personnes les plus vulnérables : leur compétence doit être renforcée pour leur permettre de gérer la plurifactorialité des mécanismes en cause (environnemental, médical, social) ;
- Les acteurs de terrain signalent que les connaissances épidémiologiques, notamment sur le lien exposition/pathologie, devraient être plus facilement accessibles ;

Les signaux évoquant une exposition environnementale, comme les plaintes des particuliers liés à des odeurs chimiques, sont avant tout réceptionnés et traités par les mairies et laboratoires spécialisés des investigations environnementales. Ces signaux sont transmis tardivement à l'ARS, qui n'est pas identifiée comme ressource pour l'évaluation des risques, les recommandations sanitaires de ces signaux et la capacité à mobiliser les services préfectoraux.

²⁸ Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le schéma régional d'organisation des soins hospitaliers et notamment le volet ambulatoire.



- D'une manière générale l'environnement institutionnel en mutation nécessite que soient précisées les missions des nouvelles institutions et structurées de nouvelles modalités de collaboration entre ces partenaires.

Dans ce cadre, l'ARS souhaite accompagner la montée en compétence des professionnels de santé et acteurs sociaux en santé environnementale par la diffusion de connaissances d'épidémiologie environnementale. L'ARS souhaite également se faire connaître comme point focal pour signaler toute situation sanitaire inhabituelle, et comme ressource pour l'évaluation des risques, l'investigation, les recommandations sanitaires sur ces situations et la mobilisation des services préfectoraux. La mise au point de procédures contractualisées de signalement rapide sera recherchée avec les laboratoires spécialisés (notamment le laboratoire central de la préfecture de police et le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris), et les collectivités territoriales.

3.5.2 Développer l'accès à un réseau de consultations de pathologies environnementales

Les médecins traitants sont les professionnels de santé vers lesquels se tournent les personnes suspectant un problème de santé ou d'exposition liée à leur environnement.

Les cas nécessitant expertise peuvent être adressés au réseau des consultations hospitalières de pathologies professionnelles et toxicologie, même si ce réseau est avant tout une ressource pour les médecins du travail. En Ile-de-France ce réseau de 6 consultations assure 6000 à 7000 consultations par an. Parmi ces dernières, on retrouve 400 à 500 patients adressés chaque année pour une pathologie environnementale. Les missions de ces consultations spécialisées consistent à proposer un bilan clinique, une prise en charge médicale adaptée et si besoin une aide à la reconnaissance en maladies professionnelles. La majorité de ces consultations (Cochin, Centre Hospitalier Intercommunal Créteil, Fernand-Widal, Raymond Poincaré) prennent aussi en charge, de fait, des pathologies de l'environnement non professionnel mais sans augmentation effective de leurs moyens. Ces consultations travaillent en réseau et partagent un support informatique commun pour leurs observations (bases de données RNV3P des dossiers de consultations). Les pathologies professionnelles prises en charge par ces consultations offrent une référence pour les pathologies environnementales liées à des expositions chimiques car elles s'expriment à des doses plus fortes. Les compétences et la multidisciplinarité développées par ces consultations sont assurément utiles pour la détection et la prise en charge de pathologies à composante environnementale.

L'objectif visé est donc de renforcer les capacités de traitement de ces patients, en facilitant l'accès à une prise en charge médicale individuelle adaptée dans des délais rapides. Plutôt que la création d'un nouveau réseau dédié de professionnels de santé, l'objectif passe par l'extension des missions et le renfort par l'ARS -en moyens et en visibilité- du réseau des 6

consultations de pathologies professionnelles et toxicologiques en Ile-de-France (action faisant partie de la fiche n°14 du PRSE2).

3.5.3 Prévenir les infections liées aux soins

Les infections associées aux soins sont celles qui surviennent au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient. Lorsqu'elles sont consécutives à une hospitalisation, on parle d'infections nosocomiales (IN). Une compréhension plus claire de la circulation des patients entre la prise en charge en ville, l'admission en établissement de santé puis, le cas échéant, l'hébergement transitoire ou définitif dans un établissement médico-social, parfois émaillé de brefs séjours à nouveau en établissement de santé, a conduit à une vision moins purement nosocomiale des infections associées aux soins, la prévention de celles-ci devant donc se concevoir dans le champ plus large du parcours de soins et de la vie en collectivité.

- Le **renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales**, en tenant compte des spécificités territoriales et locales

Longtemps considérées comme une fatalité inhérente à l'admission dans un établissement de santé et comme une conséquence inéluctable de ses activités de soins, les infections nosocomiales sont peu à peu devenues l'objet d'une lutte, visant d'abord à en maîtriser les conséquences en termes de mortalité et de morbidité, puis surtout à en prévenir la survenue ou l'extension.

En 20 ans, de grands progrès ont été faits dans les établissements de santé en matière de prévention des infections associées aux soins (IAS). Plus récemment, le taux de prévalence nationale est passé de 7,2% en 2001 à 5,4% en 2006. L'enquête de prévalence, dans notre région en 2006, a montré des taux relativement proches avec une prévalence de patients infectés de 5,5% et une prévalence des infections nosocomiales de 6,1%.

L'Ile-de-France avec environ 420 établissements de santé et d'importants centres hospitalo-universitaires entraîne une attractivité importante sur le plan national et international. Cet exceptionnel niveau de l'offre de soins attire des patients qui peuvent être porteurs de bactéries multi résistantes (BMR) de par le haut niveau de technicité des soins qu'ils requièrent et de l'état d'immunodéficience dans lequel ils se trouvent, mais également parce qu'ils proviennent ou ont été hospitalisés dans des pays où ce type de bactéries est désormais implanté.

L'ARS IDF est particulièrement attentive au suivi des recommandations scientifiques visant à retarder l'émergence de ces bactéries multi résistantes sur le territoire national. Ces recommandations ont été suivies de circulaires et directives d'application, que l'ARS a largement relayées. En lien étroit avec le CCLIN Paris Nord, elle organise une réunion régionale de sensibilisation des établissements de santé mais également médico-sociaux qui est déclinée ensuite au niveau des 8 départements qui la composent. La nécessaire rédaction d'un plan local de maîtrise d'une épidémie à BMR sur la base d'une maquette proposée par un groupe de travail CCLIN /ARS, au sein de chaque établissement de santé, est demandée ainsi que la



promotion du bon usage des antibiotiques hospitaliers tels que les carbapénèmes à dispensation contrôlée. L'ARS se donnera les possibilités de contrôler in situ ces différents dispositifs.

De plus, ainsi que le préconise le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013, un travail de rédaction d'un plan régional de maîtrise d'épidémies locorégionales est en cours et sera opérationnel courant 2012.

- **Etendre le dispositif** mis en place dans les établissements de santé vers les **établissements médico-sociaux** puis secondairement vers les **professionnels de santé libéraux**
 - a) En profitant de la création du point unique régional d'entrée des signaux et signalements de l'ARS qui facilite tout à la fois le signalement des maladies à déclaration obligatoire (MDO), des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses en EHPAD et de tout phénomène anormal survenant dans un contexte infectieux pouvant constituer une menace sanitaire grave pour la santé de la population.
 - b) En facilitant la mise en place au niveau régional du plan de maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social (EHPAD, maison d'accueil spécialisé (MAS) et foyer d'accueil médicalisé (FAM)) : aide à la mise en place au niveau de chaque établissement d'une démarche d'évaluation et de gestion du risque infectieux, qui sera annexée au rapport annuel
 - c) d'activité médicale ou rapport d'activité de l'établissement en lien étroit avec le CCLIN et son antenne régionale.
 - d) En associant les Unions Régionales des Professionnels de Santé comme vecteurs de diffusion des guides de bonnes pratiques du ministère et de l'HAS vers leurs pairs et des nécessités du signalement.
- Mobiliser les acteurs de santé autour de la prévention et la maîtrise des infections associées aux soins
 - a) En réalisant la coordination des structures de lutte contre les infections nosocomiales avec les cellules gestionnaires du risque,
 - b) En poursuivant le développement du processus de signalement interne et le recensement de ces événements,
 - c) En favorisant l'appropriation et le développement du signal externe par recueil en ligne sur internet (formation interne et identification des signalants),
 - d) En favorisant l'appropriation des bonnes pratiques d'hygiène à partir de protocoles validés dans les établissements médico-sociaux.



3.5.4 Lutter contre la résistance aux antibiotiques

La lutte contre les résistances aux antibiotiques est désormais un combat à mener à l'échelle internationale, nationale et régionale. En effet, l'utilisation inappropriée dans les dernières décennies des antibiotiques en ville comme à l'hôpital mais aussi dans le domaine animal a créé des résistances bactériennes de plus en plus complexes vis-à-vis des antibiotiques les plus récents, alors que la recherche peine à trouver de nouvelles molécules.

En matière de consommation antibiotique, la France a longtemps occupé la première place mondiale mais les deux plans nationaux pour préserver l'efficacité des antibiotiques (2001-2005 et 2007-2010), qui visaient à maîtriser et rationaliser la prescription des antibiotiques, ont porté leurs fruits ; la France se situe désormais au niveau de la quatrième place, avec une diminution de consommation de 16% dans les dix dernières années.

L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France entend relayer le plan national 2011-2016 en promouvant **la juste utilisation antibiotique tant en ville où se fait la majeure partie de la prescription antibiotique qu'à l'hôpital ou dans les établissements médico-sociaux.**

- En ville, l'amélioration des règles de prise en charge par les antibiotiques doit passer par l'utilisation systématique des tests de diagnostic rapide pour un usage à bon escient des antibiotiques dans les infections bactériennes, ainsi que par le développement d'outils d'aide à la prescription que sont les sites internet et l'utilisation de logiciels spécifiques. La formation et l'information des
- professionnels de santé à la démarche entreprise leur permettront une meilleure adhésion à l'action entreprise.
- Sur le plan des établissements de santé et des établissements médicosociaux, l'ARS doit par l'intermédiaire des bilans LIN et des CPOM, pouvoir disposer d'indicateurs de consommation et de surveillance du niveau de résistance des bactéries aux antibiotiques. De plus, les établissements de santé peuvent se reposer pour diminuer la pression de sélection des antibiotiques et prévenir la diffusion de bactéries sur le comité de surveillance des antibiotiques, et l'inscription de certains antibiotiques sur des listes à dispensation contrôlée.

3.6 Poursuivre des actions partenariales répondant aux besoins des franciliens

En dehors des 5 enjeux exposés ci-dessus, l'Agence va continuer à soutenir un certain nombre d'actions en déclinaison des plans de santé publique et répondant aux besoins des franciliens. Ces actions, inscrites dans les 3 axes du plan stratégique, engagent l'Agence mais aussi mobilisent d'autres partenaires dont les priorités et objectifs contribuent conjointement à lutter contre des maladies et/ou handicaps. Ainsi le Conseil régional soutient fortement des actions pour la lutte contre l'infection VIH. La Caisse nationale d'assurance vieillesse, la CRAMIF et divers organismes de prévoyance mènent des actions de prévention pour les personnes avançant en âge.

Six axes de travail ont été identifiés, trois concernant des thématiques de prévention et de promotion de la santé des populations, trois sont dans le champ de la veille sanitaire sur l'environnement, les vigilances et les produits de santé.

3.6.1 Les nouveaux enjeux de prévention pour le VIH en Ile-de-France

En Ile-de-France le nombre de découvertes de séropositivité rapporté à la population est quatre fois supérieur au reste du territoire national.²⁹ Si aujourd'hui le succès thérapeutique, révélé par une durée de vie prolongée des patients permet de considérer cette pathologie comme une maladie chronique, celle-ci reste complexe en terme de prise en charge et souvent discriminante et vecteur de précarité, comme l'ont montré les témoignages des Etats Généraux sur « la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France (PVVIH) en Ile-de-France » organisés en novembre 2010 par l'ARS.

Ainsi avec l'appui des 5 comités de coordination de lutte contre le VIH (COREVIH) d'Ile-de-France, l'enjeu de la prévention du VIH est aujourd'hui double : renforcer la prévention de la transmission pour les groupes les plus concernés et favoriser une prise en charge globale des personnes séropositives afin d'accéder à des conditions de vie optimales. Cette notion implique de prendre en compte le concept dit de « prévention positive » qui est un programme centré sur la diversité des besoins des personnes séropositives (santé sexuelle, projets parentaux...), sur la prise en compte de leur qualité de vie, en les impliquant dans la démarche de prévention et de réussite du traitement tant pour préserver leur propre santé que pour éviter la transmission du virus à autrui.

Par ailleurs, la prévention combinée nécessite de s'appuyer sur l'ensemble des leviers permettant de réduire les contaminations :

²⁹ ORS, Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France, BULLETIN DE SANTE, 2010 : n°16.

1- Renforcer les actions de sensibilisation :

- en mobilisant les acteurs associatifs, les professionnels de santé et les acteurs publics vis-à-vis des publics particulièrement concernés en Ile de France du fait d'une incidence importante du VIH :
 - Hommes ayant des rapports avec d'autres hommes,
 - Migrants (particulièrement d'Afrique sud-saharienne),
 - personnes en situation de prostitution,
 - usagers de drogues,
 - détenus,
 - transgenres.
- en favorisant les actions au plus près des lieux de sociabilité de ces populations d'une part ;
- en prenant en compte une approche de réduction des risques sexuels d'autre part, adaptée à chacune de ces populations et aux séropositifs :
- en formant les professionnels de santé (du dépistage, du soin et de l'éducation thérapeutique),
- en organisant cette prise en charge selon les territoires

2- Renforcer le dépistage vis-à-vis des populations concernées et l'adapter aux besoins de la population :

- en restructurant l'offre des centres de dépistage au niveau des territoires en les orientant vers des approches populationnelles, en fonction d'une appréciation fine des populations
- en développant une cohérence entre les actions des associations au plus près des lieux de vie et les approches des centres de dépistage
- en soutenant les centres de dépistage pour mener des actions :
 - sur les lieux de vie en lien avec les acteurs locaux,
 - et dans les structures recevant des populations particulièrement concernées : CLAT, centres de vaccination, centres de planification familiale, structures de psychiatrie
- en privilégiant une approche globale du dépistage s'intégrant dans les actions de prévention, comprenant la sensibilisation aux risques et l'articulation avec la prise en charge sanitaire.



3- Améliorer l'adhésion aux traitements antirétroviraux et l'accompagnement des personnes en difficulté.

En effet, les personnes vivant avec le VIH étant confrontées tout au long de leur vie à de nombreuses difficultés qui peuvent interférer avec les effets bénéfiques du traitement, la question de l'accès aux droits et aux soins, le soutien à l'observance occupe une place centrale dans la prise en charge du VIH/Sida et la réduction des transmissions.

Ainsi pour répondre aux spécificités de cette pathologie et de sa prévention, une articulation avec les différents schémas du projet régional de santé reste incontournable afin d'obtenir des réponses opérationnelles et pertinentes.

D'autre part, un travail partenarial avec le DRJSCS, la DRIHL et la DIRECCTE est indispensable pour réduire les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations (au travail en particulier).

3.6.2 Le plan régional de lutte contre la tuberculose

L'Etat est responsable de la lutte antituberculeuse. La mise en œuvre sur le terrain se fait à travers les CLAT (Centres de Lutte AntiTuberculeuse) qui sont présents dans tous les départements. La détection et la prise en charge précoce des cas de tuberculose constituent la base de la lutte contre la transmission de la maladie. La tuberculose est une maladie à « déclaration obligatoire » (DO) qui comprend :

- Un signalement immédiat nominatif au CLAT du département de domicile du cas par le médecin, permettant la mise en œuvre d'une enquête autour du cas,
- la notification de la tuberculose maladie ou de l'infection tuberculeuse chez un enfant de moins de 15 ans, et la notification des issues de traitement.

L'Ile-de-France concentre des populations à risque pour la tuberculose et présente donc une prévalence élevée de la maladie, particulièrement en Seine-Saint-Denis, mais aussi à Paris et dans certains territoires du Val de Marne et du Val d'Oise.

L'obligation vaccinale a été suspendue en 2007. Elle est remplacée par une recommandation forte pour les enfants de moins de 15 ans à risque élevé, tous les enfants résidant en Ile-de-France sont ainsi concernés.

La lutte anti tuberculeuse est donc une priorité particulière pour l'Agence. La nécessité d'un pilotage régional est apparue comme une évidence. Elle est souhaitée par les acteurs qui sont en demande d'une harmonisation des pratiques, pour augmenter l'efficacité du dispositif.

Un plan régional d'actions a été construit avec l'ensemble des acteurs de la lutte antituberculeuse francilienne. Il comprend 6 axes stratégiques qui se déclinent en objectifs



spécifiques et dont les mesures opérationnelles sont précisées dans les fiches actions correspondantes.

Le premier axe porte sur **l'amélioration du dispositif régional**, à travers la mise en place d'un pilotage régional concerté, d'une harmonisation des pratiques au sein du réseau régional des CLAT, de l'articulation avec les politiques de cohésion sociale et l'évaluation de l'ensemble du dispositif par l'ARS.

Le deuxième axe concerne la **prise en charge des patients**, à travers la détection et la prise en charge précoce des cas de tuberculose maladie et des ITL (Infection Tuberculeuse Latente) puis le traitement adéquat et complet.

Le troisième axe vise au **renforcement du système de déclaration obligatoire (DO)**, pour améliorer l'immédiateté et l'exhaustivité du signalement immédiat, les notifications des cas et des issues de traitement ainsi que la qualité des déclarations.

Le quatrième axe porte sur les **enquêtes autour d'un cas déclaré**, pour parvenir au dépistage systématique et au suivi de tous les sujets contacts vivant sous le même toit que le cas index, et pour améliorer la qualité de l'enquête en termes de périmètre de celle-ci et de définition claire et harmonisée des sujets contacts.

Le cinquième axe vise à développer la **prévention primaire et les dépistages ciblés** dans les populations à risques, telles que les personnes migrantes, les personnes en situation de précarité, en habitat collectif, en errance, les Rroms et les détenus ou sortant de prison.

Le sixième axe concerne **l'amélioration de la couverture vaccinale par le BCG**, en commençant par un état des lieux indispensable pour en déduire une stratégie vaccinale et la mise en œuvre d'une politique vaccinale régionale.

3.6.3 La déclinaison régionale du plan national du dépistage organisé des cancers³⁰

Les campagnes de dépistage organisé (DO) s'adressent à la population générale et plus spécifiquement aux populations ne bénéficiant pas de suivi spécialisé au vu de facteurs de risque identifiés. Les personnes à risque font l'objet de stratégies de surveillance spécifiques en ville ou à l'hôpital. Ce programme de dépistage organisé concerne le cancer du sein et le cancer colorectal et à titre expérimental le cancer du col de l'utérus (délégation territoriale du Val de Marne).

³⁰ Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le schéma régional d'organisation des soins hospitaliers et notamment le volet ambulatoire.



Cancer du sein

Le CPOM de l'Agence propose l'objectif d'un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) de 60 % en 2013, associé à une réduction de 10 % des inégalités infrarégionales.

Cancer colorectal

Le CPOM de l'Agence se donne pour objectif un taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) de 50 % en 2013, associé à une réduction de 10 % des inégalités infrarégionales.

La région Francilienne, une implication importante et ancienne

En Île-de-France, quatre départements sur huit étaient engagés dans le dépistage organisé du cancer du sein avant sa généralisation en 2004.

Outre les structures de gestion (SDG), pivot du dispositif dans chacun des départements, des actions locales de sensibilisation et de promotion sont réalisées par des associations et des collectivités territoriales. Pour 5 départements franciliens, le Conseil Général a maintenu son engagement dans le dépistage organisé et contribue aux actions locales de promotion du DO (75, 78, 91, 93 et 95).

Les structures de gestion sont très présentes sur le terrain et proactives, impulsant des actions innovantes (notamment Flandre Rose à Paris), des outils de ciblage (cartographie et géographie de la santé), participant à des expérimentations (Cancer du col de l'utérus suite à un appel à projet de l'INCA) et des recherches action. Elles travaillent en lien avec les comités de la Ligue implantés sur chacun des départements et mènent des actions concertées avec les caisses d'Assurance Maladie.

L'Agence souhaite se mobiliser sur plusieurs axes, en lien étroit avec les caisses d'assurance maladie (cet axe de travail est intégré dans le Programme pluriannuel régional de gestion du risque).

- **Axe population**

Le dispositif de sensibilisation et de promotion du dépistage organisé nécessite d'évoluer : des actions de proximité, ciblées, mobilisant les pairs et les relais, seront privilégiées, telles que:

- Des actions de terrain, menées notamment par les délégués de santé publique³¹ auprès des publics concernés mais aussi des cabinets de radiologie et des professionnels de 1^{ère} ligne (pharmaciens,...).

³¹ Salariés des structures de gestion des dépistages qui se déplacent au sein des territoires ciblés, en lien avec les médiateurs sociaux, afin de promouvoir les dépistages organisés ;



- Des actions intégrant la sensibilisation au dépistage organisé dans une approche plus générale des questions de santé auprès des femmes.
- Des actions ciblées vers les populations défavorisées (indice IDH2) et les territoires en besoin (données de cartographie du recours au dépistage).
- Des actions menées en partenariat avec les acteurs locaux.

- **Axe professionnels de santé**

L'implication des professionnels de santé est un levier majeur pour l'adhésion et la fidélisation des publics au dépistage

Trois orientations guideront les actions envers les professionnels :

- Améliorer les échanges d'informations entre les structures de gestion et les professionnels : assurer un retour systématique aux médecins-traitants, à la fois individuel sur les femmes de leur clientèle, et collectif
- Améliorer la sensibilisation des médecins à la valeur ajoutée du dépistage organisé et notamment les médecins ayant les taux les plus faibles de recours au dépistage organisé dans leur clientèle ;
- Renforcer l'implication des généralistes dans la démarche de prévention.

- **Axe pilotage régional**

L'ensemble des acteurs s'accorde sur la nécessité d'une meilleure connaissance de l'offre et de ses résultats. Les travaux en cours seront poursuivis :

- L'analyse regroupée des données (tableau de bord DOCS, logiciel APACCHE, rapports d'activité, données SNIRAM et PMSI...) et partagée avec l'ensemble des partenaires, dans l'objectif d'améliorer l'efficacité du dispositif ;
- La généralisation et l'harmonisation de la cartographie de l'offre de dépistage (organisé et non organisé), sur tous les départements Franciliens.

Le pilotage régional opérationnel et stratégique sera assuré à travers un comité régional des dépistages des cancers associant structures de gestion et co-financeurs (assurance-maladie, Agence, départements) chargé de relayer la politique régionale du DO et de mener une réflexion collective sur l'efficacité du dispositif sur le terrain.

D'autre part, l'ARS souhaite s'appuyer sur un **collège des professionnels de santé** (médecins traitants, ana-path, radiologues, gynécologues, gastroentérologues, oncologues, épidémiologistes ...), dans le cadre de ses travaux d'amélioration des pratiques.

Enfin, l'Agence souhaite développer **l'animation territoriale des délégations territoriales** autour du dépistage organisé afin de renforcer les liens entre les acteurs locaux (SDG,



associations et collectivités territoriales) pour un meilleur maillage des actions sur les territoires en besoin et une plus grande cohérence des actions menées sur les territoires.

3.6.4 Préserver le capital santé : anticiper et mieux prévenir les conséquences du vieillissement pour une meilleure qualité de vie³²

La population des personnes âgée de plus de 60 ans en Île-de-France (1,9 millions au 1er janvier 2007) est très hétérogène. Toutefois, elle est majoritairement en bonne santé. Ainsi la perte d'autonomie ne concerne qu'un francilien sur 12 âgé de plus de 60 ans et un sur trois après 85 ans³³.

Nous ne sommes pas égaux devant le vieillissement, et les conditions de vie aggravent les inégalités : ainsi, la différence d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre reste de 7 ans, et les plus pauvres ont à la fois une moins bonne santé à 60 ans, de moins bonnes conditions de retraite et un moindre accès à la prévention. L'éducation, le niveau économique, le logement et son aménagement, la vie sociale, l'implication dans la vie associative et l'initiative citoyenne, les loisirs, la vie affective et le maintien de l'utilité de leur rôle dans la société sont des éléments déterminants du processus de vieillissement.

Il s'agit pour l'ARS, d'impulser, en lien avec ses partenaires une politique globale abordant tous les âges de la vie et visant le « vieillissement actif »³⁴ afin que les franciliens vieillissant gagnent en qualité de vie. Cet objectif peut être atteint au moyen d'une action régionale coordonnée et concertée avec les partenaires institutionnels, établissements de soins et d'hébergements, professionnels et associatifs régionaux (CRAMIF, CNAV, RSI, MSA, Conseils généraux, municipalités, complémentaires, etc.).

La mise en œuvre de cette action régionale nécessite la mise en place au niveau local d'une coordination graduée, entre les différents acteurs de santé reposant sur une politique de prévention et promotion globale de la santé intégrée aux parcours de santé (prévention primaire, secondaire et tertiaire), une structuration de l'offre de premier recours, des hospitalisations intégrées dans un parcours de soins coordonné et articulé entre les professionnels du premier et deuxième recours et enfin sur un accompagnement de fin de vie.

Conformément aux orientations du Plan stratégique régional de santé d'Ile de France, cette démarche reposera sur l'étude des parcours de santé et/ou de vie des franciliens

³² Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le schéma d'organisation médico-sociale et le schéma d'organisation des soins, volet ambulatoire.

³³ Drieux S. Projection de population dépendante à l'horizon 20230 en Ile de France, INSEE « à la page », n° 377 décembre 2011

³⁴ Selon la définition de l'OMS, le vieillissement actif implique d'offrir davantage de perspectives aux personnes âgées, de manière à ce qu'elles puissent continuer à travailler, rester en bonne santé plus longtemps et continuer à apporter leur contribution à la société sous d'autres formes, par exemple le bénévolat. Par conséquent, la société et l'économie doivent aider les citoyens à préserver leur bien-être physique, social et mental jusqu'à un âge avancé. Voir Programme de l'Année européenne 2012 sur le vieillissement actif et les liens trans-générationnel.



afin d'analyser localement les principaux points de rupture. L'objectif est de permettre aux personnes âgées d'accéder au niveau local (proximité) à un parcours de santé accessible coordonné, lisible et sécurisé en intégrant à chacune des étapes une approche en termes de prévention et de promotion de la santé.

L'action de l'ARS Ile-de-France a vocation à être mise en place sur tous les territoires. L'attention sera portée particulièrement sur les personnes en situation de fragilité ayant un risque accru de perte d'autonomie.

Dans cette démarche de santé publique, les actions en prévention et promotion de la santé visent à maintenir ou améliorer la qualité de vie des personnes dans une approche multidimensionnelle et dynamique en direction des personnes âgées, leurs aidants et les professionnels de santé.

Deux axes sont privilégiés :

- a) Promouvoir une activité physique régulière et une alimentation saine

Avec l'âge, l'organisme change et les besoins nutritionnels évoluent. Une alimentation équilibrée et adaptée à ses besoins, accompagnée d'une activité physique quotidienne, permet de rester en forme et de prévenir les problèmes de santé liés à l'âge.

L'Agence s'attachera particulièrement à développer deux axes, en complément et en soutien des campagnes nationales, et des actions menées envers les jeunes :

- Promouvoir l'activité physique adaptée des personnes avançant en âge :

Il est en effet reconnu que l'activité physique protège la santé en prévenant certaines pathologies comme l'ostéoporose, le surpoids et même la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson. C'est aussi une excellente prévention des chutes chez les personnes âgées par le maintien du tonus musculaire et l'entretien des articulations. L'activité physique devra bien entendu être adaptée aux capacités et à l'âge des personnes. Même après 75 ans, la gymnastique douce et les activités aquatiques peuvent être pratiquées. L'action de l'Agence consistera à délivrer informations et sensibilisation aux personnes (et à leur entourage) pour les inciter à pratiquer une activité physique régulière.

- Prévenir et repérer les troubles nutritionnels

Le repérage des personnes en surpoids et leur orientation vers une prise en charge appropriée, en particulier dans des communes où la prévalence des problèmes de surpoids est plus élevée, sera favorisé grâce au développement de partenariats interinstitutionnels, notamment dans le cadre de la signature de contrats locaux de santé, avec les ateliers santé ville (ASV), et les villes actives PNNS (Plan national Nutrition santé).

Chez les personnes âgées, la prévention de la dénutrition à domicile comme en établissement de santé ou médico-social sera incitée par des actions de formation, d'information et de



sensibilisation en direction des professionnels, mais aussi des aidants. De même, l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes âgées et personnes en perte d'autonomie devra être promue.

b) Préserver l'autonomie des personnes avançant en âge

La lutte contre la perte d'autonomie passe par le développement d'actions d'accompagnement à l'autonomie et d'éducation à la santé sur tous les facteurs de risque. Il est en particulier connu que la lutte contre la sédentarité doit associer une alimentation équilibrée et diversifiée et encourager l'activité physique. Les actions de maintien de l'équilibre corporel et de prévention des chutes s'appuient sur la promotion de la pratique régulière et collective d'activités physiques. D'autres actions de prévention devront porter sur la stimulation et le développement de la mémoire.

Toutes ces actions sont à développer aussi bien avec les acteurs de l'aide à domicile qu'avec les établissements d'accueil des personnes âgées. Dans ce cadre, une articulation forte avec le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) sera menée.

Il est important aussi de faciliter l'information sur les dispositifs d'aide et de prise en charge, dont les dispositifs d'Education thérapeutique du patient, en développant la communication sur les structures et les aides tant pour les professionnels de santé que pour les personnes elles-mêmes et leurs aidants.

La synergie d'action régionale, se fondera à partir des dispositifs et plans existants³⁵ et des travaux préalables suivants afin de :

- clarifier les différents périmètres d'action de chacun des partenaires,
- réaliser un état des lieux des actions financées par territoire,
- veiller à la mise en complémentarité et la synergie des financements,
- améliorer en lien avec les promoteurs la qualité des actions financées,
- entreprendre une labellisation régionale des actions,
- planifier en transversalité les parcours de santé à l'échelle de chaque territoire.

Dans ce cadre, l'action régionalisée visera à agir sur :

- la préservation voire l'accroissement du « capital santé»

Il est nécessaire de favoriser *les comportements favorables à la santé* via des

actions individuelles et collectives en prévention et promotion de la santé (PPS). Ces actions

³⁵ Dispositifs, plans, programmes, contrats tels que MAIA, réseaux, CLICS, Plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées, Plan Prévention Retraite Ile de France, schémas gérontologiques des conseils généraux, contrats locaux de santé, Ateliers santé villes, etc.



seront à mener dans une démarche d'initiative citoyenne en *promouvant l'estime de soi et les capacités des personnes âgées*. En effet, un des ressorts de ce changement de comportement passe par un *processus d'empowerment* (transfert de connaissance, acquisition de compétences et co-construction du parcours de santé et/ou de vie).

- *la modification des représentations du vieillissement* par l'intermédiaire notamment d'un *plan régional de communication autour du vieillissement positif et citoyen*.
- *les déterminants de la santé* par la formalisation d'une *charte régionale* via les politiques publiques³⁶. Cette charte visera à promouvoir le bien vieillir en précisant l'actions des différents partenaires régionaux (social, habitat, travail, environnement, culture, loisirs, urbanisme, etc.).
- *la lisibilité et l'accessibilité des offres de soins et de prévention de proximité* par les usagers, leurs aidants et les professionnels.
- l'accompagnement des populations vieillissantes particulièrement *vulnérables* dans leurs lieux de vie (ex : foyers de travailleurs migrants) et en privilégiant les actions en direction des populations vulnérables et fragiles s'inscrivant dans des territoires politique de la ville et/ou des contrats locaux de santé.
- le soutien des *actions ou des recherches innovantes* en lien avec le vieillissement des populations en direction des personnes âgées, de leurs aidants ou des employeurs d'aidants professionnels.
- la mise en place d'un *observatoire du vieillissement* en Île-de-France qui aura pour objectif de recenser les données tant quantitatives que les données qualitatives relatives dans le domaine de l'avancée en âge et de la gérontologie, à rapprocher de l'observatoire des fragilités mis en place dans le cadre du PAPA (branches maladie et retraite de l'Assurance Maladie).
- la préparation d' « *états généraux du vieillissement* » dans l'objectif de rénover notre approche en prévention et promotion de la santé dans le cadre des parcours de santé.

³⁶ Services déconcentrés des ministères (DIRRECTE, COHESION SOCIALE, DRHIL, Education nationale etc.), CRSA (usagers, associations), URIOPS, collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux, municipalités), bailleurs sociaux, MDPH, employeurs, caisses d'assurance vieillesse et de retraite, caisses d'assurance maladie, mutuelles et complémentaires, centres de santé maison de santé, CLICS, MAIA, réseaux, etc.



3.6.5 Préserver le capital de santé bucco-dentaire

Le contexte

Les pathologies bucco-dentaires, principalement la carie et les maladies du parodonte, représentent un enjeu majeur de santé publique pour trois raisons : elles sont fréquentes, peuvent avoir des répercussions majeures sur la santé générale et constituent un marqueur des inégalités sociales de santé. Une étude nationale réalisée en France en 2006 montrait qu'un tiers des enfants de 6 ans et 45 % des enfants de 12 ans présentaient au moins une atteinte carieuse. En France, l'incidence des cancers de la cavité buccale est élevée (environ 7000 cas diagnostiqués en 2005). On estime que les formes sévères des maladies parodontales concernent environ 10% à 20 % de la population adulte.

Malgré une tendance à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants, constatée depuis 20 ans, notamment chez ceux d'âge scolaire, qui bénéficie à toutes les catégories socio-professionnelles, les inégalités dans ce domaine commencent très tôt et sont marquées. Les maladies bucco-dentaires ont un impact durable sur la santé générale et sur la qualité de vie des personnes fragilisées car elles peuvent être à l'origine de dénutrition et de complications infectieuses locales ou à distance.

Les risques sont amplifiés pour certaines catégories de population : personnes âgées, handicapées, hospitalisées pour de longues durées, certains malades chroniques (cardiopathies, immunodépression, diabète, santé mentale...) et personnes vulnérables en termes socio-économiques. Les consommations de drogues, de certains médicaments, de tabac et d'alcool sont génératrices de caries et de maladies parodontales.

Les déterminants de ces pathologies sont autant les habitudes d'hygiène et alimentaire que les conditions sociales et l'environnement.

Les enjeux

1) Faire de la santé bucco-dentaire un enjeu partagé par l'ensemble des acteurs

La connaissance des interactions est insuffisamment connue entre santé générale et santé bucco-dentaire, les approches sont encore trop cloisonnées par type de professionnels. Il y a un travail de sensibilisation, d'information et de formation de relais de proximité à développer pour donner une place plus importante à la santé bucco-dentaire. Il faudrait promouvoir des rencontres, formations, conduites de projets associant chirurgiens-dentistes, médecins, infirmières et acteurs médico-sociaux réunis autour d'enjeux partagés. L'objectif est de mettre en commun un socle de connaissances autour de la santé bucco-dentaire.



2) Avoir une approche globale en santé

Les pathologies bucco-dentaires, en particulier parodontales, partagent des facteurs de risque communs avec certaines maladies chroniques non transmissibles (diabète,..). La santé bucco-dentaire nécessite une approche intégrée. Elle ne doit pas être considérée comme distincte de la santé générale. Il est souhaitable, lorsque c'est possible, d'intégrer la thématique bucco-dentaire dans des programmes portant sur les saines habitudes de vie (nutrition, hygiène, ...).

Certaines maladies ont des conséquences sur la cavité buccale et inversement certaines pathologies buccales peuvent avoir des conséquences sur ces maladies. C'est pourquoi, Il faut sensibiliser les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique concernés, pour qu'ils prennent en compte le risque bucco-dentaire dans leurs pratiques (à titre d'exemple : diabète, valvulopathie..).

3) Développer le rôle des chirurgiens-dentistes dans la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire

Les chirurgiens-dentistes ont toujours intégré, à titre individuel dans leur exercice quotidien, des actions de prévention à type de conseils d'hygiène buccale ou alimentaire et de prescription de fluor, qu'il convient de renforcer. Le développement de la délégation de tâche envers les assistantes dentaires pour des actions de prévention au cabinet dentaire est à encourager. Les chirurgiens-dentistes ont également un rôle important à renforcer dans la détection précoce des cancers de la cavité buccale.

4) Décloisonner la prévention et le soin

Des dépistages ciblés peuvent être nécessaires pour aller à la rencontre des publics les plus fragiles.

Dans ce cadre, il serait souhaitable de concourir à une meilleure orientation vers les soins post-dépistages par l'accompagnement des familles et des personnes, en lien avec les acteurs de l'offre de soins de proximité, pour encourager la réalisation des soins nécessaires. Une sensibilisation doit être réalisée auprès des professionnels, médicaux ou non, concernés. En outre des actions d'information du public ciblées sur ses droits et sur l'offre de soins existante et des mesures de facilitation financière sont à renforcer.

5) Améliorer la coordination régionale des dispositifs

En lien avec ses partenaires, l'ARS doit réaliser un état des lieux des actions de prévention bucco-dentaires mises en place sur la région pour renforcer la coordination des dispositifs existants, optimiser la couverture des publics prioritaires. Il est important en outre de favoriser la réalisation d'études épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire des jeunes enfants.



Les orientations stratégiques

Notre action se portera plus spécifiquement en direction des personnes présentant des facteurs de fragilité particuliers :

Les jeunes enfants

La prévention bucco-dentaire doit débuter le plus tôt possible dans la petite enfance, voire dès la grossesse, là où se jouent l'apprentissage des habitudes d'hygiène, des comportements alimentaires et l'habitude de consulter le chirurgien-dentiste. Il convient si possible d'intervenir concomitamment auprès de l'enfant et de son entourage familial.

Les actions sont à développer au plus près des lieux de vie, en s'appuyant sur les associations locales, sur les adultes-relais et sur les pairs, en prenant en compte les différences culturelles. L'information et la sensibilisation des professionnels en contact avec les futurs parents et les parents de jeunes enfants sont à développer pour renforcer la prévention de la carie précoce de l'enfant. Un levier d'actions serait de s'appuyer sur les examens obligatoires existants (examens du 9^{ème} et 24^{ème} mois, bilan à 4 ans, l'examen bucco-dentaire (EBD), ...).

Les personnes fragilisées sur le plan de la santé et dépendantes

Les besoins en matière de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées et dépendantes sont importants, tant en termes de soins que du point de vue de l'hygiène bucco-dentaire qui est encore peu intégrée dans la pratique des soignants, probablement par insuffisance de formation. C'est pourquoi, les formations des professionnels, personnels soignants et non soignants compris, sur l'hygiène bucco-dentaire, avec des approches différenciées selon leur rôle, doivent être développées.

Il serait souhaitable d'intégrer un volet bucco-dentaire à des programmes portant sur la prévention de la dénutrition et d'inscrire la santé bucco-dentaire dans les projets d'établissements (par exemple les EHPAD et IME). Le suivi régulier de ces populations par un chirurgien-dentiste devrait être facilité, en lien avec les acteurs de l'offre de soins.

- Les personnes âgées

Il conviendrait de rechercher les lieux et le moment dans le parcours de santé de la personne âgée où la question du bucco-dentaire peut être traitée avant l'entrée éventuelle dans la dépendance. Lors du passage à la retraite, des ateliers sont mis en place pour promouvoir la nutrition et l'hygiène de vie, dans lesquels le bucco-dentaire pourrait trouver sa place. Ces actions de prévention doivent s'inscrire dans l'axe « Prévenir les troubles nutritionnels » du volet personnes âgées du schéma régional de prévention.

- Les Personnes en situation de handicap

Des actions d'éducation à la santé doivent être conduites si possible auprès des personnes elles-mêmes en tenant compte de la spécificité du handicap. La sensibilisation des aidants familiaux aux besoins de soins spécifiques est à développer. Dans ce cadre, il est important de soutenir et de renforcer les dispositifs de prévention existant dans la région.

Les Personnes vulnérables sur le plan social

Les actions de prévention bucco-dentaires doivent être construites dans une démarche de prévention globale. Une éducation et une information pour la santé bucco-dentaire doivent être données particulièrement aux populations adultes en situation sociale défavorisée par les professionnels intervenant auprès de ces populations.

Des actions de dépistage peuvent être menées en lien avec un accompagnement vers le soin. Ces actions s'inscrivent dans le cadre des axes 1 et 2 du PRAPS.

3.6.6 Assurer la prise en compte de la santé dans le monde du travail

Progressivement dans la société, une réflexion s'engage autour du concept de promotion de la santé qui met l'accent sur l'importance des déterminants de santé dont le travail fait partie intégrante (Charte de Bangkok), en prenant en compte la dimension collective et la dimension environnementale de la santé. Se développe ainsi une vision plus systémique de la santé, dans l'ensemble de la cité mais aussi au sein des organisations telles les entreprises.

Améliorer la santé et le bien-être au travail interroge la mise en œuvre actuelle de la prévention et de l'éducation pour la santé en entreprise.

Deux approches sont à considérer : la gestion du risque santé au travail incarnée par les dispositifs construits autour du risque professionnel, de l'organisation du travail et de l'environnement de travail et une approche « santé globale » tournée vers le comportement individuel voire le développement personnel.

Une prise de conscience par certaines grandes entreprises de leur responsabilité sociétale permet d'envisager de dépasser la seule perception du risque professionnel pour penser la santé et le bien-être du salarié comme un élément constitutif de la productivité de l'entreprise.

L'équilibre est difficile à trouver entre le comportement individuel et les déterminants collectifs de ces comportements. L'objectif serait de parvenir à une approche intégrative, globale, prenant en compte les composantes individuelles (hygiène de vie) et les composantes environnementales.

S'il y a consensus pour mettre en œuvre des actions sur les facteurs de risques individuels autour de thèmes fédérateurs (alcool, tabac, nutrition, sommeil, activité physique...) il est délicat d'interroger les composantes organisationnelles (organisation du travail, techniques managériales, environnement de travail).



Schéma de prévention

Le développement d'une telle approche demande d'être en capacité de mesurer le poids du déterminant travail sur l'état de santé global de la population. Cela suppose de prendre en compte l'ensemble du parcours professionnel de la personne ce que la précarisation de l'emploi rend de plus en plus complexe.

Elle nécessite surtout de trouver des solutions innovantes pour proposer des actions au bénéfice des salariés les moins bien protégés des très petites, petites et moyennes entreprises pour ne pas encore aggraver les inégalités sociales en santé.

La santé publique offre un champ d'expertise permettant d'affiner les connaissances (et participer à leur diffusion) sur les conséquences à plus ou moins long terme des activités professionnelles et des choix de production. Elle dispose de méthodes et d'outils pour conduire des projets et les évaluer.

Le défi est d'importance. Il convient de sortir d'une logique encore trop présente de réparation pour aborder les questions dans une logique de prévention.

L'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement des salariés, les conséquences de la pénibilité physique et mentale sur nombre de pathologies, l'insertion des personnes handicapées, la prévention des violences faites aux femmes (harcèlement sexuel, agressions sexuelles, ...) la réinsertion des personnes sans emploi sont des enjeux de Santé Publique.

A titre d'exemple dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, un partenariat noué avec l'UNOCAM dans le cadre du Programme pluriannuel régional de gestion du risque engage l'Agence dans une expérimentation de dépistage en entreprise sur différents facteurs de risque pour le repérage de diverses pathologies (cancers, troubles psychologiques, maladies cardio-vasculaires, surpoids, troubles musculo-squelettiques) et l'orientation des salariés vers les lieux de prise en charge adaptée.

Le suivi individuel du salarié par le service de santé au travail s'inscrit tout naturellement dans l'approche parcours de santé* adoptée par l'Agence.

Néanmoins il convient de se garder de la tentation toujours présente d'individualiser le risque en occultant sa dimension collective. Chaque entreprise a ses propres contraintes et est amenée à faire des choix organisationnels susceptibles d'avoir un impact sur la santé des salariés et sur les populations riveraines qui doivent entrer en compte dans les processus de décision.

Dans cet esprit, l'Agence souhaite engager des partenariats avec toutes les parties prenantes de la santé en entreprise afin de construire un programme régional autour du concept de santé globale en entreprise. Il permettra dégager les axes de travail prioritaires, de soutenir des actions en fonction de leur pertinence et de leur inscription dans une démarche « promotion de la santé ».

Le programme tiendra compte des articulations avec le plan santé travail, le plan santé environnement et les différents plans de santé publique (plan cancer, santé nutrition...) comportant un volet action en entreprise.

3.6.7 Lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux

Dans le cadre du PRSE2, des actions relatives à la réduction d'expositions (tétrachloréthylène émis par l'activité des pressings, bruit autour des plateformes aéroportuaires), à la meilleure connaissance de certains risques (exposition des franciliens aux pesticides) et au renforcement des mesures environnementales de prévention (sécurité sanitaire des eaux, limitation des rejets de substances pharmaceutiques) seront engagées. Ces actions ciblées s'insèrent dans une lutte plus globale contre les risques environnementaux, y compris les risques liés à l'environnement industriel qu'ils soient d'origine chimique, physique pour la population et les salariés, ou psychosociale liés aux conditions de travail des salariés.

- a) Réduire les risques liés aux activités des pressings pour les travailleurs et les riverains³⁷

Plus de 1000 pressings étaient en activité en Ile-de-France en 2010, souvent situés en pied d'immeuble donc adjacents à des logements.. Ces pressings utilisent le perchloroéthylène, classé par le CIRC comme cancérigène probable. Des atteintes neurologiques, hépatiques et rénales ont été documentées suite à des intoxications chroniques à ce produit. Des plaintes de riverains ont nécessité l'intervention des pouvoirs publics et des campagnes de contrôles ont montré la non-conformité de nombreux établissements. Au niveau national, des recommandations ont été formulées par l'Anses et le Haut Conseil de santé publique. Des modifications de la réglementation sont attendues.

L'objectif de l'action régionale est la production d'un protocole inter-services permettant de mieux coordonner les acteurs dans la prise en charge des problèmes liés à ces installations.

Par ailleurs, l'Agence entend interpeller les pouvoirs publics et les experts (Haut Conseil de la Santé Publique) pour statuer sur l'interdiction de l'usage de ce produit, et son remplacement par d'autres substances, à l'instar d'autres pays.

- b) Améliorer la sécurité sanitaire des eaux³⁸

En Ile-de-France, l'alimentation en eau de la population est assurée via l'utilisation de près de 900 prises d'eau superficielles ou captages d'eau souterraine, et 530 stations de traitement d'eau.

Même si la qualité de l'eau distribuée à la population pour sa consommation humaine, est globalement satisfaisante, la sécurité sanitaire doit être maintenue voire renforcée dans certains secteurs. En effet, plusieurs secteurs (dont 11 unités de distribution de plus de 5000 habitants) délivrent à la population une eau non conforme à la réglementation (sur des périodes

³⁷ fiche 8 PRSE2

³⁸ fiche 11 PRSE2



de plus de 30 jours) et près de la moitié des captages d'eau utilisés pour la production d'eau de consommation humaine ne sont pas encore protégés ni déclarés d'utilité publique.

L'action régionale vise, en mobilisant les acteurs concernés (producteurs / distributeurs d'eau, collectivités, ...), à :

- Améliorer la qualité de l'eau distribuée et la rendre conforme en permanence à la réglementation d'ici 2015 dans toutes les Unités de distribution (UDI) alimentant plus de 5 000 habitants,
- poursuivre la protection des ressources en eau utilisées pour la production d'eau de consommation humaine, en vue de protéger 100% des captages alimentant plus de 15 000 habitants d'ici 2015,
- maîtriser la qualité sanitaire de l'eau distribuée en renforçant l'auto-surveillance des responsables de la production / distribution de l'eau,
- Faciliter l'accès à l'information sur la qualité des eaux.

c) Etudier l'impact environnemental et sanitaire des plates-formes aéroportuaires et du trafic aérien en IDF : Etude SURVOL³⁹

La région Ile-de-France est dotée de deux aéroports internationaux, Paris-Charles de Gaulle et Orly et d'un aéroport pour voyages d'affaires, Paris-Le Bourget. Ces trois aéroports, parmi les plus importants au niveau européen dans leur catégorie, sont à l'origine d'un nombre important de survols de la région. Il existe une forte contestation des riverains du fait de la gêne occasionnée par les survols ainsi qu'une crainte quant à l'impact sur leur santé de l'exposition au bruit et à la pollution atmosphérique générée par les avions et les plates-formes aéroportuaires.

C'est dans ce contexte que le Préfet de région a décidé d'inscrire dans le premier Plan Régional Santé Environnement une action relative aux nuisances générées par les aéroports (gêne sonore essentiellement), action reprise dans le deuxième plan régional santé environnement. Cette action comprend notamment la mise en place d'un dispositif de surveillance environnementale du bruit et de la pollution atmosphérique autour des 3 plateformes aéroportuaires, le dispositif SURVOL.

La mise en place du dispositif SURVOL a été initiée en 2008 et se poursuit depuis. Le dispositif comprend trois parties :

- une modélisation quotidienne des niveaux de pollution atmosphérique avec mises à disposition des résultats sous forme cartographique sur le site d'Airparif,

³⁹ Fiche n°9 PSRE2

- un dispositif de surveillance des nuisances sonores complémentaire de celui d'Aéroport de Paris, avec mise à disposition des résultats sur le site internet de Bruitparif,
- une caractérisation des populations en fonction de leur niveau d'exposition au bruit et à la pollution atmosphérique.

d) Réduire les émissions de substances pharmaceutiques dans les effluents liquides⁴⁰

Plus de 3 000 médicaments humains et 300 médicaments vétérinaires sont actuellement disponibles sur le marché français. Lorsqu'ils ne sont pas totalement dégradés dans l'organisme, des résidus de médicaments sont excrétés dans les selles et les urines, sous leur forme initiale ou sous la forme de plusieurs métabolites. Des résidus de médicaments peuvent ainsi se retrouver dans les effluents des stations d'épurations urbaines, dans leurs boues, mais aussi dans les rejets des établissements de santé.

Si la réduction « à la source » des émissions de substances pharmaceutiques dans l'environnement est un objectif à long terme, la Direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie (DRIEE) et l'Agence proposent de mettre en place une recherche visant les objectifs suivants :

- à l'échelle régionale, chiffrer la contribution des principaux émetteurs de médicaments dans l'environnement,
- à l'échelle d'un hôpital, mettre en œuvre une gestion raisonnée des effluents liquides qui permette de diminuer les rejets de médicaments dans l'environnement tout en maîtrisant l'exposition des personnels soignants et techniques amenés à être en contact avec ceux-ci, et par ailleurs de lancer à l'échelle communautaire une action de sensibilisation de la population et des acteurs de soins à une utilisation plus responsable des produits pharmaceutiques.

e) Caractériser l'exposition des franciliens aux pesticides présents dans leur habitat⁴¹

L'Ile-de-France comprend des zones massivement urbanisées mais aussi une forte proportion de terres agricoles (environ 50 % des terres de la région). Dans le cadre du premier plan santé environnement, une étude a été conduite par Airparif qui a montré la présence de pesticides dans l'air ambiant aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. L'exposition des adultes franciliens aux pesticides a par ailleurs été caractérisée lors de l'étude EXPOPE (2002-2005). Cette étude ciblait les usages professionnels et la caractérisation de l'exposition des enfants notamment n'a pas été réalisée. Il est proposé dans le cadre du PRSE2 de mettre en place une nouvelle étude afin de mieux comprendre les sources d'exposition non professionnelles. Une

⁴⁰ Fiche n°15 PSRE2

⁴¹ Fiche n°16 PSRE2



centaine de personnes âgées de 3 à 75 ans seront incluses dans l'échantillon suivi (questionnaire, analyse des biomarqueurs, analyses environnementales). L'opérateur sera une équipe de recherche sélectionnée par un appel d'offres.

3.6.8 Coordination des vigilances⁴²

En raison de leur multiplicité, de champs de recouvrement mais aussi de logiques parfois différentes, les dispositifs de vigilance sanitaire doivent pouvoir s'articuler. Dans ce contexte, la coordination des vigilances a comme objectif de rendre les dispositifs plus efficaces au niveau de la région, de permettre le partage d'informations sur les événements indésirables pouvant ou ayant un impact régional ainsi que de participer à des actions de promotion du bon usage et d'éducation dans le domaine des vigilances et de la gestion des risques. Pour ce faire, l'Agence va :

- mettre en place et structurer la coordination régionale des vigilances sanitaires afin d'établir des circuits de veille et de remontée d'informations, en lien avec la plateforme opérationnelle de veille et d'alerte sanitaires ;
- créer un comité de pilotage de la coordination régionale des vigilances avec l'ensemble des référents de la région, les agences nationales de sécurité sanitaire, les associations de patients et de consommateurs ainsi que les représentants des professionnels de santé ;
- développer et faciliter le signalement des événements indésirables rentrant dans le champ de compétence des vigilances sanitaires en lien avec la plateforme opérationnelle.

3.6.9 Sécurité sanitaire des produits de santé⁴³

Parmi les missions confiées aux établissements de santé, la loi HPST prévoit qu'ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

En particulier, les établissements de santé doivent définir une véritable politique du médicament pour lutter contre les erreurs médicamenteuses et prévenir les risques iatrogènes. Cette

⁴² Les actions développées dans cette partie sont en cohérence avec le schéma régional d'organisation des soins hospitaliers.



Schéma de prévention

politique se traduit au travers du déploiement d'un processus de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans l'établissement, assorti d'indicateurs de résultats et d'une étude des risques.

L'Agence s'associe à la mise en œuvre de cette politique et s'engage à décliner sur la région Ile-de-France des actions nationales d'appui telles que la mise à disposition d'outils d'aide au diagnostic des risques et des évaluations sur site.

Par ailleurs, la loi HPST a reconnu aux pharmaciens d'officine une place dans les soins de premier recours. L'Agence appuiera ces professionnels dans leurs démarches de qualité en mettant à leur disposition des outils d'information et au travers d'évaluations thématiques sur site.

Deux actions seront menées : Enquêtes dans le cadre de la lutte contre les erreurs médicamenteuses dans les établissements de santé, Mise en ligne de documentation d'aide aux professionnels de santé dans l'exercice de leurs missions.

4 LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

4.1 Le plan d'action

Les priorités de l'agence exposées dans les chapitres précédents seront rendues opérationnelles dans le cadre de la territorialisation.

Des programmes cohérents et territorialisés seront construits à partir des fiches-actions⁴⁴ rédigées avec les différents acteurs et partenaires concernés.

4.1.1 La déclinaison territoriale

4.1.1.1 La démarche adoptée

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé implique une priorisation territoriale des actions qui permet d'atteindre les populations les plus en difficulté. Pour cibler des territoires infra-départementaux à partir d'un critère simple et reproductible dans les différents départements de la région, une analyse de différents indicateurs a abouti au choix de l'indice de développement humain (IDH-2)⁴⁵. Il s'agit d'un indicateur comprenant 3 dimensions (santé, revenu et éducation) et disponible au niveau communal. Cet indicateur est un bon reflet des inégalités sociales et territoriales de santé et met en évidence de fortes disparités entre communes. Les valeurs les plus élevées de l'IDH-2 sont observées à Paris (0,64), dans les Hauts-de-Seine et dans les Yvelines (0,63). La valeur la plus basse est observée en Seine-Saint-Denis (0,39). La moyenne régionale (0,57) est supérieure à la moyenne nationale (0,51). Nous avons retenu la valeur de cette dernière pour qualifier les territoires dans lesquels l'effort doit être porté. Les figures 2a et 2b permettent de comparer les communes entre elles. La représentation 2b permet de comparer les communes dont l'indice est inférieur ou égal à 0,51.

Le seuil retenu correspond à environ 20% de la population des communes d'Ile-de-France, et sélectionne 223 communes, dont une majorité en Seine et Marne. Les communes de Seine-Saint-Denis sont quasi toutes concernées.

Deux éléments importants sont à noter, d'une part les communes ont des densités de population très différentes (très faible pour certaines communes de Seine-et-Marne) et d'autre part, les valeurs de l'indice au niveau communal lissent des situations infra-communales (quartiers), elles aussi souvent contrastées.

⁴⁴ Voir la liste et les modalités opérationnelles de l'Agence en annexe.

⁴⁵ IAU, note rapide N° 528, décembre 2010. <http://www.iau-idf.fr/detail-dune-etude/etude/actualisation-et-regionalisation-de-lindicateur-de.html>

La méthodologie proposée aux délégations territoriales pour définir des zones géographiques prioritaires, au niveau communal ou infra communal est d'utiliser cet indicateur, assorti de deux autres : la taille de la population communale et le nombre de foyers fiscaux non imposables. Avec les réserves évoquées plus haut, un quartier en grande difficulté dans une commune avec un IDH-2 supérieur à 0, 51 est éligible comme zone prioritaire.

Cette approche est cohérente avec la démarche d'élaboration et de mise en œuvre des contrats locaux de santé qui cible les mêmes territoires, même si les CLS concernent l'ensemble du champ de compétence de l'Agence et non uniquement les actions de prévention et de promotion de la santé.

Figure 2a : Indice IDH-2 par commune région Ile-de-France, 2006. Source : IAU-ORS-ARS

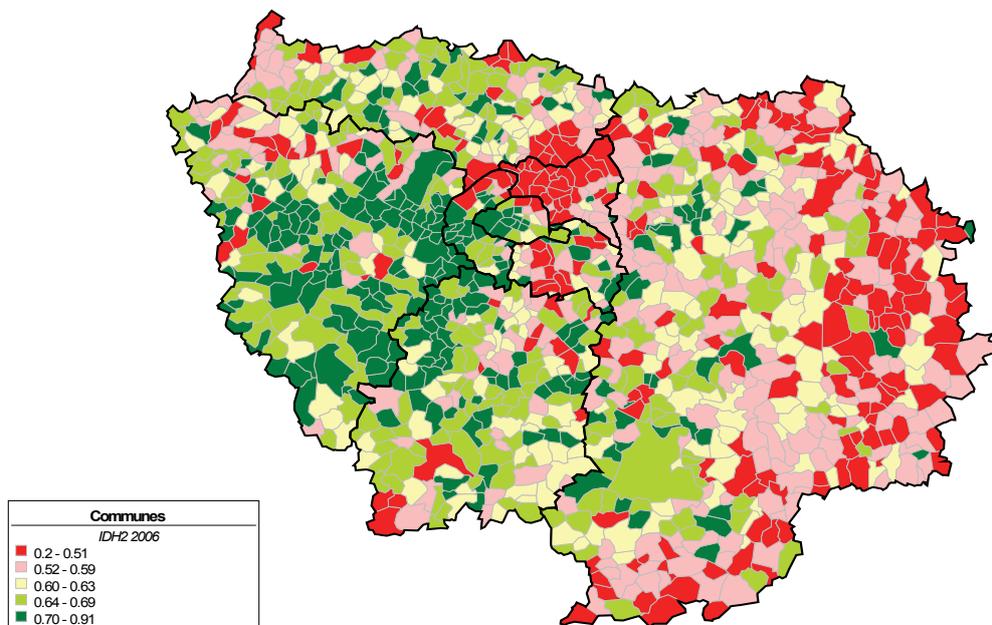
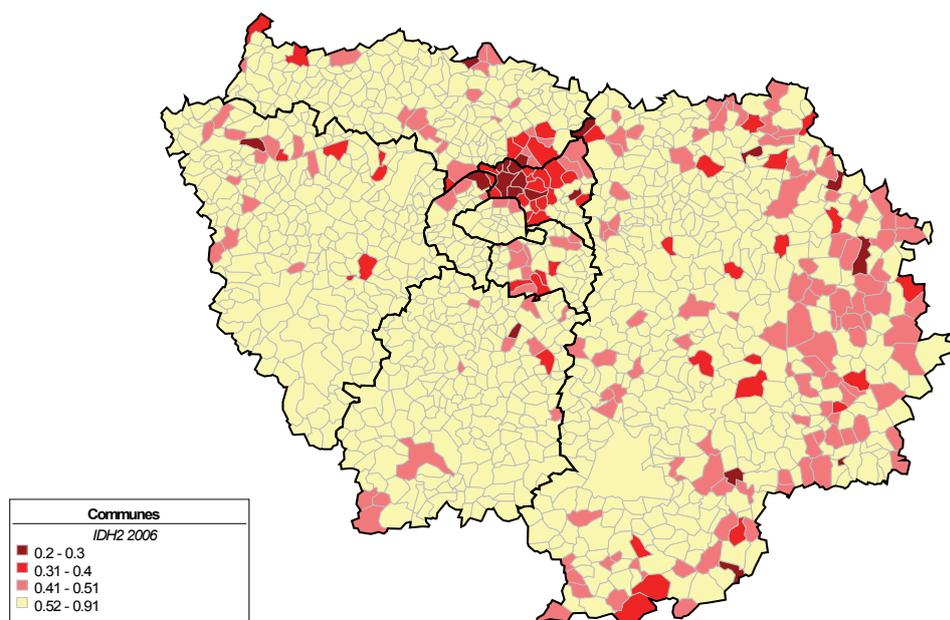


Figure 2b : Indice IDH-2 par commune région Ile-de-France, 2006. Source : IAU-ORS-ARS



Si la territorialisation des actions a montré sa pertinence dans la réduction des écarts de santé, cette approche géographique ne permet pas à elle seule de prioriser des actions auprès de certaines populations ou selon certaines thématiques distribuées de façon non continue sur le territoire.

Ainsi, la priorisation des actions de prévention et promotion de la santé dans les départements pourra dépendre d'une approche géographique, populationnelle ou thématique.

4.1.1.2 Priorités départementales en termes de populations, thématiques, territoires

Un début de travail de priorisation des actions a été mené par chaque Délégation Territoriale de l'Agence. Un groupe de travail (voire des sous-groupes thématiques) rassemblant l'ensemble des partenaires et acteurs locaux a été constitué dans chaque Délégation Territoriale, en relation étroite avec la Conférence de Territoire, de façon à définir, en fonction du diagnostic de santé départemental et des orientations du schéma régional de prévention, les territoires, populations et thématiques prioritaires. Une synthèse de ces travaux est présentée ci-après par délégation territoriale.

Délégation territoriale de Paris

I- inégalités sociales et territoriales de santé : priorité au nord-est parisien

Le repérage des territoires prioritaires par l'indice de développement humain (IDH-2), identifie les arrondissements du Nord-est parisien (18^e, 19^e, 20^e) et plus précisément les zones urbaines sensibles. Paris bénéficie de nombreuses ressources d'offre de prévention et de soins, d'où un enjeu de coordination des acteurs. et d'efficience, en priorisant les sites d'intervention. Plusieurs **principes** sont inscrits dans la démarche: 1/Diffuser une culture de santé publique auprès d'acteurs n'appartenant pas au secteur de la santé et promouvoir l'approche participative avec les usagers ; 2/ élaborer un cadre de partenariat avec les acteurs locaux et en premier lieu les services, élus de la collectivité territoriale ; 3/ développer le travail multidisciplinaire, multi-institutionnel.

1 Périnatalité et petite enfance

Face aux indicateurs défavorables du Nord-est parisien, il s'agit de renforcer la proportion des femmes enceintes et couples bénéficiant d'un accès à la santé périnatale adapté, en s'appuyant sur : 1/ la mise en réseau des professionnels de santé impliqués dans les suivis de grossesse ; 2/ le développement de l'estime de soi et les compétences parentales (empowerment) et leur connaissance de l'EPP ; 3/ Le soutien et l'adaptation des dispositifs et actions de préparation à l'accueil du nouveau-né.

En déclinaison d'une approche au plus près des territoires est expérimentée **une animation dans le quartier Belleville Amandiers (20 e) sur les problématiques de périnatalité** s'appuyant en particulier sur l'atelier santé ville et la PMI.

2 Santé des enfants et jeunes d'âge scolaire

Concernant l'éducation à la santé : 1) renforcer le rôle de la santé scolaire et de l'Education Nationale en matière d'éducation à la santé ; 2) Promouvoir l'éducation à la santé dans les structures ouvertes aux jeunes non-scolarisés.

Concernant la santé mentale : 1) renforcer les compétences psychosociales comme levier de bien-être et de prévention des conduites à risque ; 2) Favoriser le repérage précoce de la souffrance psychique et l'orientation des enfants et jeunes.

Concernant la nutrition 1) promotion de l'éducation nutritionnelle et de l'activité physique en impliquant les parents ; 2) développer l'accès à une prise en charge et l'accès aux ressources sportives pour les enfants et jeunes en surpoids et obésité.

En expérimentation d'une approche au plus près des territoires, une animation sur la santé des jeunes est développée dans le **quartier Politique de la ville Flandre (19ème)**, en s'appuyant sur l'atelier santé ville, la santé scolaire, l'éducation nationale.



3- Santé mentale

Ce thème transversal est décliné dans différentes axes (périnatalité, petite enfance et jeunes, précarité et addictions).

4- Lutte contre l'habitat indigne

Les axes de travail portent sur : 1/ l'accompagnement des familles habitant des logements insalubres, en s'appuyant sur les opérateurs sociaux de la DRIHL, 2/ Habitat insalubre et santé mentale : expérimentation avec les CMP Parisiens pour mieux prendre en charge les personnes atteintes du syndrome de « Diogène », 3/ Renforcement de la lutte contre le saturnisme en intervenant au seuil de plombémie à un taux de $> 50 \mu\text{g/L}$, et en priorisant les interventions dans les logements insalubres où résident des jeunes enfants.

II- Autres priorités populationnelles ou thématiques à Paris

1- Publics en grande précarité

1/En lien avec les services de l'Etat et les collectivités territoriales, expérimenter sur des parcours de soins en subsidiarité au droit commun : 1/(réseau psy précarité, expérimentation ESI/PASS) ; 2/Développer le « aller vers » des structures de soins (CMP...) ; 3/ formation des acteurs sociaux en prévention et promotion de la santé.

2- Prévention et dépistage des viroses chroniques (VIH, hépatites) et des IST

Au regard de la dynamique de l'endémie, la prévention de l'infection par le VIH et des hépatites doit être assurée auprès des publics prioritaires (Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, migrants et usagers de drogues). Elle passe par une offre de dépistage diversifiée, et des stratégies de prévention ciblées sur ces publics.

3- Addictions

Les actions de prévention porteront en priorité sur : 1) la réduction des risques liés à la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment lors des soirées festives sur la voie publique ; 2) le repérage des consommations excessives par les professionnels de santé ; 3) les interventions préventives auprès des jeunes enfants dont les parents présentent une addiction ; 4) une meilleure implication du milieu familial dans la prévention en direction des adolescents ; 5) la poursuite des actions auprès des crackers.

III- Autres axes généraux

Personnes âgées : en s'appuyant sur le schéma de gérontologie départemental : 1/donner une visibilité aux nombreuses actions de prévention pour analyser la couverture de l'offre et les besoins ; 2/ renforcer des savoir-faire des intervenants au domicile ou au contact des personnes âgées sur des thèmes de prévention.



Personnes handicapées : en s'appuyant sur le schéma départemental des personnes handicapées : 1/ développer la prévention en lien avec les établissements et services à domicile
2/ Développer des collaborations entre les professionnels de la prévention, les personnes handicapées et les professionnels qui les accompagnent, en lien avec la MDPH.

Délégation territoriale de Seine-et-Marne

Les axes de la territorialisation du schéma régional de prévention sont les suivants :

1- Maintenir l'offre existante : assurer une continuité de l'offre territoriale

- Garantir l'offre existante sur la frange Ouest

Poursuivre cette couverture de la frange ouest du département, qui regroupe une part importante de populations cibles au regard du Schéma Régional.

Au nord de cette bande, tenir compte des mouvements de populations en grande difficulté de la Seine Saint Denis mitoyenne de notre département (Chelles, Mitry Mory, Claye Souilly...).

« Dans ces territoires on voit arriver des populations adressées par le SAMU Social de Paris, la CAFDA⁴⁶ dans des lieux d'hébergement en hôtels « sociaux » mal adaptés à la prise en charge de ces populations qui on le sait ont des problématiques sanitaires liées au contexte de migration » (*Territorialisation 77 PRAPS 2012 – constats*)

- Poursuivre l'offre existante sur les autres villes hors la frange Ouest

Parvenir au soutien de l'ensemble des Missions locales du département, ce soutien est fondamental car il permet *d'assurer une couverture territoriale importante*.

S'appuyer sur les CLS de Meaux, Coulommiers, Montereau, Nemours, Dammarie Lès Lys pour étoffer la couverture territoriale. Le « périmètre d'influence » de ces dispositifs s'étend aux communes avoisinantes.

2- Impulser des réponses vers les territoires peu ou non couverts vers toutes les populations

- Déployer des actions (CLS) sur des territoires peu ou non couverts (frange Est et ses zones rurales), développer des projets vers des territoires connaissant une évolution démographique importante.

⁴⁶ Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile

3- Impulser des réponses visant des populations fragilisées et des problématiques identifiées

La nécessité de repérer les problèmes de santé dès le plus jeune âge, *d'agir tôt et de travailler ensemble*.

Conformément aux orientations régionales et aux préoccupations seine et marnaises soutenir des actions en lien avec :

Périnatalité, Petite enfance

- Promouvoir l'Examen Prénatal Précoce et un meilleur suivi de la grossesse, lutter contre le saturnisme infantile, traiter les thématiques de la petite enfance : hygiène bucco-dentaire, alimentation, lutte contre l'obésité dès le plus jeune âge, troubles du langage, des apprentissages.

Enfants, Adolescents, Jeunes adultes :

- Promouvoir le lien « bilan des 3-4 ans PMI et bilan des 6 ans Education Nationale ». Agir au plus tôt pour ce qui concerne le repérage et la prise en compte de la souffrance psychique. Développer des projets de prévention adaptés sur les problématiques en lien avec la nutrition, les addictions, la sexualité (dans son acception large), le renforcement des compétences psycho sociales, le risque auditif.

Santé mentale :

D'un point de vue général, le décloisonnement entre la question santé (mentale) et la question sociale est nécessaire. (SRP 2012 Concertation Acteurs Seine et Marne Janvier Février 2012 – Périnatalité – Santé des jeunes – Santé Mentale)

a) La population en général

- *Repérer et réduire* les souffrances psychologiques de la population en général et vers *les publics précaires, isolés (personnes âgées)* en situation de vulnérabilité sociale.

b) Les seniors

- Soutenir l'offre concernant les seniors en terme de préservation de l'autonomie, renforcer l'aide aux aidants. Lutter contre l'isolement.

c) Détenus, migrants, personnes sans chez soi, gens du Voyage

- Développer une prévention spécifique auprès des grands précaires
- Elaborer des programmes d'éducation pour la santé dans les centres pénitentiaires (CD Melun, Réau, Meaux) sur la souffrance psychique, l'hygiène de vie, les addictions.



- Poursuivre le développement des actions en direction des migrants en foyer et en habitat diffus, développer la formation de médiateurs santé auprès de publics de structures FJT, FTM mais également CHRS, CHU, Résidences sociales.
- Travailler en réseau, promouvoir le "aller vers", création d'EMPP.

Former les intervenants, *Créer un réseau d'adresses de proximité*, un outil « de la connaissance des intervenants », « vers qui on oriente ? », « qui prendra la suite ? » si une personne entre dans un dispositif d'aide. (SRP 2012 Concertation Acteurs Seine et Marne Janvier Février 2012 – Périnatalité – Santé des jeunes – Santé Mentale -Territorialisation 77 PRAPS 2012).

Maintenir l'offre départementale

Vers l'ensemble de la population en général, autour de toutes les orientations prioritaires de l'Agence (et dépistages organisés, Actions de Santé Publique Recentralisées) autour des missions régaliennes (PRSE) qui incombent à l'Agence Régionale (et prévention du saturnisme, lutte contre l'habitat indigne, prévention des risques auditifs).

Délégation territoriale des Yvelines

La « prévention » sur le département a suivi des trajectoires croisant des initiatives des professionnels de santé, d'associations, d'établissements de soin, et des impulsions données par les politiques de santé, notamment depuis 2005 les appels à projet dans le cadre du PRSP.

Présentation de la démarche

Un groupe de travail a été organisé incluant des acteurs de terrain et des institutions collaborant sur le territoire à des actions de prévention. Il comprenait des associations (IPT, AVH, AIDES, ADOMA, ADEF, ANPAA, CODES...), des représentants institutionnels ou de collectivités locales (CPAM, Conseil Général, Education nationale, CASQY, ville de Versailles, Sartrouville, Houilles, Poissy) et le réseau de périnatalité.

Une présentation des orientations du SRP ainsi que des propositions de territorialisation ont été faites et débattues en séance, notamment concernant certaines thématiques environnementales.

1. Territorialisation sur la base de l'IDH-2

Une première analyse fondée sur la répartition des communes dont l'IDH2 est inférieur à 0,52 a permis de déterminer un premier niveau de priorité sur des territoires globalement superposables à ceux de la Politique de la ville, plus précisément encore sur les territoires où un Atelier santé ville pré-existait, eux-mêmes quasi superposables aux territoires d'élection des futurs Contrats locaux de santé. Certains territoires plus ruraux connus en tant que zones déficitaires en offre de soin ont été réintégrés au schéma, en tant que zones « fragiles » (Houdan, Bonnières par exemple). Certains territoires en Politique de la ville mais dont l'IDH2 n'apparaissait pas en tant qu'indicateur communal $< 0,52$ ont été également réintégrés, par la connaissance que la Délégation territoriale a des quartiers. Concernant certaines thématiques environnementales (saturnisme, habitat indigne, air intérieur), la cartographie produite par le département Veille et sécurité sanitaire a montré que la priorisation ne pouvait suivre qu'une géo-localisation spécifique. Certains indicateurs, comme la répartition des déclarations obligatoire de tuberculose, maladie à fort déterminant social, ont conforté cette première approche (cas de tuberculose surreprésentés sur Mantes la Jolie et Les Mureaux).

Rappelons que dans les Yvelines, les Contrats locaux de santé (CLS) doivent être prioritairement signés sur la CA de St Quentin en Yvelines (communes de Montigny, Voisin, Magny les Hameaux, Trappes, La Verrières, Elancourt et Guyancourt), des 2 rives de Seine (focus sur Chanteloup les Vignes, Carrières sous Poissy), Mantes la Jolie, Mantes la Ville, Les Mureaux, Poissy, Achères. D'autres CLS sont secondairement envisagés notamment sur Houdan et Sartrouville (si affirmation d'une volonté locale).

Selon ces 2 premières approches (IDH2, et territoires en Politique de la Ville), on distingue un premier niveau de priorisation territoriale, concernant les territoires signataires en 2011 d'un CLS, auxquels on peut ajouter Sartrouville (CUCS niveau 1), et les territoires ruraux du nord-ouest des Yvelines (Houdan, Bonnières, Freneuse) ainsi que des territoires en CUCS ou en proximité des territoires des CLS, dont les problématiques sont proches (Limay, Porcheville, Ecquevilly).

A noter que des territoires en CUCS de niveau 3 pourraient en principe être exclus de ces priorités (Magny les Hameaux, Carrières sur Seine, St Cyr l'école, Vernouillet, Meulan).

L'avantage de cette priorisation est que les territoires en CLS pourront concentrer les ressources notamment en coordination des acteurs.

2. Territorialisation d'actions sur la base d'une « fragilité » repérée

Ce sont des territoires « isolés », déficitaires en offre, plutôt ruraux, dont l'IDH2 peut être bas, et déjà repérés dans le schéma ambulatoire comme fragiles. Bonnières, Freneuse, Houdan, Richebourg, etc.



Au-delà de la prévention seule, il conviendrait probablement de travailler sur ces territoires à une transversalité avec le schéma ambulatoire, les délégations de compétence, les nouvelles technologies.

3. Territorialisation sur le principe d'une « géo-localisation » spécifique

Cette spécificité est patente quand on regarde les cartographies du département Veille et Alerte concernant par exemple la question du saturnisme, ou de l'habitat insalubre.

D'autres géo-localisations seront spécifiquement adaptés à chaque problématique ou groupe populationnel donnés :

- pollution industrielle,
- populations particulières (Roms, détenus, SDF, prostitué-es...),
- risque auditif chez les jeunes.

4. Pas de territorialisation

Les actions devront être déclinées sur l'ensemble du territoire du 78 pour des thématiques portées par des institutions ou établissements « transversaux » drainant tout type de population sur le département et au-delà.

Il s'agit notamment des questions liées aux réseaux périnatalité, reliées aux Hôpitaux et services (ETP), à l'éducation pour la santé en milieu scolaire (Education nationale/ARS), aux services de santé au travail, aux actions décentralisées dans le cadre de conventions passées avec le Conseil Général (IST, vaccinations, DO cancers notamment), aux actions de prévention bucco-dentaire portées par la CPAM, etc.

Les actions rentrant dans ce cadre sont par définition diffuses et « généralistes », mais un renforcement local par exemple dans le cadre d'un CLS (avec synergie des acteurs, coordination, médiation, ciblage, etc...) pourrait ensuite permettre d'en renforcer les impacts.

Délégation territoriale de l'Essonne

1-Des Territoires prioritaires

Quatorze communes du département ont un indicateur de développement humain 2 inférieur à 0,52.

Celles-ci se répartissent sur l'ensemble du département y compris dans sa partie la plus au sud. Ces territoires ainsi que ceux des 13 CUCS du département constituent un premier axe de priorisation des actions.



Les diagnostics réalisés sur ces communes, notamment dans le cadre de l'activité des ASV ou de la démarche d'élaboration des CLS, font ressortir des besoins autour des thématiques :

- Périnatalité (Evry, Grigny, Corbeil...)
- Santé mentale (Evry, Courcouronnes, Grigny, Etampes...)
- Nutrition (Courcouronnes, Grigny, Corbeil, les Ulis...)
- Santé des jeunes (Evry, Courcouronnes, Grigny...)

Un deuxième axe de priorisation territoriale correspond aux actions à développer au sud du département où l'éloignement vis-à-vis des structures de prévention crée une inégalité qui touche particulièrement les plus vulnérables et les jeunes. Il est donc important de privilégier, avec l'aide de nos partenaires tant institutionnels qu'associatifs des actions « hors les murs » au plus près des populations. L'exemple des actions développées, dans un cadre partenarial, au bénéfice des travailleurs migrants des foyers du sud du département doit inspirer les futures actions.

2-Des populations et des thématiques prioritaires

Les populations

Les jeunes : les actions construites en partenariat avec notamment les services de l'Education Nationale et de la PJJ aborderont prioritairement les thèmes : santé mentale, addictions, nutrition et santé sexuelle. Sur cette dernière thématique l'expérience et l'appui du Comité Départemental de Coordination des actions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire seront une aide précieuse.

Les migrants : dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et les foyers de travailleurs migrants, il conviendra de développer des actions sur la prévention des IST et du SIDA en associant, lorsque c'est possible, information et proposition de dépistage.

Les détenus : dans un cadre partenarial, structurer et développer les actions à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, plus grand centre pénitentiaire d'Europe.

Les personnes âgées : la prévention de la perte d'autonomie, l'aide aux aidants et l'hygiène bucco-dentaire demeurent des priorités d'actions.

Les thématiques

La prévention et le dépistage organisé des cancers : le département dispose de leviers pertinents pour agir dans ce domaine. La structure de gestion des DO, le Comité Départemental de la Ligue contre le Cancer et très bientôt une structure unique en Ile de France, l'espace prévention ANTEÏA, contribueront par leur action coordonnée à améliorer la situation. Concernant les dépistages organisés, les travaux menés par des étudiants en géographie de la santé permettent de mettre en évidence des différences significatives dans le recours au dispositif suivant les territoires. Un travail intéressant pourrait être développé, par exemple, sur les 9 communes du département traversées par la N7 et qui présentent un taux bas de couverture mammographique.



L'hygiène bucco-dentaire : il s'agit de développer des actions destinées aussi bien aux enfants et à leurs familles qu'aux personnes âgées et handicapées et aux professionnels à leur contact.

La santé mentale : cette problématique est citée par de nombreux professionnels de terrain. La demande concerne à la fois des actions de prévention primaire, de soutien au repérage et d'amélioration de la prise en charge.

Délégation territoriale des Hauts-de-Seine

Deux objectifs stratégiques du PSRS ont été pris en compte: le « parcours de santé intégré » de la prévention aux soins en passant par le médico-social, et la réduction des inégalités territoriales de santé.

La connaissance des territoires et de l'offre globale s'est affinée tout au long de l'année, et 2012 sera le temps de la consolidation de certaines actions et du développement de projets sur des territoires identifiés comme prioritaires et déficitaires.

Dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, les efforts en matière de prévention seront orientés vers :

- les communes présentant les indicateurs socio-économiques et sanitaires les plus défavorables (IDH2<0.52) telles que **Clichy, Colombes, Gennevilliers, Nanterre et Villeneuve-la-Garenne**.
- certaines communes, globalement moins défavorisées, qui comportent des quartiers (CUCS) dans lesquels les besoins en matière de prévention sont plus importants telles qu'**Asnières-sur-Seine, Antony, Bagneux, Boulogne-Billancourt, Bourg-la-Reine, Chatenay-Malabry, Clamart, Fontenay-aux-Roses, Rueil-Malmaison, Sceaux et Suresnes**.

Sur ces territoires de nombreuses actions de prévention sont développées par les collectivités territoriales et les promoteurs associatifs, cependant certaines thématiques semblent insuffisamment couvertes comme :

- la **périnatalité** dans un objectif de réduction de la mortalité infantile (principalement à Colombes, Gennevilliers, Clichy, Nanterre, Villeneuve-la-Garenne et Bagneux qui présentent des taux supérieurs au taux régional).
- la **santé mentale** identifiée lors des dialogues de gestion ou des négociations CLS comme une problématique, notamment, dans les communes d'Antony, Asnières-sur-Seine, Bagneux, Clichy, Gennevilliers, Nanterre, Suresnes.
- la **santé des jeunes** qui est une préoccupation pour l'ensemble du département.



- la **lutte contre l'habitat indigne** et la prévention du **saturnisme** (principalement à Villeneuve-la-Garenne, Clichy, Asnières-sur-Seine, Colombes, Gennevilliers, Suresnes et Bagneux qui présentent des risques de saturnisme supérieurs au niveau régional).

Cette liste n'étant pas exhaustive, les thématiques et actions à développer sur les territoires prioritaires seront négociées lors des discussions avec les collectivités locales menées dans le cadre des négociations sur les Contrats Locaux de Santé. Ils donneront en effet l'opportunité à l'ARS et aux communes de travailler ensemble sur des objectifs de santé prioritaires communs et surtout de faire émerger des actions nouvelles et innovantes.

Avec les promoteurs associatifs, la démarche pourra être similaire, notamment lors des dialogues de gestion engagés à l'occasion de la programmation annuelle des actions de prévention et de promotion de la santé.

Le parcours de santé intégré devra introduire l'articulation avec le schéma de l'offre de soins et particulièrement avec son volet ambulatoire.

D'autre part, la démocratie sanitaire prendra également toute sa signification lors des consultations des instances représentatives sur les différents schémas.

Les travaux de territorialisation dans les Hauts-de-Seine, suite aux discussions avec les opérateurs de terrain, s'articulent autour des 4 thématiques suivantes :

- **périnatalité**
- **santé des jeunes**
- **santé mentale**
- **santé des personnes vulnérables** (migrants, sortants de prisons, personnes sans domicile fixe,...).

Délégation territoriale de Seine-Saint-Denis

La question de la stratégie à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé à travers des actions de prévention et de promotion de la santé (PPS) se décline essentiellement sur une logique territoriale : c'est à travers la priorisation territoriale que l'action publique en PPS est présumée atteindre les populations les moins favorisées, et ce d'autant plus que l'Île-de-France est une région où les inégalités sociales se projettent sur les territoires de façon très brutale.

Cette priorisation territoriale pour la Seine-Saint-Denis doit donc être argumentée. Elle se croisera ensuite avec une réflexion sur des groupes de population (jeunes enfants, personnes âgées...) ou des thématiques.



Il est acquis que la Seine-Saint-Denis est le territoire d'expression maximale des inégalités territoriales de santé. La carte de l'IDH2 montre que la Seine-St-Denis est le principal territoire homogène et contigu à faible valeur d'IDH2.

1-Les principes structurants pour la territorialisation

- La stratégie de prévention et promotion de la santé doit d'abord viser à réduire les inégalités sociales de santé : faute d'explicitier un tel objectif, la prévention a spontanément tendance à les aggraver.
- L'abord territorial et géographique ne permet pas à lui seul d'agir sur l'ensemble des déterminants sociaux d'inégalités. Mais il reste à ce jour pour l'Agence le moyen le plus immédiat de peser sur ces inégalités, et doit donc être privilégié.
- A partir de ces constats, le schéma de prévention devrait, pour la Seine-St-Denis, permettre de définir des zones prioritaires de façon générique.
- En fonction des objets de la politique de prévention et de promotion de la santé, d'autres territoires ou populations prioritaires pourront être définies.

2-Des territoires de focalisation des moyens

La déclinaison de ces principes définit des cibles géographiques prioritaires, zones pour lesquelles une focalisation régionale de moyens majeurs s'impose ::

- Communes pour lesquelles l'IDH2 est inférieur ou égal à 0.30 (La Courneuve, Bobigny, Clichy-sous-Bois, Stains, Saint-Denis, Pierrefitte, Aubervilliers, Villetaneuse) ;
- ZUS de catégorie A de l'étude de l'INSEE⁴⁷, quelles que soient les caractéristiques des communes englobantes (situées à Aulnay-Sous-Bois, Bobigny, Drancy, Bondy, Clichy, Montfermeil, Montreuil, Noisy-le-Sec) ;
- ZUS de catégorie B de l'étude de l'INSEE comprises dans des communes à IDH2 global inférieur à 0.40.

Au-delà de ces zones très prioritaires, d'autres zones doivent bénéficier d'une action prioritaire de l'agence : il s'agit des communes dont l'IDH 2 est inférieur à la moyenne nationale de 0.51⁴⁸.

L'enjeu de l'intervention publique y est double :

⁴⁷ Musiedlack Y. Les ZUS franciliennes : un paysage contrasté. Insee à la page N°356, mai 2011.

⁴⁸ Saint-Ouen, Drancy, Bondy, L'Île-Saint-Denis, Le Blanc-Mesnil, Aulnay sous-bois, Romainville, Villepinte, Le Bourget, Pantin, Epinay-sur-Seine, Pré-Saint-Gervais, Sevran, Bagnolet, Tremblay-en-France, Dugny, Noisy-le-Sec, Neuilly-sur-Marne, Montfermeil, Montreuil, Pavillons-sous-bois.



- Eviter les aggravations, du fait du contexte francilien d'aggravation des inégalités sociales d'une part et de la ségrégation urbaine d'autre part ;
- Eviter les effets de césure, travailler sur l'ensemble de la chaîne des inégalités territoriales, et pas seulement sur les fragments territoriaux les plus décrochés (travailler sur le gradient social plutôt que sur les groupes exclus).

3-Les populations qui ne peuvent bénéficier d'actions contre-inégalitaires à entrée territoriale

Mener une stratégie de prévention territorialement priorisée ne doit pas faire oublier que certaines catégories de populations ne peuvent être décrites, comprises, atteintes, associées, par des logiques territoriales :

- Les usagers de drogue, les ROM, les populations re-scolarisées et en voie de déscolarisation, les populations migrantes.

4-Les autres enjeux stratégiques en PPS

- **La périnatalité,**

L'échelle de travail pertinente pour la réduction de la mortalité infantile est celle du département. La question essentielle dans le département se situe dans l'interface entre prise en charge périnatale et précarité de logement. Le réseau en périnatalité NEF (Naître dans l'Est francilien) qui couvre le département est en cours de formalisation.

- **Les enfants, adolescents et jeunes adultes,**

Les problèmes de santé de ces différents publics sont très différenciés en fonction des déterminants sociaux. Les territoires considérés comme prioritaires sont globalement adaptés à la priorisation des actions en direction des jeunes, cependant il faudra considérer la fluidité résidentielle de ces jeunes et de leur famille (territoires supra-communaux mais de même typologie sociale). La question de la prévention chez les jeunes est indissociablement liée aux autres schémas (ambulatoire, médico-social et hospitalier) et au programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS) en raison des questions posées par l'accès aux soins en général, et plus particulièrement l'accès aux soins en pédopsychiatrie et psychiatrie infantile-juvénile d'une part, et de la prise en charge de l'obésité et du surpoids d'autre part.

Concernant l'école, il est indispensable de séparer deux modes d'action : l'école comme lieu d'éducation pour la santé et l'école comme déterminant de santé. Enfin, le rapport à l'école détermine les groupes de jeunes prioritairement concernés par les actions en PPS, que l'on ne peut pas définir par scolarisés/non scolarisés, mais plutôt travailler avec les jeunes en souffrance scolaire.



La question de la démographie des médecins scolaires et celle des médecins de PMI, particulièrement critique, est décisive pour l'efficacité des actions en direction des enfants et adolescents. L'agence soutiendra les initiatives allant dans ce sens, telles que les bourses allouées par le Conseil Général aux étudiants, en contrepartie d'un engagement à travailler pour un temps en PMI.

Délégation territoriale du Val de Marne

En termes de méthode, 2 approches ont permis de dégager les priorités sur le Val de Marne : la voie documentaire et la consultation d'un panel d'acteurs locaux. Deux réunions ont été organisées avec les acteurs locaux, l'ensemble du groupe de travail et un sous groupe sur « adolescents et jeunes ».

1. Territoires prioritaires

Pour une population de 1 298 341 habitants, le département compte 23 quartiers classés en zone urbaine sensible (ZUS). La population en ZUS est de 136 826 hbts soit 11% de la population départementale. Sur les 23 ZUS, 16 villes du département sont en CUCS et parmi elles 12 communes avec des quartiers de priorité 1 n'ont pas d'ASV.

Cinq communes ou groupes de communes ont un Atelier Santé Ville : Ivry-Vitry, Champigny-sur-Marne, Gentilly-Val de Bièvre, Créteil Kremlin-Bicêtre. Deux autres sont en cours d'élaboration ou de redynamisation: Bonneuil sur Marne, Choisy le Roi et Fontenay sous Bois.

Les actions des ASV se concentrent sur les aspects suivants :

- l'habitat et la santé: les questions d'insalubrité, de sur-occupation.
- le cadre de vie, l'environnement, les transports pour faciliter l'accès aux structures de droit commun et aux soins.
- l'emploi en ce qui concerne l'insertion professionnelle, la santé physique et psychique.
- l'éducation.

Treize villes du département ont un indice de développement humain (IDH2) inférieur à 0,52.

2. Les populations et les thématiques prioritaires

La périnatalité constitue une préoccupation pour l'ensemble du département, les besoins exprimés sont relatifs aux difficultés d'accès aux soins pour les femmes en attente d'ouverture ou de renouvellement de droit, l'amélioration du lien parent-enfant dans un contexte où les sorties précoces en maternité sont fréquentes, la scolarisation des enfants handicapés, la nécessité de créer un réseau de suivi des prématurés, la difficulté de recrutement des médecins en PMI, la difficulté d'accès à un gynécologue.

Les jeunes



Sur l'ensemble du département les questions relatives à l'éducation affective et sexuelle, la nutrition et la prise en compte du surpoids, le développement des compétences psychosociales et la santé bucco-dentaire sont rapportées.

Les migrants

Les maladies chroniques, la souffrance psychique, les problématiques liées au vieillissement, les questions de santé spécifiques aux femmes migrantes dont l'infection par le Vih-sida sont relevées.

L'accès aux soins et l'accès aux droits

Les dispositifs d'accès aux soins sont peu utilisés et sont méconnus des professionnels de santé : CMUC, l'accès à une complémentaire santé (ACS). Le dispositif d'examen périodique de santé gratuit doit être adapté aux populations précaires. A titre d'exemple, et malgré les efforts du conseil général et de la CPAM, les taux de participation aux examens bucco-dentaires pour les 6 ans restent inférieurs à 35 % sur la plupart des communes.

Le Vih-Sida

Le Val de Marne est le 3^{ième} département touché par l'infection VIH, des besoins spécifiques existent en direction du public migrant et particulièrement chez les femmes. Il est signalé l'absence de lieux identitaire communautaire pour une prévention adaptée (HSH, prostitués, femmes migrantes).

La santé mentale

Précarité et santé mentale constitue une préoccupation sur l'ensemble du département. Un conseil local de santé mentale (CLSM) est en voie de redynamisation, 2 autres sont en cours de constitution.

Le diabète

Il constitue un problème national de santé publique. Les acteurs relèvent le faible nombre d'actions d'éducation thérapeutique effectuées sur le département. Deux structures y interviennent déjà, ces dernières mériteraient d'être renforcées et déployées sur d'autres communes.



Délégation territoriale du Val d'Oise

Sur le territoire du Val d'Oise le processus de transversalité « Parcours de Santé Intégré », de la Prévention aux Soins, est privilégié pour la déclinaison du Schéma Régional de Prévention sur 4 thèmes.

- **La périnatalité** notamment sur les territoires où des taux de mortalité infantile supérieurs au taux régional ont été relevés.
- **La Santé mentale** (du repérage précoce de la souffrance psychique à la prise en charge médico-sociale et sanitaire) identifiée dans les CLS, mais aussi par les partenaires institutionnels, les usagers, et la plupart des acteurs locaux comme problématique.
- **La Santé des jeunes** : sur un département qui compte 29 % de moins de 20 ans, voire 30 à 36 % sur certaines villes, les actions à mettre en œuvre sont des actions de santé globale. Certaines d'entre elles recouperont des actions des deux axes précédents.

Elles seront menées, sous réserve d'un besoin bien identifié, sur la totalité des communes du département qui présentent des indicateurs socio-économiques défavorables (IDH2 de 0,26 à 0,51), implantées notamment au sud, sud-est très urbanisé, au nord, nord-ouest plutôt rural, et sur la Ville Nouvelle de Cergy-Pontoise.

Les communes présentant des indicateurs plus favorables, qui ont des quartiers CUCS ou des ZUS et par leur structure populationnelle (âge, origines, revenus,...) des besoins sur ces thèmes, bénéficieront de cette mise en œuvre.

Sur ces trois premiers axes, un travail de partenariat se met en place avec le Conseil Général, la CPAM, l'Education Nationale, et la Conférence de territoire pour une mobilisation des professionnels de santé, des structures de prise en charge, des publics et des acteurs locaux de prévention tels que le réseau Périnatal du Val d'Oise, le Codes, et l'ANPAA....

- **Les Personnes âgées** : l'amélioration de la santé des personnes âgées et leur maintien à domicile passe par un travail en partenariat des acteurs de proximité, de la prévention à la prise en charge médico-sociale et sanitaire. Cette thématique concerne la totalité du territoire, car le vieillissement à court terme sur ce département jeune va être massif.

Les dialogues de gestion, les rencontres des partenaires et les négociations des contrats locaux de santé, font ressortir la nécessité de développer d'autres actions sur d'autres thématiques ou populations.



- **Lutte contre l'habitat indigne** : pour faire face à un parc privé potentiellement indigne important, l'amélioration du travail mené par les collectivités locales dans la lutte contre l'habitat indigne est incluse dans tous les contrats locaux de santé négociés et prévue sur tout le territoire en lien avec la DT.
- **Santé des personnes vulnérables** (sortants de prison, migrants, sans domicile fixe, usagers de drogues...)

Par ailleurs, la conférence de territoire, l'ARS et les partenaires institutionnels ont relevé **la nutrition** comme thème prioritaire car le Val d'Oise compte le plus grand nombre de diabètes de la région après la Seine-Saint-Denis; ces partenaires préconisent la recherche de solutions simples de prévention et de prise en charge de tous les publics (actions innovantes, mobilisation des acteurs, éducation thérapeutique).

Le travail transversal sur le parcours de santé devrait permettre une bonne articulation du SRP avec les schémas de l'offre de soins. La coordination pilotée par l'ARS avec les partenaires institutionnels et les promoteurs de proximité (associations, communes, professionnels de santé) en lien étroit avec la conférence de territoire très investie dans le domaine devrait faciliter la déclinaison territoriale, en améliorant la connaissance des actions menées par chacun, en mobilisant les participants sur l'évaluation de l'existant et en faisant émerger des actions simples et innovantes. Cette réflexion pourra être reprise au cours des dialogues de gestion avec les associations (notamment régionales) et les communes à l'occasion de la programmation annuelle des actions de prévention et de promotion de la santé.

4.2 Modalités de mise en œuvre du schéma

Le schéma de prévention sera décliné en programmes à partir des nombreuses fiches actions élaborées avec nos partenaires.

Pour décliner en programmes le schéma régional de prévention, un certain nombre de thèmes issus des priorités du schéma régional de prévention seront proposés pour la création de groupes de travail à la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) et à la commission spécialisée prévention de la CRSA. Les thèmes choisis impliqueront préférentiellement plusieurs partenaires au sein des commissions, ainsi que des professionnels de santé. Ils constitueront une mise en cohérence au sein de programmes globaux, de différentes fiches-actions comportant des mesures sur ces thèmes.



Par ailleurs, un certain nombre de mesures sont liées aux actions qui seront développées dans les autres schémas ou volets particuliers (médico-social, ambulatoire et hospitalier, bucco-dentaire ou pour les détenus) et de la mise en œuvre opérationnelle de certains axes stratégiques du PSRS comme le soutien aux structures d'exercice collectif (volet ambulatoire) et les travaux sur les parcours de santé.

La programmation du schéma régional de prévention devra tenir compte des moyens disponibles. Mais il faut cependant noter qu'un certain nombre d'orientations et de plans d'actions peuvent être mis en œuvre sans moyens supplémentaires, comme la réorientation des fonds disponibles vers les territoires et/ou thématiques prioritaires, l'adoption de méthodes pour sécuriser et améliorer la qualité des dispositifs de prévention (labellisation, conventions pluriannuelles, orientations vers le Pôle de compétences).

4.3 Suivi et Evaluation du SRP

La loi HPST et le décret d'application de mai 2010 stipulent que le plan stratégique régional de santé doit prévoir « l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé ». A ce titre, cette orientation fait l'objet d'un objectif spécifique au sein du PSRS Ile-de-France⁴⁹.

Pour répondre à ces exigences réglementaires, l'ARS Ile-de-France a décidé de mettre en place une organisation commune, et homogénéisée, via :

- la mise en place d'outils de pilotage (« fiches actions PRS », « tableaux de gestion » respectifs à chacune des directions),
- ainsi que l'instauration d'un groupe de travail *Evaluation du PRS* qui a en partie pour mission de recenser et partager l'ensemble des travaux et outils, pouvant concourir à la réalisation de l'évaluation du PRS.

A ce titre, les indicateurs définis dans le cadre de la déclinaison opérationnelle du schéma régional de prévention participent au suivi et à l'évaluation transversale du PRS.

4.3.1 Pilotage du schéma : construction d'un tableau de bord

Ce tableau de bord devrait comprendre des informations :

- relatives au suivi proprement dit du schéma de prévention, outil de mesure de la progression de sa mise en œuvre ;

⁴⁹ Objectif stratégique 3.5.4 « Assurer le suivi et l'évaluation du Projet Régional de Santé ».



- en lien avec les données qu'il sera nécessaire de collecter au cours du déroulé du schéma pour répondre aux questions évaluatives finales voire intermédiaires.

La mesure de la progression de la mise en œuvre

Les actions développées dans le SRP sont décrites dans les fiches actions. Chaque fiche action comporte un volet suivi et évaluation qui précise notamment les indicateurs de suivi et des indicateurs d'évaluation.

Les indicateurs de suivi doivent être facilement disponibles et de façon régulière. Ils sont en rapport avec des activités (analyse quantitative, voire qualitative) ou des indicateurs de processus (dynamique de mise en œuvre).

Les indicateurs d'évaluation, eux, peuvent recouvrir deux approches différentes :

- Une approche idéale ou la plus intéressante qui est en rapport avec des Indicateurs d'impact : amélioration de l'état de santé de la population. Les indicateurs CPOM se situent dans ce cadre.
- Une autre approche consiste à mesurer l'atteinte des objectifs qui ont été fixés. Pour que ces indicateurs aient du sens, il est nécessaire qu'ils respectent une bonne définition de ces objectifs (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et déterminés dans le temps).

Calendrier de mise en œuvre

Ce tableau de bord devra être établi dès la finalisation du Schéma Régional de Prévention, au début de sa mise en œuvre. Un délai est nécessaire pour qu'à partir des différentes propositions du schéma, un travail d'identification de la disponibilité des indicateurs pertinents soit réalisé. La question de la disponibilité de ces indicateurs est un point important en termes de délais et de coûts. Elle peut nécessiter la réalisation d'enquêtes ou de travaux d'exploitations de données.

4.3.2 Evaluation du schéma de prévention

L'évaluation relève de questionnements et d'analyses plus approfondis, qui permettent de mesurer, au-delà des moyens et des résultats, l'impact de l'action conduite. Elle consiste à tenter de répondre à un ensemble de questions relatives à une politique, sa mise en œuvre et ses effets, selon plusieurs critères généralement reconnus (cohérence, efficacité, efficience, utilité, pertinence).

Elle consiste à émettre un jugement sur les modalités et/ou les résultats sur la base du recueil et de l'analyse des informations quantitatives et qualitatives. Elle suppose également une approche comparative des valeurs prises par des indicateurs, dans le temps ou dans l'espace, par rapport à un ou plusieurs objectifs définis ex ante.



Instrument au service des décisions stratégiques et opérationnelles, de par ses analyses et les recommandations qui en découlent, l'évaluation répond à une exigence de transparence de l'action conduite, au souci de l'intérêt général et du bon usage des ressources collectives

Mise en œuvre opérationnelle du dispositif d'évaluation

Afin d'être objective, crédible et reconnue par les sociétés savantes, les institutions, et les professionnels, la mise en œuvre du dispositif d'évaluation du PRS de l'ARS Ile-de-France sera effectuée par un expert-évaluateur externe, via une procédure d'appel d'offre, ayant le double intérêt d'apporter :

- un support méthodologique,
- une impartialité nécessaire au diagnostic du résultat.

La mise en place du dispositif d'évaluation du PRS par cet expert comportera deux phases distinctes :

- une évaluation du PRS en 2013-2014 portant principalement sur les enjeux de cohérence
 - entre la stratégie affichée dans le plan stratégique régional de santé et les actions effectivement conduites (notamment au titre des schémas) ;
 - et entre la stratégie affichée dans le plan stratégique régional de santé et la dépense
- une évaluation-bilan, en 2016-2017, sur les aspects d'efficacité, d'efficience et d'impact.

Par ailleurs, le groupe de travail ad hoc *Evaluation du PRS* de l'ARS pourra également instituer d'autres actions d'évaluation sélectionnées en fonction de l'importance de leurs enjeux financiers, stratégiques et politiques respectifs.

Le schéma régional de prévention par l'anticipation et l'identification d'indicateurs médico-économiques, participe à la réalisation de la mise en place du dispositif d'évaluation de manière pluriannuelle.

Le suivi fait l'objet d'une présentation régulière aux instances de démocratie sanitaire.



5 ANNEXES

5.1 Contexte et méthodologie d'élaboration du schéma

5.1.1 Cadre juridique

Le schéma de prévention est un des outils de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé (PSRS). Il décrit de façon prospective et territorialisée, l'organisation des services, actions, coopérations et financements dans les champs de la prévention, promotion de la santé, de la veille, de l'alerte et de la gestion des crises sanitaires.

Il constituera donc, pour les 5 prochaines années, le cadre de référence des décisions et actions en matière de prévention et promotion de la santé pour la région. C'est pourquoi l'Agence s'est attachée à l'élaborer dans une concertation étroite avec l'ensemble des acteurs concernés.

Le contenu du schéma a été défini par le code de la santé publique (article R.1434-3) :

Art. R. 1434-3. – Le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :

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

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

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

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

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

« Les autres actions de prévention et de promotion de la santé de la population des collectivités, organismes et services ministériels mises en œuvre dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile sont prises en compte par les schémas. »

Le schéma de prévention a été élaboré, comme l'a souhaité le législateur, en parallèle au schéma régional d'organisation des soins (SROS) – volet ambulatoire et au schéma régional d'organisation médico-social (SROMS), mais dans l'esprit de transversalité qui est celui de la réforme des ARS.



5.1.2 Articulation avec les plans nationaux, les schémas (SROS-ambulatoire, SROS-Médico-social, SROS- buccodentaire, SROS- personnes détenues) et les programmes (PRAPS – GDR)

Le schéma de prévention a pris en compte dans ses orientations les recommandations des différents plans nationaux et les actions dont la déclinaison répond aux besoins de la population francilienne selon ses particularités et priorités (plan VIH, cancer, addictions, PNNS, autisme, etc.). Ces différents plans sont bien intégrés dans le canevas général du schéma régional de prévention, mais ne sont pas déclinés de manière systématique afin d'éviter un effet « catalogue ».

Le schéma de prévention s'articule avec le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) essentiellement sur la thématique des pratiques cliniques préventives et sur le lien entre dépistage et accès aux soins.

Le lien avec le volet hospitalier sera complété en septembre 2012, lorsque celui-ci sera stabilisé.

L'articulation avec le SROS-médico social porte sur les actions à mener pour la préservation et l'amélioration de la santé des personnes hébergées dans les établissements pour personnes âgées et handicapées (formation des personnels, actions de dépistage et d'éducation pour la santé, etc.) ainsi que sur les actions de prévention spécifiques à mener envers les personnes en difficultés spécifiques (addictions et personnes en grande précarité notamment).

Par ailleurs, le volet bucco-dentaire et le volet santé des détenus du Projet régional de santé sont des schémas spécifiques transversaux dont la partie promotion de la santé et prévention est articulée avec les autres acteurs du système de santé. Les orientations et actions proposées dans ces deux volets sont en parfaite adéquation avec celles du schéma de prévention, dont elles constituent une partie thématique, regroupée dans une annexe spécifique.

Les programmes constituent le « troisième étage » du Projet régional de santé, Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), transversal, décline les orientations du schéma de prévention envers les personnes précaires. Le Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR) a inclus dans ses programmes spécifiques régionaux, trois axes de collaboration avec l'Assurance maladie sur la prévention : les dépistages organisés des cancers, les vaccinations et l'éducation thérapeutique du patient. Une action expérimentale de prévention en entreprise conduite par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) est aussi incluse dans ce plan.



5.1.3 Modalités d'élaboration du schéma

Le schéma de prévention a été élaboré dans un souci de transversalité avec les autres directions de l'Agence, en étroite collaboration avec les instances (commission prévention de la CRSA et de la CCPP) et dans une dynamique de co-construction avec l'ensemble des partenaires régionaux. Une approche transversale des problématiques de santé publique, à la fois dans leur composante prévention et leur composante veille et sécurité sanitaire a été retenue.

La méthodologie d'élaboration est basée sur une organisation simple : un bureau de pilotage, des groupes de travail régionaux et un comité de pilotage (COPIL).

Le bureau de pilotage est composé de représentants des 2 pôles de la direction de la santé publique : la veille et sécurité sanitaire et la prévention, promotion de la santé, ainsi que d'un membre de la direction de la stratégie, direction en charge de la cohérence d'ensemble du Plan Régional de Santé. La mission de ce bureau était de : définir les axes de travail, planifier et préparer les réunions des COPIL, suivre les productions des groupes de travail, rendre compte de l'avancement des travaux à la Direction de l'Agence et aux instances de concertation (Commission spécialisée Prévention de la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP)). Un membre du bureau participait au comité technique des schémas, assurant la transversalité des schémas, sous l'égide la direction de la stratégie. Le bureau s'est réuni de façon hebdomadaire au cours des 6 premiers mois puis mensuelle dans la période de rédaction.

Les groupes de travail, au nombre de 7, regroupaient des représentants de toutes les directions du siège ainsi que des représentants des délégations territoriales. Certains groupes pouvaient inclure d'emblée des experts extérieurs à l'Agence. Les thèmes de ces groupes étaient les suivants :

- Critères de ciblage des territoires pertinents d'intervention
- Promotion de la santé
- Education pour la santé
- Approche intégrée de la prévention dans les parcours de santé
- Amélioration de la qualité de l'offre
- Structuration de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires
- Dispositif de préparation à la gestion des alertes et des crises sanitaires

Le comité de pilotage du schéma de prévention est composé de représentants de toutes les directions du siège et des délégations territoriales, des personnes référents thématiques de l'Agence (12 thèmes), des représentants des instances (CRSA- prévention et CCPP-



prévention), et de partenaires extérieurs (URPS, conseil général, conseil régional, Association des Maires d'Ile-de-France, coordination régionale de l'Assurance Maladie, Education nationale, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), Direction régionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DRPJJ), Institut Renaudot, associations, ...).

Ce comité a pour mission de valider les modalités de travail des groupes, les axes retenus, les orientations et priorités du schéma, de porter des remarques et commentaires sur le schéma tout au long de sa rédaction.

Les étapes d'élaboration du schéma se répartissent de la façon suivante :

- Etape de réflexion et de production dans chacun des groupes de travail d'avril à août 2011,
- Définition et validation des priorités du schéma octobre 2011,
- Première phase de territorialisation des actions dans les délégations territoriales avec l'ensemble des partenaires locaux septembre-novembre 2011,
- Rédaction de la version 0 du schéma octobre-novembre 2011, puis version 1 mars 2012 et version finale en septembre 2012.
-

5.2 Diagnostic régional

Le schéma régional de prévention doit répondre aux besoins de santé de la population francilienne. Cette évaluation des besoins de santé doit nous permettre de définir les orientations en matière de prévention et de promotion de la santé ainsi que dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaire.

Cette première partie de diagnostic sera complétée par un travail au niveau territorial. Le diagnostic sera partagé et affiné dans le cadre d'une concertation entre les délégations territoriales et tous les acteurs de santé, partenaires et usagers sur le terrain, permettant la définition d'actions au plus près des besoins des territoires (infra-départementaux).

Le diagnostic régional décrit ici est largement repris des éléments d'analyse diagnostique présentés dans le plan stratégique régional de santé⁵⁰.

⁵⁰ Agence Régionale de Santé, Plan stratégique régional de santé, juin 2011.

5.2.1 Un diagnostic contrasté avec des inégalités de santé significatives et des risques spécifiques

Le diagnostic des besoins de santé, réalisé pour l'élaboration du plan stratégique régional de santé, décrit une région riche mais fortement inégalitaire. Il met en évidence *des déterminants socio-économiques à fort impact négatif sur la santé*. L'indicateur de développement humain (IDH-2) adapté pour la région Ile-de-France

résume les inégalités sociales territoriales, et montre des disparités fortes entre les communes d'Ile-de-France. Les communes les plus en difficulté étant situées en Seine-Saint-Denis, avec pour une partie d'entre elles une aggravation notée entre 1999 et 2006, l'est de la Seine-et-Marne présente aussi de nombreuses communes rurales avec un indice IDH-2 faible.

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance avec un taux régional *de mortalité périnatale et infantile* supérieur à la moyenne nationale. Ces inégalités se poursuivent chez l'enfant, avec des différences sociales marquées en termes de *caries non soignées et d'obésité et de surpoids* prédictifs de problèmes cardio-vasculaires. Les adolescents, s'ils consomment moins

d'alcool et de tabac que leur homologues provinciaux, présentent néanmoins des *conduites à risque* constituant un problème de santé publique aigu pour la région : comportements à risque plus élevé en termes de sexualité, augmentant les risques infectieux (VIH) et les grossesses non prévues. Par ailleurs, le *taux de tentatives de suicide* chez les jeunes au cours de la vie est élevé dans la région, les conduites à risque des jeunes sont plus fréquentes lorsque la cohésion familiale est affaiblie par des facteurs de vulnérabilité sociale.

La santé mentale, problématique en lien avec les inégalités sociales, est préoccupante. Des indicateurs de souffrance psychique chez les 15-75 ans (tentative de suicide, pensées suicidaires, prise de psychotropes, épisode dépressif caractérisé, consommation excessive d'alcool ou alcoolodépendance) sont défavorables en Ile-de-France par rapport aux autres régions.

Certains territoires, notamment en Seine-Saint-Denis, concentrent les inégalités sociales, économiques et environnementales ce qui aboutit à d'importantes inégalités en termes de santé des populations, majorées pour les plus précaires d'entre elles comme les populations migrantes et la communauté Rom. Ainsi, on observe un accroissement de l'incidence de certaines pathologies, comme l'infection VIH et la tuberculose chez les populations migrantes. La prévalence de pathologies chroniques (Hypertension artérielle, diabète) ainsi que l'obésité et la souffrance psychique est plus importante dans la région. Enfin, l'importance de l'habitat ancien dégradé en particulier dans la zone centrale de la région (Paris, 93) augmente le risque de saturnisme infantile, d'infections respiratoires, d'intoxication au monoxyde de carbone et de problèmes psychiques liés notamment à la sur-occupation des logements.



D'autres risques liés à l'activité de soins comme les infections à bactéries multi résistantes sont des enjeux importants dans la région. Enfin, les risques liés à l'environnement extérieur, pollution atmosphérique, bruit, le passé industriel de la région associé à la pression foncière qui peuvent conduire à réhabiliter d'anciens sites pollués, donnent une place particulièrement importante à l'évaluation des risques pour la santé dus à ces équipements et à la participation des riverains aux études et à la gestion. De nombreux « points noirs », cumulant les expositions environnementales, peuvent ainsi être identifiés dans la région et suscitent des questionnements sanitaires de la part des populations riveraines.

Ces constats nous amènent à faire porter l'effort de prévention sur ces territoires, populations et thématiques spécifiques ;

5.2.2 Une offre de prévention riche

Le bilan de l'offre de prévention issue de l'évaluation du PRSP 2006-2010 montre une offre riche mais avec une cohérence limitée (thématiques sous-représentées comme celle de la périnatalité), une multiplication de petits promoteurs (450) avec comme corollaire une insuffisance de l'évaluation des actions ne permettant pas de s'assurer de leur qualité. Il est possible de s'appuyer sur des partenariats de qualité avec les autres services de l'Etat, les municipalités et leurs services de santé, les conseils généraux et l'assurance maladie. De plus de nombreux dispositifs territoriaux de santé publique (Villes santé OMS, agenda 21, ateliers santé ville, projet local de santé, etc.) coexistent, se chevauchant parfois, basés sur les priorités locales et reposant sur une démarche participative. Ils constituent un élément essentiel de la réduction des inégalités de santé. Le bilan de l'offre de prévention depuis la mise en place de l'Agence (année 2011) fait état d'une tendance vers une politique de santé publique

plus intégrée. L'Agence concentre son soutien en direction d'une offre plus directement référée aux questions de santé publique (moins à l'accès aux droits, l'hébergement, etc.). Les actions sont moins dispersées grâce à l'identification de thématiques prioritaires : accompagnement des femmes socialement vulnérables enceintes et/ou avec enfants, santé des jeunes et santé mentale. La richesse globale de l'offre de prévention ne doit néanmoins pas faire oublier l'existence de territoires déficitaires en porteurs de projets effectifs ou potentiels, en particulier dans les marges rurales d'Ile-de-France.

L'articulation entre la prévention, l'offre de soins, le médico- social et le social apparaît particulièrement nécessaire en ce qui concerne la santé mentale, les conduites à risques et les violences notamment dans les grands ensembles, mais aussi en matière de maladies



chroniques. Les centres municipaux de santé, les centres d'examen de santé, et les réseaux de santé, jouent un rôle conséquent dans cette articulation. Les professionnels de santé ont aussi une place importante dans la promotion de la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique du patient.

5.2.3 Des dispositifs de veille et de gestion des alertes existants assez développés

La surveillance sanitaire en région s'organise à partir d'une plate-forme de veille et d'urgence sanitaires associant la CVAGS⁵¹ et la Cire⁵² (InVS-ARS). Cette plateforme, est dotée d'un point focal régional qui a vocation à recevoir, traiter ou réorienter tous les signalements sanitaires et/ou environnementaux susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population. La prise en charge de ces signaux est assurée, en premier lieu, par les délégations territoriales de l'ARS.

Par ailleurs, de nombreux dispositifs de surveillance performants ont été développés en Ile de France (Sursaud⁵³, Cerveau⁵⁴, etc).

La veille des effets indésirables liés aux soins s'appuie sur des dispositifs spécifiques avec dans certains cas des relais régionaux au sein de l'ARS (hémovigilance) ou dans des établissements de santé (centres régionaux de pharmacovigilance). L'articulation au niveau régional des dispositifs de vigilance, dans une perspective de meilleure connaissance des risques liés aux soins dans la région, est à développer.

Par ailleurs, l'utilisation inappropriée dans les dernières décennies des antibiotiques en ville comme à l'hôpital mais aussi dans le domaine animal a créé des résistances bactériennes de plus en plus complexes vis-à-vis des antibiotiques les plus récents, alors que la recherche peine à trouver de nouvelles molécules. En matière de consommation antibiotique, la France a longtemps occupé la première place mondiale mais les deux plans nationaux visant à maîtriser et rationaliser la prescription des antibiotiques, ont porté leurs fruits ; la France se situe désormais au niveau de la quatrième place. L'Agence régionale de santé d'Ile de France se doit de relayer le plan national 2011-2016 en promouvant la juste utilisation antibiotique tant en ville où se fait la majeure partie de la prescription antibiotique qu'à l'hôpital.

En matière de risques naturels, la région ne paraît pas particulièrement exposée en dehors du risque d'inondation par débordement des fleuves et rivières, qui entrainerait une désorganisation notable de l'offre sanitaire et médicosociale; a contrario, compte tenu du poids symbolique que

⁵¹ Cellule de veille, d'alerte et de gestion des crises sanitaires

⁵² Cellule interrégionale d'épidémiologie

⁵³ Sursaud : surveillance sanitaire des urgences et des décès

⁵⁴ Cerveau : Centre régional de veille et d'alerte sur les urgences



revêt la région, de sa densité de population et de l'importance des mouvements pendulaires, la probabilité d'un acte terroriste et ses conséquences potentielles doivent être prises en considération. C'est dire l'importance de l'organisation d'une gestion de crise efficiente au sein de l'Île de France Il convient toutefois de souligner que la gestion de crise relève de la compétence des préfets de département et du Préfet de zone qui assurent dans de telles circonstances une autorité forte.

5.3 Rôle en prévention des professionnels de santé

5.3.1 Valoriser et développer la prévention au quotidien dans les cabinets médicaux

En 2010, la part de la prévention dans les comptes nationaux de la santé a été évaluée à 2,5% de la dépense courante de santé. Cependant, cet agrégat ne comptabilise pas les dépenses de prévention intégrées aux soins, c'est-à-dire les pratiques cliniques préventives, car il n'existe pas de cotation spécifique de l'acte de prévention. Une étude a estimé que les dépenses totales de prévention en 2002 représentaient au minimum 6,4% de la dépense courante de santé, ce qui signifie que les pratiques cliniques préventives constituaient environ les deux tiers des pratiques de prévention⁵⁵ et correspondaient à des dépenses cachées réalisées en consultations ordinaires. Ces

pratiques de prévention sont réalisées essentiellement par les médecins généralistes et, à un moindre degré, par les médecins spécialistes.

Les pratiques cliniques préventives dépendent étroitement de la relation médecin/malade. En effet, pour le dépistage du cancer colorectal, lorsque le test est remis au patient par son médecin traitant, il est réalisé dans 85% des cas contre 15% en cas d'envoi postal direct⁵⁶. De même, lors de la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) en 2009-2010, lorsque le médecin traitant recommandait cette vaccination, près de 60% des personnes se déclaraient prêtes à se faire vacciner comparé à 11,7% lorsque le médecin ne le conseillait pas et à 15,7% lorsque les personnes n'avaient pas vu leur médecin traitant⁵⁷.

⁵⁵ Fénina A, Geffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon E, Sermet C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités Questions d'économie de la santé ; 2006,111 8p.

⁵⁶ Viguier J. L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. *BEH* 2009 ; 2-3 :19-22.

⁵⁷ Schwarzingher M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti J-P. Low acceptability of A/H1N1 Pandemic Vaccination in French Adult Population : Did Public Health Policy Fuel Public Dissonance? *Plos One*, 2010 (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0010199>).



Toutefois, force est de constater que les généralistes ne saisissent pas toutes les opportunités pour développer les actions de prévention dans leur pratique clinique. Ainsi, on observe un déficit de la couverture vaccinale pour certaines thématiques (rougeole, tuberculose), un taux des dépistages organisés globalement inférieur en Ile-de-France par rapport à la moyenne française, avec des différences départementales importantes.

Le mode actuel de rémunération, qui ne valorise pas ces temps de prévention, n'est pas incitatif, même si la convention médicale du 26 juillet 2011, a introduit dans son article 26 un dispositif de paiement à la performance basé sur une valorisation des pratiques médicales, y compris de prévention⁵⁸. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des stratégies permettant de faciliter ces pratiques de prévention.

Pour cela, en s'appuyant sur le rapport de Joël Menard⁵⁹, l'ARS pourrait, d'une part expérimenter une « consultation de prévention individuelle fondée sur le dépistage des principaux risques en fonction de l'âge », et d'autre part, donner aux professionnels de santé des outils d'aide à la prévention. Ainsi, l'intégration des pratiques cliniques préventives dans l'activité du généraliste (prévention intégrée aux soins) pourrait être fondée sur une action combinée comprenant trois éléments, l'utilisation d'un guide, la mise en place d'un système de rappel et la formation.

- Une modalité simple pourrait être l'élaboration d'un *guide pratique de prévention* en fonction des caractéristiques du patient (sexe, âge, antécédents, pathologies, environnement socioculturel, etc.). Des recommandations existent, mais elles sont éclatées et pourraient être regroupées dans un livret pratique pouvant être utilisé au fil de l'eau dans le cadre de l'activité habituelle. Si un tel outil était retenu, sa conception pourrait être confiée à un groupe de travail regroupant la HAS, l'INPES, l'ARS et des professionnels. Il pourrait être ensuite expérimenté en Ile-de-France avec l'appui de l'URPS.
- Un système de rappel automatique intégré aux logiciels médicaux est de nature à s'insérer dans la routine des soins (voir fiche-action). Il devrait reprendre les données probantes en la matière.

⁵⁸ Le dispositif comprend 4 types d'indicateurs :

- Organisation du cabinet : dossier médical informatisé, logiciel d'aide à la prescription certifié, affichage des horaires de consultation et des modalités d'organisation, synthèse annuelle du dossier,
- Suivi des pathologies chroniques : qualité du suivi des patients diabétiques et hypertendus,
- Prévention : vaccination antigrippale, dépistage du cancer du sein et du col, limitation de prescription de certains médicaments (vasodilatateurs, benzodiazépines, antibiotiques),
- Efficience : prescription de génériques, prescription de certains médicaments peu coûteux (HTA, Aspirine pour troubles de la coagulation).

⁵⁹ Ménard J, La consultation périodique de convention. Mai 2005



- La formation à la relation soignant/soigné incluant l'ETP des médecins généralistes (voir fiche-action). Cette formation est fondamentale⁶⁰, car elle permet de centrer les soins sur la personne, de comprendre les patients dans leur singularité, c'est-à-dire en fonction de leurs caractéristiques médicales, mais aussi contextuelles, professionnelles et socioculturelles.

5.3.2 Renforcer la participation des médecins aux programmes de prévention

Nombre de médecins sont déjà partie prenante de programmes locaux ou régionaux, comme les actions de promotion des dépistages organisés, ou des campagnes de vaccination. Ainsi, le médecin généraliste est la pierre angulaire du dispositif de dépistage du cancer colorectal. La structure de gestion invite la population concernée – les personnes de 50 à 74 ans – à se rendre chez son médecin traitant. Celui-ci remet le test au patient et lui explique la manière de procéder ou l'exclut en fonction de ses

antécédents ou de la présence de symptômes et l'oriente vers une procédure plus adaptée. Les pratiques cliniques préventives valorisées dans le cadre du dispositif de paiement à la performance sus cité concernent donc le Plan cancer, la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, la promotion de la vaccination antigrippale, de la qualité de suivi du diabète et de la prévention des maladies cardiovasculaires et de la promotion de la qualité de leur prise en charge.

Les professionnels de santé seront donc fortement intégrés aux programmes régionaux de santé qui seront mis en œuvre dans les prochaines années.

D'autre part, pour agir efficacement en matière de lutte contre les addictions, la mise en œuvre d'une stratégie régionale de promotion du « Repérage précoce et intervention brève » (dit RPIB) améliorerait notablement la situation de la consommation alcoolique.

⁶⁰ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'amélioration des pratiques cliniques préventives à l'égard des habitudes de vie. Montréal ; 2009.



5.3.3 Promouvoir les pratiques cliniques préventives au sein des exercices regroupés

Un des fondements du développement des pratiques cliniques préventives est le travail en équipe. Il met en œuvre des leviers permettant le changement : systèmes de rappel, équipes d'amélioration de la qualité des soins, intervention multifacettes ou combinées et dans une perspective proactive vis-à-vis de la population, des interventions visant le patient⁶¹.

Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques rendent nécessaires le développement de l'Education thérapeutique du patient (ETP), au plus près des populations qui en ont besoin. Or, l'offre en ETP s'est développée de manière éclatée, fragmentée, pas toujours en rapport avec les besoins et essentiellement hospitalo-centrée. A titre d'exemple, sur les 612 programmes d'ETP autorisés en Ile-de-France début octobre 2011, 84,5% sont d'initiative hospitalière. Ces données sont conformes aux constats de l'OMS⁶² et plaident pour un pilotage régional fort.

Cependant, l'analyse de la littérature scientifique⁶³ montre que la situation française comporte certains freins qui sont essentiellement l'absence ou l'insuffisance de formation en santé publique, à la relation soignant/soigné, la difficulté du travail en équipe et un mode de rémunération peu favorable comme expliqué supra. Une partie ces freins ne pourront être levés ou réduits que par des modifications réglementaires.

Toutefois des leviers existent permettant d'envisager un développement de l'ETP en secteur ambulatoire. Il s'agit essentiellement du développement des exercices regroupés tels les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires et les pôles de santé, qui rendent possible un travail en équipe, et l'application des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé libéraux (notamment le module 2 sur l'ETP⁶⁴). La volonté forte des professionnels paramédicaux dans le cadre des protocoles de coopérations interprofessionnelles créés par l'article 51 de la loi HPST est aussi un facteur favorisant.

En Ile-de-France, les exercices regroupés correspondent d'abord aux centres de santé. Au nombre de 303, ils sont implantés préférentiellement dans les zones défavorisées et ils représentent typiquement des équipes de soins de santé primaires comme les conçoit l'OMS⁶⁵.

⁶¹ Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *L'intégration des pratiques cliniques préventives*. Montréal ; décembre 2007.

⁶² Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008, op. cit.

⁶³ Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *L'intégration des pratiques cliniques préventives*, 2007, op. cit.

⁶⁴ L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008 a autorisé l'expérimentation de modes de rémunération forfaitaires des professionnels de santé des centres de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires. Le module 2 concerne l'ETP dans le cadre de programmes structurés comprenant un minimum de 50 patients portant prioritairement sur certaines pathologies (diabète, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et HTA). Le forfait par patient – 250 ou 300 euros - dépend du nombre de séances. S'y ajoutent un forfait de 1 000 euros pour la coordination et de 1 000 euros par professionnel pour la formation.

⁶⁵ Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais. Genève : OMS ; 2008



En 2010, 225 environ étaient des centres polyvalents et/ou médicaux offrant une gamme variée de services à une population de plusieurs centaines de milliers de personnes.

En revanche, les maisons de santé pluridisciplinaires sont encore peu nombreuses et les nouveaux modes de rémunération encore au stade expérimental ; de ce fait, elles jouent un rôle modeste sur le plan quantitatif. Cependant, leur vocation est de prendre toute leur place en médecine ambulatoire pour laquelle elles pourraient constituer à l'avenir le pivot de développement des pratiques cliniques préventives. La notion de pôle de santé émerge également depuis la loi HPST. Elle permet à des professionnels de santé libéraux exerçant dans des lieux distincts de mettre en œuvre des stratégies collectives sur leur territoire d'exercice.

5.3.4 Rôle en prévention des autres professionnels de santé

Pharmaciens

D'une manière générale, les pharmaciens ont des pratiques préventives de routine lors de la délivrance des produits de santé, en particulier des médicaments : vérification que les médicaments sont compatibles avec les caractéristiques du patient en termes d'âge, de sexe, de pathologie, d'état du moment ; absence d'interactions

médicamenteuses ; conseils pour la prise du médicament ; vérification de la capacité du patient à prendre le médicament ; conseils et orientations.

Les pharmaciens veulent s'investir pleinement dans leur mission de santé publique, jouer un rôle dans l'information des personnes, relayer ou participer aux campagnes de sensibilisation, de vaccination, de dépistage.

Le développement des pratiques préventives des pharmaciens ne dispose pas encore de rémunération spécifique. D'après la nouvelle convention le pharmacien pourra réaliser des entretiens pharmaceutiques pour les patients traités par des anticoagulants à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour certains patients asthmatiques à compter du 1^{er} juillet 2013. Cette contrainte financière impose de limiter ce développement à quelques actions ciblées qui pourraient être la promotion des vaccinations (antigrippale, contre la rougeole, le tétanos, la coqueluche, le papillomavirus, auprès des personnes chez lesquelles elles sont recommandées).

Cependant, d'autres pistes méritent d'être explorées :

- par son contact journalier avec la patientèle, le pharmacien est en capacité d'identifier et de détecter la non observance des traitements ou le mésusage de ceux-ci et ainsi de participer à un meilleur suivi thérapeutique des malades. Des études ont montré que 80% des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ne prennent plus correctement

leur traitement au bout de 5 ans. Le pharmacien aura prochainement la possibilité, en accord avec le médecin dans le cadre des coopérations entre professionnels, d'intervenir et d'assumer le renouvellement des traitements chroniques instaurés. Un travail sera mené avec les professionnels concernés (pharmaciens et médecins) pour construire une expérimentation.

- L'accès des jeunes à la contraception passe obligatoirement par le pharmacien et trop souvent même directement pour la « pilule du lendemain ». Un programme en coordination avec tous les professionnels concernés (médecins, sages-femmes, infirmières scolaires, intervenants des centres de planification familiale notamment au sein des conseils généraux) sera expérimenté et évalué pour favoriser l'information et l'accès à tous les moyens de contraception et ainsi diminuer le nombre d'IVG.
- L'intégration du bucco-dentaire dans des actions en lien avec la santé générale, la remise de livrets éducatifs et de conseils et la promotion du dispositif M'Tdents, notamment auprès des publics défavorisés.

Chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes intègrent dans le cadre de leur exercice clinique professionnel des pratiques cliniques préventives de routine : bilan lors du premier examen d'un patient, examen bucco-dentaire conventionnel chez les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, conseils d'hygiène alimentaire et d'hygiène bucco-dentaire, pratique de scellement de sillons et pose de vernis fluorés. Au-delà de ces pratiques individuelles, les chirurgiens-dentistes participent aux programmes collectifs de prévention bucco-dentaire (éducation à l'hygiène et dépistage) qui sont menés dans les écoles et envers les populations particulièrement fragiles que sont les personnes âgées dépendantes (dans les EHPAD) et les personnes en situation de handicap.

Les addictions, et particulièrement les consommations de tabac et d'alcool, ont des conséquences sur l'état bucco-dentaire. Les chirurgiens-dentistes, au-delà des conseils individuels de sevrage qu'ils peuvent délivrer dans leur cabinet, doivent être intégrés aux campagnes de prévention.

Parallèlement, les chirurgiens-dentistes sont amenés à dépister des affections buccales et notamment les cancers de la cavité buccale. Les cancers buccaux représentent un problème important de santé publique pour lequel les chirurgiens-dentistes ont un rôle majeur à jouer qu'il convient de développer (voir fiche action).

Le rôle propre des chirurgiens dentistes dans la prévention sera détaillé dans le cadre du schéma spécifique élaboré par l'Agence : le schéma d'organisation de la santé bucco-dentaire.

Sages-femmes

La profession de sage-femme est une profession médicale de premier recours dont le champ de compétence est défini par le code de la santé publique : 1) Assurer la surveillance médicale et l'accompagnement de la grossesse, de la déclaration à l'accouchement et la réalisation de celui-



ci ; 2) Aider les futurs parents à préparer l'accouchement et l'accueil de l'enfant ; 3) Réaliser l'examen postnatal si la grossesse a été normale et l'accouchement physiologique ; 4) Assurer la surveillance médicale des suites de la naissance pour l'accouchée et le nouveau-né ; 5) Pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement ; 6) Accompagner et suivre l'allaitement maternel ; 7) Réaliser l'accompagnement psychologique des parents après la naissance ; 8) Assurer la contraception et le suivi gynécologique de prévention chez la femme en bonne santé tout au long de la vie (éducation à la sexualité et plus largement à la santé, prévention des MST, information à la contraception, repérage des violences, dépistage des cancers du col et du sein, vaccinations contre la rubéole, les hépatites virales et l'infection à papillomavirus).

C'est donc dans ce cadre que peut être conçu le développement des pratiques cliniques préventives des sages-femmes. Les axes de développement présentés sont, pour une bonne part, en lien avec l'axe de développement prioritaire sur la périnatalité et la petite enfance.

Masseurs-kinésithérapeutes

Comme tous les auxiliaires médicaux, les kinésithérapeutes sont des acteurs importants des pratiques cliniques préventives au quotidien.

La pratique de soins en série, permet une observation approfondie, non seulement du patient, mais aussi de son entourage familial et des aidants qui l'assistent, et une

écoute privilégiée par la durée de l'acte de soin. Les actes de massage et de kinésithérapie lui permet d'observer la peau du patient et le met en position de détecter précocement un mélanome, pour lequel un acte précoce est un gage de guérison.

Les kinésithérapeutes traitent des patients de la petite enfance à la fin de vie en passant par le handicap, et dans un large champ thérapeutique.

De nombreux dispositifs d'éducation thérapeutique du patient ont des masseurs-kinésithérapeutes dans leur équipe pluridisciplinaire. Ils peuvent aussi coordonner les pratiques cliniques préventives avec les autres professionnels de santé

Par ailleurs, ils interviennent fréquemment en prévention primaire en dehors du cadre thérapeutique, notamment en entreprise et en milieu scolaire.

Au-delà de ce constat, les kinésithérapeutes peuvent participer à la mise en place de programmes de prévention des chutes des personnes âgées ainsi qu'à une expérimentation en milieu scolaire d'une action de prévention du mal au dos.

Infirmiers

L'article R. 4311-3, traitant du rôle propre de l'Infirmier, indique: " Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions



appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers."

Le développement de pratiques cliniques préventives peut être conçu à deux niveaux, lors des soins délivrés quotidiennement et dans le cadre de programmes de prévention.

- **Développer la prévention lors des soins délivrés quotidiennement**
 - Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier

En tant que professionnel de santé de premier recours, l'infirmier est à même de prévenir et de dépister l'aggravation de l'état du patient dont il a la charge (apparition d'escarres, par exemple chez un patient alité), des effets indésirables de médicaments et d'adapter les soins infirmiers en fonction de l'évolution du patient.

- Lors du suivi de maladies chroniques

L'infirmier a un rôle de conseil concernant les habitudes de vie (alimentation, activité physique, etc.) ainsi que certains comportements (prévention de maladies sexuellement transmissibles, par ex.) et sur les addictions (tabagisme, alcoolisme, etc.). Cette fonction pourrait être développée dans le cadre de coopérations avec d'autres professionnels de santé (médecins, pharmaciens, autres auxiliaires médicaux).

L'infirmier participe également à des programmes d'ETP, comme intervenant, en particulier lors de l'établissement du diagnostic éducatif, ou comme coordinateur. A ce niveau, il peut exister une consultation infirmière.

- **Développer la participation des infirmiers aux programmes de prévention**

L'infirmier/ère peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, en particulier le renouvellement de la vaccination antigrippale aux personnes pour lesquelles elle est recommandée (personnes de plus de 65 ans, certaines ALD).

L'infirmier peut participer à des programmes de promotion de plans de prévention (dépistage des cancers, par ex.).

Orthophonistes

Les orthophonistes peuvent participer au dépistage précoce, à l'orientation et à la prise en charge des enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages (voir fiche action) ainsi qu'à l'adaptation, dans leur champ de compétence, de la prévention aux populations migrantes.



Orthoptistes

Comme les orthophonistes, les orthoptistes peuvent participer au dépistage, à l'orientation et à la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages, au programme de prévention des chutes des personnes âgées en EHPAD et à domicile

ainsi qu'à l'adaptation, dans leur champ de compétence, de la prévention aux populations migrantes.

Pédicures-podologues

Le champ de compétence des pédicures-podologues est défini par le code de la santé publique (articles L4322-1 et article R4322-1). Il concerne essentiellement le diagnostic et le traitement des affections épidermiques ou unguéales du pied et la prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies (traitement des déformations des ongles), orthoplasties externes (orthèses d'orteils), chaussures thérapeutiques en série, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques.

Le développement des pratiques cliniques préventives sera limité au suivi des diabétiques et au programme de prévention des chutes des personnes âgées en EHPAD et à domicile.

5.4 Tableau des fiches actions et modalités opérationnelles de l'Agence

Fiches action selon les 5 enjeux		
Fiche Action N°	Intitulé	modalité opérationnelle
Mobiliser les moyens de développement de la promotion de la santé et de la prévention		
M2a	Développer les mesures d'Evaluation d'Impact en Santé (EIS)	Action ARS
M2b	Construire un outil de diagnostic et de suivi des inégalités sociales et territoriales de santé dans le champ de la santé environnementale	Action ARS
M5	Développer la démarche d'évaluation auprès des promoteurs en prévention et promotion de la santé.	Action ARS
M6	Mettre en place un label ARSIF pour des projets relevant de la Prévention Promotion de la santé (PPS)	Action ARS
M7	Développer l'évaluation de structures réalisant des actions en PPS	Action ARS
M8	Soutenir et favoriser des recherches pour améliorer la définition et l'évaluation des actions de prévention et de surveillance	Action ARS
Développer le rôle des professionnels de santé		
PS1	Expérimenter une Consultation médicale de prévention individuelle fondée sur le dépistage des principaux risques en fonction de l'âge	Coordination
PS2	Donner aux médecins les moyens d'intégrer la prévention dans leur pratique quotidienne	Impulsion
PS3	Promouvoir les pratiques cliniques préventives au sein des exercices regroupés	Impulsion

PS4a	Développer des actions de dépistage précoce de certaines maladies chroniques (diabète, HTA, maladies respiratoires) Contribuer au suivi de l'observance médicamenteuse dans les maladies chroniques et particulièrement le diabète.	Coordination
PS4b	Mettre en œuvre le promotion des vaccinations par les pharmaciens, pour augmenter la couverture vaccinale en particulier chez le jeune adulte	Coordination
PS4c	Favoriser l'information et l'accès à une contraception adaptée, en coordination avec tous les professionnels concernés (médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmières scolaires, centres de planification familiale)	Coordination
PS5a	Expérimenter une action en milieu scolaire d'éducation pour la santé sur les gestes et postures en prévention du mal de dos	Impulsion
PS5b	Développer la participation de masseurs-kinésithérapeutes à la mise en place de programmes de prévention des chutes des personnes âgées (en EHPAD et à domicile)	Impulsion
PS6	Promouvoir et renforcer le rôle de prévention des sages-femmes	Impulsion
PS7a	Développer le dépistage des cancers buccaux par les chirurgiens-dentistes	Impulsion
PS7b	Organiser la participation des chirurgiens-dentistes aux campagnes de prévention	Impulsion
PS9	Expérimenter puis développer la mise en œuvre de plateformes ressources en éducation thérapeutique du patient	Action ARS
PS10	Actions partenariales avec la PMI	Coordination
PS11	Promouvoir les formations aux questionnaires de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB-DEP ADO...) et à l'entretien motivationnel	Coordination
PS12	Optimiser le rôle des Pédiçures-podologues dans le suivi des patients diabétiques et la prévention des pathologies des membres inférieurs	Impulsion

Développer la santé communautaire		
SC1	Développer les démarches communautaires en santé	Impulsion
SC2	Développer le rôle en santé des médiateurs sociaux	Impulsion
SC3	Développer la démocratie sanitaire dans le champ de la santé environnementale	Action ARS
Fédérer, renforcer, coordonner les acteurs et dispositifs de la veille sanitaire		
VS1	Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire afin de développer le signalement et la participation à la gestion des menaces et crises en santé publique	Action ARS
VS2	Renforcer les dispositifs de veille afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de détecter les menaces pour la santé publique	Action ARS
VS3	Favoriser la coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge des pathologies à composante environnementale Développer l'accès de la population à un réseau de consultations de pathologies environnementales	Action ARS
VS4	Prévenir les infections associées aux soins (IAS)	Action ARS
VS5	Améliorer la capacité du dispositif régional de surveillance et d'alerte à détecter les cas d'intoxication	Action ARS
La périnatalité et la petite enfance		
TPE1	Développer le repérage des femmes enceintes et des couples en situation de vulnérabilité par le renforcement de l'entretien prénatal précoce (EPP)	Coordination
TPE2	Soutenir la mise en œuvre d'actions de soutien à la parentalité	Coordination
TPE3	Soutenir les actions d'éducation pour la santé auprès des jeunes parents et femmes enceintes et personnel de la petite enfance sur : le risque foeto-maternel lié à la consommation de produits psycho actifs, les vaccinations pour les parents et l'enfant.	Coordination
TPE4	Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée chez la femme et l'enfant	Coordination

TPE5	Développer le dépistage néonatal de la drépanocytose	Impulsion
TPE6	Décliner au plan régional le plan autisme pour les enfants de moins de six ans	Impulsion
Les enfants, adolescents et jeunes adultes		
TEA1	Développer la prévention des conduites addictives	Impulsion
TEA2	Développer la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et les jeunes	Impulsion
TEA3	Renforcer le dépistage précoce, l'orientation et la prise en charge des enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages (TSA)	Impulsion
TEA4a	Lutter contre les atteintes auditives liées à l'écoute de la musique amplifiée	Impulsion
TEA4b	Surveiller l'incidence des traumatismes sonores aigus (TSA)	Action ARS
TEA5	Promouvoir les comportements favorables à la santé bucco-dentaire des Enfants	Coordination
TEA6a	Renforcer la cohérence des messages et la coordination des actions entre les différents acteurs intervenant sur la vie affective et sexuelle auprès des adolescents et des jeunes adultes	Impulsion
TEA6b	Développer les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes dans le cadre d'une approche globale incluant les relations de genres	Impulsion
TEA6c	Promouvoir (ou conforter l'existant) la création de lieux de prise en charge de la vie affective et sexuelle spécifiques et adaptés aux besoins des jeunes. Assurer la gratuité des moyens de contraception pour les jeunes filles mineures ou les jeunes majeurs sans revenu personnel	Coordination

La santé mentale		
TSM1	Développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge	Impulsion
TSM2	Développer le repérage précoce de la souffrance psychique et l'orientation adaptée	Impulsion
TSM3	Repérer la souffrance psychique des personnes en difficultés particulières	Impulsion
TSM4	Développer le soutien psychologique aux aidants familiaux et professionnels	Impulsion
L'habitat indigne et ses conséquences sanitaires		
THI1	Amplifier et mettre en cohérence les actions menées par les préfets, l'ARS et les collectivités territoriales en matière d'habitat indigne	Action ARS
THI2	Soutenir des actions partenariales et/ou locales de réduction de l'impact sanitaire des différentes formes d'habitat dégradé et de réduction de l'exposition à cet habitat	Action ARS
Lutte contre la résistance aux antibiotiques		
TRI1	Promouvoir la juste utilisation des antibiotiques en ville comme en établissement de santé ou médico-sociaux	Action ARS

Fiches action opérationnelles pour les autres actions partenariales		
Maladies à prévention vaccinale		
AAP2a	Améliorer la couverture vaccinale par le BCG Développer la prévention primaire et les dépistages ciblés;	Action ARS
AAP2b	Renforcer le système de déclaration obligatoire ; Assurer l'exhaustivité (dépistage systématique) et la qualité (périmètre) des enquêtes autour d'un cas déclaré; Améliorer le dispositif régional (pilotage régional concerté, harmonisation des pratiques, réseaux partenariaux départementaux)	Action ARS
Les nouveaux enjeux pour la prévention du VIH en Ile-de-France		
AAP3	Faciliter l'accès, sensibiliser les publics prioritaires et les professionnels au dépistage du VIH, des IST et des hépatites et renforcer le lien dépistage soins	Coordination
AAP4	Promouvoir des actions de prévention adaptées à la transmission du VIH, IST, hépatites B et C	Impulsion
Promotion des dépistages organisés et du dépistage du cancer du col		
AAP5a	Conforter le rôle et l'implication du médecin traitant et des paramédicaux dans le dépistage et l'orientation	Action ARS
AAP5b	Renforcer et adapter les interventions de terrain particulièrement auprès des publics à l'écart du dépistage	Impulsion
AAP5c	Renforcer l'efficacité et l'efficience des structures de gestion dans le dépistage des cancers	Action ARS

Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière		
AAP6	Promouvoir l'activité physique adaptée quotidienne et réduire la sédentarité	Impulsion
AAP7	Prévenir la dénutrition et son risque à domicile comme en établissement de santé ou médico-social	Impulsion
Santé et travail		
AAP11	Promouvoir la santé en entreprise	Impulsion
Préserver l'autonomie des personnes avançant en âge		
AAP10	Contribuer au développement du plan PAPA (plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées) pour lutter contre la perte d'autonomie des personnes avançant en âge	Coordination
Populations en difficultés particulières		
AAP11	Promouvoir les comportements favorables à la santé auprès des personnes en situation de précarité	Impulsion
AAP12	Développer l'écoute et le soutien envers les personnes détenues ou sortant de prison – Développer l'EPS sur les thèmes prioritaires et dans une approche globale et comportementale – Sensibiliser le Personnel aux questions de réduction des risques	Impulsion
AAP13	Développer des actions spécifiques adaptées aux situations de handicap sur les thèmes prioritaires (surpoids, obésité, santé bucco-dentaire, vie affective et sexuelle, et santé mentale)	Impulsion
AAP14	Adapter la prévention aux populations de migrants sur les thèmes prioritaires	Impulsion

Lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux		
AAP15	Réduire les risques liés aux activités de pressing pour les travailleurs et les riverains	Action ARS
AAP16	Améliorer la sécurité sanitaire des eaux	Action ARS
AAP17	Etudier l'impact environnemental et sanitaire des plates-formes aéroportuaires et du trafic aérien en Ile-de-France (SURVOL)	Action ARS
AAP18	Mener une recherche action visant à réduire à la source les émissions de substances pharmaceutiques dans l'environnement	Action ARS
AAP19	Lancer une étude exploratoire visant à caractériser l'exposition des franciliens aux pesticides présents dans leur habitat sur des zones contrastées de la région	Action ARS
Coordination des vigilances		
AAP20	Mettre en place et structurer la coordination régionale des vigilances sanitaires	Action ARS
Sécurité sanitaire des produits de santé		
AAP21	Organiser l'inspection de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé	Action ARS
AAP22	Mettre en ligne une documentation d'aide aux professionnels de santé dans l'exercice de leurs missions	Action ARS

5.5 Les partenaires de l'Agence

L'Agence unifie des forces actuellement dispersées et permet de mener des politiques de santé plus efficaces.

L'ensemble des acteurs locaux sont associés à la gouvernance de l'Agence et impliqués dans les choix stratégiques sur les politiques de santé menées en région. Les élus participent au Conseil de surveillance, à la CRSA, aux conférences de territoire, ainsi qu'aux commissions de coordination des politiques de santé pour le secteur du médico-social et pour la prévention. La présidence du Conseil de surveillance est assurée par le préfet de région. Enfin, les professionnels de santé, les associations et les usagers sont naturellement représentés dans la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ainsi que dans les conférences de territoire.

Les URPS (unions régionales des professionnels de santé) sont également des interlocuteurs privilégiés de l'ARS Ile-de-France.

L'ARS ne peut conduire seule une politique de promotion de la santé en région en agissant sur des déterminants qui dépendent la plupart du temps d'actions d'autres institutions ou organismes. Ces différents partenaires sont présentés dans la figure 1 et leurs activités en matière de prévention décrites ci-dessous.



Figure 1 : Partenaire de l'Agence régionale de santé

5.5.1 La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)

Avec ses directions départementales, la DRJSCS agit dans la limite de ses moyens et le respect de ses missions pour prévenir et réduire les inégalités sociales de santé, faciliter l'accès au logement et à l'hébergement des personnes en difficulté de santé. Elle contribue à améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale. Elle agit aussi en faveur de la santé de publics spécifiques. A travers elle, l'Etat s'engage, pour l'atteinte des objectifs prioritaires et dans ses champs d'action, à constituer des équipes pluridisciplinaires visant à la mise en cohérence de sa stratégie dans les politiques interministérielles : politique de la ville et tout particulièrement les ateliers santé ville, politique de l'intégration, politique en faveur de la jeunesse, politique d'accès aux droits et de lutte contre les discriminations, promotion de l'égalité hommes femmes.



A ce titre, la DRJSCS, au-delà de sa participation aux instances officielles (Commission de coordination des politiques publiques et conférences de territoires) contribue aux comités de pilotage et groupes de travail, notamment dans le cadre de l'élaboration des différents plans pilotés par l'Agence, plan régional stratégique de santé et schémas sectoriels.

Il est intéressant et nécessaire de faire un focus sur un dispositif de la politique de la Ville, qui précède d'une décennie les nouveaux enjeux de déssectorisation et de contractualisation avec les collectivités locales de la politique de santé publique et en particulier des Agences régionales de santé : le dispositif des Ateliers santé ville (ASV).

L'Atelier Santé Ville fonde sa démarche sur une approche globale et transversale de la santé, en s'attachant à identifier les déterminants de santé liés aux conditions de vie de la population : l'habitat, l'emploi, l'éducation, les ressources, etc.

La dynamique des ASV, fer de lance d'une nouvelle approche, a impulsé une démarche collective qui mobilise, forme et accompagne les habitants, les professionnels et les institutions des territoires concernés.

Au titre de la lutte contre les exclusions, les ASV ont pour vocation de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en favorisant l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus fragiles.

A cette fin, l'ASV a permis d'améliorer la connaissance du territoire en matière de santé en identifiant les besoins spécifiques de la population et les déterminants de santé liés aux conditions de vie; de développer les partenariats et le travail en réseau des différents acteurs du territoire; de favoriser l'accès à la santé de la population (droits sociaux, prévention, soins); de renforcer les compétences des acteurs locaux (formation, information autour de la santé); et de développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé.

Les élus locaux s'engagent de plus en plus sur la voie de la santé, la ville est un lieu privilégié de sa promotion, grâce aux pouvoirs divers et étendus du maire. Ils sont en première ligne et les ASV nourrissent la dynamique.

Cette prise en main de la santé par la municipalité ne saurait se faire sans l'implication des habitants. Tout ce qui fédère des individus rend sensible ce qui les différencie. Dans cet esprit la viralité⁶⁶ est cette recherche de croissance du « nous » qui s'appuie sur une participation des membres d'autant plus forte qu'elle touche une communauté géographiquement restreinte. La démarche, qui se base initialement sur les populations des quartiers en politique de la Ville, se veut être une déclinaison micro-locale d'un ensemble de thématiques allant de la nutrition aux conduites addictives en passant par le surpoids infantile.

Le réseau des Ateliers Santé-Ville fonctionne par commissions thématiques, composées de personnes issues du milieu social et de la santé. Le coordinateur assure l'interface entre les commissions et les élus et accompagne leur décision.

⁶⁶ Part des individus qui effectuent au moins une recommandation



L'ASV peut alors être une rampe de lancement vers des programmes locaux de santé publique. C'est un espace d'opportunité pour décroiser les crédits de manière raisonnée.

L'intérêt est d'œuvrer à la santé d'une population resserrée mais plus homogène. C'est à cette échelle que les ressources en professionnels de santé, éducatifs et sociaux sont les plus mobilisables, car plus proches du terrain. Les problématiques perceptibles à ce stade peuvent alors être prioritaires et sont déterminants dans la mise en place des contrats locaux de santé.

Le contrat local de santé (CLS) prolonge l'ASV et capitalise toute la méthodologie qui a été produite dans ce cadre (diagnostics locaux, animation territoriale, etc.). L'articulation entre l'ASV et le CLS, déjà très construite entre les acteurs sur le terrain, reste à être formalisée au niveau des politiques publiques (financement, etc.).

5.5.2 La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE)

Le cadre de l'action de la DRDFE est le Plan d'action interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes (PAI), et sa déclinaison territoriale (Plan régional stratégique pour l'égalité entre les femmes et les hommes – en cours de rédaction).

Et notamment les objectifs de l'axe 2 « *Promotion des droits et lutte contre les violences sexistes* », et en particulier l'objectif 2 : promouvoir la contraception et le suivi des dispositions relatives à l'IVG et à la santé des femmes.

OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR LA CONTRACEPTION ET LE SUIVI DES DISPOSITIONS RELATIVES A L'IVG ET A LA SANTE DES FEMMES	
Conclure un partenariat régional entre personnel éducatifs, personnels de santé scolaire et intervenants extérieurs, les services de l'Etat, les conseils généraux ou régionaux pour veiller à l'application sur tout le territoire des dispositions prévues par la loi du 4 juillet 2001 et sa circulaire d'application qui précisent les modalités de mise en oeuvre de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.	éducation sexualité
Veiller à l'accessibilité à l'information sur la prévention des grossesses non désirées et des risques sexuels (IST/VIH...) dans les structures d'information dédiées aux jeunes dans le cadre d'un partenariat local avec le CIDJ et les autres structures susceptibles d'accueillir des jeunes en accord avec l'ARS	accès contraception/IVG
Elaborer, avec l'ARS, un plan d'action régional pluriannuel, en faveur de l'information et la sensibilisation des jeunes à la contraception et notamment sur les territoires répertoriés avec une problématique de grossesses précoces ou un taux d'IVG important.	accès contraception/IVG
Développer avec l'appui de l'ARS des programmes locaux en faveur de l'information et l'accès à la contraception et à l'IVG et concourir à l'organisation de la prise en charge médicale, sur ces thèmes, des jeunes filles, des femmes en milieu rural et des populations défavorisées.	accès contraception/IVG
Renforcer l'information locale sur l'ensemble des méthodes de contraception en renforçant le partenariat entre les mutuelles étudiantes et les centres de planification familiale.	accès contraception/IVG
Contribuer en lien avec les ARS à l'intégration dans le plan régional « santé publique » : - de la prise en charge de tous les publics féminins portant particulièrement sur l'accès aux stratégies sanitaires nationales, sur l'accès aux soins, la contraception et l'IVG (accompagnement médical et psychologique), - de la formation des professionnels de santé pour une meilleure prise de la charge de la santé des femmes victime de violence et des enfants témoins (accompagnement psychologique et groupes de parole) et de la prise en charge psychologique des hommes auteurs de violences conjugales et/ou intrafamiliales ...	santé femmes
S'appuyer sur l'étude nationale prévue dans le cadre du PAI sur le thème "Comment mieux assurer le suivi sanitaire des femmes en situation de précarité ?" pour développer des actions locales avec les acteurs publics (DRJSCS,DDCS, ARS,...) et les élus territoriaux.	santé femmes

Par ailleurs, le Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 prévoit un meilleur repérage et traitement, par les professionnels de santé spécifiquement, des



violences faites aux femmes, notamment les violences au sein du couple, les viols/ agressions sexuelles, les mutilations sexuelles féminines, la prostitution.

Et notamment l'axe V : mobiliser les professionnels de santé sur un meilleur repérage des traitements des violences (au sein du couple, violences sexuelles mais aussi mutilations sexuelles féminines) comprenant :

Action 11 : Mener une campagne d'information sur les violences

Action 12 : Diffuser des recommandations de bonnes pratiques

Action 13 : Veiller, via les ARS, à l'intégration systématique de la problématique des violences dans le plan régional de santé

Action 14 : Formaliser et diffuser un certificat médical type

Action 15 : Poursuivre le travail sur l'interruption temporaire de travail.

Les objectifs communs avec l'ARS sont :

- sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé à la problématique des violences notamment conjugales (mécanismes de violences, répercussion sur la santé) avec un accent particulier sur la grossesse ; mais aussi les autres formes de violences (sexuelles, mutilations sexuelles féminines, prostitution),
- améliorer le dépistage systématique des femmes victimes de violences par des outils adaptés (ex : questionnaire-type), et outil statistique adapté (notamment pour suivre les femmes victimes de violences conjugales qui consultent plusieurs fois aux urgences),
- orienter vers des professionnels spécialisés dans le domaine, ou en direction de partenaires sociaux (commissariats, structures d'hébergement, associations d'aides aux victimes ...),
- développer une approche de la prévention de santé en direction des jeunes dans un cadre global liant éducation à la sexualité, contraception/IVG et prévention des comportements/sexistes.

Enfin l'ARS participera à la rédaction, mise en œuvre et suivi du Plan régional stratégique pour l'égalité entre les femmes et les hommes (PRSEH), avec valorisation des initiatives notamment contenues dans ce schéma (données sexuées, prévoir des indicateurs sur la prise en compte de l'égalité femmes-hommes dans les appels à projets, et actions spécifiques en lien avec les violences et l'éducation à la sexualité notamment).

5.5.3 La direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL)

En décidant de la création en Île-de-France d'une direction spécifiquement consacrée à l'hébergement et au logement, l'Etat adapte son organisation pour mieux répondre aux enjeux particuliers de la région francilienne.

Elle traduit une volonté de mise en œuvre d'une véritable chaîne intégrée d'action publique, de l'hébergement au logement.

Elle a pour objectif, par un pilotage renforcé, la coordination des moyens et la mutualisation du travail des équipes, d'améliorer les réponses apportées par l'Etat, avec l'ensemble de ses partenaires, aux difficultés d'hébergement, de mal logement, d'entrée dans le logement social, d'accès à la propriété, de développement de l'offre de logements, si présentes en Ile de France.

Le fonctionnement interdépartemental intégré de la DRIHL pour Paris et les départements de la petite couronne concrétise l'adaptation des services de l'État à la réalité des besoins des citoyens : les frontières départementales ne sont pas des frontières de la vie courante, en particulier lorsqu'il s'agit de trouver un toit. Ainsi, la réponse administrative doit être mieux coordonnée au sein de la zone dense de l'agglomération.

La Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement en Ile de France travaille, sous l'autorité du Préfet de Région, en étroite partenariat avec tous les acteurs de l'hébergement et du logement, au premier rang desquels les élus, ainsi que les autres services de l'État et leurs agences, les associés collecteurs du 1%, les bailleurs sociaux et les constructeurs, les opérateurs de veille sociale, les gestionnaires de centres d'hébergement, les associations d'insertion par le logement...

La qualité des résultats qu'elle obtiendra dépend étroitement de sa capacité à faire travailler ensemble des partenaires qui parfois s'ignorent, pour les aider à construire des parcours d'insertion et des parcours résidentiels à destination des hommes et des femmes de notre région qui en ont le plus besoin.

Aussi dans sa politique de promotion de la santé, l'ARS considère la DRIHL comme un partenaire privilégié.

5.5.4 La direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE)

La Direccte est un service déconcentré régional commun aux ministères de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, en place depuis le 1er janvier 2010, dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP). Elle reprend les compétences des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), des directions régionales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DRCCRF), des directions régionales du commerce et de l'artisanat (DRCA), des directions régionales du commerce et extérieur (DRCE) et des directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) pour les missions de développement industriel et de métrologie. Une partie de ses compétences induisent un potentiel partenariat avec l'agence régionale notamment dans les démentions qui touchent à la santé en entreprise. Une réflexion doit être approfondie sur les questions qui semblent déterminantes dans le cadre de compétences convergentes.

5.5.5 L'Éducation nationale

Au sein de l'éducation nationale, la politique éducative de santé est un facteur d'égalité des chances qui contribue à la réussite des élèves.

Cette politique a pour objectif de contribuer au développement chez les élèves, non seulement d'une pensée critique et créative, mais également d'aptitudes aux choix, à la gestion des conflits et à la maîtrise des émotions. Elle fait intégralement partie de la construction de l'élève, en tant que personne et citoyen, dans un double objectif du respect de soi et des autres. L'École est bien en effet le lieu d'acquisition de compétences nécessaires et indispensables au mieux vivre ensemble.

En complétant le rôle des familles ou les interventions des professionnels extérieurs au champ scolaire, elle participe ainsi à l'accompagnement des élèves dans leurs apprentissages, tels que définis par le « socle commun des connaissances et des compétences ».

Dans cette conception éducative, le programme Ecole-santé impulse en milieu scolaire une démarche nouvelle, qui s'organise en fonction de trois objectifs majeurs :

- d'abord, la mise en œuvre systématique de la démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de l'école ou de l'établissement;
- ensuite, la responsabilisation de l'ensemble des acteurs et l'augmentation du nombre potentiel des intervenants en prévention avec de nouveaux partenaires;
- enfin le suivi de la santé des élèves depuis la petite enfance jusqu'à la proximité de l'âge adulte dans le cadre de la politique nationale de santé.

Le programme Ecole-santé s'articule autour :



- d'une démarche de projet appliquée au domaine de la santé en milieu scolaire ;
- d'une méthode : l'inscription du programme dans la politique nationale de santé, et les outils d'accompagnement des mesures ;
- d'un accompagnement aux différents échelons.

L'éducation à la santé, aux comportements responsables et à la citoyenneté est prise en charge par les équipes éducatives. Elle associe les parents et les partenaires de l'Éducation nationale.

Les trois Rectorats d'Ile-de-France apportent leur contribution à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé.

5.5.6 Les Services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS)

Les SIUMPPS s'intéressent depuis de nombreuses années à la santé des étudiants qui reste préoccupante.

La réforme des missions de la médecine préventive annoncée dans le plan gouvernemental santé-jeunes a instauré pour les SIUMPPS l'obligation d'effectuer à chaque étudiant un bilan préventif dans les trois premières années d'étude et la possibilité pour ces services de demander leur agrément en centre de santé, autorisant la prescription médicale et le soin curatif au-delà du seul cadre préventif. Il s'agit là toutefois d'une mission facultative de la médecine préventive universitaire et qui reste soumise à une politique volontariste des présidences d'université.

Les SIUMPPS mènent et organisent des campagnes d'information, de prévention et de promotion de la santé avec le souci permanent d'une participation active des étudiants.

5.5.7 La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

La PJJ a intégré la santé dans ses missions éducatives envers les mineurs sous protection judiciaire.

La dynamique des dix dernières années en matière de politique institutionnelle a induit l'inscription de la santé dans l'action éducative, ainsi que le développement d'un travail clinique.

Les équipes prennent en compte les différentes dimensions de la vie affective et sexuelle des jeunes, la santé mentale et œuvrent ainsi pour prévenir les situations à risques, en améliorant la prise en charge concertée des troubles psychiques des adolescents et jeunes adultes en grande difficulté. Elles agissent également pour prévenir les entrées en



consommation et l'usage des substances psycho-actives en intégrant les dimensions liées à la socialisation.

Ainsi, la PJJ développe et pérennise des actions de promotion et d'éducation pour la santé auprès des jeunes confiés à leurs services. L'objectif est de garantir la cohérence et la convergence des actions menées pour une prise en charge coordonnée contribuant à inscrire chaque jeune dans le rôle d'artisan de sa santé eu égard à la spécificité de l'institution PJJ et des publics qui lui sont confiés. Elle répond ainsi avec les promoteurs aux besoins des jeunes qui lui sont confiés.

Elle rend lisible pour la politique de santé publique régionale, les actions et leurs impacts sur la santé d'une frange de la population qui échappe à bien des dispositifs de droit commun.

5.5.8 Les organismes sociaux, dans leurs différentes composantes

Les CPAM d'Ile de France saluent la pertinence du travail réalisé par l'Agence Régionale de Santé afin de dresser un panorama régional des problématiques et des

acteurs de la promotion de la santé au travers de la rédaction de ce Schéma Régional de Prévention (SRP).

Elles soulignent en particulier la justesse des enjeux relevés propres à la région, la volonté d'animer le réseau des partenaires institutionnels et associatifs et celle de professionnaliser les acteurs. Ce dernier point se caractérise par un souci méthodologique constant qui transparaît tout au long de la lecture de cet ambitieux document.

Il en ressort que le SRP conforte l'engagement des CPAM dans leur rôle d'assureur solidaire en santé tant auprès de l'ensemble de la population francilienne, que pour les populations confrontées à la vulnérabilité sanitaire et sociale.

Face aux différentes problématiques identifiées, les CPAM se proposent de rendre plus lisibles les moyens d'action dont elles disposent pour contribuer à sa mise en œuvre opérationnelle, et en renforcer la cohérence.

Ces moyens d'action s'articulent autour de trois ambitions :

- aider les assurés à être acteurs de leur santé,
- garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé,
- renforcer la logique des parcours de santé.



Ils s'inscrivent dans la convention d'objectif et de gestion conclue entre l'Etat et l'Assurance Maladie pour la période 2010-2013 qui constitue le cadre de référence des orientations poursuivies. Elle rappelle en particulier la contribution de l'Assurance Maladie à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par la loi de santé publique et les différents plans qui lui sont associés laquelle permet à ses assurés de bénéficier d'actions de prévention tout au long de leur vie, en coordination avec l'action des autres opérateurs de l'Etat et, désormais, avec les ARS.

1-Aider les assurés à être acteurs de leur santé

1-1 Apporter de l'information en santé aux assurés

La politique de prévention de la CNAMTS a fortement évolué depuis la loi du 13 août 2004, qui entendait mobiliser le réseau des Caisses dans le champ de l'information des assurés, et de les sensibiliser à la nécessité de bien prévenir les maladies et leurs complications.

L'Assurance Maladie s'est ainsi engagée à délivrer à l'assuré des informations lui permettant de mieux gérer sa santé et celle de ses bénéficiaires. A cet effet, les services en ligne de l'Assurance Maladie se sont enrichis de deux niveaux d'informations :

- Ameli-direct, permettant à l'assuré de choisir un professionnel de santé ou un établissement de santé, selon différents critères : spécialités, actes pratiqués et de connaître tout particulièrement les tarifs et les conditions de remboursement.
- Ameli-santé offrant un ensemble d'informations thématiques, sur les maladies, leur gestion au quotidien et rappelant les offres de prévention de l'Assurance Maladie.

Enfin rappelons que la ligne accueil des Caisses Primaires constitue un maillage non négligeable au plus près des populations, en capacité d'informer les assurés et de les orienter dans le système de santé. L'orientation vers un rôle de promotion des

campagnes de prévention s'affirme de plus en plus avec, au-delà des accueils « classiques », l'expérimentation en cours dans 3 départements franciliens de mise en place d'espaces « Santé Active ».

Liens avec le SRP : actions transversales en faveur de la promotion de la santé, de l'amélioration de l'état de santé globale de la population, de la continuité des parcours de santé

1-2 Renforcer les programmes de prévention

Les programmes nationaux de l'Assurance Maladie, de par leur grande ampleur et leur caractère massif, ont une forte visibilité. Ils sont pour la plupart déployés sur la Région Ile de



Schéma de prévention

France en lien avec l'ARS. Cette coordination doit pouvoir être renforcée, en vue d'améliorer l'impact des programmes sur les populations visées et de gagner en efficacité.

Nous citerons plus particulièrement dans ce partenariat les actions sur la santé bucco-dentaire, le dépistage des cancers et les campagnes de vaccination :

- Concernant la prévention bucco-dentaire, le dispositif M'T dents permet à tous les enfants franciliens de 6, 9, 12, 15 et 18 ans de bénéficier d'un examen gratuit de prévention et d'une prise en charge des soins consécutifs nécessaires. En parallèle, le programme ARCADE, piloté désormais par l'ARS, constitue un outil de coordination des actions de prévention bucco-dentaire sur la Région et un excellent levier pour amplifier l'impact de l'offre de l'Assurance Maladie. Ces programmes s'appuient tous deux sur des partenariats forts avec les professionnels de santé, les collectivités locales et l'Education Nationale. Des réflexions pour une meilleure articulation entre tous les intervenants, financeurs, opérateurs et prescripteurs, une ouverture des actions sur les personnes âgées en EPHAD et une complémentarité avec les actions de prévention primaire sur la nutrition sont engagées. Elles devront pouvoir être finalisées et formalisées dans le futur schéma régional bucco-dentaire.
- Sur le dépistage organisé des cancers, dont l'Assurance Maladie constitue le premier financeur, la collaboration se renforce avec l'ARS pour améliorer son efficacité : participation conjointe au comité régional des cancers, au dialogue de gestion des structures de gestion et au co-pilotage du programme de gestion du risque mis en œuvre sur ce thème. Enfin la thématique de la vaccination, fait l'objet d'un programme de gestion du risque partagé, qui, comme pour le dépistage des cancers, devrait favoriser des actions concertées pour mieux cibler les publics concernés.
- Sur la lutte contre les maladies infectieuses, l'Assurance Maladie a pris part à la mobilisation engagée autour de la recrudescence de cas de rougeole, en étendant la gratuité du vaccin jusqu'à l'âge de 17 ans révolus.

D'autres programmes nationaux de prévention sont développés par l'Assurance Maladie, sans doute moins médiatisés. Ils méritent toutefois d'être intégrés dans les actions régionales pour en améliorer l'impact :

- En matière de prévention du saturnisme, l'Assurance Maladie assure la gratuité des consultations et examens de laboratoire effectués à ce titre pour les mineurs et les femmes enceintes. Ce dispositif reste peu utilisé par les professionnels, malgré les actions de communication développées par le réseau des Caisses.

Lien avec le SRP : lutte contre l'habitat indigne et ses conséquences sanitaires



- L'Assurance Maladie accompagne ses assurés dans le sevrage tabagique. Elle prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, ce montant est porté à 150 € depuis le 1^{er} septembre 2011.

Lien avec le SRP : prévention des addictions, parcours santé des femmes enceintes, périnatalité, lutte contre la prématurité

- Enfin rappelons que la contraception d'urgence peut être délivrée de façon anonyme et gratuite aux jeunes femmes mineures dans l'officine de leur choix. Ce dispositif doit pouvoir se coordonner avec les actions d'éducation à la santé et à la vie affective menées en direction des adolescents.

Lien avec le SRP : réduction des grossesses précoces non désirées

Dans le champ de la prévention primaire, signalons le nouveau service en santé de l'Assurance Maladie appelé « Santé Active ». Ce programme vise à aider les assurés à modifier leurs comportements afin d'agir sur les déterminants de la santé. En pratique, « Santé Active » proposera 6 services, au premier rang desquels un espace d'accueil dédié au public et un programme de *coaching*, via des ateliers thématiques axés sur la santé du dos, la nutrition et la santé du cœur. Mis en œuvre à titre expérimental sur les départements des Yvelines, de Paris et de la Seine Saint-Denis, ce service a vocation à se déployer sur tout le territoire à horizon 2013. Il trouvera toute sa pertinence en se développant dans le cadre de partenariats locaux, avec tous les acteurs de la prévention.

Lien avec le SRP : mobiliser tous les moyens de développement de la promotion de la santé et de la prévention

1-3 Améliorer l'accompagnement des patients souffrant d'une maladie chronique

Les patients en ALD, pour des pathologies chroniques et/ou graves, sont ceux dont le besoin de soins et donc la consommation de soins sont les plus importants. Leurs dépenses représentent plus de 60 % des dépenses de l'Assurance Maladie et une part encore plus importante de la croissance des dépenses. Or, différentes études montrent que leur prise en charge est perfectible. Les référentiels médicaux nationaux ou internationaux ne sont pas toujours respectés.

- Dans ce contexte, Sophia, un nouveau service d'accompagnement personnalisé, a été proposé par l'Assurance Maladie aux assurés du Régime Général en ALD atteint de diabète. Le diabète a été choisi pour cette expérimentation en raison de sa forte croissance et de l'enjeu majeur qu'il représente en terme de santé publique : plus de 2,5 millions de personnes sont diabétiques aujourd'hui en France (le double d'il y a dix ans) et huit diabétiques sur dix sont pris en charge à 100% au titre d'une ALD. Ce programme, en cours d'expérimentation dans 20 départements dont celui de la Seine



Saint Denis, sera étendu d'ici fin 2012 à l'ensemble du territoire national. Par ailleurs, sur la base d'une analyse du coût et de l'efficacité, l'Assurance Maladie proposera l'extension de ce service à d'autres pathologies chroniques, en commençant par les pathologies respiratoires et cardiovasculaires.

- L'Assurance Maladie contribue également au développement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

La Caisse Nationale a en effet adopté un cahier des charges s'adressant à des promoteurs du secteur ambulatoire et a pour objet de déterminer les critères d'éligibilité au financement par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS) d'actions d'Education Thérapeutique du Patient autorisées par les ARS.

Outre ce soutien financier aux promoteurs, l'Assurance Maladie s'appuie sur son réseau de centres d'examen de santé pour proposer une offre de service aux médecins traitants incluant leurs patients diabétiques de type 2 dans des ateliers de ce type.

Liens avec le SRP : renforcer la participation des médecins aux programmes de prévention, développement de l'ETP

2. Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé

Premier assureur de France, l'Assurance Maladie prend en charge 10 244 344 personnes en Ile-de-France (86,3% de la population) au titre du régime général hors SLM.

2-1 Faciliter l'accès aux droits et aux soins des populations fragiles

- Des dispositifs légaux spécifiques de protection sont déployés pour les personnes les plus précaires :
 - la Couverture Maladie Complémentaire (CMUC), dont bénéficient 691 555 personnes en IDF
 - l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), dont bénéficient 96 732 personnes en Ile-de-France au 31/12/2011), qui peut être complétée par des aides additionnelles, financées sur les fonds d'Action Sanitaire et Sociale des Caisses.

Dans un contexte de recrudescence des assurés sans couverture complémentaire, ces droits permettent la dispense d'avance des frais, totale pour le premier, partielle pour le second.

L'Assurance Maladie est également chargée de la gestion des bénéficiaires de l'AME. soit 143 776 personnes couvertes en IDF

- Par ailleurs, des partenariats sont mis en place avec des institutions et associations qui reçoivent des populations précaires (CAF, CNAV, Pôle Emploi, Missions Locales) pour

les assister dans leurs démarches d'accès aux droits et ainsi réduire le taux de non recours aux soins. Concomitamment, la promotion d'actions de prévention est organisée.

- Sous conditions de ressources, les moyens de l'Assurance Maladie sont prioritairement déployés pour les personnes malades, en sortie d'hospitalisation ou en ALD par le biais d'aides financières ou de prestations extra légales. Au cas par cas, des soins ou fournitures médicales peu ou non remboursées peuvent être pris en charge. Dans la même optique, les personnes en situation de handicap et plus généralement les malades peuvent bénéficier d'aides financières pour le maintien à domicile (aide-ménagère ou auxiliaire de vie sociale et aides techniques). Enfin, la sortie d'hôpital fait l'objet d'un dispositif coordonné avec le service social de la CRAMIF permettant, là encore, le recours financièrement aidé à une aide-ménagère.

Lien avec le SRP : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

2-2 Intégrer les problématiques des publics précaires dans les programmes de prévention

Les orientations de la COG 2010-2013 donnent la priorité à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, notamment en matière de prévention.

- Elle fixe ainsi comme objectif prioritaire l'intégration des femmes bénéficiaires de la CMU-C dans le dépistage organisé du cancer du sein : la sensibilisation par les Caisses s'intensifie par l'utilisation de vecteurs de communication

variés : envois de SMS, de courriels, participation de l'Assurance Maladie à des événements culturels ou sportifs.

- De même, pour l'amélioration du taux de recours préventif au chirurgien- dentiste des populations qui en sont les plus éloignées, des actions de sensibilisation et de suivi personnalisé sont en cours d'expérimentation en accompagnement du programme M'T dents auprès des enfants des zones d'éducation prioritaire.
- Dans ses centres d'exams de santé, l'Assurance Maladie priorise les publics précaires (sur la base du score EPICES) par un ciblage renforcé des personnes éloignées du système de santé ou fragilisées, et par le développement de l'information et de l'accompagnement des personnes accueillies pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention.

D'autres actions locales de prévention sont menées par les Caisses, en particulier sur la thématique de la nutrition et de la lutte contre l'obésité infantile. Le financement éventuel de ces actions est subordonné par la CNAMTS à l'intégration de la réduction des inégalités sociales de santé dans les objectifs et dans l'évaluation des résultats du projet.

Lien avec le SRP : préserver le capital santé



En dehors du champ de l'Assurance Maladie, une visite de prévention AME est actuellement en cours d'expérimentation ; elle est systématiquement proposée lors de la remise du titre et vise, outre l'accès des bénéficiaires à un meilleur état de santé, la prévention de l'émergence de maladies invalidantes et du risque de transmission d'agents de maladies infectieuses.

Lien avec le SRP : adapter la prévention aux populations en difficultés particulières

2-3 Les partenariats institutionnels multi niveaux

- Pour renforcer l'impact et l'efficacité de ses actions de prévention en faveur des populations précarisées, l'Assurance Maladie s'investit dans des partenariats avec des institutions et des structures qui reçoivent ce public. D'abord dans la prévention de la rupture des droits (avec les CAF, la CNAV, la CRAMIF...) ou de l'effet de seuil lié à l'ACS. Ensuite dans l'accompagnement avec le service social de la CRAMIF (évaluation sociale et repérage, information collective pour orienter les publics vers les dispositifs adéquats...).
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé peut également conduire l'Assurance Maladie à participer aux Ateliers Santé Ville qui, par leur approche territoriale très fine, constituent un relais pour les dispositifs de prévention. Dans le cadre renouvelé de la Loi HPST, l'Assurance Maladie peut désormais participer à la co-construction des contrats locaux de santé avec l'ARS d'Ile-de-France et les autres acteurs de terrains.

Lien avec le SRP : partenariat étroit avec les autres acteurs publics

- La richesse des données détenues par l'Assurance Maladie peut également être mise à profit pour effectuer certaines recherches en santé publique. C'est le cas en particulier des études en cours, menées en partenariat avec le monde universitaire dans plusieurs départements d'Ile de France, sur les freins et leviers du dépistage du Cancer du sein.

Lien avec le SRP : développer des partenariats avec la recherche

- En périnatalité, des partenariats sont pérennisés entre l'Assurance Maladie et les services de Protection Maternelle Infantile, de Planification et d'Education Familiale. L'Assurance Maladie participe aux financements des activités de suivi pédiatrique et gynécologique menées dans ces structures. Dans la même optique, l'Assurance Maladie participe au financement des dépistages des Infections Sexuellement Transmissibles et de la tuberculose (ainsi qu'à son traitement)

Lien avec le SRP : renforcer la place et le rôle des services de PMI, lutter contre la mortalité périnatale

- L'intervention de l'Assurance Maladie est également déterminée par les spécificités locales et par le relais d'associations du champ sanitaire. Celle-ci est ciblée : l'on peut citer par exemple le financement des TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) sur

Paris, ou plus généralement, sur toute la région, les partenariats d'Action Sanitaire et Sociale sur l'aide aux malades et l'accès aux soins. Ces spécificités locales traduisent, au-delà de l'efficacité d'un réseau national et de ces déclinaisons régionales et départementales, la volonté de s'adapter aux inégalités sociales et territoriales de santé.

3. Renforcer la logique des parcours

Le SRP rappelle à raison que la notion de parcours est issue de la réforme de l'Assurance Maladie de 2004, qui entendait notamment conforter la place centrale donnée au médecin traitant dans le système sanitaire. Dans une logique de gestion du risque renouvée et intégrée, l'Assurance Maladie fait sienne l'idée d'un « parcours de santé » allant au-delà du « parcours de soins » et active, pour cela, l'ensemble des leviers dont elle dispose.

3-1 Mobiliser les professionnels de santé autour des problématiques de santé publique et de prévention

La dernière génération de conventions médicales marque une étape importante dans l'évolution des rapports entre les professionnels de santé et les pouvoirs publics, en généralisant, après l'expérience réussie des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles, la rémunération sur objectifs de santé publique.

Ainsi, au-delà de la revalorisation des tarifs de certains actes de prévention, (tel que le dépistage du cancer de la peau, celui du cancer du col de l'utérus), 24 indicateurs ont été définis dans la dernière convention médicale sur l'optimisation des pratiques, avec en particulier des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques (diabète et hypertension artérielle), mais aussi sur la vaccination anti-grippale ou les dépistages de cancers féminins. L'atteinte par les médecins traitant des objectifs fixés leur permettra d'obtenir une rémunération additionnelle détachée du seul paiement traditionnel à l'acte.

Tout au long de l'année, les Caisses Primaires vont communiquer aux médecins leurs résultats grâce à leurs services statistiques et aux Délégués de l'Assurance Maladie. En lien avec les médecins conseils, ces professionnels rencontrent régulièrement l'ensemble des professionnels de santé pour les sensibiliser sur différentes thématiques.

Signalons parmi celles-ci deux sujets très présents dans le SRP :

- La limitation des prescriptions d'antibiotiques : sujet de maîtrise médicalisée déjà ancien, il demeure un enjeu fort face au développement de l'antibiorésistance. L'Assurance Maladie met à la disposition des médecins libéraux des tests de diagnostic rapide de l'angine. A noter également que parmi les objectifs faisant l'objet d'une rémunération figure également la possession par le professionnel d'un logiciel d'aide à la prescription.
- La lutte contre l'obésité infantile : les professionnels de santé au contact des jeunes enfants ont été sensibilisés à cette question, à travers la diffusion des nouvelles courbes de corpulence et la présentation d'outils pédagogiques utilisables auprès des enfants et



de leurs parents pour leur faire prendre conscience de la réalité et des enjeux du surpoids.

Au-delà de cette convention médicale, c'est l'ensemble des chantiers conventionnels avec les différentes catégories de professionnels de santé qui vont intégrer ces projets de santé publique, avec un renforcement des commissions paritaires comme lieu de concertation et d'échanges autour de ces objectifs.

En outre, des actions sont aujourd'hui menées en parallèle sur l'amélioration des pratiques au sein des établissements hospitaliers, avec des campagnes sur les prescriptions, en particulier d'antibiotiques. Des visites ont également lieu en EHPAD sur des thématiques suivantes : alzheimer, iatrogénies médicamenteuses, risques de chute, santé bucco-dentaire et dénutrition (depuis 2011).

Lien avec le SRP : développer le rôle des professionnels de santé en matière de prévention, valoriser et développer la prévention au quotidien dans les cabinets médicaux, lutter contre la résistance aux antibiotiques

3-2 Accompagner les assurés dans les étapes clefs de leur parcours de santé

La logique de parcours de santé est également déployée par l'Assurance Maladie à travers les différentes offres attentionnées mises en œuvre à l'occasion d'un évènement particulier de la vie d'un assuré social, souvent porteur de risque de fragilisation. Nous citerons les principales actions mises en place au regard des enjeux du SRP :

- Le parcours « maternité » vise à améliorer le suivi et l'accompagnement de la femme enceinte. Il comporte un volet « professionnels de santé » construit autour des visites des Délégués de l'Assurance Maladie sur le thème de la prévention des facteurs de risque de la grossesse, ainsi qu'un volet en direction des assurés comportant des envois d'informations et l'organisation d'ateliers collectifs permettant à la future maman d'échanger sur les aspects tant administratifs que médicaux de la grossesse. Ces ateliers sont réalisés en lien avec la CAF, la PMI, des médecins et des sages-femmes, et s'adressent plus particulièrement aux jeunes femmes en vulnérabilité sociale.
- Le parcours « invalidité » vise à rendre plus lisible un dispositif qui demeure complexe. Il s'agit d'apporter une information aussi complète que possible, accompagner l'assuré dans la constitution de son dossier, et lui apporter, en lien avec le service social de l'Assurance Maladie, un accompagnement sur ses problématiques, via des ateliers collectifs brossant l'ensemble des sujets de préoccupations de ces publics : administratifs, institutionnels, mais aussi des messages de prévention. Un travail est également conduit à l'échelle régionale sur l'optimisation des liaisons entre le service médical et services administratifs et sociaux.



- Au carrefour du social et du sanitaire, le parcours « prévention de la désinsertion professionnelle » s'inscrit dans un contexte d'amplification des phénomènes de risque du fait du vieillissement de la population salariée, de l'allongement de la durée de travail, de l'augmentation du nombre de reconnaissance de maladies professionnelles ou de l'accroissement des pathologies invalidantes (tumeurs, troubles musculo-squelettiques, maladies cardio-vasculaires, risques psychosociaux...). Des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle aux plans local et régional ont été mises en place. Elles visent, par la coordination des services et des compétences, à favoriser le maintien dans l'emploi ou la facilitation des reclassements. Des prises en

charge particulières ont par exemple été développées pour des assurés présentant une pathologie à risque (exemple : lombalgie).

3-3 Mettre en relation pour favoriser la continuité du système de soins

L'Assurance Maladie développe PRADO, le programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés.

Ce dispositif vise à permettre aux patients qui le souhaitent de retourner au domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire, en organisant son accompagnement par un professionnel de santé. Outre l'impact sur l'offre de soins, ce programme permet de mieux anticiper les besoins des personnes et de fluidifier le parcours hôpital-ville, permettant ainsi une meilleure prise en charge.

- Suite à une première expérimentation réussie par 14 CPAM dont celle des Yvelines, PRADO vient d'être déployé sur l'ensemble des départements sur les sorties de maternité en post-partum physiologique. Un Conseiller de l'Assurance Maladie propose aux femmes jugées éligibles par l'équipe médicale d'adhérer au service et la met en relation avec la sage-femme libérale de son choix. La sortie de la femme est organisée à J + 3 et la sage-femme, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, prend le relais sur l'évaluation clinique de la mère et de son enfant, l'évaluation de leur lien et sur un éventuel soutien à l'allaitement. Jusqu'ici 87% des femmes qui ont adhéré se sont déclarées satisfaites.

Lien avec le SRP : la périnatalité et la petite enfance

- Un second champ est en cours d'expérimentation dans 5 départements, dont l'Essonne: les interventions en chirurgie orthopédique. Le Conseiller de l'Assurance Maladie propose l'adhésion à PRADO au sein de l'établissement aux patients subissant une intervention en chirurgie orthopédique (programmée ou non), jugés éligibles par l'équipe médicale et les met en relation avec le masseur-kinésithérapeute et/ou l'infirmière de leur choix. Ce champ intègre également un volet



aide ménagère et/ou un portage des repas. Il s'agit, en particulier dans ce domaine, de prévenir les ré-hospitalisations liées à des carences de prise en charge au domicile générant des complications ou des rechutes.

Lien avec le SRP : Favoriser la continuité des parcours de santé, mobiliser les professionnels de santé pour renforcer la qualité de la prise en charge

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI) disposent eux aussi de programmes de prévention nationaux qui sont déclinés en régions.

La CRAMIF et particulièrement son service social régional, assurent aussi des missions de prévention. A titre d'exemple, nous citerons le co-pilotage qu'elle assure, avec la CNAV, du programme PAPA (Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées). Ce programme comporte différents axes de travail qui doivent être articulés avec les actions menées par d'autres opérateurs : ateliers mémoire, de prévention des chutes, aide aux aidants, retour à domicile après hospitalisation, actions auprès des travailleurs migrants. La création d'un Observatoire des situations de fragilité devrait apporter des éléments de connaissance et de suivi utiles à tous les organismes et institutions concernés.

La CNAV, par ailleurs, a constitué avec la MSA et le RSI un groupement de coordination sanitaire et médico-sociale (GCSMS) intitulé « Prévention Retraite Ile de France » (PRIF). Une prochaine convention avec l'ARS permettra de structurer les conditions de collaboration, de coordination et de financement des actions menées envers les personnes retraitées.

5.5.9 Les élus des différentes collectivités

Les élus des différentes collectivités (communes et leurs groupements, conseils généraux, conseil régional) œuvrent avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales, départementales et régionales. Ils sont désireux de développer des programmes de santé publique ancrés dans leurs territoires et conduits dans un cadre concerté et contractuel avec l'Etat. Ils s'engagent dans des actions de santé publique, de prévention et/ou de soins, ils agissent en fonction de priorités ou sensibilités particulières. Ils apportent échanges et réflexion pour définir des lignes d'action cohérentes. Ils se positionnent également comme partenaires privilégiés de l'Etat, central et déconcentré, pour parvenir à faire de la

santé publique un objet de débat politique local et d'action de la ville, particulièrement envers les populations en grande difficulté sociale.

La spécificité d'approches, de pratiques, de connaissances et de formations que suscite cette démarche de santé publique, demande une analyse fine des problématiques locales de santé, un accompagnement dynamique, un suivi et des résultats évalués, cohérents avec les objectifs des politiques de santé, de la ville et de lutte contre les exclusions. La sollicitation qui est faite aux élus pour la mise en œuvre et la réussite des programmes de santé publique doit



s'accompagner d'une concertation préalable. Il est en effet logique que les élus souhaitent faire valoir leur politique locale de santé en tant que décideur, acteur et partenaire des services de l'état.

Aujourd'hui, à partir de diagnostics partagés, ils mettent en place des formes organisationnelles souples, évolutives, mobilisatrices et participatives, pour apporter des réponses sectorielles et innovantes aux problématiques de santé au sein des collectivités locales.

5.5.10 *Un grand nombre de partenaires sociaux et/ou d'acteurs économiques divers*

Ces partenaires sociaux ou acteurs économiques divers (entreprises, organisations professionnelles, syndicats) place la santé au cœur de leurs priorités. Il en est ainsi des actions de prévention en matière d'information et de prévention sanitaire et sociale notamment en milieu scolaire, en partenariat avec les équipes pédagogiques (animations, interventions de professionnels de la santé), des rencontres pour tous les publics avec des professionnels de la santé, du social, de l'éducation autour de thèmes tels que : l'adolescent et la dépression, la maladie d'Alzheimer, l'alcool, etc. Ils participent à l'organisation d'évènements chaque année tels : les journées pour la santé, le téléthon, les droits de l'enfant...

5.5.11 *Les associations d'usagers et de patients*

Au-delà de leur but premier de venir en aide aux malades et aux personnes en situation de handicap (soutiens, informations, échanges, etc.) favorisent une attitude active et responsable de chacun vis-à-vis de la prévention et de la santé. Elles permettent une meilleure compréhension et réduisent les barrières entre les divers champs de connaissance. À l'heure où le public est sollicité par de multiples conseils concernant la santé, où l'information se trouve à profusion dans les médias, il pourrait paraître inutile de vouloir « informer plus ». Or nous pouvons constater que malgré ces différentes sollicitations, il est souvent difficile de s'y retrouver. Chacun doit aujourd'hui pouvoir garder la tête claire et faire ses choix. C'est la raison pour laquelle les associations patients/usagers offrent au public des outils afin qu'il puisse faire ses choix en connaissance de cause.

6 GLOSSAIRE

Alerte de santé publique

Signal validé pour lequel, après évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente une menace pour la santé des populations et qui nécessite une réponse adaptée. (Source: la veille et l'alerte sanitaire en France – InVS- DGS).

Alerte de santé

Survenue d'une maladie ou exposition à un agent pouvant avoir un impact sur la santé dans la collectivité dans laquelle cette maladie ou cette exposition survient.

Déterminants de santé

On entend par déterminants de santé les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec l'état de santé des individus ou des populations.

Le modèle *Dahlgren et Whitehead* (1991)⁶⁷ articule 3 niveaux d'expression des déterminants sociaux : individuel, environnemental et sociétal (Figure 1).

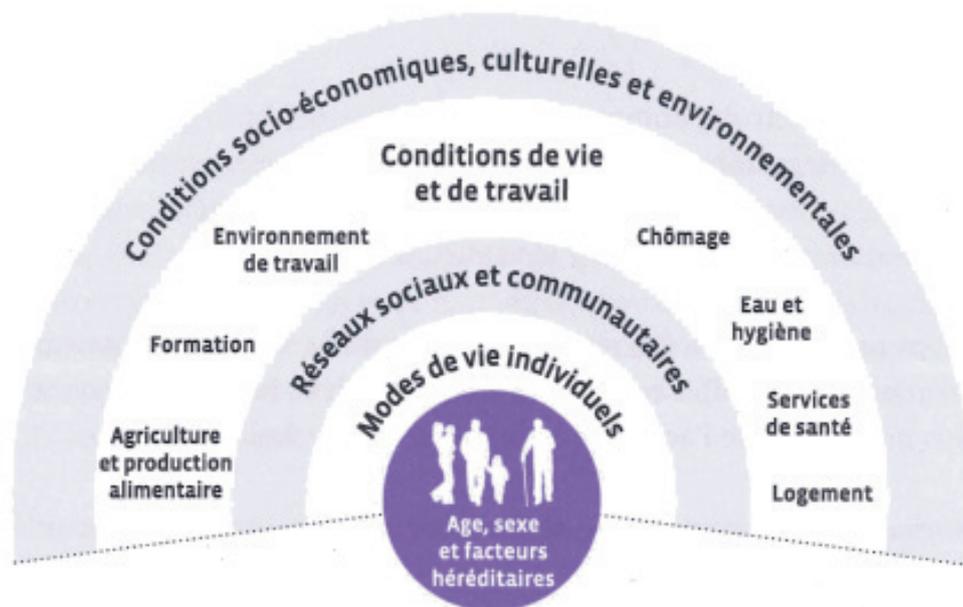


Figure 1 : Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991).

⁶⁷ Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institut of Future Studies, 1991, : 69 p.



Les déterminants sont présentés en couches superposées avec, au centre, les individus, caractérisés par leur âge, leur genre et des facteurs constitutifs (génétiques par exemple), dont l'effet sur la santé est indéniable, mais qui sont généralement inchangeables. Immédiatement au-dessus, on trouve les comportements individuels et notamment les facteurs de risque (tabac, alcool et autres) dont on sait qu'ils affectent plus fréquemment les personnes désavantagées. La strate suivante montre les influences de la société, de la communauté et des réseaux sociaux dans lesquels s'inscrivent les individus.

Dans la strate supérieure, on trouve les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, l'accès aux ressources, aux infrastructures et services essentiels. Ici, les mauvaises conditions de logement ou de travail (stress, exposition à des substances toxiques par exemple) et un accès limité aux services exposent les personnes socialement défavorisées à des risques différentiels. Enfin, au-dessus de tous les autres niveaux, on trouve les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales présentes dans l'ensemble de la société.

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé⁶⁸ comprend toutes les 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. S'inscrivant dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé 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 des compétences.
- L'éducation du patient, qui s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soin et à leur entourage, basée sur la construction d'une relation patient-soignant fondée sur la participation active du patient et visant l'autonomie de ce dernier.

Équité en santé

Pour qu'il y ait équité en matière de santé, il faut que les besoins des personnes guident la répartition des possibilités de bien-être. Tous les individus doivent avoir une possibilité égale d'être et de rester en bonne santé, grâce à un accès juste et équitable aux ressources de santé. L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'état de santé.

⁶⁸ Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé, Saint-Denis: Editions INPES, 2009, p. 144. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.Pdf



Les inégalités d'état de santé entre individus et entre populations sont des conséquences inévitables de différences génétiques, d'écarts entre situations sociales et économiques ou de choix personnels de mode de vie. Un manque d'équité existe à la suite de différences de possibilités offertes, qui entraînent par exemple un accès inégal aux services de santé, à des aliments nourrissants, à un logement approprié, etc. Dans ces cas, les inégalités d'état de santé résultent de manque d'équité dans les possibilités offertes aux individus.

(Source : Commission européenne, Rusch E. (coord.), Glossaire européen en santé publique, 2003)

IDH-2, Indicateur de développement humain

L'indicateur de développement humain (IDH) développé par l'Organisation des Nations Unies en 1990 prend en compte simultanément trois dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie. Un indicateur « alternatif », l'IDH-2, reprenant les trois dimensions de l'IDH, mais avec des indicateurs mieux adaptés à la situation française et disponibles jusqu'au niveau communal, a été développé et appliqué à la région Île-de-France⁶⁹.

La santé est représentée par l'espérance de vie à la naissance. L'éducation se fonde sur la part de la population de plus de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme. Enfin, le niveau de vie est calculé à partir de la médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation. Ces trois indices calculés sont agrégés en opérant, comme dans l'IDH, une simple moyenne non pondérée des trois indicateurs.

Les valeurs départementales de l'IDH-2 recouvrent d'importantes disparités communales. Seules 88 communes (sur 1 068) connaissent une évolution (légèrement) négative de leur IDH-2 entre 1999 et 2006. Cette évolution globalement positive ne s'accompagne cependant pas d'une diminution des inégalités régionales : la zone la plus défavorisée de la région en 1999, constituée des communes de l'ouest de la Seine-Saint-Denis, reste la plus défavorisée en 2006 et l'on constate même une petite extension vers l'est de cette zone. Cependant, ces moyennes communales lissent des situations infra-communales (quartiers), elles aussi souvent contrastées.

Inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé⁷⁰ font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Les inégalités sociales de santé sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles concernent toute la population selon un *gradient social*, c'est-à-dire avec une fréquence

⁶⁹ IAU, note rapide n°528, novembre 2010.

⁷⁰ voir Potevin L, Moquet M-J, Jones C. (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis :INPES, coll. Santé en action, 2010 :380 p.



qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

L'exemple le plus frappant et classique est celui des inégalités sociales de mortalité en France, ainsi à 35 ans un homme cadre supérieur a une espérance de vie de 47 ans, soit 6 ans de plus qu'un ouvrier⁷¹. A ces inégalités de mortalité s'ajoutent des inégalités de qualité de vie liées aux diverses incapacités, sur les 47 années qui lui restent à vivre un cadre supérieur vivra 34 ans sans incapacité, contre 24 ans pour un ouvrier.

Inégalités territoriales de santé

Les inégalités territoriales renforcent les inégalités sociales de santé. Elles sont dues à des différences géographiques mais résultent aussi de la population qui vit sur ce territoire et de son histoire. Les disparités se mesurent en termes d'offre immobilière, d'espaces publics, d'espaces verts, d'offre de services publics, d'accès aux soins, à l'emploi, à la culture, à l'information, de mobilité, d'exposition aux polluants environnementaux... Le lien avec les inégalités sociales est très fort, car l'organisation des infrastructures et des activités, tend à concentrer les sources de nuisance chez les populations les plus pauvres, cette concentration des nuisances accentue la dévalorisation immobilière/foncière et la ségrégation sociale.

Cependant, les inégalités sociales ne se concentrent pas uniquement sur les zones urbaines. En milieu rural, les difficultés d'accès aux services, à la santé, la désertification des professionnels de santé renforcent les inégalités sociales.

Pratiques cliniques préventives

Les « pratiques cliniques préventives », sont un ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé (médecin, infirmière, pharmacien, chirurgien-dentiste, etc.) auprès d'un patient et comprenant le conseil sur les comportements favorables à la santé, le dépistage direct (par exemple celui du diabète ou du risque cardio-vasculaire) ou la promotion des dépistages organisés. Elles ont pour but d'empêcher l'apparition d'un problème de santé ou d'une complication, réduisant ainsi la morbidité et la mortalité reliées à la problématique dont il est question, en agissant le plus précocement possible.

Promotion de la santé

La promotion de la santé a été définie lors de la proclamation de la Charte d'Ottawa (1986) comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ».

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La

⁷¹ Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., La double « peine » des ouvriers : plus de d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et sociétés*, 2008, n°441 :p.1-4.



promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

(Source : Commission européenne, Rusch E. (coord.), Glossaire européen en santé publique, 2003)

Santé communautaire

La santé communautaire, qui désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé, a été définie par la charte d'Ottawa. Plus récemment, le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé communautaire (SEPSAC), fort de l'expérience de plusieurs années de pratique de santé communautaire propose neuf repères pour aider au développement de ces pratiques :

Repères concernant la démarche communautaire:

- 1-Travailler avec l'ensemble de la communauté, en intégrant et mettant en valeurs les différences
- 2-Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction et d'empowerment individuel et collectif
- 3-Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir
- 4-Mettre en compétence tous les acteurs concernés
- 5-Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté
- 6-Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente
- 7-Travailler en intersectorialité

Repères concernant les démarches en santé :

- 8-Avoir une approche globale et positive de la santé
- 9-Agir sur les déterminants de santé dans une perspective de promotion de la santé

Signal sanitaire

Un évènement de santé pouvant révéler une menace pour la santé publique.

Signal environnemental

Une situation d'exposition à un danger pouvant révéler une menace pour la santé publique.

Signalement

La notification, par tout citoyen, d'un évènement de santé pouvant révéler une menace pour la santé publique, adressée aux autorités sanitaires.

Surveillance

La collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision.



Territoire

La territorialisation des politiques⁷² de santé publique n'est pas récente, mais elle a trouvé une nouvelle impulsion grâce à la loi HPST. Depuis le début des années quatre vingt, les collectivités locales (communes et leurs groupements, conseils généraux, conseils régionaux) ont pris une place de plus en plus importante dans le développement et la mise en place des politiques publiques, en particulier dans les domaines sanitaire, social et éducatif.

Cette nouvelle organisation au niveau local reflète le souci d'être au plus près des préoccupations des personnes et de permettre un meilleur accès aux services, d'optimiser les ressources disponibles et de lutter contre les inégalités, que ce soit au travers de l'éducation, du logement, du transport, de la culture, etc.

Veille sanitaire

L'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

Vigilance

La surveillance appliquée à la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou de matériels.

⁷² Voir le dossier « La promotion de la santé à l'épreuve des territoires ». *La santé de l'homme*, 2006, n°383 :15-39.

7 SIGLES

A

AP-HP	Assistance publique hôpitaux de Paris
AME	Aide Médicale Etat
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ASN	Agence de sûreté nucléaire
ASV	Atelier santé Ville

B

BMR	Bactéries Multi-résistantes
-----	-----------------------------

C

CAF	Caisse d'allocation familiale
CAFDA	Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile
CAPTIV	Centre antipoison et de toxicovigilance
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCLIN	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CdS	Centre de Santé
CERVEAU	Centre régional de veille et d'action sur les urgences
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CO	Monoxyde de carbone
COD	Comité opérationnel départemental
COREVIH	Comité de coordination de lutte contre le VIH
COZ	Comité opérationnel de zone
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CRPRP	Comité régional de prévention des risques professionnels
CRPV	Comité régional de pharmaco-vigilance
CRRS	Centre de réception et de régulation des signaux
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
C(R)VAGS	Cellule (régionale) de veille, d'alerte, et de gestion des crises sanitaires
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie



D

DDPP	Direction départementale de la Préfecture de police
DO	Déclaration obligatoire
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DOCS	Dépistage organisé du cancer du sein
DOCCR	Dépistage organisé du cancer colorectal
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRIAAF	Direction régionale et interdépartementale de l'alimentation, l'agriculture et la forêt
DRIEE	Direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie
DRIHL	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

E

EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIS	Evaluation d'Impact sur la santé
EPP	Entretien prénatal précoce
EPS	Education pour la santé
ETP	Education thérapeutique du patient

F

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
-----	----------------------------

G

GDR	Programme de gestion du risque
GERS	Groupement pour l'étude et la réalisation de statistiques
GRSP	Groupement régional de santé publique

H

HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPST	(loi) Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HTA	Hypertension artérielle
IAU	Institut d'aménagement et d'urbanisme
IDH	Indice de développement humain
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

I

IAS	Infection associée aux soins
IME	Institut médico-éducatif



IN	Infection nosocomiale
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IReSP	Institut de recherche en santé publique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de Veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISS	Inégalités sociales de santé
IST	Infection sexuellement transmissible
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse

M

MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
MIPES	Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale
MIRTMO	Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire ou Pluri professionnelle

N

NEF (réseau) Naître dans l'Est Francilien

O

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORSTIF	Observatoire régionale de la santé au travail d'Ile-de-France

P

PAEJ	Projet d'activité emploi jeune
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Programme national nutrition santé
PRAEP	Programme régional d'approvisionnement en eau potable
PRAPS	Programme d'accès à la prévention et aux soins
PRC	Pôle régional de compétence
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie



PRSP Plan stratégique régionale de santé
PRSE Plan régional santé environnement
PRST Plan régional santé travail

R

RPIB Repérage précoce et intervention brève

S

SAMU Service d'aide médicale urgente
SdG Structure de gestion
SERDEAU (serveur web) recueille une fois par jour, les informations des établissements (nombre de lits disponibles) qui ne sont pas connectés au cyber réseau, notamment celles des SAMU
SEVESO (directive) 96/82/CE qui impose aux Etats membres de l'union européenne de d'identifier les sites industriels présentant des risques d'accident majeur
SIUMPPS Services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
SNIIR-AM Système national inter-régime de l'assurance maladie
SRAS Syndrome respiratoire aigu sévère
SROMS Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
SSR Soins de suite et de réadaptation
SURSAUD Surveillance sanitaire des urgences et des décès

T

TAR Tour aéroréfrigérante

U

UNOCAM Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URPS Union Régionale des professionnels de santé
URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

V

VIH Virus de l'immunodéficience humaine
VHB Virus de l'hépatite B
VHC Virus de l'hépatite C

Z

ZUS Zone Urbaine Sensible

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

