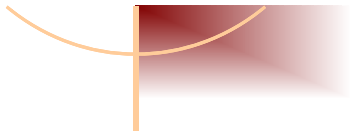




Plan Régional de Santé Publique Pays de la Loire

2006-2009



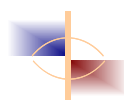
Présentation



Sommaire

I - Le contexte	6
II - Les principes fondateurs	7
III - La méthodologie	9
IV - Présentation des plans et programmes nationaux de santé puboique mis en œuvre en Pays de la Loire	11
1. Le plan Cancer des Pays de la Loire (2003-2007)	11
<i>Synthèse des orientations nationales</i>	<i>11</i>
<i>Déclinaison régionale</i>	<i>13</i>
<i>Priorités</i>	<i>15</i>
2. Le Plan Régional Santé-Environnement (2005-2008)	16
<i>Synthèse des orientations nationales</i>	<i>16</i>
<i>Déclinaison régionale</i>	<i>17</i>
3. Le programme régional de santé « conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives »	18
<i>Synthèse des orientations nationales</i>	<i>18</i>
<i>Déclinaison régionale</i>	<i>19</i>
<i>Priorités</i>	<i>20</i>
4. Le programme régional de santé « suicides et tentatives de suicide » ...	21
<i>Synthèse des orientations nationales</i>	<i>21</i>
<i>Déclinaison régionale</i>	<i>22</i>
<i>Priorités</i>	<i>23</i>

5. Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes en difficulté sociale (PRAPS 2003-2006)	24
<i>Synthèse des orientations nationales.....</i>	<i>24</i>
<i>Déclinaison régionale.....</i>	<i>25</i>
<i>Priorités.....</i>	<i>26</i>
6. Le programme régional de santé « prévention de l'infection à VIH/SIDA en Pays de la Loire » (1998-2002)	27
<i>Synthèse des orientations nationales.....</i>	<i>27</i>
<i>Déclinaison régionale.....</i>	<i>28</i>
<i>Priorités.....</i>	<i>29</i>
7. La déclinaison du Plan National Nutrition Santé (2001-2005)	30
<i>Synthèse des orientations nationales.....</i>	<i>30</i>
<i>Déclinaison régionale.....</i>	<i>32</i>
<i>Priorités.....</i>	<i>33</i>
8. Le plan « maladies rares »	34
<i>Synthèse des orientations nationales.....</i>	<i>34</i>
<i>Déclinaison régionale.....</i>	<i>36</i>
<i>Priorités.....</i>	<i>37</i>
V - Plans et programmes de santé publique à mettre en œuvre en Pays de la Loire	38
1. Le plan « santé au travail »	38
2. Le plan « violences »	38
3. Le plan « maladies chroniques ».....	38
4. Le plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.....	38
5. Un programme de santé scolaire et d'éducation pour la santé.....	39
6. Un programme d'études et de statistiques.....	39
VI - Groupe projet « plan régional de santé publique » des Pays de la Loire	40
VII - Les 100 objectifs de santé publique	44



La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population en s'attachant à corriger les inégalités. Or, en dépit des bons résultats de notre système de soins, dont témoignent les indicateurs de l'Organisation Mondiale de la Santé qui le classe parmi les plus performants, la mortalité et la morbidité évitables restent élevées dans notre pays et les écarts entre régions ou entre catégories socio-professionnelles demeurent préoccupants.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a pour premier objectif de donner à la prévention les moyens de répondre à cette situation. Elle affirme la responsabilité de l'Etat dans ce domaine (sécurité sanitaire, égal accès aux soins pour tous...), elle positionne le niveau régional comme niveau optimal d'intervention pour atteindre les grands objectifs nationaux de santé et mettre en cohérence les différents acteurs ; enfin elle définit 3 outils à mettre en place, sous l'autorité des préfets, pour décliner sur 5 ans la politique régionale de santé.

Le premier est le **Plan Régional de Santé Publique (PRSP)**, ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région. Ce plan est arrêté par le préfet après avis de la **Conférence Régionale de Santé (CRS)**, instance consultative dont la composition et les missions ont été renouvelés. Il est mis en œuvre par le **Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)** constitué sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) entre des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, de l'agence régionale de l'hospitalisation, d'établissements publics de l'Etat, de collectivités territoriales et de personnalités qualifiées.

Le plan régional de santé publique doit à la fois décliner les politiques de santé nationales et mettre en œuvre les priorités de santé régionales, en organisant la cohérence entre les différentes stratégies de santé conçues et mises en œuvre dans la région, quelle que soit l'autorité dont elles relèvent.



Les Pays de la Loire : une région engagée activement dans la mise en œuvre d'une politique régionale de santé.

De nombreux événements ont concrétisé cette volonté, de la toute première conférence régionale de santé expérimentale du 18 décembre 1995 aux cinq conférences qui ont suivi après les ordonnances d'avril 1996, débouchant sur 5 programmes régionaux de santé, en passant par la conférence européenne sur le suicide des jeunes qui s'est tenue à Nantes en septembre 2000. D'autres manifestations autour du plan cancer, de la prévention du suicide ou de la déclinaison du plan nutrition ont également eu lieu dans notre région.

C'est dans le cadre de l'élaboration de la loi de santé publique qu'une première consultation régionale a été organisée le 20 novembre 2002. Les priorités de santé identifiées à l'époque tant par l'Observatoire Régional de la Santé que par un certain nombre d'acteurs du champ sanitaire et social constituent toujours une référence.

Elles étaient regroupées de la manière suivante :

- des problèmes de santé à la fois fréquents et graves :
 - les cancers
 - les accidents et leurs conséquences
 - les malades cardio-vasculaires et leurs facteurs de risques
 - les troubles mentaux

- des problèmes de santé fréquents mais qui, en général, ne mettent pas en jeu le pronostic vital :
 - les pathologies rhumatismales
 - les déficiences et incapacités
 - les problèmes de santé autour de la grossesse et de l'accouchement.

Les débats avaient également permis de mettre l'accent sur :

- l'importance de l'asthme et des malades allergiques,
- l'émergence des problèmes de nutrition,
- l'insuffisante attention portée aux problèmes de maltraitance et de violence notamment à l'égard des femmes,
- l'approche encore trop sommaire de la relation santé-travail,
- la problématique de prise de risques chez les jeunes et plus particulièrement l'association de la vitesse et de la consommation de produits addictifs (alcools mais aussi stupéfiants, médicaments...),
- la nécessité de mettre en place une politique active et structurée en éducation pour la santé.

Enfin, les membres de la Consultation avaient relevé avec beaucoup de force l'importance du poids des déterminants sociaux dans la fréquence et la prise en charge de la plupart des problèmes de santé.



Le Plan Régional de Santé Publique des Pays de la Loire s'appuie sur les grands principes annexés à la loi du 9 août 2004 :

- connaissance
- réduction des inégalités
- parité
- protection de la jeunesse
- précocité
- efficacité économique
- intersectorialité
- concertation
- évaluation.

Il s'inspire de la vision de la santé développée dans la **charte d'Ottawa** adoptée le 21 novembre 1986 lors de la première Conférence Internationale sur la promotion de la santé organisée par le Ministère Canadien de Santé et du Bien-être social, l'Association Canadienne de Santé Publique et l'Organisation Mondiale de la Santé, dont voici des extraits :

*« **La promotion de la santé** a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un **état de complet bien-être physique, mental et social**, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.*

***La santé est donc perçue comme une ressource** de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.*

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

*« **Promouvoir la santé**, c'est donc :*

- *élaborer des politiques publiques saines dans tous les secteurs*
- *créer des milieux et conditions de vie favorables*
- *renforcer l'action communautaire et participative*
- *acquérir des aptitudes individuelles (éducation pour la santé)*
- *réorienter les services de santé et leurs ressources. »*

« **La promotion de la santé** va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard. »

Ces références fondent les **3 grands objectifs stratégiques** du PRSP des Pays de la Loire :

- **Garantir un égal accès aux dispositifs de prévention et de soins de qualité ;**
- **Développer la prévention primaire et secondaire et l'éducation pour la santé, tout en veillant à l'articulation avec les soins :**
 - Agir sur les grands déterminants de santé et sociaux
 - Agir en direction des populations spécifiques ou exposées à des risques particuliers, notamment les jeunes, les personnes âgées, les personnes en difficulté sociale, les détenus ;
- **Améliorer la qualité de vie de tous les Ligériens et notamment des patients et de leur entourage** (aidants naturels et familiaux) : prise en charge, accompagnement, éducation thérapeutique, éducation du patient, soutien aux aidants.

La déclinaison de ces objectifs s'effectue en fonction des spécificités régionales.



L'élaboration du PRSP des Pays de la Loire s'est inscrite dans la continuité des travaux antérieurs, dans une logique partenariale esquissée par la loi du 9 août 2004.

Un groupe projet régional a été constitué en septembre 2004. Présidé par le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales ou la directrice-adjointe, il associe de nombreux partenaires institutionnels (services de l'Etat, Agence Régionale de l'Hospitalisation, Observatoire Régional de la Santé, Comité Régional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Mutualité Sociale Agricole, Universités, Union Régionale des Médecins Libéraux, Collectivités Territoriales) mais aussi des experts et des personnes qualifiées.

En 2004, ce groupe a travaillé sur deux points :

- l'élaboration d'un diagnostic partagé sur l'état de santé de la population des Pays de la Loire qui rassemble les données démographiques, sanitaires, sociales, environnementales existantes mais aussi les déterminants majeurs de santé de la région,
- l'organisation d'une consultation régionale le 13 décembre 2004.

Cette manifestation qui a réuni plus de 250 participants dont la moitié appartenait à la société civile (associations, représentants des usagers, élus, syndicats, professionnels) a été organisée sous forme d'ateliers. Les 6 thèmes proposés ont été déterminés en référence aux priorités retenues en novembre 2002, privilégiant celles qui n'avaient que peu fait l'objet de débats publics : la santé mentale, la nutrition, les personnes âgées, les maladies rares, les violences familiales et la santé au travail.

En 2005, tout en maintenant des réunions plénières, ce groupe projet a constitué deux sous-groupes :

- le premier pour réaliser un état des lieux de chaque plan ou programme, en relation avec les chefs de projet, faisant apparaître les orientations nationales, les spécificités régionales et, en fonction de grands thèmes transversaux (observation, formation, qualité de vie, accès aux soins...) ce qui a été réalisé, ce qui est projeté et les priorités pour l'avenir ; c'est ce que reprend de façon synthétique la 4^{ème} partie du présent cahier
- le second formulant des grands objectifs stratégiques, des axes prioritaires d'intervention et des objectifs opérationnels, destinés à constituer l'architecture du PRSP.

La démarche de ce groupe de pilotage s'est toujours caractérisée par une triple volonté :

- s'inscrire dans une trajectoire (10 ans de politique de santé publique) prenant en compte les spécificités régionales et besoins de la population
- développer un partenariat actif et diversifié, mobilisant des compétences reconnues
- être opérationnel.

La multiplicité des plans et programmes à mettre en œuvre, qu'ils existent déjà ou non, les différences d'échéances et de niveaux d'intervention (pathologies, populations, déterminants, thèmes de santé) rendent nécessaire une mise en cohérence.

C'est pourquoi le groupe projet a choisi une déclinaison du PRSP des Pays de la Loire en fonction des différents âges de la vie, qui correspondent aux 4 cahiers suivants :

- bien naître (0-3 ans),
- bien grandir (3-20 ans),
- bien vivre sa vie d'adulte,
- bien vieillir.

Chaque cahier comprend trois parties :

- développer la prévention,
- mieux vivre,
- aider les aidants, aider les équipes.

Les priorités sont concrétisées par des fiches-actions. Celles-ci n'ont pas de caractère exhaustif, sont susceptibles d'évoluer et ne se substituent pas aux appels à projets.

Un cahier est enfin consacré aux objectifs opérationnels. Il s'agit d'outils transversaux qui ont vocation à être déclinés pour chaque plan ou programme en s'appuyant sur les spécificités régionales. Ils constituent les « conditions de réussite » du PRSP :

- développer l'observation de la santé et de ses déterminants
- développer l'information et l'éducation pour la santé
- favoriser la coordination des institutions et des acteurs du sanitaire, du médico-social, du social et de la prévention
- favoriser la déclinaison territoriale de l'ensemble des programmes (en articulation avec la démarche du SROS III et des autres schémas)
- développer la démarche participative
- développer la communication
- développer la formation
- développer la recherche
- fixer les modalités de suivi et d'évaluation.



L'article 3 de la loi du 9 août 2004 (code de la santé publique - articles L 1411-10 à L 1411-13) énumère les plans et programmes obligatoires à mettre en œuvre sur la région pour atteindre les objectifs de santé. Il s'agit de déclinaisons de plans nationaux (loi du 9 août 2004, annexe 6) ou de programmes régionaux déjà existants ou à élaborer.

La plupart d'entre eux, parce qu'il s'agissait de priorités identifiées en Pays de la Loire, ont déjà fait l'objet de programmes régionaux même si leur appellation pouvait en être différente.

L'état des lieux ci-après fait apparaître pour chacun :

- une synthèse des **orientation nationales** :
 - références
 - objectifs et axes stratégiques
- un bilan de la **déclinaison régionale** faisant ressortir, lorsque c'est possible :
 - la spécificité des Pays de la Loire
 - les modalités de mise en œuvre
- des **priorités**.

1 ♦ Le plan Cancer en région Pays de la Loire (2003-2007)

■ **Synthèse des orientations nationales**

Références

- Le plan national « cancer » (2003-2007)
- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, annexe 6

Objectifs et axes stratégiques

L'objectif du plan est de diminuer la mortalité par cancer de 20%.

Il comporte 6 chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir pour un but unique : vaincre la maladie et se battre pour la vie.

1. La prévention : rattraper notre retard

- Mieux connaître l'évolution de la maladie
- Déclarer la guerre au tabac
- Renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux
- Développer la prévention des autres risques et la promotion des attitudes favorables à la santé

2. Un dépistage mieux organisé

- Généraliser le dépistage organisé du cancer du sein d'ici au 1^{er} janvier 2004
- Favoriser le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus
- Faciliter le développement du dépistage du cancer du colon
- Améliorer les conditions de détection précoce du mélanome
- Garantir l'accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer

3. Des soins de meilleure qualité centrés autour du patient

- **Coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient :** mise en place d'une concertation pluridisciplinaire et d'un programme personnalisé pour tout nouveau patient ; mise en place d'un « dossier médical communiquant » ; mise en place dans chaque région d'un réseau régional du cancer. Un effort spécifique sera fait pour les enfants et les personnes âgées.
- **Donner l'accès à l'information pour que les patients qui le souhaitent puissent être acteurs de leur combat contre la maladie :** mettre à disposition de toutes les informations et meilleures conditions d'annonce
- **Etre plus attentif aux personnes malades et à leurs attentes :** faciliter la chimiothérapie à domicile, améliorer la prise en compte de la douleur et développer les soins palliatifs
- **Offrir l'accès le plus large à l'innovation diagnostique et thérapeutique :** accroissement du parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (imagerie par résonance magnétique et tomographie à émission de positons) ; rénovation du parc d'appareils de radiothérapie ; équité d'accès aux médicaments et dispositifs onéreux et innovants.

4. Un accompagnement social plus humain et plus solidaire

- Développer les dispositifs de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi
- Faciliter le maintien à domicile
- Elargir l'accès aux prêts et aux assurances
- Faciliter la présence des parents auprès de leur enfant malade
- Renforcer l'accès des associations de patients et d'usagers à l'hôpital

5. Une formation plus adaptée

- Renforcer la formation initiale en cancérologie afin de la rendre plus attractive et former davantage de spécialistes compétents dans la discipline
- Accroître la capacité d'encadrement des services formateurs en cancérologie
- Mieux organiser la formation médicale continue en cancérologie
- Renforcer la formation à la prise en charge du cancer pour les professions paramédicales

6. Une recherche porteuse d'espoir

- Impulser une nouvelle dynamique dans le domaine de la recherche selon trois axes prioritaires : la recherche épidémiologique et la recherche en sciences sociales ; la biologie et la génomique fonctionnelle ; la recherche clinique
- Orienter la politique de recherche par programmes
- Créer des « cancéropoles » au niveau régional et inter-régional
- Favoriser les transferts de technologie et les collaborations entre la recherche publique et privée
- Développer des sites d'envergures internationales et des coopérations internationales
- Création de l'Institut National du Cancer

■ *Déclinaison régionale*

C'est d'abord dans le cadre du programme régional de santé « cancer et société » (2001-2006) que le plan national a pu être décliné.

Compte tenu de la structuration de ce plan national, qui détaille chacun des différents chapitres et mesures et les soumet à une programmation pluriannuelle, l'accent a été mis plus particulièrement sur la coordination et le décloisonnement pour contribuer à l'amélioration de l'efficacité des mesures nationales.

Plusieurs priorités du plan national cancer font d'ailleurs l'objet d'initiatives régionales, dont certaines contribuent à des expérimentations nationales.

Observation

La région Pays de la Loire dispose d'outils d'observation auxquels contribuent de nombreux partenaires et institutions :

- un registre général des cancers Loire-Atlantique et Vendée (50% de la population de la région) contribue à des travaux épidémiologiques pour suivre l'impact des actions globales régionales de lutte contre le cancer et celui du dépistage du cancer du sein en particulier ;
- plusieurs documents de suivi et d'analyse réalisés par l'ORS, dont un tableau de bord régional sur la santé « La santé observée » (janvier 2004) ; un tableau de bord de suivi des cancers faisant l'objet d'un dépistage depuis 2002, actualisé annuellement, un rapport sur l'épidémiologie des cancers dans la région et les départements (mars 2005).

Dépistage

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé dans la région depuis 2003.

Les taux de participation progressent (+ 3% entre 2003 et 2004) atteignant un taux légèrement supérieur au taux national.

Pour contribuer à une mobilisation encore plus importante, le taux cible étant de 80 %, des études ont été réalisées en région sur les résultats du dépistage comparé entre le dépistage organisé et le dépistage individuel (travaux du registre et de l'association Cap Santé Plus 44) et sur les caractéristiques des femmes invitées (ORS)

Par ailleurs, la Mayenne participe depuis novembre 2003 à l'expérimentation nationale du dépistage systématique du cancer colo-rectal. Les résultats en fin d'année atteignent un taux encourageant de 40%.

Dans le domaine du dépistage des familles à risque, avec le soutien financier du Plan Cancer, 4 consultations d'onco-génétique existent en région : 2 à Nantes et à Angers (dont une délocalisée au Mans).

Prévention

La prévention est un des axes forts du Plan Cancer, retenant comme cible l'ensemble des facteurs de risques : tabac, alcool, facteurs nutritionnels, expositions professionnelles, facteurs environnementaux ...

La région Pays de la Loire, fortement touchée par l'alcoolisme et de façon de plus en plus importante par le tabagisme, s'est dotée d'un programme régional de santé sur les conduites d'alcoolisation à risques dès 1995. Ce PRS a été prolongé de 2001 à 2005 sous le titre « conduites d'alcoolisation à risques et autres pratiques addictives ». Les actions de prévention ciblent particulièrement les populations jeunes en milieu scolaire, dans une démarche de prévention globale des conduites à risque, action soutenue par l'Education Nationale.

Il faut noter également diverses initiatives au titre de la lutte contre le tabagisme :

- le développement des réseaux locaux ou départementaux de prévention du tabagisme, menant de nombreuses actions en termes d'information, de promotion du sevrage et de formation des professionnels et des personnes relais (298 établissements scolaires ont eu une action anti-tabac en 2004) ;
- l'adhésion de quelques établissements scolaires à l'opération nationale « Lycée sans tabac » ;
- le soutien des actions d'aide au sevrage, par le développement des consultations anti-tabac sur l'ensemble de la région (on compte actuellement 28 consultations anti-tabac en milieu hospitalier ou autres) ;
- les actions de formation destinées aux personnels des services de maternité visant à les aider à aborder les thématiques du tabac, de l'alcool ou de la drogue avec les femmes enceintes (1 initiative « maternité sans tabac » en 2004) et 20 hôpitaux sans tabac dans la région.

Enfin, la prévention des mélanomes est soutenue par le réseau Mélanome Ouest qui élabore et diffuse des outils d'information et de formation des professionnels tout à fait remarquables.

Soins

La région a développé plus particulièrement les axes de travail suivants :

- Réseau de cancérologie, le réseau « ONCO PL » auquel adhèrent tous les établissements concernés par la cancérologie dans la région. En 2004, 3 800 nouveaux patients ont été pris en charge par le réseau ;
- Expérimentation du dispositif d'annonce dans 4 établissements hospitaliers en 2005 ;
- L'accent a été mis depuis plusieurs années sur la meilleure prise en compte des soins palliatifs et le réseau régional de soins palliatifs couvre l'ensemble de la région (29 équipes mobiles et 144 lits dédiés) ;
- Equipements lourds : la région a bénéficié dans le cadre du Plan « Hôpital 2007 » d'un effort d'investissement important permettant l'installation de 3 TEP, à Nantes, à Angers et au Mans.
- Accès aux thérapeutiques onéreuses : une expérience innovante réalisée avec la région Bretagne, a consisté en 2002 en la création d'un Observatoire du Médicament et de l'Innovation Thérapeutique (OMIT).

Recherche

Le cancéropôle « Grand-Ouest » intègre des équipes de la région Pays de la Loire au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Bretagne, Centre et Poitou-Charentes. Cinquante deux équipes sont ici impliquées autour de 4 thèmes fédérateurs : la vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques, la valorisation des produits de la mer en cancérologie, la thérapie cellulaire, la pharmacogénomique et pharmacogénétique du cancer.

Accompagnement social

Le rôle des associations dans ces dispositifs et auprès des malades est encore à développer plus largement mais la contribution des 5 ligues départementales de lutte contre le cancer est déjà importante.

La réflexion doit s'orienter vers les axes principaux suivants : l'information du malade (au sein et hors de l'hôpital), le soutien du malade par les bénévoles au travers de la mise en place de la convention type nationale, l'accompagnement social du malade dans son parcours de prise en charge.

Formation des professionnels

Au-delà de la problématique nationale liée à la démographie médicale, la région a souhaité se pencher sur les formations dispensées auprès des personnels hospitaliers soignants en lien avec la cancérologie et sur les difficultés rencontrées pour le recrutement des manipulateurs en radiologie.

■ Priorités

- Le Plan Cancer prévoit un échéancier de mise en application du programme, les années 2005 à 2007 étant principalement consacrées à la poursuite de l'organisation des soins.
- En complément de ce cadrage national, sur le plan régional, le comité technique régional du Plan Cancer dans sa réunion de janvier 2005 a proposé de **prioriser la prise en compte de la dimension chronique de la maladie sous ses différents aspects** : surveillance médicale alternée, liens hôpital-ville, accompagnement humain, réinsertion sociale et professionnelle ... Cette proposition a été validée par le comité de pilotage du 22 mars 2005.



2 ♦ Le Plan Régional Santé-Environnement (2005-2008)

■ **Synthèse des orientations nationales**

Références

- Le plan national santé-environnement (2004-2008)
- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, annexe 6
- La stratégie nationale du développement durable du 3 juin 2003

Objectifs et axes stratégiques

Les deux objectifs généraux du plan national santé-environnement (PNSE) sont les suivants :

1. Prévenir et maîtriser les risques prioritaires liés, d'une part à la qualité des ressources, et d'autre part aux substances chimiques selon 5 axes structurant :

- Mieux maîtriser les risques liés aux substances chimiques
- Prévenir les décès liés aux infections/intoxications aiguës
- Protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux (eau, air, sols)
- Protéger la population de la pollution à l'intérieur des locaux
- Renforcer la protection des enfants et des femmes enceintes

2. Développer une culture et des connaissances en santé environnementale, via la recherche, l'expertise, la formation et l'information selon 3 axes structurant :

- Améliorer les dispositifs de veille, de surveillance et d'alerte
- Consolider la formation et développer l'information et la communication
- Mobiliser et développer le potentiel de recherche et d'expertise

Dans sa globalité, le plan comporte 45 actions dont 12 retenues comme prioritaires.

Ces actions prioritaires (12) ont été regroupées en 3 grands objectifs dits « particuliers » du PNSE :

1. Garantir un air et une eau de bonne qualité

- Réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles
- Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle
- Assurer une protection de la totalité des captages d'eau potable
- Mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur
- Mettre en place un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction

2. Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers

- Réduire l'incidence de la légionellose
- Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques
- Renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses
- Renforcer les connaissances fondamentales des déterminants environnementaux et sociétaux de la santé des populations et le développement de nouvelles méthodes en sciences expérimentales

3. Mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes)

- Faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public
- Réaliser une étude épidémiologique sur les enfants
- Améliorer la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués

■ Déclinaison régionale

Le plan régional santé-environnement des Pays de la Loire 2005-2008, prévu par le PASER (Plan d'action stratégique de l'état en région), porte sur 16 actions retenues et déclinables au niveau local sur les 45 répertoriées dans le PNSE parmi lesquelles 8 actions prioritaires (6 sur les 12 répertoriées par le PNSE, et 2 en raison de spécificités régionales marquées).

L'ensemble des 16 actions a été établi selon 2 niveaux de priorité :

- niveau 1 : actions prioritaires (8 actions)
- niveau 2 : autres actions (8 actions).

ACTIONS PRIORITAIRES

1. Réduire de 50% l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008
2. Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle
3. Réduire les émissions d'oxydes d'azote des installations industrielles
4. Améliorer la qualité de l'eau potable en préservant les captages d'eau potable des pollutions ponctuelles et diffuses
5. Limiter les pollutions des eaux et des sols dues aux pesticides et à certaines substances potentiellement dangereuses, et estimer l'exposition de la population
6. Réduire les expositions professionnelles aux agents chimiques dangereux, en particulier les substances cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)
7. Améliorer la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués
8. Faciliter l'accès à l'information en santé-environnement, favoriser le débat public et consacrer la fête de la science en 2006 au thème santé-environnement

AUTRES ACTIONS

9. Réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone à l'horizon 2008
10. Diminuer le risque sanitaire dû à la baignade
11. Protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre
12. Améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies
13. Réduire l'exposition au radon dans les bâtiments recevant du public et mieux évaluer le risque
14. Réduire les émissions polluantes des installations de chauffage du secteur résidentiel et tertiaire
15. Protéger les adolescents des risques dus à la musique amplifiée
16. Veiller à la qualité des bâtiments accueillant des enfants



3 ♦ Le programme régional de santé « conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives » (2001-2005)

■ **Synthèse des orientations nationales**

Références

- La stratégie nationale de lutte contre le tabac 2003-2007
- La stratégie nationale de lutte contre l'alcool comme fléau de santé publique (en préparation pour 2006)
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)

Objectifs et axes stratégiques

Le plan de la MILDT constitue un plan global, intégrant des stratégies spécifiques qui tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions concrètes de consommation. Il comporte 7 grands axes :

1. Accorder une place majeure à la prévention

Le programme est mis en œuvre en direction des adolescents et des jeunes adultes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations. Les parents et l'école y seront largement associés. Cinq grands objectifs sont définis :

- Freiner l'expansion continue de la consommation de cannabis, axe prioritaire dans le domaine de prévention à l'égard des jeunes
- Développer l'information, l'alerte et la protection des jeunes contre les drogues de synthèse dont le caractère récréatif atténue la perception de dangerosité
- Porter une attention particulière au tabagisme : empêcher ou retarder la première cigarette ; faire appliquer la « loi EVIN » dans les établissements scolaires, restaurants et lieux publics ; développer les campagnes d'information et renforcer les consultations de sevrage
- Favoriser la baisse de la consommation moyenne d'alcool par habitant et réduire les consommations liées aux inégalités sociales
- Mettre en place des actions dans le cadre de la sécurité routière en lien avec la délégation interministérielle, notamment en réduisant les comportements à risque liés aux consommations festives et sur la prévention des accidents du travail

2. Prendre en compte le rôle majeur de la société dans la prévention

La prévention doit se définir en fonction des cadres de vie et s'appuyer sur des relais privilégiés, car chacun, avec ses fonctions propres, peut faire évoluer les attitudes et les représentations, relayer l'information, apporter une aide, créer un contexte favorable à la limitation des consommations de produits psycho-actifs.

- L'école est le lieu privilégié pour mener des actions de prévention (rôle important des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC))
- Les parents doivent être informés, préparés à prévenir les consommations et à faire face si des consommations surviennent
- Dans les zones urbaines sensibles, exclusion, délinquance et trafic de drogues se renforcent mutuellement et des méthodes d'intervention nouvelles devront être dégagées à partir d'un bilan des expériences réalisées

3. Offrir en matière de soins, une gamme diversifiée de réponses thérapeutiques et de services

4. Rétablir la portée de la Loi

5. Inscrire les actions dans une coopération internationale

6. Poursuivre les efforts de recherche dans le domaine des drogues à travers notamment la collaboration établie entre la MILDT et l'INSERM

7. Evaluer ce plan en lien avec l'OFDT (Office français des drogues et des toxicomanies)

■ Déclinaison régionale

Le PRS « conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives » 2001-2005 comprenait 2 volets :

- un volet **prévention**, organisé autour de 4 objectifs :
 - Organiser la coordination
 - Dynamiser la communication, l'information, la sensibilisation du public
 - Développer la formation et la sensibilisation des acteurs et des relais
 - Contribuer à la connaissance et l'évaluation des pratiques addictives et des actions entreprises
- un volet **soins**, organisé autour de 3 finalités :
 - Intervenir avant que n'apparaisse la dépendance
 - Optimiser la prise en charge de la dépendance
 - Améliorer le recueil d'information hospitalière et ambulatoire

Les actions mentionnées ci-après ne représentent qu'une partie des actions de prévention développées par les acteurs de terrain et sont citées à titre d'exemples.

Information/Communication

- Baromètre santé – ORS
- Mise en réseau des pôles documentaires CREDEPS – ORS
- Création d'un site Internet sur la lutte contre le dopage
- Actions en milieu festif

Formation

- Formation « prévention des conduites addictives pendant la période périnatale »
- Formation de personnes relais (bénévoles, associations, professionnels de santé, étudiants relais, professionnels de l'animation...)

Accès à la prévention et aux soins

- Mise en place de consultations cannabis
- Renforcement ou création de consultations de sevrage tabagique
- Soutien à des réseaux de prévention (ex : réseau de prévention du tabagisme en Loire-Atlantique)
- Développement des réseaux de santé (ex : réseaux angevin/nazairien)

Education pour la santé

- Programme régional de prévention primaire des conduites addictives en milieu scolaire
- Actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire, en milieu sportif, en milieu pénitentiaire

■ **Priorités**

- Du fait de la coexistence de plusieurs programmes nationaux abordant la prévention des pratiques addictives (émanant de plusieurs ministères : Santé, Travail, Education Nationale, Intérieur) et de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), la première priorité serait de **renforcer la mise en cohérence régionale des politiques de prévention et la coordination entre les décideurs régionaux**, dont les collectivités territoriales et les organismes sociaux.
- La seconde serait de favoriser **un développement des actions de prévention sur l'ensemble du territoire régional** (territoires, population cible).



4 ♦ Le programme régional de santé « suicides et tentatives de suicide » (1998-2002)

■ **Synthèse des orientations nationales**

Référence

- La stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)
- Le plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2008)

Objectifs et axes stratégiques

La stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 a été annoncée le 19 septembre 2000 dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne.

Cette stratégie a pour objectif, à travers la prévention des suicides, de pouvoir apporter une réponse à la souffrance psychique des suicidants, de développer des actions d'accompagnement des jeunes et de leurs familles, d'améliorer la qualité des soins, enfin de mieux coordonner les efforts des nombreux acteurs sur ce thème. L'objectif de cette stratégie nationale, érigeant la prévention du suicide en priorité nationale de santé publique, est de passer sous la barre symbolique des 10 000 morts par suicide par an.

Cette stratégie puise sa légitimité dans les nombreux travaux initiés par les DRASS, qui ont adopté en ce domaine une logique de programmation spécifique.

Ce programme d'actions pour la période 2000-2005 se décline selon 4 axes :

1. Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires

Les professionnels doivent avoir des pratiques communes et des outils validés pour évaluer les facteurs de risque de la crise suicidaire. Une conférence de consensus (octobre 2000) produira des recommandations sur ce thème. A partir des conclusions de cette conférence, des formations pluri-professionnelles seront organisées dans toutes les régions. Par ailleurs, le soutien aux associations d'écoute et d'accueil des personnes en souffrance psychique sera renforcé.

2. Diminuer l'accès aux moyens couramment mis en œuvre lors de suicides, que ces procédés soient traumatiques (armes à feu, train...) ou toxiques (médicaments)

Des études nationales seront réalisées pour mieux comprendre les circonstances de ces suicides et mettre en place des actions de prévention.

3. Améliorer la prise en charge

L'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES) a élaboré en 1998 des recommandations sur la « prise en charge hospitalière des personnes après une tentative de suicide ». Un audit clinique est en cours dans les établissements de santé de 12 régions ayant un programme régional de prévention du suicide. Cet audit clinique sera progressivement étendu à toutes les régions. Par ailleurs, des recommandations seront élaborées sur les actions de prévention les plus pertinentes et les dispositifs de téléphonie sociale.

4. Améliorer la connaissance épidémiologique

Un pôle d'observation spécifique au suicide sera créé au sein de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé. Il produira un bilan quantitatif et qualitatif tous les ans.

Cette stratégie nationale s'enrichit chaque année de nouvelles actions ainsi que des évaluations des actions mises en œuvre.

■ Déclinaison régionale

Les actions du programme régional de santé « suicides et tentatives de suicides », décliné de 1998 à 2002, ont été poursuivies dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le suicide 2000-2005.

Il est difficile de lister l'ensemble des actions réalisées dans le cadre de ce PRS, tant la mobilisation a été importante dès le début de sa mise en œuvre, puis confortée dès la fin 2000 par l'annonce à Nantes de la stratégie nationale d'actions contre le suicide.

Le suicide est un phénomène complexe touchant de nombreux publics (jeunes, personnes âgées, patients atteints de maladies invalidantes, détenus ...).

C'est l'implication de tous les acteurs du champ social, médico-social, sanitaire ainsi que ceux de la prévention qui doit permettre de refuser la fatalité du suicide.

A titre d'exemples, quelques actions peuvent être citées :

Observation

- Etat des lieux sur le suicide en Pays de la Loire (ORS). Publics ciblés : professionnels, acteurs et décideurs

Information/ communication

- 2002/2003/2004 : Participation des associations à la journée nationale du 5 février
- Diverses initiatives sur les départements : plaquettes, films, répertoires, lettres, chartes
- Septembre 2000 : conférence européenne sur le suicide des jeunes organisée à Nantes
- Septembre 2002 : colloque interrégional sur la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale
- Forum santé mentale en Mayenne en juin 2000

Formation

- A partir de 2001 : Formation de « formateurs » sur la gestion de la crise suicidaire
- 2002/2003/2004 : Formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire (près de 500 professionnels)
- 2004 : Formation au repérage de la crise suicidaire en milieu carcéral, organisée conjointement par la DRASS et l'administration pénitentiaire
- Autres formations : secteur social, PJJ, médecins coordonnateur en EHPAD, écoutants bénévoles SOS Amitié

Accès à la prévention et aux soins

- Intégration de nombreux projets dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé
- 2003 : constitution de la fédération de santé publique au CHS de Montbert, reconnue comme action innovante

Education pour la santé

- 2001/2002/2003/2004 : mise en place de groupes de parole pour personnes endeuillées (association Recherche et Rencontres)
- 2003 et suivantes : actions conduites par la fédération de santé publique du CHS de Montbert et le CREDEPS
- Promotion de la santé mentale, en direction des étudiants (SMEBA)
- 2001/2002 : élaboration d'un outil « Récit de vie » par le CODES de la Mayenne

Amélioration de la qualité de vie

- Dispositifs d'écoute psychologique en direction de différents publics (jeunes de 16 à 25 ans en situation d'insertion ; proches ou familles d'homosexuels ; jeunes majeurs et adultes ayant subi des maltraitances sexuelles ; personnes vivant avec un malade psychique ; publics en grande difficulté ; population vivant en milieu rural)
- Groupes de parole

■ **Priorités**

- **Mettre en place des enquêtes épidémiologiques régulières**
- **Impulser une politique régionale de santé mentale volontariste, en référence au plan santé mentale**
Poursuivre les actions d'auto-évaluation des pratiques, en particulier l'accueil des suicidants à l'hôpital.
- **Développer les actions de prévention et poursuivre les formations au repérage et à la gestion de la crise suicidaire en milieu ordinaire et carcéral**



5 ♦ Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes en difficulté sociale (PRAPS 2003-2006)

■ Synthèse des orientations nationales

Références

- La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (articles 67 et 71)
- La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU)
- La circulaire DGS/DS6D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS), visant à préparer les PRAPS de deuxième génération (2003-2006)
- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 3)
- La loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale (article 146)

Objectifs et axes stratégiques

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité (PRAPS) sont issus de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, qui en faisait un objectif prioritaire de la politique de santé.

Un an plus tard, la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) généralisait, à compter du 1^{er} janvier 2000, l'accès à l'assurance maladie et à une couverture complémentaire, sous conditions de ressources.

Les PRAPS de première génération ont été mis en œuvre pour 3 ans (2000-2002). Une circulaire du 19 février 2002 les a prolongés pour 4 ans (2003-2006).

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique leur a donné un nouveau fondement législatif.

L'article 2 de cette loi réaffirme que l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire, et que les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

Ce point est repris à l'article 8 (« les programmes mis en œuvre... prennent en compte les difficultés particulières des personnes les plus démunies et des personnes les plus vulnérables »).

L'article 3 précise que le plan régional de santé publique (PRSP), ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région, doit comprendre notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Par ailleurs, l'article 34, non codifié, préconise un programme de dépistage du cancer spécifique, pour favoriser l'approche et le suivi des personnes confrontées à l'exclusion.

Enfin, parmi les 100 objectifs annexés à la loi, définis pour les 5 prochaines années, l'objectif 33 concerne la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le revenu est un peu supérieur au seuil CMU et l'objectif 34 vise la réduction des inégalités devant la maladie et la mort (écart d'espérance de vie de 9 ans en fonction du statut socioprofessionnel).

■ **Déclinaison régionale**

Le nombre d'actions développées sur la région depuis la mise en œuvre du PRAPS 2000-2002 s'élève à plusieurs centaines. Elles se regroupent sous quelques thèmes. Beaucoup se déroulent sur toute la région mais souvent à l'échelle d'un quartier, d'une commune ou d'un pays.

Par ailleurs, le PRAPS intègre désormais le volet santé du PRIPI (programme régional d'intégration des populations immigrées 2005-2007).

La présentation effectuée ci-après ne saurait donc être exhaustive.

Observation

- Etude de l'ORS sur la santé des consultants des 6 centres d'examen de santé (année 2000)
- « Observations socio-sanitaires dans le cadre du PRAPS 2003-2006 » : indicateurs par zones d'emploi, présentation de publics spécifiques (gens du voyage, femmes victimes de violences, sortants de prison)

Information/ communication

- Plaquette sur les risques sanitaires dans l'habitat, traduite en plusieurs langues

Formation

- Formations psychiatrie/social pour une meilleure prise en compte de la souffrance psychique en favorisant le décroisement et le partage des cultures

Accès à la prévention et aux soins

Ces actions s'appuient notamment sur les dispositifs suivants :

- Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans les hôpitaux (PASS) : 30 établissements de santé de la région en bénéficient
- Couverture Maladie Universelle (CMU) : 155 000 bénéficiaires environ en Pays de la Loire en fin 2002, 8 800 pour la seule CMU de base et 120 000 pour la CMU complémentaire et
- Aide à la mutualisation pour les jeunes travaillant dans des structures d'insertion ou pour les "exclus" de la CMU
- Points d'écoute psychologique (PAIO, missions locales, associations recevant des personnes en situation de précarité (tels les Restos du Cœur en Loire-Atlantique, les CHRS, maisons d'accueil de jour)
- Samu sociaux
- Permanences de professionnels de santé (médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes) dans les centres d'hébergement et les accueils d'urgence.
- Lits de soins infirmiers en CHRS
- Equipe pluridisciplinaire de prise en charge des femmes en difficulté dans la période périnatale (CHU d'Angers)
- Structures de médiation culturelle

Education pour la santé

- Ateliers santé (noms génériques d'espaces destinés à restaurer la confiance en soi, maintenir ou recréer du lien social, prendre en compte ce qui favorise la « bonne santé »)

Amélioration de la qualité de vie

- La détection et la prévention des risques sanitaires à domicile par la diffusion de dépliants sur les risques d'intoxication au monoxyde de carbone ou l'expérimentation d'un audit sanitaire et social des logements

Démarche participative

- Formations du CNAM pour les représentants des usagers de la santé
- Formations de la FNARS à la démarche participative
- Action « Projet santé » mise en place l'URFJT
- Constitution d'un groupe « ruralité » sous l'égide de la DRASS

■ Priorités

- **Renforcer la « démarche participative » notamment dans le cadre d'ateliers d'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire régional**
- **Prendre en compte la souffrance psychique, en particulier chez les jeunes, sur l'ensemble du territoire régional**



6 ♦ Le programme régional de santé « prévention de l'infection à VIH/SIDA en Pays de la Loire » (1998-2002)

■ *Synthèse des orientations nationales*

Références

- Le plan national de lutte contre le sida (2001-2004)
- Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (2005-2008)
- Le programme national hépatites virales C et B (2002-2005)

Objectifs et axes stratégiques

Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008 reconduit les orientations stratégiques développées dans le cadre du plan de lutte contre le VIH/sida 2001-2004.

Les objectifs généraux sont fixés dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (cf. p 43 du présent document) :

- Réduire de 20% l'incidence des cas de sida en 5 ans (Objectif 36).
- Réduire l'incidence de gonococcies et de syphilis dans la population exposée, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2 (Objectif 41).
- Offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008 (objectif 43).

Deux autres objectifs sont également associés au programme :

- Réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques (Objectif 37).
- Réduire l'incidence de 2,5% par an du cancer du col de l'utérus notamment par l'atteinte d'un taux de couverture de dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans (Objectif 48).

En matière de **prévention** et de **dépistage**, les orientations articulent d'une part une stratégie vers la population générale axée sur l'éducation, la promotion et l'accessibilité du dépistage et des préservatifs et d'autre part, des programmes envers des populations ou groupes prioritaires : population des départements français d'Amérique, migrants, homosexuels, hétérosexuels ayant des pratiques à risque marqué ; des actions sont également prévues en direction des personnes vivant avec le VIH.

Pour ajuster cette stratégie aux évolutions les plus récentes, certains axes doivent être redéfinis ou renforcés.

Dans les groupes prioritaires :

- Redéfinir les stratégies et les méthodologies d'intervention en prévention en intégrant les IST et une approche tenant compte des déterminants de vulnérabilité,
- Renforcer l'incitation au dépistage comme élément d'une stratégie individuelle de prévention, favorisant l'accès à une prise en charge thérapeutique précoce et donc plus efficace.

De façon générale :

- Améliorer l'articulation entre les dispositifs de dépistage VIH et hépatites (CDAG) et ceux s'adressant aux autres IST,
- Initier de nouvelles stratégies de prévention vis à vis de certaines IST : chlamydiae, herpes, hépatite B et HPV (population générale, en ciblant les situations de vulnérabilité).

Envers les personnes vivant avec le VIH :

- Harmoniser l'organisation de la prise en charge thérapeutique en particulier hospitalière,
- Prendre en compte les effets secondaires à long terme des traitements antirétroviraux,
- Prendre en compte les co-infections par les virus des hépatites,
- Améliorer la qualité de vie par une approche globale intégrant la lutte contre les discriminations et l'aide à la vie quotidienne (aide à domicile, emploi, hébergement, accès aux droits sociaux...).

La mise en oeuvre de ces différents axes doit s'appuyer sur un partenariat réaffirmé avec l'ensemble des acteurs professionnels et associatifs, garants de la qualité et de la pertinence des réponses apportées aux usagers. Enfin, au niveau des administrations et acteurs sanitaires et sociaux, il est indispensable de mieux structurer les modalités opérationnelles de mise en oeuvre et de pilotage compte tenu des limites du plan national 2001-2004 et du nouveau contexte législatif.

■ Déclinaison régionale

Les actions du programme régional de santé « lutte contre l'infection à VIH/sida », mis en oeuvre de 1998 à 2002, se sont poursuivies dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 et s'inscrivent actuellement dans le programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008.

Observation

- Situation épidémiologique annuelle (ORS)
- Activité trimestrielle des CDAG par département

Information/ communication

- Journée nationale du 1^{er} décembre (organisée dans tous les départements et les grandes agglomérations)
- Participation aux manifestations festives (promotion du préservatif et incitation au dépistage) : « Brest 2000 » (inter-régions), « Les rendez-vous de l'Erdre » à Nantes, « La route du sel » (secteur nazairien) ...

Formation

- Formation de relais communautaires migrants (Nantes, Angers, Laval)
- Formation des personnels des CHRS, des restaurants du cœur (Loire-Atlantique, Angers, Vendée) ...
- Formation du corps médical (accidents d'exposition au sang, traitement prophylactique, dépistage, diagnostic de la primo-infection) sur toute la région

Accès à la prévention et aux soins

- Politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues (bus-échange de seringues, distributeurs-récupérateurs de seringues, réseaux de pharmaciens, interventions dans les raves (Nantes, Angers, La Mans, Saint-Nazaire, Cholet, Saumur, Laval, La Roche sur Yon)

Education pour la santé

- Interventions
 - en milieu prostitutionnel (Médecins du Monde/AIDES) sur Nantes et Angers
 - en milieu scolaire (CESC) sur toute la région
 - auprès des homosexuels (Nantes, Angers)
 - auprès des migrants (Nantes, Angers, Laval)
 - en milieu échangiste (Loire-Atlantique)
 - en milieu précaire (Loire-Atlantique, Maine et Loire et Vendée)
 - auprès des personnes handicapées (Loire-Atlantique, Maine et Loire)
 - en milieu carcéral (Nantes, Angers, Laval)

Amélioration de la qualité de vie

- Programmes d'aide à domicile (Loire-Atlantique, Mayenne, Sarthe et Vendée)
- Appartements de coordination thérapeutique à Nantes
- Soutien diététique et juridique (REVIH Nantes)
- Accompagnement social (AIDES) sur toute la région
- Appartements relais (AIDES) sur toute la région
- Week-end parentalité sur toute la région

■ **Priorités**

- **Intégrer les actions concernant les infections sexuellement transmissibles aux actions de prévention VIH pour en faire un plan global**
- **Développer les actions en direction des publics spécifiquement touchés** (migrants, précaires, détenus, homosexuels, usagers de drogues par voie intraveineuse, jeunes femmes ...)



7 ♦ La déclinaison du Plan National Nutrition Santé (PNNS 2001-2005)

■ **Synthèse des orientations nationales**

Références

- Le plan national nutrition santé (2001-2005)
Un plan de seconde génération est en préparation
- La circulaire DGS du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique

Objectifs et axes stratégiques

Le programme national nutrition santé a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. Il fixe 9 objectifs prioritaires et 6 axes stratégiques :

Les 9 objectifs nutritionnels prioritaires en termes de santé publique :

1. Augmenter la consommation de fruits et légumes
2. Augmenter la consommation de calcium
3. Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux
4. Augmenter la consommation de glucides
5. Réduire l'apport d'alcool
6. Réduire de 5% la cholestérolémie moyenne chez les adultes
7. Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle chez les adultes
8. Réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants
9. Augmenter l'activité physique quotidienne

Les 6 axes stratégiques

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant

- Vulgarisation d'un logo de communication
- Diffusion d'un guide alimentaire national
- Diffusion de guides spécifiques par public
- Lancement d'une campagne média tous publics pour la promotion des fruits et légumes
- Création d'un site Internet
- Développement des réseaux de proximité
- Fournir aux jeunes, dans le cadre d'activités scolaires ou extra-scolaires, un environnement cohérent avec les objectifs nationaux

Eduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant

- Publication de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments (*circulaire du 25 juin 2001 du Ministère de l'Education Nationale*)
- Intégration de la dimension « nutrition » dans les programmes scolaires
- Production et diffusion d'outils pédagogiques
- Analyse de la conformité au PNNS du matériel pédagogique produit par les firmes agroalimentaires

2. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins

- Faciliter l'accès à la consultation de nutrition
- Développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital
- Utilisation d'un disque d'évaluation nutritionnelle en pratique clinique
- Préciser les fonctions et les métiers de la nutrition, réviser les programmes d'enseignement des professionnels de santé
- Etablir des recommandations pour la pratique clinique
- Diffuser des synthèses scientifiques actualisées

3. Favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la filière agro-alimentaire

- Définir des conditions de conformité au PNNS et valoriser cette conformité
- Former des professionnels compétents dans le champ de la nutrition

4. Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population

5. Développer la recherche en nutrition humaine

6. Engager des mesures et actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques de population.

- Réduire la carence en fer pendant la grossesse
- Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer
- Promouvoir l'allaitement maternel
- Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et adolescents
- Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées
- Prévenir, dépister et limiter la dénutrition des personnes âgées
- Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité
- Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire,
- Limiter la survenue d'allergies alimentaires

■ **Déclinaison régionale**

A l'issue d'un état des lieux des acteurs, des compétences et des actions, le comité technique régional nutrition santé, qui s'est réuni pour la première fois le 30 avril 2002, a porté et soutenu des actions entrant dans 6 champs d'intervention. A titre d'exemple, il est possible de citer :

Observation

- « Les prises alimentaires d'enfants de CE2 en dehors des repas principaux en Loire-Atlantique »
DRASS : Echo des Stats Pays de la Loire – novembre 2003

Information/ communication

- Actions d'information auprès des professionnels et des médias dans le cadre de réunions annuelles faisant le point sur des sujets d'actualité et des actions locales
- Envoi du guide « la santé vient en mangeant » à tous les enseignants en sciences et vie de la terre
- Conférence de presse à la veille de la rentrée scolaire septembre 2005

Formation

- Formations d'aides-soignants ou de personnes assistant des personnes âgées
- Création d'un référentiel concernant la formation pour l'alimentation des personnes âgées.
- Formations d'intendants, de personnel de cuisine et de chefs d'établissements scolaires
- Formations de bénévoles de structures associatives de distribution alimentaire afin de conforter le conseil nutritionnel et sa place dans le parcours de réinsertion (21 personnes formées en 2003), conformément au plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion, présenté en Conseil des Ministres le 19 mars 2003

Accès à la prévention et aux soins

- Création de 3 postes de diététiciennes dans des établissements hospitaliers au cours de l'année 2003
- Actions relatives à la santé bucco-dentaire dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (URCAM, Mutualité)

Education pour la santé

- Mise en place de nombreuses actions d'éducation pour la santé au profit d'enfants, d'adolescents, de sportifs, de personnes en situation de précarité...

Amélioration de la qualité de vie

- Institution de Comités Liaison Alimentation Nutrition dans les établissements de santé et d'un CLAN Régional, structure de réflexion et de proposition, destinée à favoriser l'organisation de la nutrition des patients hospitalisés dans les établissements de la région

■ **Priorités**

Notre région apparaît relativement protégée par rapport aux autres mais l'augmentation de fréquence des dernières années est pour le moins inquiétante.

Dans ce contexte, entreprendre une politique de santé publique de prévention afin de préserver le bon résultat actuel doit être une priorité.

Il s'agit d'un vaste programme dépassant le simple champ médical.

Trois grandes priorités peuvent être retenues :

- **Cibler l'obésité à risque en particulier celle qui se développe chez l'enfant qui l'exposera à l'âge adulte à un nombre accru de complications ; l'obésité de l'enfant pouvant être un levier de sensibilisation important de la population générale,**
- **Prévenir la dénutrition chez les personnes âgées, en institution ou à leur domicile**
- **Amplifier les actions de prévention des cancers par l'alimentation**



8 ♦ Le Plan « Maladies Rares » (2005-2008)

■ **Synthèse des orientations nationales**

Références

- Le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares (2005-2008)
« Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge »
- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, annexe 6

Objectifs et axes stratégiques

Il comporte dix axes stratégiques :

1. Mieux connaître l'épidémiologie des maladies rares

L'objectif est de connaître les maladies rares par une surveillance épidémiologique, qui permettra de mieux appréhender l'histoire naturelle de ces maladies, d'évaluer les besoins et les parcours des malades au sein du système de soins et de suivre l'évolution des indicateurs relatifs à la qualité de vie des patients. L'INVS est chargé de mettre en place et de coordonner la surveillance épidémiologique des maladies rares.

2. Reconnaître la spécificité des maladies rares

L'objectif vise l'amélioration de la reconnaissance des maladies rares, dans le cadre du dispositif des affections de longue durée (ALD), supposant plusieurs actions :

- simplifier le dispositif de prise en charge des malades reconnus atteints d'une affection de longue durée
- élargir la prise en charge à certains produits prescrits pour traiter la maladie rare
- alléger les procédures de prise en charge des frais de transports
- améliorer la connaissance par les services médicaux des caisses sur ces maladies et sur leurs spécificités pour limiter, autant que possible, les rejets injustifiés de prise en charge

3. Développer une information pour les malades, les professionnels de santé et le grand public concernant les maladies rares

Il s'agit de développer l'information vers tous les publics concernés, de labelliser les services d'information téléphonique, de développer l'éducation thérapeutique et de faire connaître le plan maladies rares auprès des professionnels et du grand public.

4. Former les professionnels de santé à mieux identifier les maladies rares

Objectifs :

- Adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé et sociaux
- Reconnaître de nouveaux métiers susceptibles d'améliorer la prise en charge des malades et leur famille
- Améliorer la circulation des informations médicales

5. Organiser le dépistage et l'accès aux tests diagnostiques

Objectifs :

- Mettre en place une politique cohérente en matière de dépistage des maladies rares, fondée sur une définition des priorités reposant sur une évaluation rigoureuse des dépistages envisagés et sur une rationalisation des décisions prenant en compte les choix de société
- Améliorer l'accessibilité aux tests diagnostiques et proposer une politique concertée en Europe sur les dépistages des maladies rares

6. Améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge

Objectifs :

- Mettre en place des centres de référence pour la prise en charge des maladies rares
- Structurer à partir de ces centres une organisation des soins permettant au patient de bénéficier d'une prise en charge au plus près de ses besoins, et mettre en cohérence le dispositif d'organisation de soins avec le dispositif de prise en charge par l'assurance maladie et les autres dispositifs d'indemnisation
- Assurer la disponibilité et la prise en charge des médicaments orphelins et prévenir l'arrêt de commercialisation de certains produits de santé

7. Poursuivre l'effort en faveur des médicaments orphelins

Il s'agit de dynamiser le développement de nouveaux médicaments orphelins

8. Répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement des personnes atteintes de maladies rares

Objectif : Apporter des réponses adaptées aux besoins d'accompagnement spécifiques

- en améliorant l'accès des patients, associations et professionnels aux informations sur les dispositifs d'aide
- en structurant les liens entre les maisons départementales des personnes handicapées et les réseaux de prise en charge des personnes atteintes de maladies rares, en particulier autour des centres de références
- en soutenant les associations de malades dans leur mission d'information

9. Promouvoir la recherche sur les maladies rares

Objectif : Améliorer la recherche sur les maladies rares,

- en promouvant une politique de recherche volontariste, notamment dans le domaine des essais cliniques
- en assurant la coordination des travaux des chercheurs, au sein d'un programme spécifique de recherche, dont la création sera proposée en accord avec le ministère chargé de la recherche
- en permettant à ce programme de développer des actions incitatives en partenariat avec les institutions, l'industrie et les associations

10. Développer des partenariats nationaux et européens

Objectifs : favoriser la coordination nationale de l'ensemble des partenaires et notamment les associations de malades, et développer une coordination européenne pour les maladies rares.

■ **Déclinaison régionale**

Observation

- Enquête épidémiologique des maladies valvulaires cardiaques dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée. L'équipe de cardiologie du CHU de Nantes vient d'identifier le premier gène de valvulopathie myxoïde. La forme identifiée est une forme apparemment rare mais qui est le prototype d'une maladie fréquente.
- Enquête épidémiologique des troubles de la conduction cardiaque

Information/ communication

- Réalisation d'un site Internet sur le syndrome du QT long
- Réalisation d'un site Internet (pour les professionnels) sur les atrophies optiques génétiques
- Réalisation d'un film sur le syndrome de l'X fragile
- En préparation : élaboration de plaquettes d'information destinées aux médecins de la région Pays de la Loire sur 4 maladies (X fragile, sclérose tubéreuse de Bourneville, Steinert, Huntington)
- Animation du réseau de génétique de l'Ouest
- Intervention annuelle dans diverses associations de patients
- EPU et conférences publiques sur les maladies génétiques

Formation

- Formation de personnel dédié à la prise en charge familiale dans le cadre des maladies rares cardiaques (3 infirmières formées et dédiant 100% de leur temps à cette activité)
- Formation du personnel sur les affections neuro-dégénératives génétiques

Accès à la prévention et aux soins

- Labellisation à Angers et à Nantes d'un centre de ressource pour la mucoviscidose
- Labellisation à Angers d'un centre de ressource pour la sclérose latérale amyotrophique
- Labellisation en 2004 du service de cardiologie « troubles du rythme d'origine génétique » du CHU de Nantes
Labellisation en 2005 du centre de référence des maladies neurogénétiques du CHU d'Angers
- Identification partielle des filières de soins régionales des CHU de Nantes et Angers dans le cadre du COTER
- 1 800 consultations annuelles de génétique au CHU de Nantes, 2 600 consultations annuelles de génétique au CHU d'Angers
- Développement du diagnostic présymptomatique (essentiellement cardiovasculaire à Nantes et neurogénétique à Angers) et du diagnostic prédictif (oncogénétique et cardiovasculaire)
- Reconnaissance ministérielle pour le diagnostic génétique de maladies rares (mucoviscidose, maladies neurogénétiques, maladies mitochondriales, pathologies endocriniennes rares)

Education pour la santé

- Education des patients et des familles dans la prévention des risques de mort subite

Amélioration de la qualité de vie

- Dispositifs d'écoute psychologique en direction des différents publics (jeunes 16-25 ans en situation d'insertion, proches ou familles d'homosexuels, jeunes majeurs et adultes ayant subi des maltraitances sexuelles, personnes vivant avec un malade psychique, publics en grande difficulté, population vivant en milieu rural)
- Groupes de parole

■ Priorités

- **Mise en place du Centre Régional de Coordination et de Ressources « Maladies rares - Pays de la Loire »**
- **Initier une surveillance épidémiologique de ces maladies**
- **Mettre en place des formations en direction des professionnels**



1. Le plan « Santé au Travail »

- Déclinaison régionale du plan national « Santé au Travail » (2005-2009)
- Références :
 - La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 3 et annexe 6
 - La circulaire DGS du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique

2. Le plan « Violences »

- Déclinaison régionale du plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives
- Référence : la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, annexe 6

Le plan national est en cours de publication. Il privilégiera la sphère inter-personnelle : violences familiales, institutionnelles et professionnelles.

3. Le plan « Maladies chroniques »

- Déclinaison régionale du plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- Référence : la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, annexe 6

Le plan national n'a pas encore été publié.

4. Le plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire

- Référence : la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 19

Dans un contexte marqué par l'émergence de nouveaux risques sanitaires (épidémie de SRAS en 2003, canicule, risque de pandémie grippale ...), afin de mieux répondre aux menaces sanitaires, la loi de santé publique du 9 août 2004 réaffirme la responsabilité de l'Etat dans ce domaine et prévoit que les régions définissent un Plan relatif à l'Alerte et la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire (PAGUS).

Ce plan vise à améliorer la détection précoce des menaces sanitaires par un système de veille, de surveillance et d'alerte performant et à y apporter les réponses appropriées en matière de gestion (mesures de prévention et de contrôle).

Son contenu est défini par la circulaire du 24 septembre 2004. Le volet alerte du PRSP doit prendre en compte les préconisations de l'InVS en matière de surveillance et d'alerte. Celles-ci figurent dans le rapport de l'InVS de mai 2005 : « L'alerte sanitaire en France - principes et organisation ».

Il devra :

- rappeler les missions des différents acteurs, clarifier leur fonctionnement et adapter leur organisation
- définir les systèmes de surveillance à finalité d'alerte à développer
- clarifier les circuits d'information.

Les conditions de sa réussite sur le plan de la formation et des moyens en personnel seront précisées.

Le PAGUS est établi pour la durée du PRSP.

5. Un programme de santé scolaire et d'éducation pour la santé

- Une circulaire du 1er décembre 2003 du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche a mis en place un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour répondre à la responsabilité particulière de l'école en matière de santé des jeunes.

Elle affiche 4 objectifs généraux :

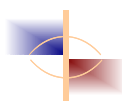
- repérer et suivre les problèmes de santé des élèves
- mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents
- assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé
- développer chez les élèves des comportements civiques.

- Références :

- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 3
- La circulaire précitée
- La circulaire DGS du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique

6. Un programme d'études et de statistiques

- Ce programme doit prolonger le diagnostic sur l'état de santé de la population réalisé pour l'élaboration du PRSP en favorisant la coordination de l'observation sanitaire et sociale
- Référence : la circulaire DGS du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique



Ont participé aux réunions du groupe projet régional sous la présidence du Docteur Jean-Pierre PARRA, directeur régional des affaires sanitaires et sociales des Pays de la Loire, ou de Mme Françoise COATMELLE, directrice adjointe :

- **Agence Régionale de l'Hospitalisation**
Jean-Christophe PAILLE, directeur
Dr Jean-Yves GAGNER, conseiller médical
Chantal RAVAUDET, secrétaire générale
- **Faculté de Médecine d'Angers**
Pr Jean-Paul SAINT-ANDRE, doyen
- **Faculté de Médecine de Nantes**
Pr Alain MOUZARD, doyen (en 2004)
- **Université de Nantes**
Pr Christian GERAUT, vice-président
Sophie VAN GOETHEM, vice-présidente
Dr Brigitte ESTRUBE, directrice du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
- **URCAM des Pays de la Loire**
Loïc LE NEVE-RICORDEL, directeur
Patricia PRIMA, chargée de mission
Véronique DEVINEAU, chargée de mission
- **Caisse Régionale d'Assurance Maladie**
Charles CARO, directeur-adjoint
- **Conseil Régional des Pays de la Loire**
Loïc BEDOUET, secrétaire de la Commission Permanente
Yannick ROUE, chargé de mission, expert "santé handicap"
Claire THOMAS, chargée de coordination
- **Conseil Général de Loire-Atlantique**
Bernard GAGNET, vice-président
Dr Florence LEVEQUE, actions de santé
- **Conseil Général de Maine et Loire**
Dr Françoise RABOUIN, pôle actions de santé
- **DRTEFP des Pays de la Loire**
Dr Annie TOURANCHET, médecin inspecteur régional du travail
Dr Bérénice RAPILLY, médecin inspecteur régional du travail
- **Ville de NANTES**
Dr Hélène LEPOIVRE, directrice de la mission santé publique

- **Ville d'Angers**
Dr Gérard BOUSSIN, médecin-directeur du service central d'hygiène sociale
- **Rectorat de l'Académie de Nantes**
Dr Christiane MICHALEWICZ, médecin conseillère technique
Monique TOURNADRE, infirmière conseillère technique
Mireille GRELLOU, conseillère technique régionale
- **Délégation Régionale et Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité :**
Marie-Françoise GONIN, Déléguée régionale et départementale
- **Observatoire Régional de la Santé**
Dr Anne TALLEC, directrice
- **CREDEPS**
Dr Patrick LAMOUR, directeur
- **Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole des Pays de la Loire**
Yann de KERGUENEC, sous-directeur
Dr Jacques DUCLOS, médecin coordinateur
- **URML des Pays de la Loire**
Dr Thomas HERAULT, directeur médical
- **FNARS des Pays de la Loire**
Florence PERRICHAUD, directrice de l'association Francisco Ferrer
- **Mutualité des Pays de la Loire**
Bernard LE GALLO, président de la section de Loire-Atlantique
Bernadette GRILLARD, chargée de mission, mutualité de la Vendée
- **Personnes qualifiées**
Pr Pierre LOMBRAIL, professeur de santé publique – CHU de Nantes
Pr Yves HELOURY, pôle mère et enfant - CHU de Nantes
Pr Michel KREMPF, médecin nutritionniste – CHU de Nantes
Dr Kahina YEBBAL, psychiatre – CHS de Montbert
- **Représentant des usagers**
Luc HUBELE, groupe relais des usagers de la santé
- **DDASS de la Loire-Atlantique**
Brigitte HERIDEL, responsable du pôle santé
Dr Agnès PONGE, médecin inspecteur de santé publique
- **DDASS de Maine et Loire**
Dr Bruno MESLET, médecin inspecteur de santé publique
Carole MARAIS, inspectrice
- **DDASS de la Sarthe**
Dr Walid DAOUD, médecin inspecteur de santé publique
Olivier LEHMANN, inspecteur principal
Eliane MEAUDE, inspectrice principale
Bernard PIRIOU, ingénieur du génie sanitaire

- **DDASS de la Mayenne**
Dr Jean-Pierre NICOLAS, médecin inspecteur de santé publique
Anaïs BLONDEL, inspectrice
Monique SIMON, infirmière de santé publique
- **DDASS de la Vendée**
Marie-Hélène LECENNE, inspectrice principale
- **Cellule interrégionale d'épidémiologie**
Dr Gisèle ADONIAS, médecin inspecteur de santé publique
Delphine BARATAUD, épidémiologiste
Nezha LEFTAH-MARIE, ingénieur du génie sanitaire
- **DRASS Pays de la Loire**
Dr Juliette DANIEL, médecin inspecteur régional adjoint
Dr Maryannick PRAT, médecin inspecteur régional adjoint
François LEVENT, responsable du service Politique Régionale de Santé
Alain MEUNIER, responsable du service Santé-Environnement
Viviane MASSINON, responsable du service Statistiques
Françoise JUBAULT, inspectrice principale - service Politique Régionale de Santé
Anne LE GALL, inspectrice - service Politique Régionale de Santé
Olivier JEAN, statisticien

Au cours de l'année 2005, deux sous-groupes de travail ont été constitués, présidés par la DRASS :

- Le premier comprenait, outre les représentants de la DRASS, les Dr Tallec, Lamour et Duclos, M. de Kerguézec, M. Le Névé-Ricordel et Mme Lecenne.

Il a proposé un canevas qui a ensuite été rempli par chaque chef de projet de plan ou programme. Neuf états des lieux ont ainsi été réalisés puis complétés par une page présentant la spécificité régionale de chaque thème. Ces documents complètent le diagnostic régional rédigé en novembre 2004.

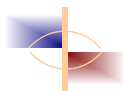
- Le second groupe, "stratégique", composé des Pr Saint-André, Krempf et Lombrail, du Dr Gagner, de MM. Paille, Hubélé, Le Névé-Ricordel et Caro, et des représentants de la DRASS, a proposé un plan pour le PRSP.

Les différents cahiers composant le projet de PRSP des Pays de la Loire ont été rédigés par le Dr Juliette DANIEL, médecin inspecteur régional adjoint, M. François LEVENT, inspecteur hors classe, responsable du service politique régionale de santé (PRS) et Mme Françoise COATMELLE, directrice-adjointe, chargée de la coordination du document.

La mise en forme a été assurée par Mme Françoise ROGET du service PRS.

Outre les membres du groupe projet qui ont largement participé à ces travaux, les personnes suivantes ont également contribué à la réalisation de ces documents :

- **Pr Jean-Michel ROGEZ**, doyen de la faculté de médecine de Nantes
- **Pr Olivier RODAT**, pôle soins gériatriques - CHU de Nantes
- **Pr Jean-Christophe ROZE**, pédiatre - CHU de Nantes
- **Dr Véronique BLANCHIER**, médecin au pôle social - DDASS de Loire Atlantique
- **Dr Bernard BRANGER**, médecin coordinateur du réseau de périnatalité des Pays de la Loire - « sécurité naissance - naître ensemble »
- **Dr Caroline COLOMB**, médecin référent - réseau douleur Loire-Atlantique
- **Dr Thierry FOUERE**, médecin inspecteur de santé publique - DDASS de Loire Atlantique
- **Dr Monique GUILLOU**, médecin inspecteur de santé publique - DDASS de Maine et Loire
- **Dr Denis LEGUAY**, psychiatre au centre de santé mentale angevin, président de l'ORS des Pays de la Loire
- **M. Guy MARTIN**, chargé de mission « sécurité routière » au CETE de l'Ouest
- **Dr Norbert WINER**, président du réseau de périnatalité des Pays de la Loire - « sécurité naissance - naître ensemble »
- ainsi que les personnels de la DRASS des Pays de la Loire.



Les 100 objectifs de santé publique présentés pour chacun des problèmes de santé retenus à l'issue de la consultation nationale (annexe à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004) :

Alcool

1. Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%
2. Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

Tabac

3. Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)
4. Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel

Nutrition et activité physique

5. Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) chez les adultes : passer de 42% en 2003 à 33% en 2008 (objectif PNNS)
6. Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse...) réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3% chez les hommes et 14,4% chez les femmes actuellement à 8,5% et 10,8% d'ici à 2008
7. Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive : passer de 4% des femmes en âge de procréer à 3%, de 4,2% des enfants de 6 mois à 2 ans à 3% et de 2% des enfants de 2 à 4 ans à 1,5%
8. Rachitisme carenciel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carenciel
9. Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008
10. Faible consommation de fruits et légumes: diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60% en 2000 à 45% (objectif PNNS)
11. Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : La réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8 g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments
12. Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS)
13. Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural

Santé et travail

- 14.** Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail
- 15.** Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 H par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003
- 16.** Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003
- 17.** Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition

Santé et environnement

- 18.** Habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100µg/l : passer de 2% en 1996 à 1% en 2008
- 19.** Bâtiments publics : Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m³ (valeur guide de l'UE)
- 20.** Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002)
- 21.** Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : -40% pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; -50% pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008
- 22.** Qualité de l'eau : Diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides
- 23.** Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone
- 24.** Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'Ecologie, INRETS)
- 25.** Qualité de l'eau : réduire de 50% l'incidence des légionelloses

Iatrogénie

- 26.** Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008
- 27.** Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008
- 28.** Réduire d'1/3 la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire
- 29.** Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques

Résistance aux antibiotiques

- 30.** Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour *S. pneumoniae* (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G - CMI > 0,06 mg/l – de 52% (2001) à moins de 30% , avec moins de 5% de souches résistantes - CMI > 1 mg/l - ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50% (2001) à moins de 30% ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< 0,5% en 2001)) et *S. aureus* (réduire le taux de souches résistantes à la méticilline de 34% à 25%)

Douleur

- 31.** Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants
- 32.** Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées, et dans les situations de fin de vie

Précarité et inégalités

- 33.** Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU
- 34.** Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans

Déficiences et handicaps

- 35.** Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (9,5% des personnes en population générale selon l'enquête HID, Indicateur de Katz).

Maladies infectieuses

- 36.** Infection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)
- 37.** Hépatites : réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.
- 38.** Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008
- 39.** Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50%), professionnels de santé (actuellement 21%), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65%) d'ici à 2008
- 40.** Maladies diarrhéiques : diminuer de 20% d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà).
- 41.** Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2
- 42.** Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).
- 43.** Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des Chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008.

Santé maternelle et périnatale

- 44.** Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008.

- 45. Réduire la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 pour 1000 au lieu de 6,5) en 2008
- 46. Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité. Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité
- 47. Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme

Tumeurs malignes

- 48. Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV
- 49. Toutes tumeurs malignes : Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients
- 50. Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans
- 51. Cancer de la peau-mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome
- 52. Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens
- 53. Cancer colo-rectal : Définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage

Pathologies endocriniennes

- 54. Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80% des diabétiques en 2008 (actuellement de 16 à 72% selon le type d'examen complémentaire).
- 55. Diabète : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires. .

Affections neuropsychiatriques

- 56. Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séro-conversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC
- 57. Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité
- 58. Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs
- 59. Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus
- 60. Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique
- 61. Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation
- 62. Epilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie

- 63.** Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients
- 64.** Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes
- 65.** Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie

Maladies des organes des sens

- 66.** Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques
- 67.** Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)
- 68.** Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences

Maladies cardio-vasculaires

- 69.** Obtenir une réduction de 13% de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires :
 - cardiopathies ischémiques : de 13% chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008
 - thromboses veineuses profondes : de 15% d'ici à 2008
- 70.** Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)
- 71.** Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008
- 72.** Accidents vasculaires cérébraux : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC
- 73.** Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Affections des voies respiratoires

- 74.** Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)
- 75.** Broncho-pneumopathie chronique obstructive : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

- 76.** Réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes.

Pathologies gynécologiques

- 77.** Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs
- 78.** Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire
- 79.** Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes

Insuffisance rénale chronique

- 80.** Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)
- 81.** Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse

Troubles musculo-squelettiques

- 82.** Ostéoporose : réduire de 10% l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus)
- 83.** Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde
- 84.** Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies
- 85.** Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites
- 86.** Lombalgies : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici à 2008
- 87.** Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose

Affections d'origine anténatale

- 88.** Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose
- 89.** Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes

Maladies rares

- 90.** (Maladies rares) Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge

Affections bucco-dentaires

- 91.** Réduire de 30% d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)

Traumatismes

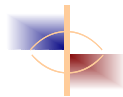
- 92.** Suicide : réduire de 20% le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an)

- 93.** Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008
- 94.** Traumatismes liés à la violence routière : Réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008
- 95.** Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population

- 96.** Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit)
- 97.** Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours
- 98.** Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280-400 000 et de 100-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80-160 000 d'ici à 2008)
- 99.** Chutes des personnes âgées : réduire de 25% le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008
- 100.** Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées

Pathologies chroniques et mesure de la qualité de vie, du handicap



Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire

MAN - rue René Viviani - B.P. 86218
44262 NANTES CEDEX 2

 02.40.12.87.69

 02.40.12.80.77

 dr44-politiques-sante@sante.gouv.fr

 <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>

