

SRP





PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Schéma régional de prévention

2012 / 2017

-  Prévention et promotion de la santé p. 3
-  Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires p. 53



SRP

Schéma régional
de prévention



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Prévention et promotion de la santé

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

ars
Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées



Contexte

p. 6

Orientation

1

Définir une politique de promotion de la santé globale et cohérente

p. 7

- 1.1 Prendre en compte les déterminants de santé et les besoins de la population
- 1.2 Travailler avec les partenaires dans une démarche intersectorielle

Orientation

2

Organiser la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé

p. 10

- 2.1 Faire évoluer l'offre existante
- 2.2 Évaluer et renforcer la qualité des actions de prévention

Orientation

3

Agir sur les priorités régionales de prévention

p. 17

- 3.1 Promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique et prévention des pathologies chroniques
- 3.2 Prévention des conduites addictives
- 3.3 Promotion de la santé chez les enfants et les jeunes
- 3.4 Préservation de l'autonomie des personnes âgées
- 3.5 Promotion du dépistage organisé des cancers

Orientation

4

Maintenir une intervention sur des champs spécifiques

p. 31

- 4.1 Promotion de la vaccination
- 4.2 Prévention du suicide
- 4.3 Prévention du VIH, des IST et des hépatites
- 4.4 Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux

Glossaire		p. 40
Sigles		p. 42
Annexe 1	Indicateurs de l'état de santé en Midi-Pyrénées	p. 44
Annexe 2	Indicateurs sur les comportements de santé	p. 45
Annexe 3	Champs d'actions des institutions membres de la Commission de coordination des politiques publiques de prévention	p. 46
Annexe 4	Critères de priorisation et d'évaluation des actions de prévention	p. 47
Annexe 5	Champs d'actions en éducation pour la santé et en prévention des professionnels de santé du premier recours	p. 49



Le schéma régional de prévention (SRP) constitue une vision territoriale et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires. Il vise à améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités¹.

Le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional de santé de Midi-Pyrénées qui fixe les objectifs et orientations de santé pour la région pour 5 ans.

Au même titre que sur les autres secteurs, l'ARS dispose sur le champ de la prévention et de la promotion de la santé de différentes modalités d'intervention. La définition et la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé s'appuie sur des outils de planification, de programmation, d'accompagnement des partenaires, de contrôles et d'évaluation et de financement d'actions ou de structures.

Au-delà de l'ARS, de nombreux autres acteurs contribuent à la promotion de la santé, de manière plus ou moins directe, traduisant la nécessité d'inclure la santé dans l'ensemble des politiques. L'ARS doit garantir une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé dans toute la région.

La commission spécialisée « Prévention » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et la Commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, ont contribué à la construction de ce schéma. Elles seront associées à sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

¹ Guide méthodologique national de la Direction générale de la santé

Orientation

1

Définir une politique de promotion de la santé globale et cohérente

1.1 Prendre en compte les déterminants de santé et les besoins de la population

1.1.1 Redéfinir la politique de promotion de la santé

L'ARS redéfinit sa politique de promotion de la santé au vu du diagnostic de l'état de santé en Midi-Pyrénées et au regard des enjeux pour la population :

- Diminution de la mortalité prématurée évitable,
- Gain potentiel d'espérance de vie en bonne santé,
- Orientation de la prévention vers les déterminants des maladies chroniques.

L'Éducation pour la Santé représente un axe de travail prioritaire notamment en direction des plus jeunes.

Resserrer et préciser les priorités régionales de promotion de la santé :

L'ARS a réduit le nombre de priorités régionales de prévention pour une meilleure visibilité et pour éviter le saupoudrage des financements. Les indicateurs de l'état de santé de la population en Midi-Pyrénées ont permis de déterminer quelles sont les thématiques d'actions sur lesquelles la politique de prévention va porter (cf annexe 1).

Les déterminants majeurs des principaux problèmes de santé sont liés à des comportements nocifs (tabagisme, abus d'alcool, régime alimentaire inapproprié, sédentarité, dépendance à la drogue), à des mauvaises conditions environnementales et à une situation socio-économique défavorable. Il est important de noter que ces déterminants interagissent entre eux et que c'est l'impact combiné de tous ces déterminants qui importe en terme d'effet sur l'état de santé.

Les priorités régionales de prévention retenues sont :

- La promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique,
- La prévention des conduites addictives,
- La promotion de la santé chez les enfants et les jeunes,
- La préservation de l'autonomie de la personne âgée,
- Le dépistage des cancers.

Pour chaque priorité de promotion de la santé, un plan d'actions est défini comprenant des axes de travail précis. Ceux-ci comportent des objectifs associés à des publics identifiés (cf orientation 3 de ce schéma).

La problématique des inégalités sociales de santé est traitée de manière transversale, au sein de chaque plan d'actions. La santé des populations en grande précarité constitue un champ intersectoriel qui est traité dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

L'ARS continuera par ailleurs d'intervenir sur :

- La promotion de la vaccination,
- La prévention du suicide,
- La prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST).

1.1.2 Réduire l'impact des inégalités sociales sur l'état de santé

Les inégalités sociales de santé sont importantes en France (7 ans d'écart d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers). Elles résultent d'un ensemble de déterminants liés à l'accès à la prévention et aux soins mais aussi aux conditions socioéconomiques : logement, emploi et conditions de travail, niveau de ressources et d'éducation. On note une précarité élevée en région Midi-Pyrénées (exemple : précarité financière). Par souci d'équité, l'ARS a choisi de faire de la réduction des inégalités sociales de santé un objectif transversal de sa politique de promotion de la santé.

Mieux définir et orienter les actions de prévention au regard des travaux portant sur les inégalités sociales de santé :

- Identifier les secteurs géographiques sur lesquels il sera pertinent d'orienter l'action en prévention. Une équipe de professionnels (Observatoire Régional de Santé de Midi-Pyrénées, Assurance Maladie, Institut Fédératif de Recherche Interdisciplinaire Santé Société, Agence Régionale de Santé) mène un travail pour :
 - définir un indicateur de désavantage social développé par l'IFERISS,
 - élaborer et mettre en cohérence des données locales et territoriales à partir de plusieurs indicateurs (indicateurs de désavantage social, de morbidité, de recours aux soins),
 - mieux identifier, surveiller et comprendre les inégalités sociales de santé et leurs déterminants à partir de la caractérisation des territoires, des bassins de santé en fonction de leur composition, organisation et aménagement. Il s'agit d'une aide au ciblage et à la définition des interventions au niveau territorial.

- Définir des modalités d'interventions contribuant à réduire l'impact des inégalités sociales de santé. L'ARS a engagé un partenariat avec l'Institut Fédératif de Recherche Interdisciplinaire Santé Société (IFERISS) de la faculté de médecine de Toulouse en vue de mener un travail de recherche principalement dans le domaine de l'alimentation et de l'exercice physique, et dans le cadre des contrats locaux de santé, afin d'analyser les facteurs potentiels de réduction des inégalités sociales de santé dans les actions de prévention. Des recommandations seront élaborées en matière d'interventions.

Intégrer dans toutes les actions de prévention un objectif de réduction de l'impact des inégalités sociales de santé sur l'état de santé :

Une attention particulière sera apportée aux inégalités sociales de santé au sein des programmes d'actions qui seront mis en œuvre par les opérateurs en prévention (institutions, associations, collectivités...) afin de réduire les inégalités sociales de santé et à minima de ne pas les accroître. Les opérateurs financés par l'ARS devront adopter des mesures pour mieux prendre en compte les populations défavorisées. Il peut s'agir notamment d'intervenir à petite échelle dans des secteurs géographiques bien identifiés (ex : Contrats urbains de cohésion sociale [CUCS], milieu rural,...) ou d'intervenir auprès de populations spécifiques. Les messages de prévention seront adaptés aux populations de niveau socio-économique et d'origine culturelle variés.

Promouvoir le développement des contrats locaux de santé :

Deux chantiers expérimentaux ont été initiés dans la région, l'un dans le département de l'Ariège, concerne le Pays des Pyrénées Cathares et l'autre à Toulouse en ciblant dans un premier temps les quartiers du grand Mirail et du centre ville.

Le contrat local de santé est un instrument permettant de coordonner l'action publique de l'ARS, des collectivités territoriales, des services de l'État et de l'Assurance Maladie au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées. Les acteurs de santé sont associés à la réalisation du diagnostic et à l'élaboration du plan d'actions.

Chaque acteur peut agir en prévention et promotion de la santé par des entrées différentes : éducation, emploi, environnement... selon son champ de compétences. Les politiques menées par les acteurs institutionnels ont vocation à converger. Pour inciter la mise en place de synergies, il est essentiel que les acteurs partagent une même conception de la promotion, de l'éducation pour la santé et de la prévention.

1.2.1 Faire émerger des axes de travail partagés

L'ARS s'emploiera à établir des liens conventionnels avec les acteurs institutionnels autour d'axes de travail partagés. Une étude est en cours auprès des acteurs institutionnels composant la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, et de la protection maternelle et infantile. Elle pourra être élargie à d'autres acteurs. Elle vise à déterminer les convergences entre les politiques de santé publique et doit permettre de formaliser des axes de travail partagés sur les priorités régionales. Ceux-ci seront définis en articulation étroite avec les membres de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, dont les champs d'activités de chaque institution sont précisés en annexe 3.

De par leur organisation, ces acteurs sont présents dans l'ensemble des territoires et bassins de santé. Ils font partie de l'offre de prévention existante en Midi-Pyrénées. L'ARS souhaite susciter les partenariats notamment au niveau des territoires et des bassins de santé où ils jouent un rôle essentiel en promotion de la santé, notamment en vue de réduire les inégalités sociales de santé.

Les modalités d'intervention des institutions et des collectivités seront à définir. Elles pourront contribuer à la bonne mise en œuvre des plans d'actions et/ou à l'évaluation de ceux-ci en participant à l'enrichissement des indicateurs de suivi de la politique de promotion de la santé. Pour ce faire, l'ARS invitera les membres de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention à nommer un référent technique promotion de la santé qui sera l'interlocuteur de l'ARS. La commission prévention de la CRSA sera consultée, ainsi que les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) sur les sujets les concernant.

1.2.2 Veiller à une articulation inter-institutionnelle dans l'attribution des financements

Il existe une diversité des sources de financement potentielles intra-ARS et au sein des autres institutions. Aussi, il est envisagé d'améliorer la lisibilité des sources de financements des actions portées par les opérateurs. Dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, les membres présenteront leur politique en matière de promotion de la santé, les moyens financiers qui y sont consacrés et les financements attribués.

Orientation

2

Organiser la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé

2.1 Faire évoluer l'offre existante

Au-delà de l'ARS et de ses partenaires institutionnels, les acteurs pouvant s'impliquer en promotion, éducation pour la santé et prévention sont nombreux (acteurs associatifs, professionnels de santé...) et travaillent dans des champs divers (santé, éducation, social, justice...). Ceux-ci seront associés aux plans d'actions qui seront menés. Dans ce schéma, l'exhaustivité des acteurs n'est pas présentée.

2.1.1 Fédérer les opérateurs associatifs pour décliner la politique régionale de promotion de la santé

Pour chaque priorité régionale de prévention, l'ARS identifiera les opérateurs « relais » qui ont une taille critique suffisante en termes de capacité et de zone d'intervention (minimum départementale). Pour mener à bien les plans d'actions du schéma, l'ARS contractualisera avec ces opérateurs qui pourront s'appuyer sur le tissu associatif local.

Dans cette optique, l'ARS encourage les associations partageant des objectifs communs à réunir leurs savoir-faire en vue de se fédérer. Pour l'heure, un certain nombre d'opérateurs « relais » ont été identifiés. Cette liste est évolutive.

2.1.2 Restructurer le dispositif régional de dépistage organisé des cancers

Le dépistage organisé des deux cancers (cancer du sein et colorectal) est mis en œuvre, dans chaque département par une structure de gestion autonome : 4 Groupements d'Intérêt Public (Ariège, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Tarn-et-Garonne) et 4 associations loi 1901 (Aveyron, Gers, Lot, Tarn).

Ces structures se sont développées différemment dans chaque département, même si elles sont soumises au même cahier des charges national, et aux mêmes financeurs. Elles ont pu développer, en fonction du dynamisme local et des partenariats, des actions efficaces qu'il peut être intéressant de reproduire dans d'autres territoires. Par ailleurs, une mutualisation de moyens et le développement de l'informatisation doivent permettre de réduire les coûts et de libérer du temps au personnel pour d'autres tâches.

L'ARS souhaite évoluer vers une structure régionale s'appuyant sur des implantations départementales.

Création d'une structure régionale :

Un groupe de coordination régionale des structures a été mis en place en 2011, comportant le médecin coordonnateur de chaque structure. Ce groupe est chargé de travailler sur l'harmonisation des pratiques.

Un groupe de travail régional ARS - Assurance Maladie a été constitué fin 2011. Ce groupe a pour mission d'étudier divers scénarios de mutualisation régionale. Il procédera à une analyse des freins, leviers, avantages et inconvénients. La création d'une structure régionale sera ensuite engagée.

La création de cette structure régionale aura notamment pour objectif :

- d'adapter cette structuration à l'organisation de l'administration régionale de la santé et d'harmoniser les stratégies et plans d'actions au niveau régional, en prenant appui sur les meilleures pratiques départementales,
- de régionaliser la gestion et le traitement des bases de données (Lecture Automatique des Données, Gestion Électronique des Documents),
- de mutualiser la logistique : routage et achat de fournitures,
- d'expérimenter la dématérialisation des fiches de lectures et des mammographies.

Les gains d'efficacité éventuels seront déployés vers les actions visant à améliorer le taux de participation aux dépistages organisés.

2.1.3 Restructurer le dispositif de recentralisation des actions de prévention sanitaire (CIDDIST, CLAT et Centres de Vaccination)

En Midi Pyrénées, ces missions sont exercées à titre exclusif pour le compte de l'État par des établissements hospitaliers habilités à cet effet, dans 4 départements (Ariège, Haute-Garonne, Tarn, Tarn et Garonne). Trois Conseils généraux ont souhaité poursuivre ces missions à titre exclusif (Aveyron, Gers, Hautes-Pyrénées). Dans le Lot, le Conseil général a conservé les missions de vaccination et de lutte antituberculeuse alors que la mission de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) est confiée au centre hospitalier de Cahors.

Au total, neuf centres de lutte antituberculeuse (CLAT), neuf centres d'information de diagnostic, de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et neuf centres de vaccination (CV) constituent ce dispositif (1 par département, 2 dans le Tarn).

L'analyse des indicateurs d'activité et de performance a conduit à la définition de priorités régionales pour rendre le dispositif plus efficace et réduire les inégalités d'accès.

Pour cela, il est mis en place :

- une coordination pour chaque activité (CLAT, CIDDIST et centres de vaccination) avec des réunions annuelles,
- un suivi des actions spécifiques à chacune des trois activités, faisant l'objet d'un programme de travail avec bilan annuel.

Homogénéiser les procédures et harmoniser les pratiques de dépistage :

Des cahiers des charges régionaux, spécifiques par activité, ont été élaborés en 2010 et ont été suivis de visites d'habilitation en 2011, pour les structures gérées par des établissements de santé. Des visites sur site, en vue du renouvellement des conventions portant délégation de compétences aux Conseils généraux seront menées dans les départements concernés en 2012-13, sur la base des cahiers des charges.

La définition de méthodes communes de dépistage de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles, selon les référentiels et recommandations, est à poursuivre dans le cadre des réunions de coordination.

Améliorer le système d'information :

Une standardisation des outils de recueil des activités est en cours de réalisation.

L'utilisation de logiciels communs, spécifiques à chaque thématique, permettra d'organiser un recueil de données régional harmonisé et cohérent, ce qui optimisera l'évaluation annuelle de l'activité des centres.

Une formation régionale aux outils de recueil de données sera organisée par les structures hébergeant le logiciel (Hôpital Joseph Ducuing et Hôpital La Grave à Toulouse).

Optimiser les actions des structures vers les populations en situation de précarité (cf. PRAPS)

2.1.4 Intégrer la prévention dans la pratique courante des professionnels de santé du premier recours

Les professionnels de santé du premier recours sont en mesure de réaliser une prévention de proximité et individualisée. Ils peuvent ainsi sensibiliser, informer, accompagner chaque patient dans la gestion de sa santé selon les événements de vie (entrée dans l'adolescence, projet de maternité,...) qui engendrent des facteurs de risque ou nécessitent des points d'attention spécifiques.

Faciliter l'inscription des actions de prévention et de dépistage dans les projets d'organisation et de regroupement des professionnels de santé (maisons de santé pluri-professionnelles, réseaux, centres de santé mutualistes et associatifs...) :

L'ARS, par le biais des contractualisations avec les réseaux, les centres de santé et les maisons de santé, s'accordera avec les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures/dispositifs sur des objectifs de prévention.

Renforcer la participation des professionnels de santé du premier recours dans la prévention :

Des actions spécifiques seront menées en direction des professionnels de santé du premier recours afin qu'ils participent :

- A la diffusion d'informations en matière d'alimentation équilibrée, d'activité physique régulière, d'allaitement maternel et de vaccination,
- Au repérage / dépistage :
 - des conduites à risques : alcool, tabac
 - du surpoids et de l'obésité
 - des patients à risque cardio-vasculaire
 - des personnes fragiles : personnes âgées, personnes présentant des signes de souffrance psychique, déficience de la petite enfance
 - des cancers (dépistages organisés : sein et colon ; dépistages individuels : col de l'utérus)
- Au suivi de prévention : calendrier vaccinal.

Les professionnels de santé du premier recours peuvent également participer au repérage des personnes n'ayant pas accès à certaines prestations de soins et les orienter si besoin (soins dentaires, dépistage des cancers : cf PRAPS).

En matière d'éducation pour la santé, les professionnels de santé ont un rôle à jouer auprès de leurs patients (information sur la bonne utilisation du système de santé, sur les déterminants de santé, sur les risques aux différents âges de la vie,...). Il conviendra, dans le cadre du COTER « Premier recours » de définir le rôle que peut mener chaque catégorie de professionnel de santé et les modalités d'actions qui pourront être envisagées.

Dans le tableau situé en annexe 5, sont détaillées les actions de chaque type de professionnel de santé du premier recours à savoir : les médecins libéraux, mutualistes et de l'Éducation nationale, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Pour inciter chaque professionnel de santé, sont prévus :

- La mise en place de formations (cf. Partie 2.2.2),
- Une diffusion régionale de documents via l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), en concertation avec les URPS et les Conseils de l'Ordre,
- Des contacts avec les différents Conseils de l'Ordre pour définir d'autres leviers d'actions.

Par ailleurs, il faut rappeler que les médecins conventionnés ont souscrit des objectifs de prévention, tel que prévu par l'article 26-2 de la Convention Médicale (cf. Annexe 5).

2.1.5 Impliquer les établissements médico-sociaux et de santé aux objectifs de prévention

Tout acte de soin ou d'accompagnement doit représenter une opportunité pour aborder la prévention. Le soin, le médico-social et la prévention doivent être indissociables.

Inciter les établissements médico-sociaux à mener des actions de prévention et à développer l'éducation pour la santé :

Concernant les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, un volet « prévention / éducation pour la santé » sera intégré dans chaque projet d'établissement. Par le biais des conventions tripartites ARS/Conseil Général/Établissement, des objectifs d'éducation pour la santé et de prévention seront définis, tels que la prévention de la perte d'autonomie, la dénutrition des personnes âgées, la prévention des chutes, la promotion de la santé bucco-dentaire.

Concernant les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées, un volet « prévention / éducation pour la santé » sera intégré dans chaque projet d'établissement. Par le biais des conventions d'objectifs et de moyens signées entre l'ARS et l'établissement, des objectifs d'éducation pour la santé et de prévention tels que le relais des campagnes nationales à destination des personnes handicapées et de leur entourage, l'éducation sexuelle, la prévention du diabète de type 2, la lutte contre l'obésité, la participation aux dépistages organisés dans cancers du sein et colorectal, la promotion de la santé bucco-dentaire, la prévention du suicide seront définis. Des objectifs de prévention pourront également être repris dans les projets individuels de soin.

Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) seront incités à intégrer la prévention dans la formation de leur personnel.

Concernant les établissements médico-sociaux pour personnes addictives, à savoir les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), il est prévu que l'ARS conventionne avec ces établissements sur un volet « prévention / éducation pour la santé ». En effet, au-delà de leurs missions de prise en charge médico-sociale, des actions de prévention auprès des bénéficiaires et de leur entourage sont menées :

- Actions de prévention aux usages à risques : information, distribution de matériel à usage unique, prévention VIH, hépatites et IST...),
- Actions de dépistage,
- Vaccination.

Il est opportun que soit identifié, au sein de chaque établissement, un référent en prévention qui soit le pilote des actions. Cette personne pourra se rapprocher du Pôle Régional de Compétences pour bénéficier d'une formation (cf. *Partie 2.2.2*) et de l'IREPS pour être accompagné dans la mise en œuvre des actions.

Inciter les établissements de santé à mener des actions de prévention et à développer l'éducation pour la santé :

Par le biais des conventions d'objectifs et de moyens signées entre l'ARS et chaque établissement, des objectifs de prévention et d'éducation pour la santé seront définis. Ils pourront également être repris dans les projets d'établissements. Ils porteront sur au moins une des deux priorités suivantes : addiction ou nutrition en fonction des priorités du territoire. A noter que l'ensemble du personnel des établissements est amené à transmettre des messages d'éducation pour la santé dans le cadre de leurs pratiques courantes. Ils pourront également proposer dans les différents lieux des documents spécifiques et adaptés au public. Ces documents pourront être transmis par l'IREPS.

L'ARS sera attentive aux initiatives issues des établissements de santé en matière de prévention. Pourront être accompagnées les expérimentations portant sur les priorités régionales de santé. L'ARS incitera le développement d'unités de santé publique coordonnées par un établissement de santé dans chaque territoire (cf. *Partie 2.1.6*).

2.1.6 Organiser l'offre de prévention dans les territoires et les bassins de santé

L'ARS souhaite une équité et une qualité de l'offre de prévention pour tous, au plus près du lieu de vie de chaque habitant de Midi-Pyrénées. La prévention est un puissant facteur d'atténuation des écarts de santé lorsque son accès est organisé, structuré et favorise une participation réelle de la population. L'organisation territoriale est un enjeu majeur. Les élus locaux et les acteurs du champ social seront consultés.

Mettre en place une offre minimale de prévention par territoire :

Le Centre Hospitalier du chef-lieu de territoire assurera une mission de santé publique, formalisée ou non par une unité dédiée. Il sera chargé, entre autres, de coordonner les différents dispositifs :

- Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG),
- Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement transmissibles (CIDDIST),
- Consultation de vaccination et de conseils aux voyageurs,
- Consultation de tabacologie,
- Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA),
- Équipe pluriprofessionnelle d'endocrino-nutrition.

D'autres services pourront être inclus dans cette unité de santé publique tels qu'une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Le centre hospitalier jouera le rôle de pôle ressources et de formations en santé publique sur le territoire de santé.

Cette mission sera complétée par les services suivants :

- Une antenne départementale de l'IREPS,
- Un dispositif d'accueil et d'écoute pour les jeunes (cf. partie 3.3),
- Une implantation départementale de la structure régionale de gestion de dépistage organisé des cancers,
- Un réseau de structures de planification familiale.

L'ensemble de ces services compose l'offre minimale de prévention par territoire qui pourra être complétée en tant que de besoin pour être accessible par bassin de santé.

Décliner le schéma régional de prévention dans les bassins de santé :

La déclinaison des priorités régionales de prévention s'effectuera en priorité dans le cadre des contrats locaux de santé, de l'animation des bassins de santé et du programme du gérontopôle afin de s'appuyer sur les dynamiques territoriales. Ces projets seront favorisés et bénéficieront d'une attention particulière de l'ARS via la contractualisation pluriannuelle et les appels d'offre régionaux (cf. Partie 2.2.4).

2.1.7 Renforcer le dispositif de repérage des situations d'habitat insalubre

Le parc de logements en Midi-Pyrénées est composé à 80 % de résidences principales, 10 % de résidences secondaires et 10 % de logements vacants.

Selon les données statistiques (données cadastrales et de l'Agence nationale de l'habitat - ANAH), le parc potentiellement indigne est estimé à 63 000 logements, soit 11,7 % du parc alors que la moyenne nationale est de 10,6%. La politique de repérage et de traitement des logements insalubres s'inscrit dans les priorités de l'ARS au titre du développement des politiques de prévention des risques environnementaux pour la santé mais vise également à réduire les inégalités de santé et à traiter les situations de précarité.

Dans le cadre du Plan régional santé-environnement (PRSE2), l'ARS participera activement au développement des pôles « habitat » réunissant les différents acteurs de terrain ayant une capacité à identifier l'habitat insalubre (Services de l'état [DDT, DDCS/DDCSPP], Conseils généraux, organismes de prestations sociales [CAF, MSA], ADIL, Parquet, UDAF, ADM. L'ARS poursuivra l'objectif de participer à la mise en place et au fonctionnement d'un pôle « habitat » par territoire de santé afin d'augmenter sensiblement le repérage de ces situations d'insalubrité. A l'échelon régional, elle co-anime avec la DREAL une mission d'appui dont l'objectif est d'apporter un soutien méthodologique à la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne au sein des ces pôles.

Par ailleurs, l'ARS s'emploiera à déployer un outil d'information commun (@riane-BPH) sur la lutte contre l'habitat indigne afin d'améliorer l'efficacité de l'action des services.

2.2 Évaluer et renforcer la qualité des actions de prévention

2.2.1 Évaluer les programmes et actions en termes de processus, résultats et impacts

Il existe différents niveaux d'évaluation selon s'il s'agit de l'évaluation de la politique régionale de promotion de la santé ou des actions de terrain portées par les opérateurs.

Valider et diffuser un document régional commun d'évaluation :

Un guide d'évaluation sera réalisé par l'ARS en lien avec les référents techniques promotion de la santé de la Commission de Coordination des Politiques Publiques de Prévention et l'IREPS. Il précisera les principes de la méthodologie d'évaluation cités en annexe 4. Le Pôle Régional de Compétences assurera la promotion du guide dans le cadre des journées d'échanges et des formations ainsi que l'IREPS dans le cadre de ses interventions sur l'évaluation.

Organiser le suivi et l'évaluation des actions par l'ARS :

Le suivi sera réalisé au regard des indicateurs figurant dans les conventions passées avec les opérateurs et sera donc particulier à chaque action. Il sera réalisé par l'ARS et les partenaires concernés par l'action. Des visites sur site pourront être organisées et seront prévues dans les conventions.

Pour chaque action du schéma régional de prévention, un ensemble d'indicateurs est défini. Au-delà de cette évaluation propre des actions, des indicateurs concernant les comportements de santé sont répertoriés en lien avec l'ORS. Ils permettront de suivre l'impact des plans d'actions menés sur la base d'une veille annuelle (cf. *Annexe 2*). Ce suivi des indicateurs sera réalisé par l'ARS en lien avec l'ensemble des acteurs participant à sa mise en œuvre. Des points d'avancée de la mise en œuvre du schéma seront réalisés auprès de la commission prévention de la CRSA.

2.2.2 Développer la formation sur la prévention

Les acteurs agissant en promotion, éducation pour la santé et prévention doivent pouvoir bénéficier d'une formation spécifique dans le cadre de leur formation initiale et également dans le cadre de la formation continue. Un recensement des formations initiales et continues intégrant un module « prévention / promotion de la santé » sur la région sera réalisé par l'IREPS en 2012. Dans la même optique, une réflexion sera menée avec les partenaires de l'ARS en vue d'encourager la formation du personnel des institutions à la promotion, l'éducation pour la santé et la prévention.

Inclure la prévention dans les formations initiales :

- Travailler sur la transversalité et l'homogénéité des formations initiales en santé publique et éducation pour la santé pour les étudiants souhaitant devenir infirmier, manipulateur-radio, pédicure-podologue, psychomotricien ou kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien. La Faculté de médecine, université coordinatrice des enseignements universitaires, sera missionnée par l'ARS pour mettre en place un module de cours commun à toutes les disciplines et des cours spécifiques pour chaque discipline. Dans ce cadre, des journées de rencontres de formateurs des écoles paramédicales seront organisées pour travailler sur le contenu des formations.
- Intégrer des modules sur la prévention au cours de la formation des futurs médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes. Il est opportun de s'assurer que des modules de prévention sur les thématiques suivantes soient assurés : dépistage des cancers, vaccination, repérage et interventions brèves sur tabac et alcool, prévention et dépistage de l'obésité et des maladies chroniques, prévention du suicide, éducation affective et sexuelle. L'ARS se mettra en lien avec chaque coordonnateur de DES/DESC afin qu'un module soit proposé en fonction de chaque spécialité.

Inclure la prévention dans les formations continues :

- Pour les médecins généralistes : il s'agit notamment de proposer un module de formation sur la prévention. Dans ce module, pourront être traitées les thématiques suivantes : dépistage des cancers, vaccination, repérage et interventions brèves sur tabac et alcool, éducation affective et sexuelle, prévention et dépistage de l'obésité et des maladies chroniques. La faisabilité de mise en place d'un tel module sera étudiée en lien avec l'URPS des médecins généralistes et les organismes de formation qui développent d'ores et déjà des programmes sur la formation.
- Pour les professionnels de la petite enfance : il s'agit de proposer un module de formation sur la vaccination, la nutrition, l'activité physique (cf. *Parties 3.1.3 et 4.1.3*). L'ARS se rapprochera des services de la Protection maternelle et infantile (PMI) à cet effet.
- Renforcer la communication autour du DIU « Éducation pour la santé », co-piloté par la Faculté de Médecine et l'Université de Toulouse III-Paul Sabatier, à destination des professionnels de santé, travailleurs sociaux, enseignants, personnel des collectivités...

Affirmer le rôle du pôle régional de compétences dans la professionnalisation des acteurs, et celui de l'IREPS en tant que structure d'appui aux opérateurs :

Le pôle régional de compétences constitue une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé (EPS) de la région afin de les mettre à disposition de tous les

acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs, etc.) et venir en appui de leurs actions en éducation pour la santé ou en promotion de la santé. Il a pour mission de développer des fonctions supports à caractère transversal telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, l'appui documentaire et l'évaluation (cf. *Glossaire*).

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé dispose d'une antenne par département et exerce des missions favorisant une meilleure qualité des actions d'éducation pour la santé. Ses missions sont :

- Appui aux opérateurs ayant des besoins en diffusion/documentation/outils :
 - Assurer le relais des campagnes d'information et de communication de l'INPES en lien avec les priorités de l'ARS et accompagner la demande de diffusion des acteurs,
 - Proposer une offre documentaire actualisée en éducation pour la santé aux professionnels et au public,
 - Mettre à disposition des professionnels et du public des outils d'éducation pour la santé.
- Accompagnement de structures dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs projets.
- Développement de la communication afin d'améliorer l'accessibilité aux services de l'IREPS.

2.2.3 Rendre lisible l'offre de prévention

Il est important que chaque acteur, institutionnel, associatif, libéral puisse connaître les actions qui sont mises en place, par thème et secteur géographique.

Communiquer sur l'offre de prévention en Midi-Pyrénées :

L'IREPS sera chargée de réaliser et de diffuser, chaque année, un état des lieux des actions portant sur une des 5 priorités régionales de prévention. La diffusion sera réalisée par l'ARS auprès de ses partenaires et sera relayée par le pôle régional de compétences.

Un annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales, associatives intégrant l'ensemble des acteurs de la prévention sera constitué et mis à disposition des promoteurs.

2.2.4 Inscrire les actions dans la pluri annualité

Seront soutenues prioritairement :

- Les actions ayant fait la preuve de leur qualité, de leur efficacité, portant sur les priorités régionales de prévention,
- Les actions portées par les opérateurs en capacité d'intervention sur une zone géographique étendue, de façon homogène,
- Les actions portées par des opérateurs associatifs ayant su se fédérer,
- Les actions locales impliquant l'ensemble des acteurs de la zone géographique concernée selon une démarche intersectorielle et participative.

Permettre aux opérateurs de mener des actions dans la durée :

Pour ce faire, l'ARS privilégiera la signature de contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les opérateurs. Des « dialogues de gestion » permettront de définir des programmes de travail en cohérence avec les priorités régionales de prévention de l'ARS, et aboutiront, sur la base de diagnostics locaux, à la signature d'une convention annuelle et si possible pluriannuelle d'objectifs et de moyens fixant à la fois les engagements du promoteur et ceux de l'ARS. Des outils et des instances de suivi et d'évaluation de ces CPOM seront définis.

En complément, l'ARS organisera des actions en utilisant des procédures d'appel d'offres. Cette procédure nécessite d'avoir une définition précise de la nature et de l'étendue des besoins et impose une mise en concurrence des différents opérateurs susceptibles d'y apporter une réponse. Un contrat sera signé avec le prestataire sélectionné, contrat qui pourra courir sur plusieurs années.

Enfin, l'ARS souhaite maintenir un appel à projets sur les priorités régionales de prévention, territoires et publics identifiés afin de permettre l'innovation, l'expérimentation d'actions nouvelles. Cette procédure d'appel à projets sera construite sur la base d'une année civile, avec une fenêtre de dépôt des dossiers suffisamment tôt dans l'année. Seront élaborés des cahiers des charges précis tant sur les objectifs que sur les publics et les territoires cibles.

Orientation

3

Agir sur les priorités régionales de prévention

3.1

Promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique et prévention des pathologies chroniques

L'enjeu global est de prévenir les pathologies en lien avec l'alimentation et la sédentarité, déterminants communs de nombreuses pathologies chroniques, en particulier, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, certains cancers.

L'enfance est le moment propice à la prévention, des axes de travail sont à mener autour de la future mère, des jeunes parents et jeunes enfants. Il n'en demeure pas moins que les projets de prévention doivent être poursuivis jusqu'à l'âge adulte, notamment en direction des collégiens, lycéens et apprentis (LEP), des étudiants, des personnes en situation de précarité, des personnes en situation de handicap. Il s'agit également de développer l'activité physique en particulier à partir de l'adolescence à l'école et dans les collectivités, mais aussi d'informer sur le rôle bénéfique du sommeil sur la santé.

L'action en ce domaine est de nature intersectorielle, et nécessite la convergence de politiques de prévention des institutions partenaires de l'ARS.

Le Plan national nutrition santé (PNNS) fournit le cadre de référence en matière d'alimentation et d'activité physique pour une amélioration de l'état de santé de la population. Il doit servir de support aux actions sur l'ensemble du territoire.

Le Plan obésité 2010-2013 complète le PNNS notamment sur l'organisation du dépistage et de la prise en charge des patients obèses.

Si plusieurs objectifs nationaux initialement fixés par le PNNS ont été atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et des inégalités sociales de santé se sont encore creusées (la prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle au niveau socioéconomique).

Le plan d'actions régional de Midi-Pyrénées s'inscrit pleinement dans la politique de réduction des inégalités sociales de santé et prend en compte la diversité culturelle.

Par ailleurs, afin d'améliorer la connaissance sur l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes en Midi-Pyrénées, un suivi épidémiologique a été mis en place par l'ARS et le Rectorat auprès des enfants inscrits en grande section de maternelle (5/6 ans) et en 6ème (10/12 ans), dans les différents établissements publics de la région.

Le déploiement géographique des programmes sera concerté entre l'ARS, la DRAAF et la DRJSCS.

3.1.1 Structurer la prévention

Conforter une instance régionale de pilotage du PNNS :

Différentes institutions et acteurs régionaux sont concernés et ont entrepris indépendamment les uns des autres des programmes ou actions sur la nutrition sans réelle coordination concertée.

Un comité régional de pilotage a été créé en 2010. Coordonné par l'ARS, il se compose d'experts du monde médical, de représentants de la société civile, des populations spécifiques et de spécialistes de la méthodologie. Ce comité émet notamment des propositions en matière de promotion de la santé aux différents âges de la vie, sur les rôles respectifs des acteurs. Il contribue à l'élaboration d'un guide de référence régional sur l'obésité, et au suivi de sa mise en œuvre qui sera expérimenté en premier lieu dans le département du Gers.

Ce comité régional « PNNS-Obésité » travaille en lien avec le COTER «Nutrition, endocrinologie, et maladies métaboliques» (NEMM) et tient compte de ses recommandations en matière de dépistage et prise en charge. Il se réunit à minima, une fois par trimestre.

Mettre en place une organisation territoriale pour déployer le PNNS :

L'ARS mettra en place des équipes d'appui PNNS (diététicien, psychologue et éducateur médico-sportif...). Ces équipes auront des missions en proximité, de prévention, dépistage et prise en charge ambulatoire, intervenant ainsi dans les bassins de santé.

La mobilisation par les professionnels de ces équipes sera définie au sein de la filière de prise en charge de l'obésité sous l'égide du centre spécialisé (cf. *SROS Médecine*).

La montée en charge de cette organisation sera progressive. Elle s'effectuera dans le cadre des contrats locaux de santé et de l'expérimentation de l'animation des bassins de santé.

La mise en œuvre des programmes de prévention devra être en cohérence avec cette organisation et s'inscrire en complément des actions des réseaux REPOPOP et DIAMIP, de l'association Efformip et du programme SOPHIA (accompagnement du suivi du diabète de type 2) mené par l'Assurance Maladie.

Sur la base des recommandations du PNNS qui servent de référence sur l'alimentation et l'activité physique, les actions en faveur des personnes âgées sont développées dans le volet « personnes âgées » du schéma ; celles envers le public en situation de précarité dans le PRAPS.

Il est montré que les interventions combinant différents niveaux (sur l'individu lui-même, sur l'entourage et sur les milieux dans lesquels ils vivent) sont les plus efficaces.

Ainsi, sur un même territoire, le déploiement de programmes globaux intergénérationnels et intersectoriels sera à privilégier.

Favoriser l'adhésion des collectivités et des entreprises à la charte PNNS :

Les collectivités territoriales jouent un rôle essentiel pour la mise en place d'actions de santé au plus près de leurs concitoyens.

Une coordination Midi-Pyréenne des villes actives a été créée fin 2010. Elle se réunit trois fois par an pour échanger sur les expériences mutuelles et contribuer à une dynamique régionale.

Un groupe « campagne PNNS » associant des représentants de chaque territoire (ARS-collectivités-institutions partenaires) a été mis en place fin 2011, afin de conduire cette campagne.

La campagne vise à sensibiliser les collectivités pour les faire adhérer à la charte PNNS. L'adhésion à cette charte permet d'afficher et de faire connaître la volonté et l'implication de la municipalité dans la promotion de la santé pour ses administrés par le volet alimentation et activité physique. Pour les départements, la charte engage le Conseil général à concevoir un programme de progrès nutritionnel et de promotion des activités physiques et sportives cohérent avec le projet régional de santé publique, contribuant ainsi au niveau territorial à l'atteinte des objectifs du PNNS.

Par ailleurs, les financements des actions et programmes de prévention de l'ARS pour les collectivités locales et territoriales seront conditionnés à l'adhésion à cette charte. Tout programme sera coordonné ou piloté par la collectivité concernée.

L'incitation à adhérer à la « charte entreprise active PNNS » dès lors que celle-ci sera formalisée au niveau national sera effectuée en lien avec les partenaires concernés (notamment DIRECCTE, DRAAF, DRJSCS).

Conforter l'information sur l'alimentation équilibrée en restauration collective :

Les personnels de restauration collective sont des relais essentiels en matière de nutrition. L'objectif est de renforcer les connaissances des professionnels de la restauration collective sur les recommandations du PNNS et sur l'impact de la nutrition sur la santé.

Il s'agit d'accompagner les initiatives sur le volet santé et sur le PNNS des organismes proposant des formations sur l'alimentation.

En lien avec les organismes formateurs des agents des collectivités et de la restauration privée, et les institutions (ARS/DRAAF/Éducation nationale/DRDJCS), un groupe de travail régional s'est constitué pour élaborer des propositions sur la programmation et le contenu des modules de formation à destination des agents impliqués dans la restauration collective.

3.1.2 Adapter les modes d'interventions à chaque âge et à chaque population

Sensibiliser la femme enceinte :

L'objectif est de sensibiliser les futures mères à leur propre équilibre alimentaire et au maintien d'une activité physique « raisonnable » durant la grossesse, sur les modes d'alimentation du nouveau-né et les bénéfices de l'allaitement maternel.

L'ARS contractualisera avec la Mutualité Française afin qu'elle organise, en lien avec Maternip, REPPOP, l'Assurance Maladie et les services de PMI, des campagnes de sensibilisation auprès des professionnels de santé concernés (médecins généralistes, infirmiers, gynécologues médicaux, gynéco-obstétriciens, sage femmes, personnels des maternités, PMI, pharmacies d'officine) par la diffusion des outils validés. Des ateliers d'échanges collectifs auprès des futures mères seront organisés dans les maternités.

Agir auprès des enfants de moins de 3 ans :

Il est prouvé que familiariser progressivement les enfants à des aliments qui leur sont au départ inconnus permet une meilleure acceptation du produit à long terme. De 0 à 6 mois, le nourrisson se nourrit exclusivement de lait. Dès 5-6 mois, de nouveaux aliments sont introduits progressivement.

Une diversification alimentaire mal adaptée peut être à l'origine d'allergie alimentaire, de problèmes rénaux, digestifs, de malnutrition, de risque de surcharge pondérale. L'objectif est de favoriser une diversification alimentaire et une hygiène de vie adaptées.

De façon identique à l'action vis-à-vis des femmes enceintes, l'ARS contractualisera avec la Mutualité Française afin qu'elle organise, en lien avec les services de PMI, le réseau REPPOP, des campagnes de sensibilisation auprès des professionnels de santé concernés (médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, infirmiers, services de PMI) par la diffusion des outils validés par le comité de pilotage PNNS-Obésité.

Des ateliers s'adressant aux professionnels de la petite enfance (assistantes maternelles, personnels de crèche) et aux parents, seront organisés par la Mutualité Française dans les « relais assistantes maternelles » en lien avec les CAF, les collectivités territoriales et les services de la PMI.

Agir prioritairement auprès des enfants des écoles maternelles et primaires :

L'objectif est d'agir auprès des enfants dans le cadre d'une démarche globale sur l'alimentation et l'hygiène de vie (sommeil, activité physique), avec les familles, les équipes éducatives des écoles, les professionnels de la restauration scolaire, mais aussi les collectivités agissant sur le cadre de vie (transports, équipements urbains) prioritairement en classe de grande section de maternelle.

C'est pendant l'enfance, période cruciale, que se prennent les habitudes futures sur les comportements nutritionnels. Par ailleurs, il convient d'harmoniser les programmes éducatifs en milieu scolaire et périscolaire. Les programmes sur l'alimentation et l'activité physique en milieu scolaire peuvent être dispensés soit sur le temps éducatif, soit sur le temps périscolaire.

L'ARS, en lien avec l'Éducation Nationale, accompagnera les programmes qui prévoient de façon combinée sur un même territoire :

- La déclinaison du programme « manger, bouger, pour ma santé » ciblant les enfants de la maternelle au CE1 de l'association Passerelles. Ce programme s'appuie sur la formation des enseignants et la diffusion d'outil pédagogique (manuel « manger, bouger pour ma santé ») et sur la mise en œuvre d'activités dans les classes. Il vise l'amélioration des connaissances des enfants de trois à huit ans en matière d'éducation à la santé (alimentation et activité physique). Après l'expérimentation déployée en 2010 dans l'Aveyron, ce programme s'étend actuellement dans les sept autres départements.
- Un accompagnement éducatif en lien avec l'Éducation Nationale visant à supprimer la collation matinale hypercalorique à l'école, à l'instar de ce qui a été mis en place sur la ville de Toulouse. La collation matinale à 10 heures ne doit être ni systématique ni obligatoire, car elle peut aboutir à un déséquilibre des rythmes alimentaires des enfants, mais doit être réfléchi en fonction du contexte.
- Un programme portant sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle et gustative de la restauration collective dans les cantines, en lien avec la collectivité locale concernée.
- L'accompagnement au déploiement d'une action « labellisée » du plan national de l'alimentation (les classes du goût, la campagne de sensibilisation sur la consommation des fruits et des légumes). Les classes du goût consistent à la mise en place de journées de sensibilisation des enseignants et des infirmières scolaires à la pédagogie du goût et de séances d'animation portant sur l'éveil pour le goût des enfants en CE2/CM1.

L'ARS en lien avec le comité régional PNNS-PO consolidera un programme régional global de prévention reconnu par les acteurs. Ce programme devra, entre autres, prendre en compte les interventions existantes probantes, l'environnement scolaire et périscolaire (avec des actions auprès des éducateurs, des parents) et le lien avec collectivités territoriales,

Promouvoir l'activité physique auprès des adolescents :

L'objectif est de promouvoir l'activité physique auprès des adolescents. Seul un jeune sur quatre de 15 ans pratique une activité physique satisfaisante. On observe également une diminution de l'activité physique vers l'âge de 13 ans. Les programmes viseront les enfants scolarisés en collège.

L'ARS accompagnera les programmes mettant en place les conditions pour un développement de l'activité physique. Il pourra s'agir :

- De programmes de type ICAPS (intervention auprès de collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) en lien avec l'Éducation Nationale dans tous les collèges d'un territoire. Il vise à favoriser la pratique de l'activité physique dans l'enceinte de l'école mais aussi en dehors de l'établissement (loisirs, vie quotidienne) en impliquant de nombreux acteurs (équipes éducatives et administratives des établissements scolaires, parents, associations sportives, collectivités territoriales). Il a démontré des modifications de comportement d'activités des adolescents à long terme et des bénéfices sur le surpoids et l'obésité. Un guide d'aide à l'action permet d'accompagner ces projets.
- Du programme « Bouge, une priorité pour ta santé » porté par la Mutualité Française, en partenariat avec l'UNSS (Union Nationale de Sport Scolaire).
- D'actions à initier auprès de jeunes défavorisés voire non-scolarisés (Partenariat envisagé avec la Mutualité Française).

Le Plan national alimentation propose différents dispositifs, comme «Plaisir à la cantine », coordonné par la DRAAF. Ce dispositif prévoit un programme de formation destiné à l'ensemble des acteurs de la restauration collective de l'établissement. Il accompagne les collèges pour repenser leur alimentation dans sa globalité. Ce dispositif s'inscrit en complément des programmes basés sur l'activité physique des jeunes.

Accompagner les actions portant sur l'hygiène de vie des étudiants :

Un programme pluriannuel partagé sera co-élaboré avec les partenaires de la santé des étudiants (médecine universitaire, mutuelles étudiantes, CROUS) conjuguant des actions portant sur l'alimentation, le sommeil et l'activité physique.

Ce programme prévoira des ateliers « cuisine », « échange culturel », « petit budget » portant sur la santé bien-être et alimentation des étudiants. Il reposera sur l'expérimentation de l'action « campus gourmand » porté par le CROUS et les ateliers « petit budget » porté par la Mutualité Française.

Une programmation annuelle dans les cités et restaurants universitaires sera effectuée.

Ces actions s'inscrivent en complément de celles déjà menées par le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé (SIMPPS).

Sensibiliser les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle :

Il s'agit de mettre en place une formation des professionnels référents santé des missions locales qui visera à les accompagner dans l'information des jeunes sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée et la pratique quotidienne d'activité physique. Ces connaissances acquises permettront aux professionnels de déployer des actions pour les jeunes (voir chapitre « santé des jeunes »)

Des ateliers (alimentation et petit budget) seront mis en place par la Mutualité Française envers les jeunes repérés par les référents santé.

Promouvoir la santé bucco-dentaire et la nutrition auprès des populations en situation de handicap :

Un état des lieux sera réalisé afin d'ajuster l'organisation future des actions de santé bucco-dentaire en établissements et services médico-sociaux. L'enquête recensera les actions existantes en matière de prévention, de dépistage et les modalités d'organisation actuelle des soins. Ce bilan permettra d'orienter les mesures à mettre en œuvre en lien avec Handident. Un référent sur la santé bucco-dentaire sera désigné dans les établissements et services médico-sociaux.

En vue de promouvoir la nutrition auprès des personnes en situation de handicap (tout type de handicap), et des professionnels du secteur, des ateliers portant sur l'alimentation et l'activité physique seront organisés dans les établissements et services médico-sociaux. Les Instituts médico-éducatifs (IME) et Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) seront incités à mettre en place des ateliers (couverture de l'ensemble en 3 ans) et à désigner un référent sur l'alimentation et sur l'activité physique.

Pour les adultes : interventions dans les Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) (couverture de l'ensemble en 3 ans).

Il est nécessaire que ces ateliers soient coordonnés par un membre du personnel de chaque structure et service, désigné comme référent en nutrition pouvant bénéficier du soutien du pôle régional de compétences en termes de formations. Les formations des référents des éducateurs médico-sportifs intervenant dans les établissements seront organisées avec l'appui de l'opérateur régional repéré (EFFORMIP).

3.1.3 Organiser le dépistage des personnes à risque d'obésité et du diabète de type 2

Le comité de pilotage régional PNNS-Plan obésité, en lien avec les institutions concernées et le COTER « Nutrition, endocrinologie et maladies métaboliques », étudiera les modalités d'élaboration des outils, de diffusion de l'information. Le médecin traitant est au cœur du dispositif : les personnes étant repérées ou dépistées sont orientées vers lui pour infirmer ou confirmer le diagnostic et pour orienter vers une prise en charge adaptée.

Pour les femmes enceintes et jeunes enfants (0-3 ans) :

Les professionnels des différents secteurs intervenant auprès de futures mères seront informés par le réseau Maternip sur les repères concernant le dépistage de l'excès de poids et du risque de diabète gestationnel chez les femmes enceintes (Médecins généralistes, infirmiers, gynécologues médicaux, gynéco-obstétriciens, sage femmes, personnels des maternités, PMI, pharmacies d'officine).

Les jeunes enfants sont principalement repérés lors des examens de santé obligatoires soit par le médecin traitant soit par les services de la PMI.

Il conviendra de renforcer l'information des professionnels de santé concernés sur la recherche des signes d'alerte chez les jeunes enfants (ascension continue de la courbe de l'Indice de masse corporelle (IMC), rebond d'adiposité précoce ou changement rapide de couloir vers le haut sur la courbe du poids) et sur les outils disponibles, par le réseau REPPOP.

Pour les enfants et adolescents :

En milieu scolaire, lors du dépistage infirmier, lorsqu'un enfant est repéré à risque d'obésité lors de l'examen obligatoire de santé en Grande Section de Maternelle ou en sixième, une consultation avec le médecin de santé scolaire est systématiquement mise en place. Lors de la rencontre de la famille avec le médecin scolaire, les familles sont incitées à consulter leur médecin traitant pour une prise en charge de leur enfant, en tant que de besoin.

Le réseau REPPOP assurera l'information et la formation des professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres) pour les modalités de dépistage et de prise en charge de l'enfant à risque d'obésité.

Pour les adultes :

Pour les adultes, un outil d'auto repérage de la corpulence et des facteurs de risque de diabète élaboré par le COTER « Nutrition, endocrinologie maladies métaboliques » sera diffusé dans les pharmacies, les salles d'attentes des médecins, les cabinets d'infirmiers libéraux, permettant une orientation vers le médecin traitant si besoin.

Les médecins du travail seront également sensibilisés au repérage des sujets à risque.

Les adultes à risque d'obésité seront incités à consulter leur médecin traitant pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

3.2 Prévention des conduites addictives

Le développement des conduites addictives est lié à un cumul de facteurs de risques et de fragilités. L'information sur les dangers et le rappel des interdits sont très insuffisants pour répondre à ces questions. Toute action de prévention doit donc tendre à réduire les facteurs de vulnérabilité et développer les facteurs de protection. Les actions de prévention doivent agir sur les facteurs de risques liés à la précocité des consommations, à l'association avec des prises de risques ou des circonstances particulières, au contexte de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales, et aussi, parfois, au contexte de désocialisation.

Les actions portées par le Schéma Régional de Prévention s'adresseront en priorité aux publics issus des catégories socio-professionnelles les plus fragiles. Tous les intervenants sont concernés, spécialisés ou pas sur les addictions. La question des addictions interpelle en effet l'ensemble du corps social, même si cela peut être à des degrés divers. Les conséquences de ces consommations sont à l'origine d'une partie importante de la mortalité prématurée dite « évitable », comme des plus grandes inégalités sociales de santé.

Pour mener à bien ce plan d'actions, l'ARS s'appuiera sur un ou plusieurs opérateurs relais dont l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA).

3.2.1 Développer la prévention chez les jeunes

Il est admis aujourd'hui que les actions de prévention des consommations de substances ne doivent plus cibler les produits mais être centrées sur les comportements. La consommation des psychotropes lorsqu'elle dépasse la simple conduite d'essai est alors considérée comme un symptôme qui doit alerter l'entourage et entraîner le recours aux professionnels. Les actions devront être développées dans chaque territoire et bassin de santé, en prenant en compte les déterminants en cause, les données épidémiologiques, et notamment dans les zones où sont conclus des Contrats locaux de santé.

Retarder les premières consommations et sensibiliser les jeunes aux risques dès la classe de 6ème :

Ces actions s'adressent au public qui n'a pas encore d'expérience de consommation régulière.

L'ANPAA interviendra auprès des classes de sixième dans le cadre d'un programme régional contractualisé avec l'ARS. Ceci s'inscrit en complément d'autres actions départementales menées par l'Éducation Nationale.

Il est souhaitable que dans chaque établissement, un projet soit élaboré en lien avec le Comité d'Éducation pour la Santé et la Citoyenneté (CESC), instance réunissant notamment les représentants des enseignants, élèves, parents, associations locales, en développant une méthode participative. Cet accompagnement devra permettre aux élèves d'être acteurs et relais de prévention dans leur établissement. L'objectif principal doit être le renforcement des capacités des jeunes à faire des choix raisonnés. Par ailleurs, le renforcement du rôle des « modèles » sera recherché (parents, enseignants, éducateurs...). Occasionnellement, pourront être organisés, dans le cadre de projets globaux, des « groupes de paroles » ou des « cafés parents » permettant aux parents d'élèves d'être associés à cette dynamique.

L'Académie de Toulouse compte 318 collèges. Après une montée en charge du dispositif, l'objectif est de couvrir l'ensemble des établissements.

Prévenir le passage d'un usage occasionnel à un usage abusif dès la classe de seconde :

Ces actions s'adressent aux classes d'âge où l'on retrouve des consommateurs à risque d'abus. Elles ont pour but de limiter le risque. L'ARS missionnera l'ANPAA pour intervenir dans les classes de seconde. Les interventions consisteront en une information sur les addictions et les prises de risques puis sur la production de messages de santé par les jeunes eux-mêmes qui seront ensuite diffusés vers d'autres jeunes (textes, affiches, slogans, ...). Dans chaque établissement, un pool de personnels intéressés sera identifié pour mettre en œuvre la dynamique

L'Académie de Toulouse compte 198 lycées. Après une montée en charge du dispositif, l'objectif est que tous les établissements s'engagent dans cette démarche. La priorité sera accordée aux lycées professionnels. L'ANPAA et les partenaires de l'addictologie interviendront en lien avec les services de santé scolaire. Dans tous les cas, une attention particulière sera portée à la fédération des acteurs.

Développer la prise de conscience des risques liés aux consommations massives, agir en milieu festif :

Les consommations massives, particulièrement d'alcool, se répandent chez les jeunes (« binge drinking »). Cette pratique, qui touche toutes les catégories sociales, génère de nouveaux risques qui doivent être pris en compte (comas éthyliques, accidents de la circulation, violences...). Se produisant surtout à l'occasion d'évènements festifs, une action spécifique à ce niveau est indispensable.

L'ARS mandatera un ou plusieurs opérateurs pour intervenir dans ces milieux.

Les interventions devront se faire sur les lieux et évènements festifs identifiés (boîtes de nuit, quartiers, rave party...). Ces actions pourront associer les services de la préfecture, les collectivités territoriales, le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIMPPS), les mutuelles étudiantes... Des stands et lieux de prévention identifiés sur le mode des « villages de la prévention » seront encouragés pour que chaque évènement festif soit l'occasion de sensibiliser les jeunes concernés.

3.2.2 Renforcer la politique de réduction des risques en milieu du travail

Sensibiliser les professionnels de la santé au travail sur la question des addictions :

L'ANPAA organisera dans les territoires des séances d'une journée chacune, permettant la sensibilisation des professionnels de la santé au travail et intégrant les connaissances générales en addictologie, les démarches d'accompagnement des publics en difficulté et la prévention des conduites addictives.

Dans le cadre des réseaux de prévention d'aide et de suivi (PAS), l'Éducation Nationale et la MGEN poursuivront leur action en milieu du travail.

Accompagner les organisations du travail dans l'élaboration de plans de prévention des conduites addictives :

Un appui technique aux services de santé au travail, aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) des entreprises qui auront été sensibilisés et qui souhaiteront mettre en place un plan de prévention des conduites addictives sera apporté (notamment dans le domaine du transport). L'approche des addictions est spécifique mais elle peut s'intégrer dans un programme plus global sur la santé.

En complément

SROS
SROMS

Le SROS/SROMS « Addictologie » précise dans son orientation 3 « Développer les interfaces et renforcer la coordination entre l'hôpital, le médico-social et le premier recours », un objectif visant à développer la formation des professionnels à l'addictologie (cf. Partie 3.1). En articulation avec le SROS « Périnatalité », le SROS/SROMS « Addictologie » s'attache aussi à lutter contre le problème spécifique des consommations pendant la grossesse (cf. Partie 3.2 « Développer les coopérations entre addictologues et professionnels de la périnatalité »).

3.3 Promotion de la santé chez les enfants et les jeunes

L'enjeu vise à développer une démarche de promotion de la santé chez les enfants et les jeunes. Il consiste aussi à appréhender les conduites à risque pouvant être source de morbidité. Par ailleurs, il vise à diminuer de façon générale la mortalité prématurée évitable à long terme et les morts violentes chez les jeunes de moins de 25 ans.

Les actions privilégieront une approche globale de la santé des enfants et des jeunes, basée sur leurs représentations qui correspond à leur façon d'appréhender leur santé. Une attention particulière sera portée sur des populations identifiées par le COTER santé des jeunes : les jeunes en Lycée professionnel, jeunes en mission locale, jeunes vivant en milieu rural ou quartier urbain sensible, jeunes en établissement et service médico-social.

Les actions développées seront à dimension participative et visant à renforcer les capacités des jeunes à gérer les risques (projets favorisant l'expression des jeunes, éducation par les pairs...).

Les sujets abordés pour les enfants concernent l'hygiène de vie (sommeil, alimentation et activité physique), la vie affective et sexuelle, les usages abusifs (télévision, informatique...). Aborder ces sujets nécessite d'associer les parents et de prendre en compte la diversité culturelle des familles.

Les thèmes prioritaires identifiés pour les jeunes sont : la prévention des addictions, la promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique, l'éducation affective et sexuelle, le développement des compétences face aux différents risques, la prévention du syndrome dépressif et du suicide.

Sont traités dans ce chapitre, les aspects relatifs à la prise du risque global, et l'éducation affective et sexuelle. Les autres thématiques sont traitées dans les chapitres addictions, nutrition, suicide, VIH.

Des conventions de partenariat pour les actions de prévention et promotion de la santé seront élaborées avec : l'Académie de Toulouse représentée par le Recteur (jeunes scolarisés), la Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (jeunes relevant de la PJJ en milieu fermé), la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires. D'autres conventions pourront être élaborées avec d'autres partenaires institutionnels en fonction des propositions validées par la CCPP Prévention.

Un cahier des charges régional concernant les interventions en santé des enfants et des jeunes sera défini par l'ARS sur proposition du COTER « santé des jeunes ». Celui-ci comprendra un socle commun sur les principes et modalités d'intervention auprès des différentes tranches d'âge (développement des compétences face aux risques, prendre soin de soi, relation d'aide), situant l'action dans une approche globale de la santé, et fournira un cadre méthodologique et éthique d'intervention portant sur les thèmes prioritaires.

3.3.1 Organiser un parcours d'éducation pour la santé de la maternelle au lycée

Mettre en place des projets de bassin de santé en milieu scolaire :

Des projets locaux maillant plusieurs établissements scolaires d'un bassin de santé pourront être mis en place sur la base d'un projet validé annuellement par territoire de santé.

Ces projets doivent associer autour de 10 établissements scolaires représentant les différents niveaux (écoles primaires, collèges, lycées généraux et professionnels, structures à public particulier si possible) et présenter des projets portant sur des thématiques prioritaires de l'Agence régionale de santé et de l'Education Nationale. Ces établissements doivent se coordonner sur les objectifs dans le cadre d'un programme éducatif de santé, en lien également avec les programmes pédagogiques. Les parents seront associés.

Ils feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation par une commission associant des représentants de l'ARS et du Rectorat.

Élaborer une charte d'intervention en milieu scolaire :

Outre le cahier des charges cadrant les actions en direction des jeunes élaboré par le COTER, une charte spécifique au milieu scolaire va être élaborée, comportant les principes guidant l'intervention (projet à dimension éducative, reposant sur des besoins avérés, démarche évaluative, principes éthiques, lien avec les familles), un cahier et un document d'engagement pour les intervenants extérieurs.

3.3.2 Clarifier et accompagner le dispositif régional d'écoute et d'accueil des jeunes

Les jeunes peuvent être orientés et accueillis vers les maisons des adolescents (5 en Midi-Pyrénées, le Lot, l'Ariège et l'Aveyron en étant dépourvus), les points d'accueil et écoute jeune (1 labellisé par département), des associations proposant des prestations diverses en matière d'accompagnement, un réseau de santé RAP31, 2 réseaux « ados » dans le Tarn et le Tarn-et-Garonne.

Ces structures peuvent exercer des missions à la fois d'écoute, d'éducation pour la santé, de soins, de prestations sociales ou judiciaires. Elles sont soutenues par diverses institutions et relèvent de diverses sources de financements.

Il convient de clarifier le dispositif et de s'assurer que le maillage territorial permet de répondre équitablement aux besoins des jeunes en matière de santé.

Améliorer l'accessibilité aux dispositifs d'écoute et d'accueil des jeunes en matière de santé dans chaque territoire :

Les dispositifs d'écoute et d'accueil des jeunes existants sont disparates dans leurs missions et ampleur d'activité et non présents dans tous les territoires.

Dans ce cadre, une enquête sera menée afin de préciser, pour chaque dispositif, les zones géographiques desservies, le public accueilli, les financements existants et les soutiens institutionnels de ces structures.

Le dispositif de base doit être constitué à partir des maisons des adolescents et des PAEJ qui doivent travailler en complémentarité. Des propositions seront ensuite élaborées en lien avec le COTER « Santé des jeunes » et la Commission de Coordination des Politiques Publiques de Prévention afin de proposer des solutions (Antennes de maison des adolescents, permanences avancées) afin de couvrir l'ensemble du territoire.

Proposer aux jeunes en Mission Locale un parcours de promotion de la santé :

Ce parcours inclura des actions participatives d'éducation pour la santé pendant leur passage à la Mission Locale (ateliers santé) et proposition d'un bilan de santé au centre d'examen de santé de l'Assurance Maladie (bilan somatique, ouverture de droits) avec restitution des résultats et suivi ultérieur si besoin.

Pour ce faire, le pôle régional de compétences organisera des formations-actions croisées entre les référents santé des 10 Missions Locales, représentants des centres d'examen de santé (médecin, infirmière, administratif). Une formation-action de deux jours par territoire de santé sera organisée tous les ans.

3.3.3 Développer les compétences psychosociales de gestion des risques chez les jeunes

Mener des actions pilotes en milieu scolaire :

Cet objectif concerne le renforcement des compétences globales pour les jeunes face aux risques et leur aptitude à les gérer (prévention des conduites à risque : routières, sportives, comportementales...) ainsi que le développement de la relation d'aide envers leurs pairs.

Des actions pilotes initiées par l'Éducation Nationale dans des établissements ciblés seront menées. L'ARS financera leur déploiement dans les 81 lycées d'enseignement professionnel (LEP) sur la durée du PRS.

3.3.4 Développer l'éducation affective et sexuelle chez les enfants et les jeunes

Il convient de développer d'une part l'information sur le dispositif existant vers le grand public et d'autre part, agir auprès des jeunes dans des milieux identifiés.

Développer les actions d'information sur la contraception et accès à l'IVG :

- Promouvoir le rôle de la permanence téléphonique régionale (portée par le Centre hospitalier Joseph Ducuing) : Ses missions sont l'écoute personnalisée et délivrance d'informations sur la contraception et l'IVG (explications sur les modes et techniques existants, sur la législation), orientation vers lieux adéquats (Centres de planification ou d'éducation familiale [CPEF], lieux pratiquant les IVG notamment en fonction du lieu de résidence et délais), pour le grand public. Une campagne de communication (plaquettes et affiches, communiqués de presse) sera mise en œuvre en 2012 par la permanence. Une évaluation de l'activité est réalisée annuellement et sera poursuivie, laissant la possibilité de déployer d'autres campagnes.
- Porter à connaissance des professionnels et du public le dispositif de prévention des IST et promotion de la contraception intégrant les CPEF, CIDDIST, CDAG (site internet partagé en lien avec la permanence régionale).
- Relayer régionalement les campagnes nationales sur la contraception : L'IREPS sera chargé d'organiser le déroulement du plan de communication de ces campagnes (professionnels du premier recours, dispositif d'écoute des jeunes, établissements de santé, établissements scolaires et missions locales). Des outils de communication existants et validés seront utilisés vers le public et les professionnels (outils nationaux de l'INPES, plaquette régionale) en lien avec le plan de communication de l'INPES (télé et radio), des communiqués de presse inter-institutionnels seront réalisés au niveau régional.

Développer les actions d'éducation participatives dans des milieux ciblés :

Les milieux concernés sont les milieux prioritaires déjà évoqués, notamment en cas de taux élevés de grossesses précoces non désirées ou d'IVG chez les plus jeunes dans la zone concernée.

Ces actions se dérouleront sur la base de programmes planifiés et laisseront la place à l'intervention des jeunes (groupes de paroles, ateliers, information-débat...). Les actions seront menées en milieu scolaire : inscription de l'éducation à la vie affective et sexuelle dans une continuité (école, collège, lycée) en tenant compte des programmes pédagogiques et du développement psychoaffectif de l'enfant (enfance, puberté, adolescence).

Ces programmes sous forme d'ateliers d'échange interactifs s'adressent aux élèves de la maternelle à la terminale notamment en grande section de maternelle, en classe de quatrième ou de seconde. Les acteurs sont les infirmières scolaires, le personnel de l'Éducation Nationale formé pour ces interventions, les centres de planification et d'éducation familiale et les associations agréées de planification familiale (MFPF, AFCCC). Le déploiement des actions dans les établissements scolaires sera suivi par le Rectorat.

Par ailleurs, des actions seront développées :

- Dans les Missions locales, par les associations habilitées,
- Dans les structures d'accueil des jeunes relevant de la PJJ, par les associations habilitées, en lien avec les infirmiers départementaux,
- Dans les établissements et services médico-sociaux, par les référents en prévention (un par établissement) qui auront bénéficié d'une formation proposée par le pôle régional de compétences.

3.4 Préservation de l'autonomie des personnes âgées

Dans la continuité du débat régional sur la dépendance, l'ARS s'est fixée comme objectif la mise en place d'un véritable programme régional de promotion de l'autonomie de la personne âgée en collaboration étroite avec le Gérotopôle.

Un des enjeux essentiels de cette démarche est de prévenir le déclin fonctionnel des personnes concernées et de favoriser le maintien à domicile pour les personnes qui le souhaitent. Ceci nécessite d'accompagner l'expérimentation de plate forme territoriale décrite dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS), mais aussi de travailler en concertation avec les institutions partenaires concernées.

3.4.1 Organiser les actions de prévention destinées aux personnes âgées fragiles en lien avec le Gérotopôle et l'ensemble des acteurs du territoire

Cette organisation repose sur 3 niveaux :

1^{ère} étape : Repérage des personnes âgées pré-fragiles et fragiles :

Le repérage des personnes âgées pré-fragiles ou fragiles est basé sur 5 critères de fragilité (défini par Fried) :

1. Perte de poids supérieure ou égale à 5% par an.
2. Fatigue subjective : notion d'épuisement ou de fatigue en permanence ou fréquemment mesuré grâce à l'échelle CES-Depression Scale.
3. Activité physique : aucune activité physique ou moins de 1 ou 2 marches par semaine.
4. Vitesse de marche : difficulté de marcher 100 mètres, seuil=0,8m/s.
5. Force « grip strength » seuil franchi si inférieure à 20% de la norme pour l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC).

En présence de 3 critères ou plus, la personne âgée est considérée comme fragile. Si 1 ou 2 critères sont présents, la personne âgée est considérée comme pré-fragile.

Le Gérotopôle mettra en place une animation régionale des gériatres et organisera des formations à destination des médecins généralistes.

Pour chaque programme territorial, une campagne d'information spécifique sera réalisée auprès de la population et des différents acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées pour informer et former sur le concept de fragilité et sur le dispositif de prévention.

2^{ème} étape : Évaluation du niveau de fragilité en milieu gérontologique

Le médecin traitant valide la première estimation du risque et peut adresser la personne à une « plateforme d'évaluation et d'orientation gérontologique » pour une évaluation médicale et sociale approfondie.

La plateforme est composée d'une équipe pluridisciplinaire. Elle associe des médecins traitants et travaille en relation avec le service social du Conseil général.

Une plateforme d'évaluation gérontologique sera créée dans chaque territoire de santé.

3^{ème} étape : Promotion de l'autonomie

A partir du bilan médico-social, l'équipe de la plateforme, en lien avec le médecin traitant, élabore un programme de prévention personnalisé avec la personne âgée et son entourage, en utilisant les ressources locales disponibles.

Le programme s'appuiera sur les prestations proposées par les différents partenaires : institutions, collectivités locales.

Deux types de services devront être mobilisés (voire développés si nécessaire) :

- Une offre de type social, permettant de proposer une activité physique à la personne âgée, des règles d'hygiène alimentaire (alimentation équilibrée et rythmée), un habitat adapté (domotique), un maintien des capacités cognitives.
- L'offre de soins courants : kinésithérapie, santé bucco-dentaire, ophtalmologie...

Les programmes de prévention personnalisés reposent notamment sur une offre existante qu'il convient de coordonner :

Ils contribuent à l'autonomie fonctionnelle portant sur l'activité physique et l'alimentation équilibrée, la santé bucco-dentaire, le maintien des fonctions cognitives, le maintien d'une activité sociale. Ils sont portés par différents partenaires et constituent une offre de prévention déployée dans les bassins de santé. Pour chaque programme territorial, un annuaire des ressources locales disponibles sera constitué. La réalisation de l'annuaire permettra d'identifier les carences ou redondances dans l'offre de prestation. Certains opérateurs pourront redéployer leur offre entre les territoires pour optimiser l'utilisation de ces ressources.

Il s'agit de préserver l'autonomie de la personne âgée par :

- Le déploiement des ateliers visant à prévenir les chutes : les « ateliers équilibre » regroupent 12 séances d'1h30, proposent des activités physiques aux personnes de plus de 60 ans (travail sur les réflexes d'équilibre, vitesse de réaction...). Ils sont portés par l'Assurance Maladie et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).
- L'adaptation du logement : il est nécessaire de développer une méthodologie commune avec les institutions partenaires et les professionnels du champ social (notamment l'Assurance Maladie, la CARSAT, le Conseil Général, les Centres communaux d'action sociale [CCAS]...) pour améliorer les conditions d'habitat des personnes âgées fragiles.
- Le développement d'une activité physique adaptée chez les personnes âgées de plus de 60 ans notamment par la coordination du développement de l'offre d'activités physiques dans les lieux d'hébergement pour personnes âgées et vers les clubs sportifs. Cette action, portée par EFFORMIP, sera prioritairement ciblée dans un premier temps sur les bassins en lien avec les plateformes territoriales expérimentales de maintien de l'autonomie. Un référent en activité physique sera désigné dans les établissements médico-sociaux.
- Le déploiement des ateliers « mémoire » et des ateliers « bien vieillir ». Les « ateliers mémoire » sont constitués de 15 séances selon une méthodologie validée (exercices sur les capacités de mémorisation). Les ateliers « bien vieillir » sont constitués de 7 séances pluri-thématiques selon une méthodologie validée (équilibre alimentaire, capital osseux, sommeil, iatrogénie...). Ces ateliers sont portés principalement par la CARSAT, la MSA, la Mutualité Française. Il s'agit d'obtenir à terme une couverture régionale coordonnée entre les acteurs existants.
- L'organisation de formations des aidants naturels auprès des personnes âgées très dépendantes sur le plan cognitif ou physique. Un module expérimental de formation des aidants porté par la MSA sera évalué en 2012. Cette action s'inscrit en complément de celle présente dans le SROMS concernant les aidants dans la maladie d'Alzheimer.

3.4.2 Éviter l'aggravation de la dépendance en EHPAD et en établissement de santé

Favoriser l'accès à une offre de prévention et de soins en santé bucco-dentaire :

Une organisation régionale des différentes structures de soins bucco-dentaires intervenant auprès des personnes âgées dépendantes sera étudiée (en établissement et à domicile) : couverture géographique potentielle, missions respectives des structures (prévention, formation, soins). Des cabinets dentaires relais pourront être identifiés dans chaque bassin et feront l'objet de conventionnements. Les principaux acteurs concernés sont Domident, l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), la Mutualité sociale agricole (MSA), la Mutualité Française, les chirurgiens-dentistes libéraux, les URPS.

Un référent en prévention bucco-dentaire sera formé dans les établissements médico-sociaux. Une expérimentation sera mise en place en Haute-Garonne et évaluée en 2012.

Promouvoir l'alimentation équilibrée des personnes âgées :

Une campagne d'information des professionnels de santé et du champ social avec des outils validés régionalement sera organisée et confiée à l'IREPS. Celle-ci concernera les aides à domicile, les assistantes sociales, les structures de portage de repas à domicile, les familles, les prestataires de repas (cuisines centrales privées ou publiques).

La pesée systématique des personnes âgées et le calcul de l'IMC à des moments clés sera organisée dans les établissements de santé et médico-sociaux. Ceci suppose que toutes les structures soient équipées de matériel adéquat pour mesurer et peser les patients quelque soit leur état de santé.

La Haute autorité de santé (HAS) recommande de peser les personnes âgées :

- En ville : à chaque consultation médicale.
- En institution : à l'entrée et au moins une fois par mois.
- A l'hôpital : à l'entrée et au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de suite et réadaptation et une fois par mois en soins de longue durée.

Par ailleurs, l'ARS demandera aux Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de mettre en place des « commissions menus ». Il s'agit de sensibiliser les professionnels de la restauration des personnes âgées et intégrer cet aspect dans les conventions tripartites.

Un référent sur l'alimentation sera désigné dans les établissements médico-sociaux.

En complément

SROS

Le SROS « Médecine / Personnes âgées » précise dans son orientation 3 « Améliorer la prise en charge des personnes âgées », un objectif visant à développer une étude de la prévention de la dépendance induite par les soins (cf. Partie 3.3 « Assurer une meilleure qualité de prise en charge » / Paragraphe 3.3.5 « Prévenir les dépendances induites par les soins »)

3.5 Promotion du dépistage organisé des cancers

Le dépistage organisé du cancer du sein a débuté en 2005, en Midi Pyrénées, et concerne 410.000 femmes âgées de 50 à 74 ans. Les résultats dans notre région sont contrastés, la moyenne régionale est basse (47 % contre 52 % France entière). Le taux du département de la Haute-Garonne, de 37 %, impacte fortement la moyenne régionale.

Le dépistage organisé du cancer colorectal a commencé plus tardivement, en cours d'année 2008. Le programme est monté en charge progressivement. Ce dépistage concerne 813 000 personnes (H/F) âgées de 50 à 74 ans. Le taux de participation global est, là aussi, faible (27 % contre 34 % France entière). Comme pour le dépistage du cancer du sein, le taux de la Haute Garonne, de 16 %, impacte la moyenne régionale.

3.5.1 Identifier les inégalités territoriales et sociales de recours aux dépistages organisés

La participation des populations au dépistage des cancers est évaluée par commune et ce, pour toute la région. Il manque cependant une cartographie précise de ces participations. Il est nécessaire de développer les méthodes permettant une analyse plus fine dans les zones urbaines et une analyse par bassin. Par ailleurs, bien que le dépistage organisé soit gratuit pour l'utilisateur, les catégories socioprofessionnelles les plus modestes sont celles qui ont le moins recours au dispositif. Il convient de mieux identifier les zones concernées afin d'adapter les actions en direction de ces populations.

La restructuration régionale permettra les échanges de bonnes pratiques entre départements.

Affiner l'analyse régionale de la participation :

L'ARS, en lien avec l'Observatoire régional de la santé, analysera à partir des données fournies par les structures départementales, la participation de la population par communes et par bassins de santé sur toute la région.

L'analyse par ilots regroupés pour des indicateurs statistiques (IRIS), permettant une analyse infra-cantonale, est en cours d'expérimentation et sera systématisée. Celle-ci est indispensable en zone urbaine, notamment dans l'agglomération toulousaine où l'analyse par canton ne permet pas de déterminer les quartiers de faible dépistage (Toulouse est découpée en 6 zones, de près de 80 000 habitants chacune).

Identifier les zones de forte prévalence du dépistage non organisé :

Une analyse sera effectuée par cantons, par bassins de santé et par IRIS.

Le dépistage non organisé reste fréquent, particulièrement dans les zones urbaines où les femmes ont débuté le dépistage du cancer du sein avant que soit développé le dépistage organisé qui présente l'apport fondamental de la « double lecture » des clichés radiologiques par des professionnels formés. Il est primordial d'identifier les zones où le dépistage individuel est fréquent pour agir sur les professionnels et les femmes et les orienter vers le dépistage organisé.

3.5.2 Améliorer l'adhésion des professionnels de santé aux dépistages organisés

Assurer annuellement un retour d'information des résultats des campagnes aux professionnels de santé :

Les professionnels de santé s'interrogent souvent sur les résultats des dépistages organisés dans leur département ou leur région. Certaines structures de gestion rédigent, chaque année, un bilan à l'attention des professionnels. Ce retour d'information est indispensable à la bonne adhésion de ces professionnels aux dépistages, laissant la possibilité et invitant les professionnels à contacter si besoin la structure de dépistage. Cette pratique sera systématisée au niveau régional (bilans départementaux et régionaux).

Il faut signaler que ce retour est assuré systématiquement par l'Assurance Maladie pour les médecins conventionnés.

Assurer un retour individuel aux médecins qui participent aux dépistages concernant leur patientèle :

Il s'agit de généraliser le partenariat établi entre la Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne (CPAM) et la structure de gestion de la Haute-Garonne. Cet accord permet un retour d'information aux médecins de premier recours sur la réalité de la participation de leur patientèle au dépistage organisé des cancers. Le médecin reçoit ainsi, chaque trimestre la liste des patients qui n'ont pas participé au dépistage. Cela permet à ces professionnels de tester leur pouvoir de conviction et d'adapter leur discours à leur patientèle.

3.5.3 Améliorer l'information de la population

D'une manière générale, malgré les campagnes régulières, la population est peu informée de l'organisation des dépistages organisés. Il est nécessaire d'améliorer la communication en Midi-Pyrénées, en relais des campagnes nationales et en soutien aux initiatives locales.

Il existe deux temps forts dans l'année en terme de communication : le mois de mars (« mars bleu ») pour le dépistage du cancer colo-rectal et le mois d'octobre (« octobre rose ») pour le dépistage du cancer du sein.

Animer et coordonner la communication régionale pour le dépistage du cancer colorectal (Mars Bleu) et le cancer du sein (Octobre Rose) :

En se basant sur les activités des structures de gestion et des médias utilisés sur le plan local, une valorisation des activités par les médias ayant un impact régional sera recherchée.

Orientation

4

Maintenir une intervention sur des champs spécifiques

4.1 Promotion de la vaccination

On constate une couverture vaccinale globalement insuffisante dans la région, concernant l'ensemble des vaccins obligatoires et recommandés, favorisant le développement d'épidémies de maladies infectieuses évitables, illustré par l'importante épidémie de rougeole en 2010-2011 (InVS-DREES).

On note également des disparités inter territoriales de couverture vaccinale (taux les plus faibles en Ariège, Aveyron, Hautes Pyrénées).

Il est indispensable d'atteindre et maintenir une bonne couverture vaccinale par la définition et l'impulsion d'une politique vaccinale régionale interinstitutionnelle.

Ceci nécessite de travailler dans une approche globale, en impliquant notamment les acteurs de la périnatalité (maternités, réseau périnatalité), les Conseils généraux et PMI pour la petite enfance, l'Éducation nationale, le dispositif de premiers recours (médecins, pédiatres, sages-femmes...), le milieu du travail, les communes, les dispositifs spécialisés (centres de vaccination), les associations.

Au vu de l'épidémie de rougeole, une attention particulière est portée à la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).

4.1.1 Consolider une politique commune de vaccination

Renforcer le rôle et le positionnement des centres de vaccination :

Il s'agit d'affirmer le rôle central des centres de vaccination comme pôle de ressources d'animation et de relais de la politique vaccinale par territoire de santé.

Dans ce but, ils doivent systématiser leurs missions d'information du public et de formation des professionnels de santé. Ils doivent également participer au rattrapage vaccinal en milieu scolaire en lien avec l'Éducation nationale en classe de quatrième. L'expérience développée en Haute Garonne sera adaptée et reproduite dans les départements.

Des actions spécifiques en direction des populations précaires et des migrants seront mises en œuvre, en lien avec les PASS et avec constitution d'équipes mobiles qui se rendront sur les lieux de vie de ces populations (cf. PRAPS).

Implanter des programmes partenariaux dans les territoires de santé :

Des chantiers pilotes dans le Lot et le Tarn ont été mis en place en 2011 et sont menés en partenariat avec les centres de vaccination, le service de PMI, l'Éducation nationale, l'Assurance Maladie, l'URPS, les Conseils de l'ordre, le Syndicat des pharmaciens, les mutuelles, les Caisses d'allocations familiales (CAF), les établissements de santé, la Médecine du travail, l'IREPS.

Dans le Lot, un programme partenarial sera réalisé comportant :

- Une campagne de sensibilisation de la population à la vaccination ROR,
- Des actions d'information et de sensibilisation des parents et des professionnels de la petite enfance à la vaccination ROR et coqueluche par les services du Conseil général et de la CAF,
- L'organisation du rattrapage vaccinal : vérification du statut vaccinal et orientation par la médecine du travail.

Dans le Tarn, un programme partenarial sera réalisé prévoyant :

- Des séances d'information et de formation sur les nouvelles recommandations vaccinales ROR auprès de l'ensemble des partenaires,
- Une action de vérification du statut vaccinal et d'orientation par les pharmaciens.

Ces expérimentations vont faire l'objet d'une évaluation en 2012 et fourniront la base d'un déploiement régional laissant la place à des adaptations locales des plans d'actions.

Les actions d'information et de sensibilisation des professionnels de santé de l'Éducation nationale, des services de PMI, des services hospitaliers, des médecins et infirmiers libéraux seront poursuivies en 2012, en collaboration avec les équipes des centres de vaccination.

Des actions de vérification du statut vaccinal seront menées en 2012 en collaboration avec les pharmaciens.

Organiser un recueil de données régionales pérennes :

Ce recueil de données sera organisé selon les principes suivants :

- Suivi de la couverture vaccinale des enfants de 24 mois : l'ARS a établi une méthodologie de remplissage des certificats de santé du 24^{ème} mois qui sont remplis par le service de PMI et remontées annuellement à l'ARS.
- Suivi de la couverture vaccinale des enfants de 5/6 ans et 11/12 ans : remontée des bilans infirmiers par les infirmières scolaires et exploitation des données par ORSMIP.
- Standardisation de l'outil de recueil de données des centres de vaccination : mise en place d'un logiciel commun avec un hébergement sur le site de l'hôpital Joseph Ducuing (Centre de vaccination de Haute-Garonne) et connexion des autres centres par liaison internet.

4.1.2 Promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé et de la petite enfance

Sensibiliser les professionnels de la petite enfance :

Des séances d'information sur la vaccination auprès des personnels dans les crèches, garderies et auprès des assistantes maternelles seront organisées par les centres de vaccination en lien avec les services de PMI à partir de 2012.

Développer le rattrapage vaccinal dans les collèges avec les centres de vaccination :

Dans les collèges de Haute-Garonne, à titre expérimental, le centre de vaccination interviendra auprès des élèves en classe de quatrième n'étant pas à jour de leur vaccination. Dans un second temps, cette expérimentation pourra être déployée au niveau régional.

Impliquer les médecins généralistes dans la vaccination : développer la formation et l'information

Pour la formation initiale, les conditions de mise en œuvre seront examinées avec le Département universitaire de médecine générale (DUMG) de la Faculté de médecine de Toulouse.

Pour la formation médicale continue, les conditions de mise en œuvre de l'intégration du thème de la vaccination dans un module « prévention » seront examinées par l'ARS en concertation avec les associations de Formation médicale continue (FMC) et l'URPS.

Les médecins généralistes bénéficieront d'information sur le calendrier vaccinal et les taux de couverture vaccinale par l'intermédiaire de l'ARS. La possibilité de faire porter ces éléments par les délégués de l'Assurance maladie sera examinée en lien avec l'Assurance maladie.

Impliquer la médecine du travail pour la vaccination des personnels et des résidents en établissements de santé et médico-sociaux :

Une campagne de vaccination du personnel des établissements de santé de Toulouse, Saint-Gaudens et Lavaur, sera initiée en 2012, par les services de médecine du travail et le service des maladies infectieuses du CHU de Toulouse. Elle fait suite à une évaluation de la couverture vaccinale des soignants du CHU de Toulouse en 2010 et concerne les vaccinations obligatoires (BCG, Hépatite B, DTP) et recommandées (grippe, coqueluche, varicelle, rougeole).

Des journées annuelles de formation seront organisées :

- Une à destination des personnels soignants des établissements publics de Midi Pyrénées, assurée par des médecins et infirmiers du travail.
- Une à destination des usagers et des personnels des établissements sanitaires de la région. L'organisation sera assurée par la Commission de coordination régionale des vigilances (CCREVI).

Une campagne d'information sur les vaccinations obligatoires et recommandées pour les personnels soignants dans les EHPAD sera également initiée en 2012. Cette campagne sera assurée par les médecins du travail, en présence du médecin coordonnateur et des médecins libéraux intervenant dans les structures. Une fois la formation des personnels réalisée, une sensibilisation des résidents pourra être effectuée.

Des outils d'information (plaquettes, affiches) seront élaborés et mis à disposition des personnels dans tous les établissements de santé et médicosociaux.

4.1.3 Communiquer sur la vaccination pour une meilleure acceptation

Décliner annuellement la semaine européenne de la vaccination en région :

Cette campagne associera l'information des professionnels de santé et du grand public, l'organisation de tables rondes vaccination dans les départements, des campagnes d'affichage, la diffusion des outils régionaux (affiche, brochure pour enfants, livret d'information pour les professionnels de santé).

L'organisation concerne les différentes institutions partenaires de la semaine : les URPS, Assurance Maladie, Mutualité Française et mutuelles, services de PMI, médecine scolaire et universitaire, médecine du travail, services communaux d'hygiène et santé, étudiants professionnels de santé.

Développer les outils de communication sur la vaccination :

Une plaquette régionale d'information pour le grand public sera élaborée par l'ARS et le Comité de pilotage du Lot, puis sera diffusée aux professionnels du premier recours et aux établissements de santé.

L'utilisation des réseaux sociaux sera expérimentée en direction des étudiants (en partenariat avec le Service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé).

4.2 Prévention du suicide

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vie humaine qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. Le suicide reste un sujet tabou. Il existe une sous-déclaration du nombre de suicides notamment pour les personnes âgées qui ont recours à des méthodes « passives » qui peuvent être confondues avec un accident (chute, erreur de prise médicamenteuse). Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans.

Le suicide est un phénomène multifactoriel complexe. Les troubles psychiatriques augmentent le risque de décès par suicide, notamment la dépression qui constitue la première cause. La dépendance à l'alcool est en cause dans 30 % des cas et les antécédents personnels ou familiaux de suicide interviennent également. Les facteurs secondaires, qui n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence des facteurs primaires, regroupent des situations diverses telles que les pertes parentales précoces, l'isolement social (notamment veuvage chez les hommes), les difficultés financières et professionnelles (chômage...), les événements de vie stressants.

Les liens de causalité entre activité professionnelle et taux de suicide sont difficiles à établir. Quoi qu'il en soit, les catégories socioprofessionnelles ne sont pas également concernées par le suicide. Les taux standardisés de mortalité par suicide sont près de trois fois plus élevés chez les employés et surtout chez les ouvriers que chez les cadres. Près de 30 % des personnes ayant fait une tentative de suicide auraient été vues par les médecins généralistes et un peu plus de 80 % auraient motivé une venue aux urgences, directement ou après le recours à un médecin². En Midi-Pyrénées, 0,7 % des passages aux urgences sont motivés par une tentative de suicide³.

Le plan d'actions ci-dessous a été élaboré en prenant en compte notamment le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014).

4.2.1 Poursuivre les formations au repérage et à la prévention des crises suicidaires

Inclure des enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire dans les formations initiales de différentes catégories de professionnels :

Généraliser et organiser les enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire, dans le cadre des formations initiales à destination des :

- Étudiants de MASTER en psychologie,
- Étudiants en médecine et autres professions de santé (sages-femmes, pharmaciens, ...),
- Internes en psychiatrie et en pédiatrie,
- Étudiants infirmiers, psychomotriciens, kinésithérapeutes,
- Orthophonistes.

L'ARS se mettra en lien avec la faculté de médecine et l'Université du Mirail.

Généraliser et consolider le développement dans les bassins de santé de la formation des professionnels au repérage et à la prévention des crises suicidaires :

Il s'agit de formations en faveur des professionnels intervenant dans les champs sanitaire, médico-social, éducatif et judiciaire. Ces formations pluridisciplinaires, labellisées au niveau national (Professeur Terra), ont pour objectif la prévention de la crise suicidaire.

Près de 350 personnes ont été formées entre 2000 et 2009. Les formations permettront de former de nouvelles personnes dans l'ensemble des 33 bassins de santé et de réactiver le réseau des personnes antérieurement formées. Il existera ainsi un maillage territorial conséquent qui permettra de repérer les personnes en détresse psychique majeure pouvant porter atteinte à leurs jours et de les orienter vers les structures adéquates.

Seront ciblés, plus spécifiquement les professionnels travaillant auprès de publics ciblés comme prioritaires à savoir : les jeunes, les personnes âgées, les personnes passant aux urgences, en souffrance psychique, vivant en milieu rural, précaires, addictives ou fragiles.

A l'issue des formations, dans le cadre de l'animation des bassins de santé, le réseau de personnes ressources sera réactivé (organisation de rencontres ...) de manière à ce qu'il reste opérationnel.

4.2.2 Optimiser le service rendu par les dispositifs d'écoute de Midi-Pyrénées

Développer la qualité de la pratique des écoutants :

Il existe en Midi-Pyrénées différents dispositifs d'intervention dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale. Ceux-ci sont portés par 8 associations, isolées dans leur pratique, proposant des permanences d'écoute téléphoniques et physiques.

Afin de consolider ces dispositifs d'écoute et d'optimiser la qualité des services rendus, le collectif régional de l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS) sera chargé, avec l'appui de l'ARS, d'organiser des rencontres régulières d'échange d'expériences entre écoutants.

² Score santé de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé, janvier 2011

³ Rapport d'activité ORUMIP 2010

Organiser l'interopérabilité des dispositifs d'écoute et les porter à la connaissance du public

Il s'agit :

- D'étudier la faisabilité d'une permanence téléphonique 24h/24h, coordonnée entre les dispositifs d'écoute avec un numéro d'appel unique,
- D'assurer la communication sur le numéro d'appel unique et les dispositifs d'écoute. La communication se fera via :
 - la journée nationale de prévention du suicide déclinée au niveau régional sous forme d'un colloque
 - la réalisation et la diffusion d'une plaquette listant l'ensemble des dispositifs d'écoute précisant leurs missions, les horaires des permanences physiques et indiquant le numéro d'appel unique. La diffusion sera réalisée notamment auprès des professionnels du premier recours et aux SAMU. Ces missions seront réalisées par le collectif régional de l'UNPS, avec le soutien de l'ARS.

4.2.3 Améliorer l'accompagnement des personnes en risque suicidaire

Renforcer les actions de prévention de la souffrance psychique chez les enfants et les adolescents :

Il s'agit de renforcer les capacités des jeunes à développer des comportements favorables à leur santé (cf partie « jeunes ») et de prévenir la dépression des adolescents en milieu scolaire.

Une action pilote, proposée par le COTER « Santé des jeunes », vise à repérer les adolescents ayant une dépression ou un risque élevé de dépression par le biais d'un questionnaire, puis de leur proposer un programme spécifique visant le développement d'habiletés (sociales, de communication, de résolution de problèmes, d'estime de soi, techniques d'autocontrôle, de relaxation...).

Il est mené, la première année, auprès d'adolescents de 18 classes de seconde d'un établissement scolaire de la Haute-Garonne. L'année 2011/2012 vise à confirmer l'acceptabilité et la faisabilité du programme et de l'ajuster si nécessaire. En 2012/2013, selon les résultats de l'évaluation, le programme sera étendu à 4 autres établissements puis en 2013/2014 à 3 autres établissements repérés en lien avec l'Éducation nationale au niveau régional.

Des indicateurs de mesure du « climat scolaire » (taux d'absentéisme, taux de passage à l'infirmerie, plaintes de parents...) pourront être définis et mesurés dans chaque établissement scolaire de la région.

Les acteurs et partenaires de ce programme sont : Éducation nationale, Maison des adolescents de la Haute-Garonne, Secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Réseau Adolescence et partenariat 31 (RAP 31), Université Toulouse III et CHU de Toulouse, ARS.

Mener des actions spécifiques en direction des personnes âgées à domicile et en institution :

Le suicide des personnes âgées est souvent passé sous silence. Afin de mieux repérer les personnes âgées en risque suicidaire, une communication sera faite auprès de l'entourage des personnes âgées et des professionnels sociaux, paramédicaux et médicaux qui interviennent auprès de celles-ci. Elle sera élaborée en partenariat avec les associations d'écoute et le collectif régional UNPS.

De plus, l'ARS incitera les établissements médico-sociaux pour personnes âgées à prendre en compte dans leur projet d'établissement la question de la « prévention du suicide ». Cette prise en compte doit contribuer à :

- Améliorer l'information et la formation des personnels,
- Préciser les procédures de suivi et d'accompagnement en cas de repérage d'une personne en crise suicidaire,
- Réduire l'accès aux moyens létaux par des mesures organisationnelles (ex : vigilance sur les possibilités de stockage des médicaments) ou architecturales (ex : sécurisation de l'ouverture des fenêtres).

Poursuivre dans les établissements pénitentiaires (y compris établissements pour mineurs) des formations à destination du personnel de l'administration pénitentiaire et des professionnels des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires :

Les personnes détenues constituent une population particulière à fort risque suicidaire. C'est pourquoi des formations spécifiques sont réalisées à destination du personnel de direction, d'encadrement, agents affectés

dans les quartiers dits « sensibles », personnel d'insertion, soignant, enseignant, psychologue, visiteurs de prison, éducateurs relevant de la PJJ. Les formations, mises en place depuis 2005 par la Direction interdépartementale des services pénitentiaires seront intensifiées à hauteur de 5 par an. Elles sont organisées en inter-établissements de manière à ce que chaque établissement puisse en bénéficier chaque année.

Développer des équipes pluridisciplinaires de prévention pour détecter et prévenir les risques psychosociaux élevés chez les assurés agricoles de la MSA :

La MSA mène une action à destination d'agriculteurs en situation de "fragilités" économiques, psychologiques, médicales et sociales.

Les objectifs sont de :

- Repérer les situations à risque par un réseau de "sentinelles" de proximité,
- Évaluer les situations à risques de passage à l'acte suicidaire par une cellule prévention spécialisée chargée d'évaluer le risque et d'orienter,
- Orienter vers un réseau de professionnels formés à la prise en charge spécifique,
- Évaluer le dispositif depuis le repérage jusqu'à la prise en charge.

Cette action est menée de manière expérimentale dans le Tarn-et-Garonne, puis sera étendue dans les autres départements de Midi-Pyrénées. A noter qu'elle figure dans le Plan national d'actions contre le suicide.

Les partenaires dans le Tarn-et-Garonne sont : association " Recherche et rencontres", professionnels libéraux, chambre d'agriculture, syndicats agricoles (FDSEA, confédération paysanne, MODEF,...), mairies et conseils généraux, Association départementale de promotion sociale et de perfectionnement agricole. (ADPSPA).

Prévenir la récurrence des tentatives de suicide :

Il s'agit de mettre en place de modalités spécifiques de prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide. Le principe est de réduire les « occasions perdues » et donc d'organiser la continuité des soins dès la prise en charge aux urgences (cf. SROS hospitalier « Psychiatrie adulte »).

4.3 Prévention du VIH, des IST et des hépatites

Ces dernières années, le nombre de personnes découvrant leur séropositivité reste constamment au dessus de 200 par an alors qu'il baissait régulièrement de 2003 à 2006 (passant de 250 à 144 nouvelles séropositivités). Avec 76 nouveaux cas de séropositivité au VIH par millions d'habitants en 2009, la région Midi-Pyrénées est donc au troisième rang des régions de France métropolitaine (derrière l'Île de France, avec 263 nouvelles contaminations et la région Provence-Alpes-Côte d'azur avec 102 nouvelles contaminations). Deux tiers des nouveaux cas sont enregistrés en Haute-Garonne. Le mode de contamination homosexuel est prédominant (près de la moitié des nouvelles séropositivités). Les migrants d'Afrique Sub-saharienne constituent également un part non négligeable de ces nouvelles séropositivités avec 18% des cas.

S'agissant des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), on constate depuis quelques années une augmentation du nombre de personnes atteintes, toutes IST confondues.

En terme de prévention, il s'agit de renforcer la perception du risque pour le VIH et les autres IST et de communiquer de façon spécifique vers les groupes à risques : les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), les populations migrantes et les personnes qui se prostituent. L'ARS s'appuiera sur les acteurs associatifs les plus investis auprès de ces populations.

La stratégie dite de « prévention combinée » est une stratégie de santé publique globale qui comprend la prévention comportementale, l'élargissement des indications au dépistage et le traitement antirétroviral précoce dans le but de réduire la transmission du VIH. Cette stratégie favorise le recours aux services de santé et l'amélioration des conditions de vie⁴.

⁴ Plan National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 – 2014.

4.3.1 Mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics

Les caractéristiques de l'épidémiologie du VIH imposent de se concentrer sur des publics prioritaires. Mais le potentiel épidémique du VIH et des IST nécessite aussi le maintien d'une information partagée par tous promouvant l'utilisation du préservatif, le recours au dépistage et une attention à la santé sexuelle de l'ensemble de la population.

Développer l'éducation affective et sexuelle chez les enfants et les jeunes :

Cet aspect est développé dans le chapitre « promotion de la santé chez les enfants jeunes ».

Soutenir les personnes confrontées au VIH et aux hépatites :

Il s'agit de développer le soutien individuel et collectif des personnes concernées et de leur entourage pour qu'ils agissent favorablement sur leur santé. Des permanences téléphoniques et physiques seront assurées pour garantir ce soutien, orienter les personnes vers les ressources existantes et garantir l'accès aux soins.

Intervenir sur les lieux de rencontre des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) :

Pour renforcer les compétences des HSH et les rendre plus aptes à adopter des comportements de prévention, des interventions spécifiques seront réalisées sur les lieux de rencontre les plus fréquentés. Les établissements gays seront visés en priorité.

Mettre en place des actions de prévention en direction des personnes originaires d'Afrique Sub-saharienne et des Caraïbes :

Il s'agit de développer le soutien individuel et collectif par une démarche active auprès des populations immigrées. Des contacts seront établis avec les associations de migrants, les associations culturelles pour délivrer des messages et favoriser des pratiques permettant d'éviter de nouvelles contaminations.

Mettre en place des actions de prévention en direction des personnes qui se prostituent :

Il s'agit de rompre l'isolement des personnes qui se prostituent en allant à leur rencontre, de favoriser l'accès au matériel de prévention et aux savoirs sur le VIH et les IST, d'informer sur le dépistage. Ces interventions se dérouleront essentiellement à Toulouse et dans sa périphérie. La population cible est d'environ 500 personnes.

4.1.2 Développer le dépistage du VIH et des IST

Le dépistage est au cœur du dispositif : il permet aux personnes qui apprennent leur séropositivité d'une part, de bénéficier d'une prise en charge, et d'autre part, d'adapter un comportement préventif. Il s'agit donc d'améliorer la détection précoce du VIH et des IST et de réduire le retard à la prise en charge.

Développer le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence :

Cette modalité de dépistage vise à répondre aux besoins des populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif de dépistage classique.

Elle consiste essentiellement à développer une nouvelle technique, récemment autorisée : les Tests Rapides à Orientation Diagnostique (TROD). Ces tests consistent en un prélèvement capillaire au doigt et en cas de positivité nécessitent une confirmation par test en laboratoire. Ils sont pratiqués en dehors des laboratoires par des personnels de santé ou des intervenants associatifs spécialement formés et habilités par l'ARS. Cette méthode qui va au contact des populations les plus à risques doit être développée et son déploiement sera confié par l'ARS à des associations habilitées agissant auprès des populations à risque.

4.4 Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux

La réduction des pathologies à fort impact sur la santé passe en particulier par une amélioration de la qualité des milieux (air, eau, sols...) et donc par une réduction des rejets des substances toxiques dans l'environnement. Le PRSE2 envisage cet objectif dans une optique multi-milieux, afin d'optimiser les synergies entre les mesures prises au titre de différentes réglementations.

Pour autant, l'ARS veut concentrer ses efforts sur la qualité des eaux potables en raison de l'importance de cette problématique dans la région : nombre très important de captages et de réseaux, nombre important d'intervenants, difficultés d'approvisionnement de la population éparse...

Un premier axe d'action consiste à protéger de manière efficace la ressource, en particulier par la poursuite de la mise en place des périmètres de protection.

Un deuxième axe concerne la qualité de l'eau de consommation distribuée, en particulier vis-à-vis des risques dus aux légionnelles, aux sous-produits de désinfection, à la contamination microbiologique ainsi qu'aux risques liés aux nouveaux usages de l'eau.

4.4.1 Protéger de manière efficace la ressource à l'échelle des périmètres de protection et des aires d'alimentation des captages

L'adduction en eau potable en Midi-Pyrénées est composée de 2100 captages d'eau souterraine ou superficielle, 980 stations de traitement de potabilisation, et 1800 réseaux de distribution.

L'origine de l'eau :

- 66 % de la population est alimentée par de l'eau d'origine superficielle (rivières, lacs, retenues). Ce type d'alimentation se trouve dans les zones à fortes concentrations de population.
- 26 % de la population est alimentée par de l'eau d'origine souterraine.
- 8 %, reçoit une eau mixte (EMI), qui correspond au mélange de ressources différentes, souterraines et de surface.

En 2010, la région Midi-Pyrénées marque un retard important concernant la protection des captages dû principalement à leur nombre important notamment en zone de montagne : 32 % des captages sont protégés et alimentent 60,2 % de la population régionale versus 56,5 % des captages alimentant 66 % de la population pour la France entière.

L'ARS définira en lien avec les partenaires concernés (DREAL, Agence de bassin, Conseils généraux...) des programmes d'action dans les zones jugées prioritaires comportant notamment : des captages stratégiques identifiés dans le SDAGE, dont les « Grenelles » sans DUP, les captages desservant une population supérieure à 5000 habitants sans DUP ainsi que les captages délivrant une eau brute dépassant les normes.

Ces programmes viseront à cibler les collectivités dans lesquelles l'intervention de l'ARS pour dynamiser la mise en œuvre de la procédure de protection est nécessaire, à définir les modalités d'effectuation des visites de conformité après la réalisation des travaux et des inspections pour les captages nouvellement autorisés et à conjuguer les interventions financières disponibles.

4.4.2 S'assurer de la qualité de l'eau d'eau destinée à la consommation humaine

En Midi-Pyrénées, 0,6 % de la population est alimentée par de l'eau présentant une contamination microbiologique fréquente ou chronique (pourcentage d'analyses non-conformes supérieur à 20 %) concernant 468 unités de distribution. En outre, en Midi-Pyrénées, 4,3 % de la population est alimentée par de l'eau présentant une contamination ponctuelle (pourcentage d'analyses non-conformes compris entre 5 et 20 %) concernant 500 unités de distribution.

Les communes sur lesquelles sont relevées les plus grandes fréquences d'anomalies se regroupent principalement dans les zones proches des massifs montagneux, Pyrénées et bordure du Massif central.

Les causes de non-conformité sur les installations sont multiples : non-respect des règles de conception (concentration-temps de contact insuffisant), mauvais entretien, réglages de la désinfection inadaptés à la qualité de l'eau brute (absence de mesure en continu de résiduel de chlore raccordée à un dispositif d'alarme), l'exploitation déficiente...

Les services de l'ARS s'organiseront pour gérer toute situation de dépassement de seuil réglementaire.

Ce dispositif régional ciblera en priorité les installations desservant plus de 500 habitants, dont le taux de non-conformité bactériologique est supérieur à 20 %. Sur ces sites, l'ARS mettra en œuvre un programme de mise en conformité vis-à-vis de la qualité bactériologique de l'eau des installations de captage et de désinfection, en cohérence avec les schémas départementaux des Conseils généraux.

Par ailleurs, dans ce dispositif, une attention particulière sera portée aux modalités de prévention de la survenue de cas de légionellose et de leur gestion : cas en lien avec les réseaux d'eau chaude sanitaire dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et autres établissements recevant du public.

D'autres anomalies peuvent être décelées et être en partie attribuables à des contaminations de l'eau en cours de distribution : re-largage de substances constitutives des matériaux en contact avec l'eau (plomb, chlorure de vinyle...) ou introduction de diverses pollutions lors de phénomènes de retour d'eau lorsqu'il existe des interconnexions non réglementaires entre réseaux d'eau potable et installations privées.

Ces contaminations potentielles présentent un réel risque pour la santé des consommateurs en cas de dépassement chronique ou important des pollutions accidentelles pouvant survenir.

Les données relatives aux matériaux à risque sont les suivantes : nombre de branchements au plomb, longueur en km de réseaux en PVC. L'ARS mettra en œuvre un programme de recherche de chlorure de vinyle sur des réseaux ciblés et identifiera les réseaux à risque (problématique protozoaires).

L'ARS renforcera les contrôles sur les réseaux ciblés pour réduire de moitié le pourcentage de population alimentée par de l'eau présentant une non-conformité bactériologique en 2013 (passer de 4,3 à 2 %).

L'ARS mettra en œuvre un programme d'actions afin de réduire à moins de 15 % d'ici 2013 le nombre d'unités de distribution d'eau présentant un taux de non-conformité bactériologique supérieur à 5 %, et mettra en œuvre les mesures adaptées pour assurer le respect de la nouvelle limite de qualité en plomb abaissée à 10 µg/l en 2013 notamment par la suppression de tous les branchements en plomb à cette date et la réduction du nombre de contaminations des réseaux de distribution.

L'ARS réalisera également un inventaire des unités de distribution (UDI) délivrant de l'eau non conforme en bactériologie et mettra en œuvre, sur les UDI les plus sensibles, une action avec les partenaires concernés.

L'ARS organisera la communication relative aux obligations de conception des installations privées susceptibles d'être connectées au réseau public par catégorie professionnelle : installateurs (plombiers, foreurs...), utilisateurs (artisanat, agriculteurs, industriels, récupérateurs d'eaux de pluie...), contrôleurs (exploitants, maires au titre de leur police générale). Elle rappellera aux exploitants d'unités de gestion de l'eau (UGE) la nécessité de supprimer les branchements au plomb et tenir à jour un tableau de bord annuel de leur nombre résiduel.



▪ **Éducation pour la santé :**

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes. Elle s'attache à développer la démocratie participative et l'action communautaire, les aptitudes personnelles et collectives, l'éducation du patient dans une relation de soins. Elle contribue à la promotion de la santé.

▪ **Dépistage :**

Le dépistage consiste en la recherche d'une maladie ou d'anomalies dites « à risques » chez les individus d'une population donnée. Ces investigations sont suivies ou non de consultations médicales, d'examens cliniques et de traitements. Mettre en évidence un facteur de risque, une lésion favorisant une autre maladie. Traiter à un stade précoce une maladie, avant que des séquelles ne surviennent.

Pour mettre en œuvre un dépistage, il faut que la maladie soit assez fréquente, assez grave, qu'elle soit détectable à un stade le plus précoce possible et, bien sûr, il doit déboucher sur des mesures thérapeutiques ou préventives concrètes. Enfin, il faut disposer d'un bon test, simple à mettre en œuvre et peu coûteux puisqu'il doit s'appliquer sur des populations.

Le dépistage est plutôt appelé « repérage » quand il s'agit de troubles liés au comportement (psychiatrie, consommation de produits psychoactifs...) ou de recherches faisant appel à des techniques simples (interventions brèves pour repérage précoce). Le terme de repérage est également parfois utilisé quand le test est réalisé par des non-professionnels de santé.

▪ **Pôle régional de compétences :**

Le pôle régional de compétences constitue une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé (EPS) de la région afin de les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs, etc.) et venir en appui de leurs actions en éducation pour la santé ou en promotion de la santé. Il a pour mission de développer des fonctions supports à caractère transversal telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, l'appui documentaire, l'évaluation.

Le portage et l'animation du pôle ont été confiés par l'INPES à l'IREPS Midi-Pyrénées. Le pôle se compose :

- D'un comité de pilotage réunissant des représentants de structures impliquées dans l'éducation pour la santé : Éducation nationale, collectivités territoriales, Assurance maladie, Protection judiciaire de la jeunesse, établissements de santé, etc.

- D'une équipe technique régionale, comprenant des professionnels représentant les organismes partenaires implantés dans chaque département.

(cf. Site Internet du Pôle : <http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr>)

L'activité du Pôle fait l'objet d'un suivi et de visites de conformité conjointes INPES/ARS.

▪ **Prévention :**

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications, en favorisant la réinsertion des personnes atteintes. La prévention primaire réduit l'incidence d'une maladie, la secondaire en minimise la gravité et la tertiaire en diminue les séquelles.

* Source INPES : « Promotion, prévention et programmes de santé dans les ARS » - Août 2009.

A la conception de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, calquée sur le soin, dirigée contre des risques, qui était bien adaptée à des problèmes sanitaires (pathologies aiguës, surtout infectieuses et accidents...) on oppose aujourd'hui une définition plus adaptée aux pathologies chroniques, multifactorielles, d'évolution séquentielle, à l'origine desquelles le comportement de l'individu n'est pas étranger.

C'est ainsi qu'une nouvelle classification de la prévention est proposée :

- La prévention universelle : destinée à l'ensemble de la population sans tenir compte de son état de santé... C'est l'éducation pour la santé.
- La prévention orientée : destinée à des sous-groupes en fonction de leurs risques spécifiques... C'est le champ classique de la prévention.
- La prévention ciblée : elle s'adresse au malade pour leur apprendre à gérer leur affection et son traitement... C'est l'éducation thérapeutique.

La prévention peut donc être ainsi définie comme l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais aussi, et surtout, tout ce que fait un individu ou un groupe, informé et « responsabilisé », en faveur du maintien ou de l'amélioration de sa santé.

■ **Promotion de la santé :**

La promotion de la santé a pour mission d'agir sur les environnements et sur les comportements. Elle désigne à la fois une stratégie d'action collective et une démarche professionnelle renforçant notamment les compétences psycho-sociales des individus et des groupes. Ces activités visent à changer le contexte social, politique, économique, les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à la santé en donnant aux personnes et aux groupes les moyens d'agir sur les déterminants de leur santé (charte d'Ottawa).

La promotion de la santé s'appuie donc sur une conception positive et globale de la santé, comme un état de bien-être physique, psychologique et social. Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés et la mobilisation des ressources présentes sur chaque territoire.



- **ADPSPA** Association Départementale pour la Promotion Sociale Agricole
- **AFCC** Association Française des Centres de Consultation Conjugale
- **ANPAA** Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- **AVC** Accident Vasculaire Cérébral

- **CAARUD** Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
- **CAF** Caisse d'Allocation Familiale
- **CARSAT** Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- **CCPPP** Commission de Coordination de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

- **CCREVI** Commission de Coordination Régionale des Vigilances
- **CDAG** Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- **CESC** Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
- **CETIA** Centre d'Études du Tourisme et des Industries de l'Accueil
- **CG** Conseil Général
- **CHSCT** Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- **CIDDIST** Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

- **CIRE** Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région
- **CLAT** Centre de lutte anti-tuberculeuse
- **CLS** Contrat Local de Santé
- **CNFPT** Centre National de la Fonction Publique Territoriale
- **COFIL** Comité de Pilotage
- **COTER** Comité Technique Régional
- **CPAM** Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CPOM** Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- **CPEF** Centre de Planification et d'Éducation Familiale
- **CRSA** Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- **CSAPA** Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- **CSP** Commission spécialisée de prévention de la CRSA
- **CT** Conférence de Territoire
- **CV** Centre de Vaccination

- **DESC** Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
- **DIRECCTE** Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

- **DRAAF** Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
- **DREES** Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **DRJSCS** Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
- **DT2** Diabète de Type 2

- **EFFORMIP** Réseau regroupant des professionnels de santé et du sport
La santé par l'effort et la forme en Midi-Pyrénées
- **EHPAD** Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes
- **ELSA** Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- **EPS** Éducation Pour la Santé

- **FDSEA** Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles
- **FMC** Formation Médicale Continue

- **GED** Gestion Électronique de Documents
- **GIR** Groupes Iso-Ressources

- **HAS** Haute Autorité de Santé
- **HSH** Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

- **IDE** Infirmier Diplômé d'État
- **IFERISS** Institut Fédératif de Recherche Interdisciplinaire Santé Société
- **IMC** Indice de Masse Corporelle
- **IME** Institut Médico-Éducatif
- **INPES** Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- **INVS** Institut de Veille Sanitaire
- **IREPS** Instance Régionale d'Éducation et de Promotion pour la Santé
- **IRIS** Ilots Regroupés pour des Indicateurs Statistiques
- **ISS** Inégalités Sociales de Santé
- **IST** Infection Sexuellement Transmissible
- **ITEP** Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
- **IVG** Interruption Volontaire de Grossesse

- **MATERMIP** Réseau de périnatalité de Midi-Pyrénées
- **MFPF** Mouvement Français pour le Planning Familial
- **MSA** Mutualité Sociale Agricole

- **NMM** COTER Nutrition et Maladies Métaboliques

- **ORSMIP** Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

- **PASS** Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- **PJJ** Protection Judiciaire de la Jeunesse
- **PNA** Plan National de l'Alimentation
- **PNNS** Plan National Nutrition Santé
- **PMI** Protection Maternelle et Infantile
- **PRAPS** Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- **PRC** Pôle Régional de Compétences

- **RSI** Régime Social des Indépendants

- **SAMSAH** Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- **SIUMPPS** Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
- **SROS** Schéma Régional d'Organisation des Soins
- **SROMS** Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

- **TROD** Test Rapide à Orientation Diagnostique

- **UCT** Unité de Coordination de Tabacologie
- **UFSBD** Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
- **UNPS** Union Nationale de Prévention du Suicide

- **VIH** Virus de l'Immunodéficience Humaine

Indicateurs de l'état de santé en Midi-Pyrénées

Indicateurs de l'état de santé de la population en Midi-Pyrénées	Thématiques de prévention
La situation sanitaire	
Une des régions ayant les plus faibles taux de mortalité prématurée évitable mais des disparités interdépartementales importantes avec une situation préoccupante dans trois départements ruraux : 09, 65, 46.	Prise en compte des ISS dans les actions Actions sur les déterminants de santé : nutrition, tabac, alcool
Les grands problèmes de santé : les cancers	
Des niveaux de mortalité par cancer significativement plus faibles que la moyenne nationale et assez homogène dans les 8 départements mais l'incidence progresse Une évolution particulièrement défavorable pour le cancer du poumon chez la femme et dans certains départements (09-31-65)	Actions sur les déterminants de santé: nutrition, tabac, alcool Promotion du dépistage des cancers Dépistage des cancers
Les grands problèmes de santé : les maladies cardiovasculaires	
Place prépondérante des maladies cardio-vasculaires en termes de morbidité et de soins même si la situation semble relativement stable et contrôlée (baisse de la mortalité, incidence stable) Existence de disparités interdépartementales importantes (incidence, recours hospitaliers, mortalité)	Actions sur les déterminants de santé: nutrition, tabac, alcool Prise en compte des ISS dans les actions
Les grands problèmes de santé : autres maladies chroniques	
Poids des maladies chroniques (diabète, maladies d'Alzheimer et apparentées, troubles mentaux) Diabète, marqueur d'inégalités sociales de santé à surveiller Importance et impact social des troubles mentaux	Populations à prendre en compte : jeunes, personnes âgées, détenus, personnes en situation d'exclusion Actions sur les déterminants de santé: nutrition, tabac, alcool Actions auprès des jeunes Prise en compte des ISS dans les actions
Les situations de handicap et de dépendance	
Vieillesse de la population régionale Augmentation des besoins de prise en charge des maladies chroniques et des handicaps	Actions de préservation de l'autonomie des personnes âgées Actions spécifiques auprès des personnes handicapées
Comportements de santé et conduites à risques	
Surpoids et obésité : baisse de l'obésité infantile à valider et à surveiller / une augmentation importante de l'obésité adulte ces 10 dernières années Surpoids et obésité : un marqueur des inégalités sociales de santé Sédentarité trop importante pour 70% des adolescents ; comportements alimentaires plus favorables que la moyenne nationale 30% de fumeurs quotidiens à 17 ans / dans la population adulte, 25% de fumeurs quotidiens (femmes) Épisodes d'ivresses répétées chez les jeunes à un niveau élevé (27%) plus fréquents que la moyenne nationale des risques d'accidents de la circulation plus élevés dans certains départements : 81, 82, 32 / un groupe à risque : 15-34 ans Situation relativement moins favorable de décès par suicide dans le Lot et les Hautes-Pyrénées / importance des tentatives de suicide	Actions sur les déterminants de santé: nutrition, tabac, alcool Promotion de la santé chez les jeunes (enfants et adolescents) Programme de prévention du suicide (lien avec le SROS hospitalier pour la prévention des récurrences) Actions de promotion de la santé Lutte contre les addictions Prévention du suicide
Risques sanitaires naturels ou générés par les activités humaines	
Risque infectieux : augmentation de la prévalence des infections virales chroniques ; augmentation récente du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH à confirmer ; résurgence de certaines maladies infantiles (rougeole) Risque environnemental : cf PRSE 2010-2013 Risque lié au travail : émergence des risques psycho-sociaux au travail	Actions de prévention sanitaires pérennes : vaccinations, lutte contre le VIH et les hépatites Actions de promotion de la santé
Les déterminants sociaux de santé : inégalités contextuelles et territoriales	
Des relations entre inégalités sociales et territoriales multiples Une variabilité importante de la répartition des catégories sociales opposant souvent la Haute-Garonne aux autres départements mais une variabilité importante au sein de ce même département et même dans la ville de Toulouse Importance des situations de précarité et pauvreté dans certains territoires urbains et ruraux	Prise en compte des ISS dans les actions

Indicateurs sur les comportements de santé

Indicateurs	Niveau géographique	Périodicité d'analyse
Promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique et prévention des pathologies chroniques		
pourcentage d'enfants de 5-6 ans en surpoids ou obèses	Région, départements, bassins	2011-2012 puis analyse annuelle, 2012-2013 prochaine enquête DREES
pourcentage d'élèves de 6ème en surpoids et obèses	région, départements, bassins	2011-2012 puis analyse annuelle
pourcentage de sujets de 15 ans et plus en surpoids ou obèses	région	triennale
pourcentage d'élèves en CP ou en 6ème pratiquant une activité sportive extra-scolaire	région, départements, bassins	2011-2012 puis analyse annuelle
indicateurs sur les comportements alimentaires, la sédentarité et l'activité physique des jeunes de 11 à 15 Ans (enquête Health Behaviour in School aged Children (Hbsc))	région	prochaine 2014
nombre de licences sportives pour 100 habitants	départements, bassin	annuelle
pourcentage de participation au bilan bucco dentaire à 6 ans	départements	annuelle
Prévention des conduites addictives		
indicateurs sur les consommations d'alcool, tabac, cannabis et étude des facteurs associés en population adulte (18 à 85 ans)	Région	Baro santé régional (2005_ 2010)
Promotion de la santé chez les enfants et les jeunes		
mortalité périnatale		
prématurité	Département	
indicateur "petit poids" à la naissance	Département	
consommation alcool, tabac, cannabis à 15 ans (et 11 et 13 ans)	région	2014
consommation alcool, tabac, cannabis à 16 ans	région	2012 et suivi tous les 4 ans.
consommation alcool, tabac, cannabis à 17 ans	région et 31	triennal
hospitalisation en urgence pour ivresse aigue des jeunes	région, départements	
mort par accident de la route des 15-24 4ns	région, départements, bassins	veille annuelle
Ivg	région, département et bassin	
consommation de psychotropes chez les jeunes	région, département et bassin	
Préservation de l'autonomie des personnes âgées		
pourcentage de personnes de 65 ans et + réalisant la vaccination anti-grippale	région, départements, bassins	en cours
évolution du nombre de patients hospitalisés pour fracture du col du fémur	région, départements, bassins	
dénutrition en Ehpad	région, départements	ponctuel
nombre de personnes réalisant un bilan bucco-dentaire RSI et MSA		
Dépistage des cancers		
taux de participation au dépistage Organisé et individuels cancers du sein	région, départements, bassins	
taux de participation Dépistage Organisé cancer colo-rectal	région, départements, bassins	
taux de participation Dépistage cancer du col de l'utérus	région, départements	
Promotion de la vaccination		
couverture vaccinale des enfants de 6 ans et en 6ème pour les différents vaccins (ROR en priorité)	région, département et bassin	2011-2012 1ère année d'analyse
Prévention du suicide		
mortalité par suicide et par catégorie d'âge	région, département et bassin	veille annuelle
tentatives de suicide	région, départements	
pensées suicidaires et tentatives de suicide dans la population générale	région	
pourcentage de consommateurs de psychotropes	région, département et bassin	
Prévention du VIH, des IST et des hépatites		
taux de séropositivité au VIH par groupe à risque	région, départements	

D'autres indicateurs seront suivis concernant principalement la périnatalité, les jeunes et les personnes âgées et handicapées en institution. Une réflexion sera menée avec les partenaires concernés afin de vérifier la faisabilité du recueil, de l'analyse et du suivi des données.

Champs d'actions des institutions membres de la Commission de coordination des politiques publiques de prévention

Partenaires	Champs d'action dans la santé
DRJSCS et DDCS Public : pratiquants du sport, publics précaires	Sport et prévention, sport et handicap, lutte contre le dopage, Santé des pratiquants sportifs, Santé et précarité, gens du voyage, santé et cohésion sociale
Rectorat de l'Académie	Pilotage de l'ensemble des politiques de prévention et de dépistage concernant tous les enfants et adolescents en milieu scolaire (Maternelles, primaires, collèges, lycées) des 8 départements de l'Académie.
DIRECCTE Public : salariés des entreprises privées	Approche intégrée de la santé et de la sécurité au travail à visée essentiellement préventive, emploi des personnes handicapées
DREAL Public : population générale, travailleurs de l'industrie extractive	Protection des milieux et des personnes contre les nuisances industrielles (air, eau, risques chimiques), Lutte contre l'habitat insalubre
DRAAF Public : population générale DRAAF autorité académique de l'enseignement agricole	Protection de la population contre les risques sanitaires liés à l'alimentation d'origine végétale ou animale, Promotion de la qualité de l'offre alimentaire, Promotion de la santé dans l'Enseignement agricole
DIRPJJ Public : mineurs sous main de justice	Prise en charge des mineurs confiés
Conseil Régional Public : population générale de la région, cible privilégiée en prévention sur le public lycéen, action spécifique en faveur des personnes handicapées	Lutte contre la désertification médicale, lutte contre les pesticides, Prévention pour les lycéens et jeunes en insertion, Promotion d'une démarche transversale et territoriale pour la prise en charge du handicap
Conseils Généraux Public : femmes enceintes et jeunes enfants, personnes âgées, personnes handicapées adultes	Femmes enceintes, petite enfance, (PMI), adolescents, hébergement, dépendance, soutien à domicile des personnes âgées, hébergement et soutien à domicile des personnes handicapées adultes, dépistage des cancers, vaccination, lutte/tuberculose
Communes Public : population générale	Résorption de l'insalubrité dans l'habitat, Vaccination, lutte contre la tuberculose, le sida et les infections sexuellement transmissibles
Assurance Maladie Régime Général	Gestion du risque maladie et prévention générale individuelle et collective Campagnes de prévention, éducation, dépistage sont des priorités menées pour la plupart en inter-régimes. Ces efforts se déploient à destination de toutes les catégories d'assurés et notamment : enfants et adolescents, femmes, personnes âgées, patients atteints d'ALD
CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail)	
MSA (Mutualité sociale agricole) Public : salariés et retraités agricoles, population générale en milieu rural	Gestion du risque et prévention générale, prévention de la perte d'autonomie, coordination des soins, démographie médicale, santé au travail
RSI (Régime Social des Indépendants) Public : travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales)	Gestion du risque et prévention générale

D'autres institutions non membres de la CCPPP peuvent concourir au partenariat à savoir :

- le Service Inter- Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS)
- la Direction Inter-départementale des Services Pénitentiaires (DISP)
- la Police Nationale et la Gendarmerie

Critères de priorisation et d'évaluation des actions de prévention

La contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que l'inscription dans une démarche de promotion de la santé sont des objectifs transversaux indispensables. Il convient à minima de s'assurer à chaque étape du projet que cette notion a été prise en compte.

Les critères de priorisation sont les suivants :

- Projets participant à une démarche globale de prévention au niveau d'une zone géographique ciblée, s'appuyant sur les réseaux de professionnels existants.
- Projets d'ampleur géographique significative. Des projets locaux peuvent être soutenus dans la mesure où ils ciblent une population bien définie et identifiée, justifiant une approche de proximité.
- Actions pilotes sur un territoire défini, avec une procédure d'évaluation complète (processus, résultats, impacts) pouvant ainsi faire preuve d'efficacité, et permettant une reproductibilité sur d'autres territoires y compris au niveau régional. Les modalités de reproductibilité devront être explicites.
- Actions participatives associant le public concerné.
- Actions déployées sur un territoire où le besoin de santé faisant l'objet de l'intervention est particulièrement marqué et argumenté.
- Actions déployées auprès des publics prioritaires et dans les milieux clairement identifiés (au sein d'une structure où le public est présent un temps conséquent, permettant de développer des projets et rendant possible un suivi de l'action dans le temps).
- Projets fédérateurs : projets fédérant plusieurs acteurs sur un territoire clairement identifié, et/ou mettant en lien plusieurs structures ou établissements dans le cadre d'un même programme.
- Clarté de la méthodologie de projet et qualité de la démarche d'évaluation proposée : évaluation portant sur processus, résultats, impacts (cf. Paragraphe évaluation).
- Actions pour lesquelles les méthodes et outils sont validés par des études, référentiels, évaluations externes antérieures.
- Les compétences des intervenants présentées dans le dossier de l'organisme.
- Projets impliquant ou pouvant impliquer d'autres partenaires institutionnels.

Principes basant la méthodologie d'évaluation :

Chaque projet doit préciser les modalités d'évaluation prévues. L'évaluation proposée devra tenir compte de la finalité de toute action de promotion de la santé financée par l'ARS : Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Ces modalités d'évaluation, intégrées dans la convention, porteront sur les points suivants :

- Les projets devront intégrer un dispositif d'évaluation permettant de notamment mesurer :
 - l'évaluation de processus : déroulement de l'action (indicateurs quantitatifs et qualitatifs),
 - l'évaluation de résultats : présentés en fonction des objectifs initiaux (indicateurs quantitatifs et qualitatifs).
 - l'évaluation des effets indirects déclenchés ou collatéraux éventuels (indicateurs quantitatifs et qualitatifs).

- L'évaluation du processus se réalise « au fil de l'eau » mais doit être prévue initialement en choisissant les critères, les indicateurs d'évaluation, les sources d'information et les modalités de recueil des informations (données quantitatives et qualitatives). Elle doit rendre compte du déroulement de l'action (quantitativement : nombre de réunions, public touché, ... et qualitativement : satisfaction des usagers et professionnels, observation du déroulement des actions, fonctionnement du contexte partenarial, ...).
- L'évaluation de résultats doit être systématiquement proposée. Compte tenu du financement des projets sur une année, l'ARS a conscience de la difficulté pour certains projets, en fonction du niveau d'intervention, de présenter une évaluation de résultats portant sur des améliorations objectivées de l'état de santé. Toutefois, l'évaluation présentée dans les projets devra systématiquement comporter un volet sur les résultats intermédiaires (exemple : objectivation de modifications de comportements, effectivité de recours aux soins après des interventions les promouvant, utilisation du contenu des formations dans la pratique professionnelle ...).
- Dans tous les cas, la méthode d'évaluation des résultats devra être détaillée et prévoir la mise en place des outils et recueils nécessaires pour objectiver les améliorations sur l'état de santé à court, moyen ou long terme. Celle-ci devra être initiée par l'opérateur, si elle est de son ressort, dès que le projet retenu est mis en place. Sinon, elle doit faire l'objet de propositions en terme de partenariats ou de sources de données qui permettront de l'objectiver et dans quel délai prévisionnel.
- L'évaluation des effets indirects induits qu'ils soient positifs ou négatifs pourra être proposée (mobilisation de nouveaux partenariats à l'issue de l'action, induction d'autres actions...). Elle peut notamment être un élément de valorisation du projet.
- L'évaluation doit être envisagée comme un outil de pilotage du projet permettant de réorienter au fur et à mesure les objectifs opérationnels et les modalités de mise en œuvre elles ne sont pas adaptées au but recherché.
- Pour cela, il est demandé de mettre en place un comité de pilotage du projet et un groupe d'évaluation du projet, regroupant le promoteur, les partenaires locaux et si possible des bénéficiaires. La composition de ce groupe devra être précisée dans le dossier de présentation initial. Ce groupe peut être une émanation du comité de pilotage. Son rôle est de :
 - Préciser les contours de l'évaluation et définir les questions auxquelles le groupe souhaite répondre.
 - Pour chacune des questions, identifier les critères d'évaluation qui permettront de répondre à la question posée.
 - Pour chaque critère, définir les indicateurs observables ou mesurables et disponibles et dans quel délai
 - Pour chaque indicateur, définir le niveau attendu, sa source et les modalités de recueil de l'information permettant d'alimenter cet indicateur.
 - Répartir les rôles entre les différents membres du groupe.
 - Prévoir la fréquence des réunions du groupe.
 - Proposer des pistes pour réorienter le projet au fur et à mesure en fonction des retours de l'évaluation.



Champs d'actions en éducation pour la santé et en prévention des professionnels de santé du premier recours

Les professionnels de santé du premier recours vont pouvoir intervenir à plusieurs niveaux : diffusion des informations, éducation pour la santé, repérage, dépistage, rôle de veille au respect des recommandations en prévention.

	Médecin généraliste	Infirmier	Sage-femme	Pharmacien	Kinésithérapeute	Chirurgien-dentiste	Diététicien
Promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique et prévention des pathologies chroniques	Diffusion d'informations sur l'alimentation équilibrée, l'activité physique, l'allaitement maternel Repérage et dépistage des patients à risque cardio-vasculaire Thèmes dans le cadre de l'article 26-2 de la Convention Médicale (diabète, suivi HTA, vaccination grippe, dépistage cancer du sein et col utérin, médicaments).	Diffusion d'informations Repérage et dépistage des patients à risque cardio-vasculaire Repérage et dépistage surpoids et obésité	Diffusion d'informations sur l'alimentation équilibrée, l'activité physique, l'allaitement maternel Repérage et dépistage des femmes enceintes à risque d'obésité et de diabète gestationnel	Diffusion d'informations Repérage et dépistage des patients à risque cardio-vasculaire Repérage surpoids et l'obésité	Diffusion d'informations Repérage des patients à risque cardio-vasculaire	Diffusion d'informations Repérage et dépistage de l'état de santé bucco-dentaire personnes en situation de handicap	Diffusion d'informations sur l'alimentation équilibrée, l'activité physique, l'allaitement maternel Repérage et dépistage des patients à risque cardio-vasculaire Repérage et dépistage surpoids et obésité
Prévention des conduites addictives	Diffusion d'informations sur la consommation de produits addictifs pendant la grossesse et chez les jeunes Repérage Précoce et Interventions Brèves (RPIB)	Diffusion d'informations Repérage des conduites à risques : alcool, tabac	Diffusion d'informations sur la consommation de produits addictifs pendant la grossesse Repérage des conduites à risques : alcool, tabac	Diffusion d'informations Repérage des conduites à risques : alcool, tabac	Diffusion d'informations	Diffusion d'informations	Diffusion d'informations
Promotion de la santé chez les jeunes	Diffusion d'informations sur les conduites à risques Repérage de la souffrance psychique et orientation Repérage des déficiences de la petite enfance	Diffusion d'informations sur les conduites de risques	Diffusion d'informations et de conseils sur la contraception et l'IVG	Diffusion d'informations sur les conduites de risques, la contraception Renouvellement de contraception	Diffusion d'informations sur les conduites de risques Orientation vers médecin traitant	Diffusion d'informations sur les conduites de risques	Diffusion d'informations sur la nutrition

	Médecin généraliste	Infirmier	Sage-femme	Pharmacien	Kinésithérapeute	Chirurgien-dentiste	Diététicien
Préservation de l'autonomie des personnes âgées	Diffusion d'informations sur la nutrition (dénutrition, alimentation et activités physiques) Repérage des personnes âgées fragiles	Diffusion d'informations Repérage des personnes âgées fragiles		Diffusion d'informations	Diffusion d'informations Repérage des personnes âgées fragiles	Diffusion d'informations	Diffusion d'informations sur la nutrition (dénutrition, alimentation et activités physiques) Repérage et dépistage des personnes âgées dénutries
Dépistage des cancers	Diffusion d'informations Dépistage des cancers	Diffusion d'informations Dépistage des cancers		Diffusion d'informations		Diffusion d'informations Dépistage des cancers de la cavité buccale	Diffusion d'informations sur la nutrition
Promotion de la vaccination	Diffusion d'informations Veiller au respect des recommandations vaccinales: vaccination à jour Réalisation des vaccinations	Diffusion d'informations Veiller au respect des recommandations vaccinales: vaccination à jour Réalisation vaccination antigrippale	Diffusion d'informations Veiller au respect des recommandations vaccinales: vaccination à jour Réalisation des vaccinations	Diffusion d'informations Veiller au respect des recommandations vaccinales: vaccination à jour			
Prévention du suicide	Diffusion d'informations Repérage des personnes présentant des signes de souffrance psychique	Diffusion d'informations Repérage des personnes présentant des signes de souffrance psychique	Diffusion d'informations Repérage des personnes présentant des signes de souffrance psychique		Diffusion d'informations Repérage des personnes présentant des signes de souffrance psychique		
Prévention du VIH, des IST et des hépatites	Diffusion d'informations	Diffusion d'informations		Diffusion d'informations			



SRP

Schéma régional
de prévention



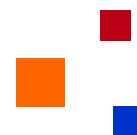
**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

2012 / 2017





Contexte

p. 55

Orientation

1

**Renforcer la régionalisation dans l'organisation
de la veille et de la sécurité sanitaire**

p. 58

- 1.1 Renforcer l'information sur l'organisation régionale centralisée dans la réception et le traitement des signaux et alertes sanitaires
- 1.2 Renforcer les collaborations ARS - acteurs/partenaires impliqués dans la veille et la sécurité sanitaire
- 1.3 Coordonner dans chaque département la mise en œuvre des différents plans de zone de défense de la région, dans le domaine de compétence de l'ARS
- 1.4 Tester régulièrement l'efficacité des procédures applicables en situation exceptionnelle

Orientation

2

**Améliorer le signalement des alertes et la surveillance
non spécifique par les professionnels de santé**

p. 62

- 2.1 Améliorer le signalement des alertes sanitaires
- 2.2 Améliorer la surveillance non spécifique
- 2.3 Améliorer les systèmes de surveillance sur des problématiques spécifiques

Orientation

3

**Développer la communication sur la veille et l'alerte
sanitaire auprès des populations**

p. 65

- 3.1 Développer la communication auprès des professionnels du premier recours
- 3.2 Créer les outils de communication auprès des populations



La population est soumise à un certain nombre de risques sanitaires : risques infectieux, environnementaux, liés à des produits de santé, risques professionnels, risques naturels voire intentionnels. Prévenir, réduire voire supprimer les conséquences de ces risques sur la santé sont une mission de veille et sécurité sanitaire confiée à l'ARS en application du Code de la Santé Publique. Dès la détection de signaux pouvant révéler une menace de santé publique, le service Prévention et gestion des alertes sanitaires (PGAS) de l'ARS organise l'ensemble du dispositif régional de prévention en collaboration avec les autres directions de l'ARS et ses partenaires extérieurs.

1. Les données utilisées en veille et sécurité sanitaire

Ce système de veille et sécurité sanitaire repose à la fois sur des données issues de systèmes de surveillance organisés, et des signalements spontanés émis par des professionnels de santé.

1.1 Données issues des systèmes de surveillance organisés

Les surveillances sanitaires :

- Maladies à déclaration obligatoire (MDO), infections associées aux soins, intoxications au monoxyde de carbone, pathologies communautaires telles qu'infections respiratoires et gastro-entérite aiguës en collectivités de personnes âgées, cas graves de grippe en réanimation,
- Réseaux de laboratoires et/ou services cliniques hospitaliers dédiés à un agent ou une pathologie infectieuse spécifique (ex : SHU, campylobacter, ...), réseaux sentinelles de médecine libérale.

Les vigilances : toxicovigilance, pharmacovigilance, hémovigilance, matéro-vigilance, etc....

Les surveillances environnementales : L'ARS garantit avec les partenaires régionaux une surveillance réglementaire en santé environnementale : surveillance des eaux (eaux potables, embouteillées, thermales, piscines, baignades), des légionelles, de l'air, des rejets industriels, du plomb, de l'amiante, du radon, du monoxyde de carbone. Cette surveillance réglementaire contribue à la détection précoce de nombreux signaux sanitaires.

La surveillance non spécifique à visée d'alerte : surveillance coordonnée des services d'urgences (Oscour®), surveillance de la mortalité INSEE, surveillance par le réseau SOS médecins.

1.2 Signalements spontanés émis par les professionnels de santé

Tout acteur de santé, quel qu'il soit, privé, institutionnel, et quelle que soit son activité : médecin, pharmacien, épidémiologiste, ingénieur, toxicologue, vétérinaire, etc., a le devoir de signaler tout événement inhabituel (sanitaire, environnemental, social, etc.), survenant chez un individu ou une population, pouvant avoir des conséquences directes ou indirectes sur la santé de la collectivité.

2. Le dispositif de réception de réponse aux alertes sanitaires

Prévenir et gérer les risques sanitaires a conduit à la mise en place dans les ARS d'un dispositif de réception et de gestion des signaux et événements exceptionnels sanitaires. Le service de prévention et de gestion des alertes sanitaires (PGAS) de Midi-Pyrénées regroupe :

- la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVGS),
- la CIRE, Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en Région,
- une cellule prévention et contrôle (santé-environnement, et, dans ses aspects régionaux, pharmacie),
- sur le plan fonctionnel, les agents chargés de la prévention et de la gestion des alertes sanitaires dans les départements.

La cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVGS) anime et coordonne ce dispositif.

2.1 La réception quotidienne des signaux d'alerte sanitaire dans la région est organisée autour d'un point d'entrée unique

La réception en continu des signaux est assurée par le centre régional de réception et de régulation des signaux situé au niveau de la CVGS qui constitue le point focal unique pour l'ensemble de la région, sur lequel tous les signaux doivent converger.

Ce point d'entrée unique fonctionne 24h/24h avec l'appui de professionnels formés (médecins, infirmiers, ingénieurs, pharmaciens, épidémiologistes). Un numéro de téléphone, un numéro de télécopie et une adresse de messagerie lui sont spécifiquement dédiés.

En soirée, nuits, week-ends et jours fériés, un dispositif d'astreinte prend le relais du centre régional de réception et de régulation des signaux.

2.2. Le traitement (validation, évaluation) et la gestion des signaux en situation habituelle

Après réception, tout signal est validé, évalué. S'il s'agit d'une alerte, sa gestion est organisée par l'ARS : la réponse est engagée très souvent de manière collaborative avec la douzaine des principaux partenaires identifiés de l'ARS : Préfectures, Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), Centre anti-poison et de toxicovigilance (CAP-TV), URPS, ORUMIP, RECTORAT, DIRECCTE, DREAL, DRAAF, DRJSCS,...).

2.3 Cas particulier de la gestion des situations exceptionnelles organisée sous l'autorité des Préfets

L'organisation départementale et régionale, voire zonale, pour prévenir et gérer les événements exceptionnels porteurs d'un risque sanitaire majeur, revêt un caractère prioritaire pour le Préfet.

Pour répondre à ces situations exceptionnelles, le Préfet peut activer le plan ORSEC, dispositif opérationnel qui détermine l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mobilisés.

L'ARS met du personnel à disposition du Préfet et définit les dispositions à mettre en œuvre dans son champ de compétence : établissements de santé, établissements médico-sociaux, secteurs pré-hospitaliers et ambulatoires, santé environnementale et évaluation du risque sanitaire.

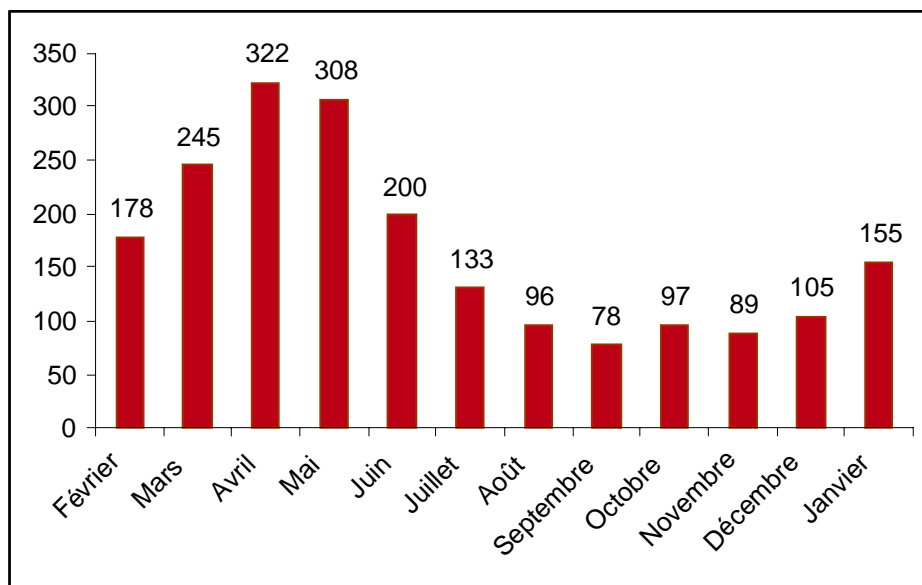
3. L'activité de veille et sécurité sanitaire

Depuis sa création, plus de 2300 signaux ont été réceptionnés par l'ARS. Sur les douze derniers mois (du 1^{er} février 2011 au 31 janvier 2012), 2006 signaux et alertes ont été reçus et gérés (hors signaux environnementaux issus de systèmes de surveillance pilotés par les délégations territoriales de l'ARS).

Parmi ces signaux, on note :

- 919 cas de rougeole,
- 60 cas de légionellose,
- 116 toxi-infections alimentaires collectives (TIAC),
- 208 cas de tuberculose,
- 25 cas de méningite à méningocoque.

Évolution mensuelle du nombre de signaux enregistrés sur la région entre le 01/02/2011 et le 31/01/2012 :



Source : ARS Midi-Pyrénées

Sur la période du 01/02/2011 au 31/01/2012, environ 6 signaux d'alerte ont été réceptionnés chaque jour (variant de 1 à 33 signaux quotidiens réceptionnés).

Le nombre de signaux reçus par la CVGS est différent en fonction des départements, de leur population et de la saison. Le ratio du nombre de signaux rapporté à la population a été en moyenne de 6,8 pour 10 000 habitants, mais cet indicateur varie suivant les départements : entre 5,5 dans les Hautes-Pyrénées et 16,1 en Ariège, département très touché par l'épidémie de rougeole au printemps 2011.

Depuis février 2011, 60% des signaux sont reçus directement par la CVGS et 40% transitent encore par les délégations territoriales de l'ARS.

**Veille, alerte et gestion
des urgences sanitaires**

Orientation

1

**Renforcer la régionalisation
dans l'organisation de la veille
et de la sécurité sanitaire**

L'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire en Midi-Pyrénées est basée sur une centralisation régionale dans la réception et la gestion des alertes sanitaires.

**1.1 Renforcer l'information sur l'organisation régionale centralisée
dans la réception et le traitement des signaux et alertes sanitaires**

A la lumière des premiers résultats obtenus en 2011, il faut poursuivre l'effort d'information des professionnels de santé et des acteurs institutionnels de Midi-Pyrénées sur la centralisation régionale de la veille et de l'organisation de la sécurité sanitaire.

Actions :

- Renforcer la communication auprès des professionnels de santé et des partenaires institutionnels : Préfectures, Collectivités, Rectorat, FEHAP, FHP, FHF, ARLIN, CAP-TV, URPS, ORUMIP DIRECCTE, DREAL, DRAAF, DRJSCS sur :
 - la centralisation de l'organisation régionale de la réception des signaux et alertes sanitaires en situation habituelle comme en situation exceptionnelle,
 - la permanence quotidienne d'une expertise technique pour le traitement des signaux reçus.

Échéance :

- 4^{ème} trimestre 2012

**1.2 Renforcer les collaborations ARS - acteurs/partenaires
impliqués dans la veille et la sécurité sanitaire**

La coordination de tous les partenaires à l'origine, ou impliqués dans la gestion, des signalements est essentielle pour renforcer la veille et la sécurité sanitaire. Elle permet de mutualiser au mieux les compétences régionales œuvrant en veille et sécurité sanitaire.

Une douzaine de partenaires majeurs peuvent être identifiés dans notre région : Préfectures, Collectivités, Rectorat, FEHAP, FHP, FHF, ARLIN, CAP-TV, URPS, ORUMIP, DIRECCTE, DREAL, DRAAF, DRJSCS.

1.2.1 Renforcer la coopération avec les acteurs/partenaires identifiés

Action :

- Établir avec chacun d'eux un protocole de veille et d'alerte sanitaire qui intègre et harmonise leurs procédures avec celles mises en place par l'ARS Midi-Pyrénées

Échéances :

- Le groupe d'alerte en santé travail (partenariat avec DIRECCTE-CHU-InVS, CAP-TV) est constitué et produira un bilan annuel des alertes traitées.
- 2013-2016 : Collectivités, Rectorat, FEHAP, FHP, FHF, ARLIN, CAP-TV, URPS, ORUMIP, DIRECCTE, DREAL, DRAAF, DRJSCS.

1.2.2. Renforcer la communication avec nos partenaires institutionnels

La communication quotidienne entre partenaires, comme celle à mettre en œuvre lors d'événements exceptionnels doit répondre à certaines exigences.

Actions :

- Définir avec nos principaux partenaires régionaux les exigences d'une communication partenariale et élaborer avec chacun d'eux un protocole régional conjoint de communication en cas de situation d'alerte habituelle et/ou exceptionnelle.

Échéance :

- 1^{er} semestre 2013.

1.2.3 Développer l'utilisation transversale d'applications informatiques et d'outils de communication entre les différents partenaires

L'efficacité dans la gestion de situations d'alerte pourrait être améliorée par l'échange de données d'alerte sanitaire entre partenaires ; par exemple, les données de la DREAL permettant de dresser la cartographie des risques naturels (zones inondables...), croisées avec la géo-localisation des établissements de santé sont très utiles en situation de crise.

Action :

- Développer l'échange de données informatisées (EDI) entre partenaires.

Échéance :

- 2^{ème} trimestre 2013.

1.3 Coordonner dans chaque département la mise en œuvre des différents plans de zone de défense de la région, dans le domaine de compétence de l'ARS

En cohérence avec les Préfets qui ont autorité pour assurer la mise en œuvre des différents plans de zone de défense dans leur département, l'ARS participe à l'élaboration des plans de défense civile dans son domaine de compétences.

1.3.1 Élaborer en lien avec les préfets et l'ARS de zone, la déclinaison territoriale du plan gouvernemental face au risque nucléaire radiologique biologique et chimique (NRBC)

Le plan gouvernemental NRBC a été présenté au cours de l'année 2011. Il doit être décliné dans chaque zone de défense et dans chaque département par les préfets de zone et les préfets des 8 départements, chacun dans leur ressort territorial et selon leurs compétences. L'ARS participe à la préparation de la réponse territoriale NRBC, en soutien du préfet territorialement compétent dans le respect de ses attributions propres.

Actions :

- En lien étroit avec l'ARS de zone d'Aquitaine, l'ARS Midi-Pyrénées propose une réponse face ce type de risques et participe à l'animation régionale de ce dispositif.

1.3.2 Accompagner la déclinaison du plan blanc élargi dans chaque département, en lien avec les préfetures, et l'ARS de zone

Chaque établissement de santé dispose d'un plan blanc et chaque département dispose d'un plan blanc élargi.

Dans un souci d'harmonisation et d'efficacité, une trame des plans blancs élargis a été élaborée en 2011 au niveau régional. Elle doit être déclinée dans chaque département avec l'appui du SAMU et en lien avec les services préfectoraux.

Actions :

- Mettre à jour l'ensemble des plans blancs de chaque établissement,
- Harmoniser les plans blancs élargis dans chaque département,
- Solliciter les préfets pour que tous les 2 ou 3 ans, l'exercice annuel mis en place touche tous les établissements de santé.

Échéance :

- 4^{ème} trimestre 2012

1.3.3 Accompagner la déclinaison du plan national iode dans chaque département, en lien avec les préfetures, l'ARS de zone et l'EPRUS

Le plan national iode a été présenté en juillet 2011. Il doit être décliné dans chaque département par le Préfet, à partir du mois de novembre 2011.

Action :

- Décliner le plan iode dans chaque département dans le cadre des orientations données par le Préfet et en lien étroit avec l'ARS de zone.

Échéance :

- L'échéance fixée au 1^{er} trimestre 2012 a été respectée.

1.3.4 Accompagner les 8 préfetures dans la rédaction des volets sanitaires des plans de prévention et de gestion des situations exceptionnelles des dispositifs spécifiques ORSEC

Action :

- Coordonner et élaborer au niveau régional la rédaction du volet sanitaire des annexes du plan d'organisation de la réponse de la sécurité civile (ORSEC) dans les 8 départements.

Échéance :

- Suivi annuel

1.4 Tester régulièrement l'efficacité des procédures applicables en situation exceptionnelle

En situation exceptionnelle, lorsque le Centre Opérationnel Départemental (COD) est activé par le Préfet, l'ARS assure un pilotage technique de la crise dans son domaine de compétence.

L'ARS constitue l'élément pivot dans la mise en alerte, la communication, la mobilisation des acteurs sanitaires qu'ils soient locaux, régionaux ou nationaux. De même, elle répond aux demandes des différents acteurs sanitaires.

L'ensemble des procédures est actuellement validé. Ces procédures doivent être constamment réévaluées par l'ARS au cours d'exercices réguliers.

Action :

- Former les équipes et tester périodiquement la validité des procédures dans le cadre d'exercices conjoints Préfet-ARS. Un rapport de retour d'expérience sera réalisé après chaque exercice.

Échéance :

- Suivi annuel

Orientation

2

**Améliorer le signalement
des alertes et la surveillance
non spécifique par les
professionnels de santé****2.1 Améliorer le signalement des alertes sanitaires****2.1.1 Mieux impliquer les professionnels de santé dans le signalement
et la gestion des signaux et alertes sanitaires et simplifier les modalités de signalement**

La création d'une dynamique régionale de signalement sanitaire passe par l'animation de groupes de professionnels de santé, quel que soit leur statut, public ou privé. Celle-ci est souvent à l'origine d'une meilleure implication de ces professionnels dans le signalement, d'une plus grande sensibilité du système à l'origine de l'émergence de nouvelles alertes en veille sanitaire.

Actions :

- Établir des fiches sur les événements ou pathologies à signaler en s'appuyant sur les professionnels de santé régionaux, publics (état ou collectivités), ou privés, les fédérations hospitalières et médico-sociales, la santé scolaire, la médecine du travail.
- Mettre à disposition de l'ensemble de ces professionnels de santé des dossiers dédiés à la veille et sécurité sanitaire (VSS) sur le site internet de l'ARS.

Échéance :

- 4^{ème} trimestre 2012

2.1.2 Développer la culture du signalement chez les professionnels de santé

La culture du signalement n'est pas encore assez développée chez les professionnels de santé. La déclaration systématique de tout signal potentiellement à risque leur permettrait d'améliorer la réactivité et la qualité de la réponse en cas d'événement sanitaire indésirable et d'anticiper toute menace pour la santé publique.

Actions :

- Élaborer en partenariat avec les instances de surveillance des établissements de santé et médicaux sociaux un jeu de fiches techniques identifiant des événements ou pathologies à signaler,
- Proposer une information permanente sur la nécessité du signalement sur le site web ou tout autre support de communication de l'ARS à destination des professionnels de santé,
- Proposer aux professionnels de santé en exercice ou en formation, des thématiques sur l'alerte sanitaire (Formation médicale continue, intervention de professionnels de l'ARS).

Échéance :

- 1^{er} semestre 2014

2.1.3 Améliorer la rétro-information des professionnels de santé

A ce jour, la CIRE diffuse chaque semaine un bulletin épidémiologique électronique dont l'objectif est d'informer les professionnels de santé sur la situation épidémiologique. Ces données sont issues de différents systèmes d'information (services d'urgences, réseaux sentinelles, mortalité fournie par l'INSEE...) et sont limitées au risque infectieux.

Actions :

- Diffuser trimestriellement un bulletin de rétro-information sur l'ensemble des alertes reçues et traitées par l'ARS au travers des supports existants (bulletin CIRE, bulletin ARS) et/ou nouveaux supports,
- Réaliser tous les ans, une journée régionale de veille sanitaire avec l'InVS/CIRE,
- Élaborer avec nos partenaires un annuaire actualisé des professionnels de santé en établissement et en ambulatoire.

Échéance :

- 1^{er} trimestre 2013

2.1.4 Contribuer à la formation des professionnels de santé à la veille sanitaire

L'adhésion des professionnels de santé au signalement exige une formation initiale et continue, afin de motiver les professionnels à signaler. Une formation pertinente doit inclure les acteurs régionaux en charge de la veille et sécurité sanitaire.

Action :

- Renforcer la participation de l'ARS à la formation universitaire initiale ou à la formation médicale continue des médecins, biologistes et infirmiers.

Échéance

- 3^{ème} trimestre 2013

2.1.5 Poursuivre la sensibilisation au signalement des infections associées aux soins (IAS) et des évènements indésirables graves

Les infections associées aux soins et les évènements indésirables graves en établissement semblent encore sous déclarés dans notre région.

Actions :

- Sensibiliser les professionnels de santé des établissements de santé et médico-sociaux aux infections associées aux soins et évènements indésirables graves en établissement au cours de rencontres périodiques,
- Poursuivre et coordonner l'action de la Commission de coordination des risques et des vigilances (CCREVI) qui anime le réseau des hygiénistes des établissements de Midi-Pyrénées.

Échéance :

- 1^{er} trimestre 2013

2.1.6 Inscrire l'activité de signalement dans les missions des professionnels de santé du premier recours

Actions :

- Inscrire l'activité de signalement (MDO et autres évènements constituant une menace potentielle pour la santé publique) dans les missions des professionnels de santé du premier recours,
- Envoyer, au moins une fois par an, à l'ensemble des professionnels de santé un courrier rappelant leur devoir de signalement et expliquant, l'organisation de l'ARS et le rôle de ses agents dans la gestion des signaux. Ce courrier précisera le type d'évènement à signaler en soulignant l'intérêt du signalement pour la santé publique. Ce courrier sera accompagné d'une plaquette de communication reprenant l'ensemble de ces informations.

Échéance :

- 3^{ème} trimestre 2013

2.2 Améliorer la surveillance non spécifique

2.2.1 Généraliser la participation des établissements de santé et médico-sociaux aux outils de suivi de leurs activités

En Midi-Pyrénées, l'ORUMIP a mis en place un serveur régional des urgences (SRU) qui assure le suivi des ressources hospitalières (disponibilités en lits), et le suivi de l'activité d'accueil des urgences (hôpital en tension). Il est directement alimenté par les établissements de santé.

Il existe également un serveur régional « canicule » pour les établissements hébergeant des personnes âgées, qui peut être activé en période caniculaire.

Actions :

- Veiller à l'alimentation en temps réel du SRU par tous les établissements de santé,
- Mettre à disposition un seul serveur de recueil d'informations pour les établissements de santé et médico-sociaux et l'étendre au secteur du handicap.

Échéance :

- 1^{er} trimestre 2014

2.2.2. Améliorer la détection d'alertes et l'évaluation de l'impact des situations d'urgence

En complément des systèmes de surveillance spécifique, la surveillance non spécifique a pour objet de détecter les nouvelles menaces pour la santé publique d'origine a priori inconnue. Elle constitue un élément pivot de surveillance sanitaire dans une région.

Actions :

- Parvenir à une participation de tous les établissements, sièges d'un service d'accueil des urgences, au réseau Oscour® (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences),
- Stimuler la transmission des certificats de décès par voie électronique,
- Diffuser les résultats de surveillance non spécifique aux professionnels de santé.

Échéance :

- 2012-2013

2.3 Améliorer les systèmes de surveillance sur des problématiques spécifiques

L'objectif est de développer les systèmes de surveillance sur les pathologies ou problèmes sanitaires spécifiques en Midi-Pyrénées. En complément du signalement spontané d'événements sanitaires, le recueil systématique et exhaustif d'événements sanitaires spécifiques permet de suivre et d'analyser leur dynamique épidémique et ainsi d'anticiper des situations d'alerte.

Actions :

- Mettre en place un système de surveillance des infections sexuellement transmissibles en Midi-Pyrénées,
- Réaliser une étude de faisabilité sur la mise en place un système de surveillance à partir des laboratoires de biologie médicale,
- Poursuivre la surveillance des épidémies d'insuffisances respiratoires aiguës et de gastroentérites virales aiguës dans les collectivités hébergeant des personnes particulièrement vulnérables,
- Renforcer la surveillance des épidémies saisonnières et la veille sanitaire à partir des réseaux de médecine libérale,
- Développer le traitement régional des maladies à déclaration obligatoire.

Échéance :

- 2^{ème} trimestre 2013

**Veille, alerte et gestion
des urgences sanitaires**

Orientation

3

**Développer la communication
sur la veille et l'alerte sanitaire
auprès des populations**

3.1 Développer la communication auprès des professionnels du premier recours

Les professionnels de santé du premier recours peuvent constituer l'un des meilleurs relais auprès de la population générale en situation d'alerte. Il est nécessaire de les préparer aux situations de crise comme vecteurs de communication.

Actions :

- Développer des moyens efficaces (annuaires et outils informatisés de diffusion en masse de messages) pour contacter rapidement les professionnels du premier recours,
- Avec les URPS, proposer aux professionnels de santé des fiches techniques les préparant aux situations de crise (pandémie grippale, accident nucléaire, exposition à risque environnemental majeur, etc..) en les positionnant comme relais de communication auprès des populations,
- Repérer les sujets de campagnes nationales qui nécessiteraient un message particulier de l'ARS Midi-Pyrénées aux professionnels de santé et adapter les messages.

Echéance :

- 1^{er} semestre 2014

3.2 Créer les outils de communication auprès des populations

Les populations sont souvent informées au stade où la situation d'urgence est déclenchée. Une sensibilisation préventive de la population vis-à-vis des événements sanitaires majeurs apporterait un avantage certain lors de leur survenue.

Actions :

- Construire avec les URPS les différents protocoles régionaux de sensibilisation préventive de la population aux événements majeurs,
- Relayer les campagnes nationales en les adaptant au contexte régional (plan canicule, alertes infectieuses, etc...).

Échéance :

- 1^{er} semestre 2014



Midi-Pyrénées

**Agence régionale de santé
Midi-Pyrénées**

10 chemin du Raisin
31050 TOULOUSE CEDEX 9
05 34 30 24 00

www.ars-midipyrenees.sante.fr

