



Schéma Régional de Prévention de Haute-Normandie

2012-2017





ARRETE du 7 mars 2012

portant adoption du schéma régional de prévention de Haute-Normandie

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-17 et R. 1434-1 à R. 1434-8 ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie en date du 1^{er} octobre 2010 relatif à la définition des territoires de santé ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie en date du 19 décembre 2011 arrêtant le plan stratégique régional de santé

Vu le décret du 13 janvier 2011 portant nomination de M. Claude d'Harcourt en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie ;

Vu l'avis de consultation sur les schémas du projet régional de santé de Haute-Normandie publié le 3 janvier 2012 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Haute-Normandie;

Vu l'avis du préfet de la région Haute-Normandie en date du 23 février 2012 ;

Vu l'avis rendu par la conférence régionale de santé et de l'autonomie en date du 14 février 2012 sur les 3 schémas du projet régional de santé ;

Vu l'avis du conseil régional de Haute-Normandie en date du 29 février 2012 ;

Vu l'avis du conseil général de Seine-Maritime en date du 20 février 2012 ;

Vu le courrier de saisine adressé en date du 23 décembre 2011 au président du conseil général de la de l'Eure pour recueillir son avis et les observations recueillies au cours des réunions du 13 février 2012 et du 6 mars 2012 ;

Vu les courriels de saisine adressés en date du 26 décembre 2011 aux maires des communes de Haute-Normandie ;

Vu les observations de la conférence de territoire de Dieppe en date du 8 juillet 2011;

Vu les observations de la conférence de territoire d'Evreux-Vernon en date du 7 juillet 2011;

Vu les observations de la conférence de territoire de Rouen-Elbeuf en date du 11 juillet 2011;

Vu les observations de la conférence de territoire du Havre en date du 6 juillet 2011;

Arrête :

Article 1^{er}

Le schéma régional de prévention de Haute-Normandie est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de cinq ans.

Article 2

Le schéma régional de prévention de Haute-Normandie peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie à l'adresse suivante : <http://ars.haute-normandie.sante.fr>.

Il peut également être consulté :

- a) à la préfecture de la région Haute-Normandie – 7 place de la Madeleine - Rouen;
- b) à la préfecture du département de l'Eure – boulevard Georges Chauvin - Evreux;
- c) au siège de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie – 31 rue Malouet - Rouen ;
- d) ainsi que dans la délégation territoriale de l'Eure – boulevard Georges Chauvin - Evreux;

Article 3

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Haute-Normandie et de la préfecture du département de l'Eure.

Fait à Rouen, le 7 mars 2012,



Claude d'HARCOURT

Avant-propos

La santé, un bien, une valeur

La santé c'est pour nos concitoyens un bien, voire un droit et pour notre société une exigence, presque une valeur collective.

Pour chacun d'entre nous, la santé représente en effet le bien le plus précieux.

Pour notre société, elle caractérise une politique qui s'inscrit dans les valeurs de la république, la liberté, l'égalité, la fraternité.

De là, vient le fait que la politique de santé soit soumise à des exigences souvent contradictoires comme par exemple d'un côté l'égalité d'accès aux soins, de l'autre la liberté de choix du praticien et pour ce dernier la liberté d'installation.

De là aussi, le fait que ses objectifs soient pour l'essentiel l'objet d'un consensus mais que les désaccords soient vifs quand on évoque ses modalités de mise en œuvre.

De là enfin, l'écart entre les ambitions affichées, chaque fois plus élevées, et les résultats atteints, qui sont rarement jugés suffisants.

Pourtant la Haute-Normandie peut être fière de l'action conduite grâce à l'engagement des acteurs de santé et aux financements alloués par la sécurité sociale, les collectivités et l'Etat.

Le projet régional de santé, un projet différent pour une époque différente

Le Projet Régional de Santé (PRS) de Haute-Normandie c'est un projet qui définit non seulement l'offre de soin pour les cinq années à venir mais aussi ses orientations en matière de prévention, de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées.

C'est une première différence avec les anciens plans et schémas.

Le cœur du sujet c'est bien la personne : la personne comme usager qui, à ce titre, a des droits mais aussi des devoirs à commencer par celui d'agir de manière responsable.

La personne comme patient aussi : sa prise en charge dans une logique de parcours de santé répond à des priorités claires comme le maintien à domicile, les actes ambulatoires, la pluridisciplinarité de l'approche ou la coordination des offres.

Le cœur de l'action c'est le territoire, un territoire défini au plan régional à partir des habitudes de vie et des solidarités économiques et sociales de ses habitants.

La Haute-Normandie compte quatre territoires de santé. Le projet régional ce sera donc à terme quatre projets territoriaux, un par territoire de santé, des projets définis et mis en œuvre avec les quatre conférences de territoires. Rendre les territoires attractifs si l'on veut y faire venir les meilleurs professionnels est un impératif catégorique pour les élus comme pour les administrations.

L'époque aussi est différente.

La place et le rôle des acteurs ne sont plus les mêmes. Certains d'entre eux sont inquiets. La médecine libérale voit disparaître le monde qui l'a fait naître autant que les générations qui l'ont animée et son trouble vient de ce qu'elle sait que ce qui se dessine demain ne correspondra plus à ce qui la motivait autrefois.

L'hôpital public se sent vulnérable alors qu'il demeure quoiqu'il arrive la pierre d'angle du service public et le creuset du savoir faire hospitalier. Le secteur médico-social et de la prévention, notamment le monde associatif craint de perdre sa liberté et sa capacité d'innovation alors même que l'expérimentation et l'esprit d'initiative sont une des conditions du progrès.

La différence vient également des évolutions radicales que rendent à présent possibles les techniques nouvelles.

A titre d'exemple télémédecine et interventions chirurgicales non invasives démultiplient l'efficacité des actes en même temps qu'elles obligent les acteurs de santé à redéfinir leur cœur de métier et à développer de nouvelles compétences.

La différence c'est celle enfin qu'introduit l'impératif économique.

La santé n'a pas de prix disait-on. Certes, mais elle a un coût, celui que fixe à présent chaque année l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

La contrainte financière agit sur chaque acteur, particulièrement sur le système sanitaire dans l'exigence d'un équilibre budgétaire qui est la condition des modernisations futures.

Entre l'impératif économique et les valeurs que porte notre conception du système de santé s'établit ainsi une tension persistante qui justifie le rôle de régulation de l'autorité publique.

Pour une époque différente, ce projet régional de santé se devait d'être un projet différent.

C'est un projet participatif, élaboré au terme d'un réel exercice de démocratie sanitaire. C'est aussi un projet sans concession qui dans son diagnostic pointe les contraintes réelles que constituent les déterminants sociaux et environnementaux de notre région.

Mais c'est un projet de progrès, qui met en valeur le chemin parcouru, rappelle les solidarités à l'œuvre et trace des perspectives pragmatiques à la fois concrètes et mesurables.

Ce projet soumis à votre avis est un projet de confiance et d'exigence, deux attitudes qui caractérisent bien la relation existante entre nos concitoyens et les acteurs de santé.

Claude d'Harcourt
Préfet, directeur général

Sommaire

PREAMBULE	5
☐ Trois axes stratégiques déclinés en priorités et objectifs généraux.....	6
☐ Six axes thématiques spécifiques	7
☐ La méthodologie d'élaboration du schéma régional de prévention.....	8
<hr/>	
1^{ère} partie : organisation de la veille alerte gestion des urgences sanitaires (Vagusan)	9
I. Contexte régional	11
1.1 Les risques naturels, technologiques et environnementaux	11
1.2 Les risques dans le champ des maladies transmissibles	11
1.3 Les risques associés aux soins	12
II. Les objectifs du VAGUSAN	14
2.1 Renforcer la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires	14
2.1.1 Contexte.....	14
2.1.2 Principes d'organisation	15
2.1.3 Organisation de l'ARS et état des lieux régional	17
2.1.4 Objectifs de renforcement de la veille et de l'alerte	20
Objectif général : développer la culture du signalement en région.....	21
Objectif général : consolider l'organisation de la plateforme d'urgence et de veille sanitaire	21
Objectif général : participer à la mise en place d'un programme de prévention des risques dans les établissements.....	21
Objectif général : identifier, structurer et animer le réseau régional de veille sanitaire	22
2.2 Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des évènements exceptionnels	21
2.2.1 Contexte et principes	21
2.2.2 Organisation de l'ARS et état des lieux régional	22
2.2.3 Objectifs de renforcement de la préparation et de la gestion des situations exceptionnelles	24
Objectif général : Développer les capacités d'anticipation au sein de l'ARS de Haute-Normandie.....	25
Objectif général : Accompagner les établissements et les professionnels de santé	25
Objectif général : Mettre en place une organisation régionale pour des risques ou des situations spécifiques	26

2.3 Développer la communication sur les urgences et les risques sanitaires ..	25
2.3.1 Favoriser l'accès à l'information pour la population	26
2.3.2 Développer une plateforme d'information santé grand public.....	26
2.3.3 Soutenir l'expérimentation du Réseau d'informations validées sur l'actualité sanitaire en Haute-Normandie (RIVAS).....	26

2^{ème} partie : Organisation de la prévention et de la promotion de la santé **27**

I. Contexte régional : le contexte socio-économique, la surmortalité générale et prématurée et l'évolution de l'incidence des maladies chroniques militent en faveur du développement des actions de prévention et promotion de la santé **29**

1.1 Des indicateurs socio-sanitaires défavorables	29
1.2 Etat sanitaire de la population : une surmortalité générale et prématurée et des expositions multiples aux facteurs de risques	30
1.3 Une structuration de l'offre de prévention, promotion de la santé à renforcer et à mieux coordonner	32
1.3.1 Une diversité d'acteurs à mieux coordonner	32
1.3.2 Une observation régionale de la santé à consolider	33
1.3.3 Des pôles ressources et de compétences régionaux reconnus	33
1.3.4 La territorialisation de la politique régionale de santé : outil reconnu mais dont le déploiement est inachevé	35
1.3.5 Des populations cibles insuffisamment prises en compte	38
1.3.6 Une couverture des territoires à renforcer	40
1.3.7 La prévention des pratiques addictives : de fortes attentes, une offre existante mais inégale et peu lisible	41
1.3.8 Une couverture vaccinale mal connue et insuffisante pour certaines pathologies	42
1.3.9 Des taux de dépistage élevés mais inférieurs aux objectifs nationaux	46
1.3.10 Un dispositif d'éducation thérapeutique du patient en cours de structuration mais déséquilibré	49

II. Les trois priorités du volet prévention, promotion de la santé pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé **55**

2.1 Inscrire la prévention et la promotion de la santé tout au long de la vie	57
2.1.1 Périnatalité et petite enfance	58
2.1.2 Adolescents et jeunes adultes	61
2.1.3 Les adultes	62
2.1.4 Les personnes handicapées	63
2.1.5 Les personnes âgées	64
2.1.6 Les personnes détenues	64
2.1.7 Ensemble de la population	65

2.2 Soutenir les dispositifs de prévention majeurs pour la protection de la santé des haut-normands.....	67
2.2.1 Améliorer la couverture vaccinale.....	67
Objectif spécifique : Développer l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination	67
Objectif spécifique : Sensibiliser, informer et mobiliser les professionnels de santé et le public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations	68
Objectif spécifique : Organiser le maillage du territoire	69
2.2.2 Augmenter les taux de dépistage et repérage des cancers, du VIH et des IST, de la tuberculose et des maladies chroniques	69
Objectif spécifique : Renforcer l'accès aux dépistages et repérages des cancers (seins, colorectal, col de l'utérus, peau).....	69
Objectif spécifique : Développer l'accès aux dépistages du VIH, des IST et des hépatites B et C	70
Objectif spécifique : Renforcer la lutte contre la tuberculose	72
Objectif spécifique : Dépister et repérer les maladies chroniques	72
2.2.3 Poursuivre la structuration de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'accompagnement du patient	73
Objectif spécifique : Développer sur les territoires une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire.....	73
Objectif spécifique : Favoriser la formation des professionnels de santé à l'ETP.....	73
Objectif spécifique : Intégrer l'ETP dans les projets de maisons ou pôles de santé pluri-professionnels	74
Objectif spécifique : S'assurer de l'accès des programmes d'ETP aux populations fragiles (personnes détenues, précaires, personnes handicapées enfants et adultes, personnes âgées)	74
Objectif spécifique : Assurer une cohérence régionale de l'évaluation de l'activité d'ETP	74
Objectif spécifique : Renforcer les actions d'accompagnement, d'aide aux patients et à leur entourage	76
2.3 Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé dans les territoires identifiés comme prioritaires.....	77
III. Trois niveaux d'organisation sont définis pour la mise en œuvre de ces priorités et doivent être articulés avec l'offre de soins et les accompagnements médico-sociaux	80
3.1 Niveau régional	80
3.1.1 Objectif spécifique : Mieux coordonner les acteurs institutionnels pour favoriser le développement de la promotion de la santé	81
3.1.2 Objectif spécifique : Renforcer l'observation régionale.....	83
3.1.3 Objectif spécifique : Soutenir les pôles ressources et de compétences régionaux	85
3.1.4 Objectif spécifique : Développer l'évaluation des dispositifs et actions financés par l'ARS	86
3.2 Niveau intermédiaire de coordination territoriale	87
3.2.1 Objectif spécifique : Organiser l'animation de la territorialisation par les équipes territorialisées du pôle prévention-promotion de la santé de l'ARS	87
3.2.2 Objectif spécifique : Faire évoluer les réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS) et les ateliers santé ville (ASV)	87
3.2.3 Objectif spécifique : Redéfinir les missions du pôle libéral de santé publique (PLSP).....	91

3.3 Niveau opérationnel	92
3.3.1 Objectif spécifique : Affirmer le rôle des professionnels de soins de premier recours (cf. volet ambulatoire du SROS)	92
3.3.2 Assurer la déclinaison territoriale des priorités et objectifs du SRP	98
<input type="checkbox"/> Territoire d'Evreux-Vernon	98
<input type="checkbox"/> Territoire du Havre	99
<input type="checkbox"/> Territoire de Dieppe	100
<input type="checkbox"/> Territoire de Rouen	102
3.3.3 Objectif spécifique : Améliorer la qualité des actions mises en œuvre	103

ANNEXES

ANNEXE N°1 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU SRP	106
ANNEXES N°2 : CONTEXTE REGIONAL DES RISQUES SANITAIRES, NATURELS, TECHNOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX	106
ANNEXES N°3 : ETAT DES LIEUX ET ORIENTATIONS PAR TERRITOIRE DE SANTE	106
Annexe n°3.1 Territoire de santé d'Evreux Vernon	106
Annexe n°3.2 Territoire de santé du Havre	106
Annexe n°3.3 Territoire de santé de Dieppe	106
Annexe n°3.4 Territoire de santé de Rouen	106
ANNEXE N°4 LISTE DES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT AUTORISES AU 10 AOUT 2011	106
ANNEXES N°5 : CARTOGRAPHIES D'ACTIVITE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE	106
ANNEXES N°6 : CARTOGRAPHIES DES TERRITOIRES PRIORITAIRES	106
ANNEXE N°7 : AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE DU 14 FEVRIER 2012	

Préambule

En application de l'article R.1434-3 du code de la santé publique, le schéma régional de prévention décline les grandes orientations du plan stratégique régional de santé. Il comporte :

1° des actions, médicales ou non, concourant à :

- a) la promotion de la santé de l'ensemble de la population ;
- b) la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez les personnes exposées, y compris les actions de vaccinations et de dépistage ;

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

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

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

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

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

E NJEUX DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Le schéma régional de prévention (SRP) sera le premier schéma d'organisation de la prévention en région. Il constitue une vision géographique 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 positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances... Il cherche également 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 collectivités territoriales.

Tout comme le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) et le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS), avec lesquels il est articulé, le schéma régional de prévention (SRP) est un instrument de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé (PSRS).

Le PSRS de Haute-Normandie a identifié :

- **Trois axes stratégiques déclinés en priorités et objectifs généraux**

1/ Maintenir et renforcer l'accès à la santé :

Pour le schéma de prévention, il s'agit plus particulièrement de mettre en œuvre les objectifs suivants :

- rééquilibrer l'offre de santé et réduire les disparités d'accès : améliorer le maillage du territoire régional et inscrire la PPS dans l'offre de santé de 1er recours
- faciliter l'accès des populations spécifiques au système de santé : accès aux droits, accès à la prévention...
- développer la prévention, la promotion de la santé et l'éducation de la population aux enjeux de la santé et au bon usage des structures et organisations de santé

2/ Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :

Pour le schéma de prévention, il s'agit plus particulièrement de mettre en œuvre les objectifs suivants :

- agir sur les déterminants de santé, en particulier pour ce qui concerne la nutrition, les addictions, la santé mentale et les expositions professionnelles
- développer des programmes spécifiques d'amélioration de l'accès à la santé à destination des populations les plus vulnérables : milieu pénitentiaire, enfants et adolescents
- renforcer l'analyse pour mieux repérer les priorités territoriales et suivre et évaluer les programmes de santé

3/ Renforcer et garantir la qualité et l'efficacité des dispositifs ainsi que la performance des organisations :

Pour le schéma de prévention, il s'agit plus particulièrement de mettre en œuvre les objectifs suivants :

- mieux organiser la prise en charge en santé à l'échelle du territoire de 1er recours et de proximité : engager des contrats locaux de santé
- définir et coordonner les programmes de gestion des risques
- rendre plus opérationnelle la gestion des situations exceptionnelles en adaptant le système de soins et de prévention des risques

• **Six axes thématiques spécifiques**

1/ Santé mentale

La prévention des troubles psychiques pour l'ensemble de la population constitue une priorité. Il s'agira :

- d'améliorer la gestion des risques psychosociaux à tous les âges de la vie par une sensibilisation et une mobilisation des acteurs institutionnels et associatifs concernés,
- en développant les actions d'information et de formation à la santé mentale des acteurs de première ligne dans une perspective de travail en partenariat,
- de favoriser l'écoute des jeunes et des familles dans une logique de proximité.

2/ Addictions

La définition d'un cadre régional d'intervention et la formalisation de référentiels partagés et leur mise en œuvre dans le cadre d'une filière régionale et territoriale sont attendues.

3/ Périnatalité – petite enfance

La prévention, la prise en charge et l'accompagnement des grossesses non désirées constitue une priorité à organiser notamment en partenariat avec l'Education nationale.

4/ Handicap et vieillissement

Le développement d'une offre de prévention et de promotion de la santé adaptée aux personnes âgées ou en situation de handicap devra être organisé.

5/ Maladies chroniques

Deux grands types d'actions devront être organisés par le SRP afin de réduire l'incidence et les complications des maladies chroniques et améliorer la qualité de vie :

- mener des actions de promotion et d'éducation à la santé coordonnées par les acteurs régionaux, pour permettre de réduire l'incidence des maladies chroniques les plus lourdes
- améliorer le dépistage, les repérages et la prévention des maladies chroniques en tenant compte des inégalités territoriales
- développer l'offre de service en éducation thérapeutique du patient par territoire.

6/ Risques sanitaires

Trois priorités sont identifiées :

- la consolidation de la protection de la ressource en eau et l'alimentation en eau,
- le développement de la veille et l'alerte, de l'expertise, et des capacités de réactions documentées,
- l'amélioration de la communication relative aux risques sanitaires et aux événements exceptionnels à la fois en prévention et en situation de risque avéré.

Ces axes stratégiques et objectifs d'articulation constituent donc les priorités qui sont déclinées dans le présent schéma au travers de deux volets :

- le volet veille, alerte, gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN),
- le volet prévention, promotion de la santé et de la santé environnementale (PPSSE).

- **La méthodologie d'élaboration du schéma régional de prévention**

La démarche d'élaboration du schéma régional de prévention a reposé sur une large concertation avec les acteurs au niveau régional et territorial (cf. annexe n°1).

L'organisation de la veille alerte gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)

I. Contexte régional

II. Les objectifs du VAGUSAN

I - Contexte régional

Le schéma régional de prévention comporte, outre les actions concourant à la promotion de la santé et à la prévention de certaines maladies ou de certains risques, une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes.

L'objectif de ce schéma est donc de présenter l'organisation mise en place en Haute-Normandie et de définir les orientations qui au cours de la mise en œuvre du projet régional de santé contribueront à en améliorer l'efficacité.

Son périmètre défini dans le plan stratégique régional de santé se rapporte aux risques à cinétique rapide et couvre les situations d'urgence gérées quotidiennement dans le cadre de la veille sanitaire régionale (qui relève de la compétence propre de l'ARS) ainsi que la participation à la préparation et la gestion des situations exceptionnelles gérées (qui relèvent de la compétence des préfetures).

I. CONTEXTE REGIONAL

(cf. éléments plus précis relatifs au contexte régional présentés en annexe n°2).

1.1 Les risques naturels, technologiques et environnementaux

La région Haute-Normandie, de par ses caractéristiques géographiques et géologiques, son activité économique et sa structure sociale, est une région exposée à de nombreux risques sanitaires et environnementaux vis-à-vis desquels prévention et réponses adaptées aux risques sont développés.

Citons pour les principaux risques, les risques industriels et nucléaires notamment ceux représentés par les 75 sites industriels classés « SEVESO », les deux centrales nucléaires implantées sur le littoral, la centrale thermique et les trois raffineries pétrolières. Les risques liés aux transports de matières dangereuses concernent l'ensemble de la région. On recense également des risques liés à la pollution atmosphérique notamment pour deux villes de plus de 100 000 habitants et cernées par une forte activité industrielle, à la pollution des eaux de consommation humaine par les activités agricole et industrielle importantes, et à la pollution des eaux de baignade et du littoral notamment par les pratiques fréquentes de pêche à pied et la consommation de produits de la mer. Les risques naturels sont liés aux inondations, aux mouvements de terrain et aux tempêtes.

Des points noirs environnementaux ont été identifiés. Ils correspondent aux zones géographiques concentrant de nombreuses activités humaines (trafic automobile, chauffage urbain) et zones industrielles (ports, pétrochimie...) actives ou en friche, susceptibles d'être ou d'avoir été fortement impactées par des rejets de substances polluantes.

La surexposition de la population à des risques multiples nécessite, plus qu'ailleurs, la consolidation d'un dispositif réactif de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires.

1.2 Les risques dans le champ des maladies transmissibles

Entre 2003 et 2009, la Haute-Normandie a connu une situation d'hyper endémie des infections invasives à méningocoque pour laquelle une campagne spécifique de vaccination a été mise en place en 2006. Afin de maintenir ces bons résultats, la vaccination par le MenBvac® se poursuit dans la zone de Dieppe (six cantons) et dans huit cantons de l'est du département, conformément aux recommandations du HCSP (avis d'avril 2011). Elle est proposée aux personnes éligibles qui ne sont pas encore vaccinées, et aux personnes nouvellement arrivées dans la zone (nouveau-nés et nouveaux arrivants). La campagne de vaccination s'apparente donc en 2011 à un programme de vaccination destiné à maintenir ou à améliorer la couverture vaccinale dans les cantons concernés.

	2006		2007		2008		2009		2010		France
	Nbre de cas	Incidence	Incidence								
Hépatite A	37	2	26	1,4	64	3,5	20	1,1	21	1,3	1,97 (2010)
Rougeole	0		0		0		18	1	37	2,3	8,03 (2010)
Legionellose	43	2,4	31	1,7	22	1,2	33	1,8	37	2,3	2,44 (2010)
IIM	57	3,1	44	2,4	60	3,3	34	1,9	19	1,2	1,14 (2008)
Tuberculose	125	6,9	152	8,4	140	7,7	123	6,8	nd	nd	8,3 (2009)

Source : Cire de Normandie
Incidence pour 100 000 habitants – Données Insee 2008

On notera que le taux d'incidence des IIM affiche une nette diminution, montrant ainsi l'efficacité de la campagne de vaccination MenBvac engagée dans la région depuis 2006.

Pour les autres maladies à déclaration obligatoire (hépatite A, rougeole, légionellose et tuberculose) les taux d'incidence sont inférieurs au niveau national.

1.3 Les risques associés aux soins

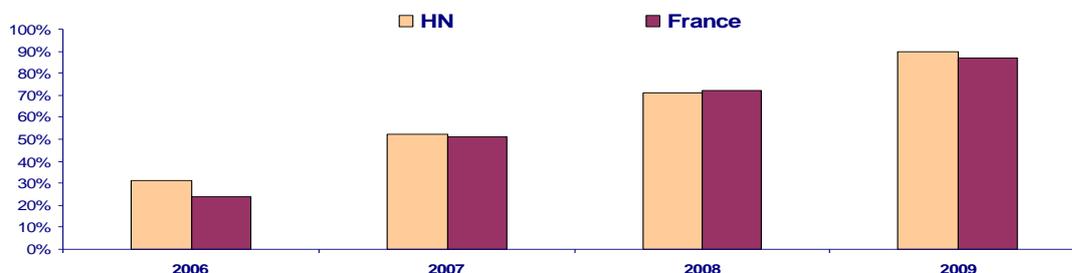
Les événements indésirables graves associés aux soins (EIG) sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Ces événements constituent une préoccupation majeure à la fois pour les usagers, les professionnels de santé et les décideurs.

La Drees a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (Eneis)¹. L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de 2004. Au cours de cette enquête nationale, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'année 2009 : 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation.

En rapportant ces chiffres à l'activité mesurée dans les établissements de la région, on peut s'attendre chaque année en Haute-Normandie, au signalement de 31 à 58 EIG en médecine dont 13 à 32 évitables et de 17 à 32 EIG en chirurgie dont 7 à 17 évitables. Enfin, entre 10000 et 20000 séjours hospitaliers auraient pu être causés par des EIG en 2009 dans la région.

En ce qui concerne les infections nosocomiales, l'analyse des indicateurs recueillis montre une progression comparable à celle observée au niveau national. Le réseau de surveillance n'a pas mis en évidence dans la région de phénomène épidémique. La dernière enquête de prévalence situait la Haute-Normandie au troisième rang des régions métropolitaines, derrière l'Île-de-France et Rhône-Alpes, avec 5,48 % des patients hospitalisés infectés (prévalence nationale : 4,97 %).

Évolution de la proportion d'établissements classés en A ou en B Haute-Normandie de 2006 à 2009



¹ <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

II - Les objectifs du VAGUSAN

I. LES OBJECTIFS DU VAGUSAN

Pour faire face à l'ensemble des risques sanitaires identifiés, et conformément aux orientations nationales², les objectifs d'organisation suivants sont retenus :

- renforcer la mission veille alerte et gestion des urgences sanitaires ;
- améliorer le dispositif de préparation et de gestion des situations exceptionnelles ;
- développer la communication sur les urgences sanitaires.

2.1 Renforcer la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires

2.1.1 Contexte

La finalité d'un dispositif de veille et d'alerte sanitaire est de détecter précocement toute menace pour la santé de la population. En France, celui-ci a longtemps reposé sur le seul système des maladies à déclaration obligatoire et le signalement volontaire, très souvent inconstant, d'évènements jugés indésirables, aux services de l'État placés sous l'autorité des préfets.

Depuis la fin des années 80, ce dispositif s'est enrichi progressivement avec la mise en place de nouvelles structures et la révision des stratégies de surveillance.

Le Réseau national de santé publique (RNSP), créé en 1992 avait pour mission de coordonner, de renforcer et d'animer les activités de surveillance dans les domaines des maladies transmissibles et de l'environnement. Le RNSP a été renforcé à partir de 1994 par les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) créées dans le but d'apporter un appui aux services déconcentrés dans les champs de l'épidémiologie d'intervention et de l'évaluation des risques environnementaux.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) créé en 1998 a vu ses missions de surveillance, de veille et d'alerte réaffirmées par la loi de santé publique d'août 2004, qui les a élargies avec la contribution à la gestion des situations de crise sanitaire.

Afin de mener à bien ces missions, l'InVS s'appuie désormais sur des réseaux nationaux d'établissements de santé, de médecins, de centres de référence et de laboratoires de biologie qui viennent compléter les systèmes de signalement des maladies à déclaration obligatoire et des infections nosocomiales. De plus, le développement de réseaux de veille et d'alerte internationaux permet une détection précoce de menaces liées aux voyages ou pouvant avoir une extension dans plusieurs pays.

Jusqu'en 2010, au niveau local, la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires étaient des missions exercées par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales en lien avec les préfetures de département.

Chaque direction départementale avait mis en place une organisation qui lui était propre en s'appuyant essentiellement sur les compétences des médecins inspecteurs de santé publique et des ingénieurs. Dans de nombreux départements, les infirmières de santé publique dont le recrutement s'est accéléré à la fin des années 90, ont souvent été associées au traitement des signaux réceptionnés dans les Ddass.

Avec la loi de 2004 et la réorientation de leurs objectifs, les Cire avaient été identifiées comme référent régional en matière de veille sanitaire.

La création des ARS a modifié l'organisation et le fonctionnement en définissant le niveau régional comme le plus approprié pour améliorer l'efficacité en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux et en favorisant la professionnalisation des personnes chargées de la veille.

Cette nouvelle organisation repose sur :

- les missions de veille et d'alerte confiées à l'ARS par la loi HPST (articles L. 1431-2 et L. 1435-1 du code la santé publique) ;

² Guide méthodologique relatif au schéma régional de prévention élaboré par le Secrétariat général du ministère de la Santé et des Sports et du ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique.

- la note du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales du 20 avril 2010 relative aux principes d'organisation et de fonctionnement dans le domaine de la veille et des urgences sanitaires ;
- les relations organisées avec les préfetures (L. 1435-1, L 1435-2, protocoles ARS-préfets
- les relations avec le niveau national et l'InVS : L 1413-15 et note de la direction générale de la santé (DGS) du 17 juin ;
- le cadre conceptuel défini par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

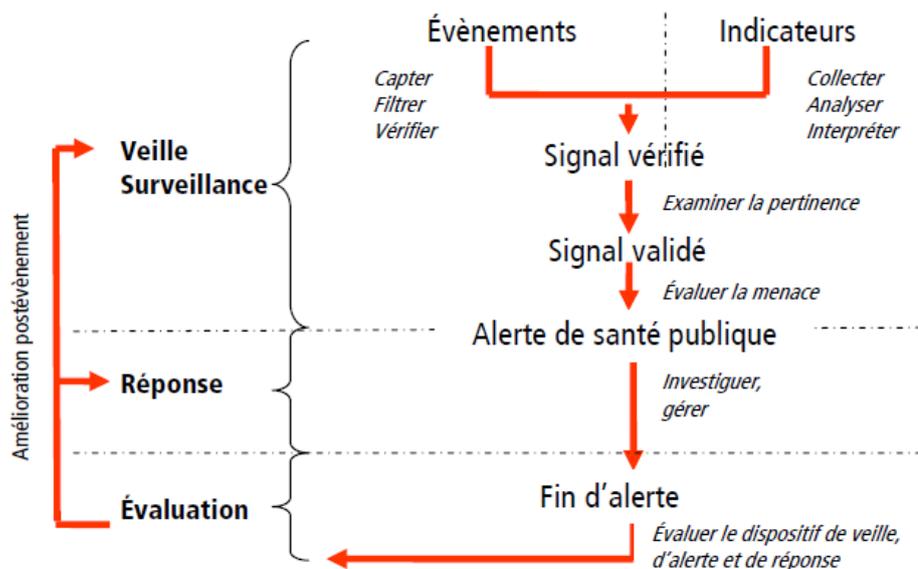
2.1.2 Principes d'organisation

• Réglementation

Depuis le 1^{er} avril 2010, l'ARS doit être informée sans délai de tout événement susceptible de représenter une menace imminente pour la santé de la population ou de toute situation pouvant constituer une menace sanitaire grave : L. 3113-1 (maladies à déclaration obligatoire), L. 1413-14 (événements indésirables graves et infections liées aux soins) et L. 1413-15 (menace imminente pour la santé publique).

• Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de l'alerte sanitaire élaboré par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en lien avec la direction générale de la santé est schématisé dans la figure ci-dessous :



Source : La veille et l'alerte sanitaire en France. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 60p.

Chacune de ces étapes correspondent dans la réalité à des situations complexes pour lesquelles l'analyse de l'information disponible conduit à proposer la mise en place d'actions de collecte d'informations (vérification, investigation) ou de prévention-contrôle (gestion).

L'ensemble de la démarche se doit d'être rigoureuse (documents de référence, protocoles...) et transparente (système d'information, traçabilité...).

Réception des signaux

Le système d'alerte doit être en mesure de recueillir en continu l'ensemble des signalements susceptibles de menacer la santé publique.

Les signaux proviennent de deux types de sources :

- indicateurs sanitaires recueillis en routine dans le cadre de systèmes de surveillance de pathologies, de surveillance des milieux ou d'indicateurs d'activité (incidence, concentration...);

- événement de toute nature associé à une menace pour la santé publique et recueilli par l'intermédiaire d'un signalement (institution, professionnel de santé, collectivité, citoyen, média...). La vérification de ce signalement est une étape fondamentale qui permet d'écarter les signaux non pertinents et consiste à confirmer l'existence de l'événement justifiant ce signalement.

Vérification et validation des signaux

Cette étape permet d'effectuer une sélection des signaux associés à des événements devant faire l'objet de mesures de prévention-contrôle.

Évaluation de la menace

Tous les signaux validés ne constituent pas une menace pour la santé publique. Cette menace doit donc être évaluée et qualifiée selon sa portée:

- signal ne constituant pas une alerte : situation ne constituant pas une menace pour la santé publique mais qui peut néanmoins nécessiter des mesures de gestion ;
- alerte de portée locale : situation pouvant être gérée localement par l'ARS en lien avec ses partenaires ;
- alerte de portée locale nécessitant une information : situation gérée localement, nécessitant une information au niveau national compte tenu de la sensibilité du sujet ou de la possibilité d'extension à une autre région ;
- alerte de portée locale nécessitant un appui : situation pouvant être gérée localement avec un appui du niveau national (Département des urgences sanitaires (DUS), InVS...) pour son évaluation ou sa gestion ;
- alerte de portée nationale : situation dont l'importance ou la diffusion dépasse le cadre local et dont la réponse nécessite un pilotage national.

L'évaluation de la menace doit intégrer une appréciation du délai d'intervention pour la mise en place des investigations ou des mesures de contrôles.

• **Champs couverts et typologie des signaux**

On peut classer les événements pouvant faire l'objet d'un signalement à l'ARS en quatre grandes catégories :

- les pathologies :
 - o événements signalés à l'ARS par des particuliers, des professionnels de santé ou des établissements de santé, établissements médico-sociaux ou sociaux (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés de pathologies, syndromes...) ;
 - o signaux issus de systèmes de surveillance épidémiologique (réceptionnés et analysés par la Cire) ;
- les signaux environnementaux : seul certains d'entre eux présentent un risque sanitaire potentiel ;
- les signaux liés à des événements au sein d'établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux via le point focal régional :
 - o les infections associées aux soins ;
 - o les autres événements indésirables graves liés aux soins qui nécessitent une investigation sous la forme d'une analyse des faits ou d'une inspection (accident anesthésique, décès en cours d'intervention chirurgicale, iatrogénie médicamenteuse....) ;
 - o les signaux liés à l'activité des établissements de santé médico-sociaux : situations de tension ;
 - o les signaux liés à des événements de type incendie, coupure d'électricité, inondation ;
 - o les phénomènes de violence ;
 - o les risques sociaux.
- les signaux issus des dispositifs de vigilance : les circuits de signalement, les modalités de réponse et les acteurs sont propres à chaque dispositif. La place de l'ARS dans ces différents dispositifs n'est pas encore définitivement établie.

2.1.3 Organisation de l'ARS et état des lieux régional

L'organisation de la veille et de l'alerte en Haute-Normandie a été mise en place dès le 1er avril 2010 au sein de l'ARS en prenant en compte la nécessité de maintenir une continuité des activités dans ce domaine.

Cette organisation repose sur :

- un point focal régional ;
- une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire ;
- une astreinte
- un réseau de partenaires de la veille en région.

• Organisation du point focal régional

Le point focal régional est le point de convergence de l'ensemble des signaux pouvant constituer une menace pour la santé.

Le recueil des signaux est assuré via :

- un numéro de téléphone unique est mis à la disposition des professionnels de santé, des établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux et des deux préfectures. Ce numéro est basculé sur le portable du cadre d'astreinte pendant celle-ci. Ce numéro est donc opérationnel H24 ;
- un fax relevé au minimum quatre fois par jour ;
- une boîte alerte unique concentre tous les messages relatifs à la veille et à l'alerte. Elle est relevée au minimum quatre fois par jour et pendant l'astreinte.

Pour les événements nécessitant une intervention urgente le téléphone doit être privilégié.

Ce point focal mis en place dès le 1er avril 2010 a fait l'objet d'une campagne d'information auprès des professionnels de santé et des institutions :

- établissements de santé et établissements médico-sociaux
- services d'urgence
- laboratoires d'analyses médicales
- professionnels libéraux par l'intermédiaire de leurs organisations professionnelles
- préfectures
- services des Conseils généraux
- santé scolaire

L'ensemble des signaux décrits plus hauts ont vocation à être réceptionnés par le point focal. Cependant, en fonction de leur nature, ils sont évalués et gérés par la plateforme de veille et d'urgences sanitaires ou transmis au pôle chargé de l'évaluation et de la gestion.

Les signaux sanitaires sont immédiatement pris en charge par la plateforme, en lien avec l'antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) pour les infections nosocomiales.

Les signaux liés à des événements au sein d'établissements sanitaires ou médico-sociaux sont transmis au pôle Inspection-contrôle-évaluation chargé de l'évaluation. C'est ce pôle qui définit le circuit de l'alerte et de la communication et élabore les mesures à mettre en œuvre pour gérer l'événement.

Le pôle santé-environnement réceptionne de nombreux signaux (surveillance des milieux, habitat...). Afin de ne pas surcharger le point d'entrée unique, le pôle santé-environnement est chargé de la vérification de ces signaux et de la transmission pour évaluation conjointe des signaux environnementaux vérifiés pouvant constituer une menace pour la santé humaine. Les signaux environnementaux continuent donc à être reçus dans les différentes unités (eau, habitat, impact des activités humaines, sécurité alimentaire, et DT 27)

Tous les signaux reçus dans d'autres pôles de l'ARS sont redirigés vers le point focal.

Les travaux d'élaboration du VAGUSAN ont permis d'identifier :

- une bonne connaissance de ce point focal par les partenaires habituels de la veille, notamment pour les maladies à déclaration obligatoire ou les phénomènes pathologiques ;
- une moindre identification de ce point focal pour les autres champs couverts, par exemple les événements indésirables graves. Toutefois la mise en place du protocole de signalement dans les établissements et services médico-sociaux a été très efficace.

- **Organisation de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires**

La plateforme est organisée de manière à assurer une validation et un traitement continu des signaux sanitaires et environnementaux pendant les heures ouvrées (8h30 – 18h00). L'évaluation des signaux réceptionnés est réalisée sans délai.

Cette organisation, y compris l'organisation de l'astreinte, relève de la responsabilité du pôle VSS sous l'autorité du directeur de la santé publique.

Cette plateforme fait appel à des ressources de la Cellule veille alerte et gestion (CVAGS) , de la Cellule de l'InVS en région (Cire) et du pôle santé-environnement.

Un planning quotidien est établi de façon nominative et comporte :

- infirmière de santé publique (effectif : 2)
- médecin de la CVAGS (effectif : 3)
- épidémiologiste de la Cire (effectif : 6)

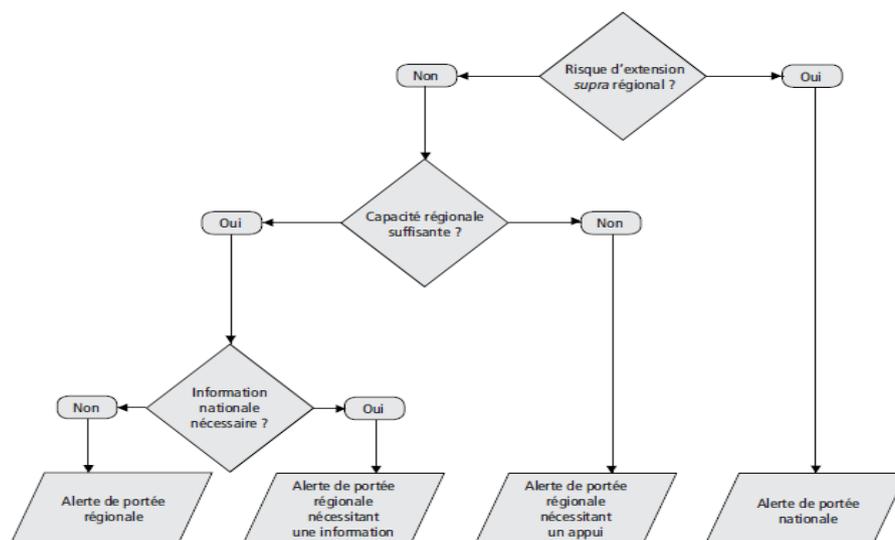
En ce qui concerne la participation du pôle santé-environnement, l'organisation n'identifie pas une personne chargée plus particulièrement de la veille : des référents thématiques au sein de chaque unité contribuent à la plate-forme en fonction de leurs compétences.

L'étape de vérification du signal consiste à confirmer la pertinence du signal (impact possible sur la santé), à recouper les informations relatives à l'événement à l'origine du signalement (vérification de la définition de cas par exemple...). Cette étape relève de la responsabilité de la CVAGS.

L'évaluation qui représente l'étape clé du traitement du signal conditionne les modalités de réponse apportées à l'événement sanitaire.

Cette étape se doit d'être rigoureuse, transparente et traçable. Pour ces raisons, cette évaluation mobilise de façon systématique l'ensemble des expertises complémentaires au pôle VSS (Cire, Arlin et santé-environnement).

Elle définit le degré d'urgence de la situation et la portée de l'événement.



Source : *La veille et l'alerte sanitaire en France. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 60p.*

Elle détermine le plan d'actions en vue de contrôler l'événement ou si des investigations supplémentaires sont nécessaires.

Elle définit enfin le circuit de l'alerte interne à ARS, vers la préfecture et le niveau national Coruss et InVS.

Chaque pathologie, qu'elle soit ou non à déclaration obligatoire, fait l'objet d'une procédure remise à jour régulièrement.

Un système d'information partagé permet de suivre en temps réel les actions des différents intervenants dans le traitement du signal ou de l'alerte.

Une réunion hebdomadaire, sous la forme d'un staff de revue de dossiers, permet une harmonisation des modalités d'intervention.

Les travaux d'élaboration du VAGUSAN ont permis d'identifier :

- une fragilité des ressources humaines affectées à la veille au sein de l'ARS ;
- la nécessité de développer les revues de dossiers avec les autres pôles de l'ARS ;
- la nécessité de formaliser certaines réponses apportées à la population.

• **Astreinte**

L'astreinte assure la continuité du service en dehors des heures de bureau, pour toutes les situations exigeant une réponse rapide et qui pourraient se produire de façon ordinaire pendant les heures de bureau ; ce qui définit l'astreinte, c'est le moment où elle est effectuée. La période couverte par l'astreinte comprend toutes les périodes en dehors des heures ouvrées soit les nuits de semaine, les week-ends, les jours fériés ou chômés et les ponts.

L'astreinte opérationnelle de l'ARS Haute-Normandie repose sur :

- la mise en place d'une astreinte administrative régionale de premier niveau (directeurs métier, chefs de département et de pôle et personnels administratifs volontaires) ;
- deux astreintes techniques régionales de deuxième niveau : médicale et santé-environnement ;
- une astreinte de troisième niveau, organisée en interrégion (Basse-Normandie et Centre) par la Cire.

• **Organisation du réseau de partenaires**

Le réseau régional de la veille sanitaire n'a pas actuellement d'existence formelle. Il est organisé autour des interlocuteurs de l'ARS qui peuvent être répartis en trois groupes :

- interlocuteurs opérant dans le champ de la veille sanitaire : Arlin, établissements de santé et médicosociaux, services d'urgence, médecins libéraux, laboratoire de biologie médicale, centre de toxicovigilance, Direction départementale de la protection de la population ;
- interlocuteurs partenaires dans le traitement de certaines alertes : services de santé scolaire, services de protection maternelle et infantile, services de médecine du travail, collectivités ;
- interlocuteurs pouvant être à l'origine de signalements : établissements médicosociaux établissements pénitentiaires, établissements d'enseignement, associations, médias, particuliers.

Les partenaires habituels opérant dans le champ de la veille sont régulièrement destinataires d'informations relatives aux activités de surveillance et aux actions mises en place dans la région. Les alertes alimentaires font l'objet d'une diffusion systématique auprès du réseau régional des urgences.

La Cire édite des bulletins thématiques (Bulletin de veille sanitaire) à destination des professionnels de santé et une synthèse trimestrielle de la surveillance des activités hospitalières (Veille-info) à destination plus particulièrement des établissements de santé et des services d'urgence. Selon les besoins, la Cire édite des points épidémiologiques périodiques thématiques (grippe, gastroentérites aiguës, infections invasives à méningocoques...). Certains réseaux de déclarants font l'objet d'une animation plus spécifique (CO).

Certains signalements font l'objet d'une rétro information sous forme d'une fiche de synthèse (Tlac, légionellose...).

Le Réseau d'informations validées sur l'actualité sanitaire (Rivas) est un site internet, dédié aux médecins ayant pour objectif de les informer en continu sur les événements de santé survenus dans la région et de diffuser des recommandations de prise en charge.

• **Information**

Des procédures de circulation de l'information sont établies : vers la direction générale et les autres services de l'ARS, vers les préfets de département, le niveau zonal, le niveau national avec l'InVS et le Département des urgences sanitaires de la Direction générale de la santé.

2.1.4 Objectifs de renforcement de la veille et de l'alerte

Au regard de l'expérience acquise depuis avril 2010, le renforcement de la mission veille, alerte est retenu et devra porter sur :

- **Objectif général : développer la culture du signalement en région**
 - Objectif spécifique : améliorer la visibilité de la plateforme d'urgence et de veille sanitaire
 - renouveler de façon régulière les actions de communication auprès des partenaires de la veille sanitaire en région : rappel des dispositifs réglementaires, description de l'organisation régionale,
 - mettre en place une rétroinformation systématique auprès des signalants après le traitement de chaque événement,
 - mettre en place des outils favorisant le signalement : fiches types de déclaration d'événement, site de télé signalement,
 - diffuser le bilan d'activité de la plateforme d'urgence et de veille sanitaire auprès des partenaires de la veille sanitaire en région ;
 - Objectif spécifique : consolider l'organisation du signalement des événements infectieux dans les Ehpad :
 - promouvoir le dispositif, solliciter les têtes de réseaux, communiquer auprès des réseaux,
 - mettre en place une (rétro)information à l'occasion de formations des médecins coordonnateurs,
 - participer à des groupes de réflexion / impliquer dans le signalement ;
 - Objectif spécifique : développer les systèmes de surveillance non-spécifiques
 - promouvoir le dispositif Sursaud® (incluant Oscour®, SOS-médecins)
 - obtenir la signature des chartes de partenariat de l'ensemble des structures d'urgence,
 - communiquer sur les outils de surveillance et les modalités de traitement des données ;
 - Objectif spécifique : développer un réseau sentinelle régional
 - promouvoir un réseau unifié (Grog+sentinelle),
 - multiplier et consolider les partenariats (bronchiolites notamment),
 - régionaliser le réseau des infections sexuellement transmises ;
 - Objectif spécifique : renforcer les procédures de signalement et l'analyse des événements indésirables graves dans les établissements de santé,
 - identifier le réseau des gestionnaires des risques dans les établissements de santé,
 - définir conjointement le champ et les critères du signalement (actes invasifs, médicaments, infections...),
 - renforcer les capacités d'analyse conjointe (ARS, établissements) des événements
- **Objectif général : consolider l'organisation de la plateforme d'urgence et de veille sanitaire**
 - Objectif spécifique : mettre en place une démarche qualité pour l'activité de la plateforme ;
 - Objectif spécifique : former des personnels de l'ARS susceptibles de renforcer ponctuellement la plateforme ;
 - Objectif spécifique : formaliser les articulations avec les autres pôles de l'ARS et notamment le pôle prévention-promotion de la santé ;
 - Objectif spécifique : organiser des réunions thématiques.

- **Objectif général : participer à la mise en place d'un programme régional de prévention des risques**
 - Objectif spécifique : mettre en place une commission régionale comportant des représentants d'établissements (gestionnaire de risques et correspondants des vigilances), des représentants de la médecine libérale, des représentants d'usagers,
 - Objectif spécifique : améliorer la connaissance des évènements indésirables graves dans les établissements,
 - Objectif spécifique : mettre en place un système de surveillance des accidents médicamenteux survenus en ville et dans les Ehpad,
 - Objectif spécifique : améliorer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé,
- **Objectif général : identifier, structurer et animer le réseau régional de veille sanitaire**

La Cire propose de travailler avec les acteurs de premier cercle :

- établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées :
 - o représentants des professionnels de santé de ces établissements. Définir un pool représentatif d'établissements ou de professionnels des deux départements ;
 - o médecins coordonnateurs des Ehpad.
 - o Arlin ;
 - o ARS (POOS, POOMS, DT27).
- professionnels de santé libéraux et institutionnels :
 - o Clat ;
 - o URPS-médecins, pharmaciens ;
 - o CDOM 27 et 76 ;
 - o Réseau unifié (Grog, sentinelles) et laboratoires ;
 - o Education nationale ;
 - o PMI ;
 - o Médecine du travail.
- services d'urgence :
 - o représentant des services (urgentistes, directeurs, informaticiens) ;
 - o SOS-médecins ;
 - o ARS (DOSAs) ;
 - o GCS télésanté
- gestionnaires des risques
 - o équipes d'hygiène
 - o correspondants des vigilances

Il s'agira d'organiser le réseau en présentant aux différents groupes la place de ce réseau dans la veille sanitaire régionale, la place de chaque acteur dans le réseau et les modalités de participation au signalement et à la gestion des évènements sanitaires.

L'organisation d'une journée régionale de veille sanitaire pourrait représenter l'acte fondateur de ce réseau régional.

2.2 Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des évènements exceptionnels

2.2.1 Contexte et principes

Dans le cadre de la mission de défense et de sécurité, le ministre chargé de la santé est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé qui concourent à la sécurité nationale. Il est en particulier chargé de mobiliser les moyens nécessaires à la prévention des menaces sanitaires graves et à la protection des populations contre ces dernières.

Le rôle essentiel du ministère chargé de la santé en cas de crise a été souligné dans le livre blanc de la défense paru en 2008. Les risques et les menaces ont été clairement identifiés : attentat terroriste avec risque NRBC, attaques contre les systèmes d'information, nouveaux risques sanitaires ou catastrophes naturelles de grande ampleur.

Depuis les attentats de 2001 et la pandémie grippale de 2009, le dispositif de réponse aux situations de crise a été consolidé : constitution de stocks de produits de santé, création de l'Eprus et de la réserve sanitaire, ...

La création des ARS en avril 2010 n'a pas fondamentalement modifié l'organisation territoriale de l'État dans le domaine de la défense et de la sécurité. La nécessité d'une continuité de cette mission a conduit les ARS à se substituer aux Drass et aux Ddass dans ce domaine.

Au niveau national, le haut-fonctionnaire de défense et de sécurité anime et coordonne la politique ministérielle en matière de défense, de vigilance et de prévention des situations d'urgence. Il s'appuie sur le service du département des urgences sanitaires qui, en lien avec l'Eprus prépare et met à jour les orientations nationales dans ce domaine.

Le niveau zonal est l'échelon de premier rang en matière de préparation et de gestion des crises majeures. Le préfet de zone est responsable de la préparation et de l'exécution des mesures de sécurité nationale au sein de la zone. Il est assisté par l'ARS de zone et particulièrement le service zonal de défense et de sécurité. L'ARS de zone coordonne et anime l'action de l'ensemble des ARS de la zone.

Au niveau régional, l'ARS participe sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent à l'élaboration et la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

La préparation à la gestion des événements exceptionnels recouvre un ensemble d'activités dans des champs d'intervention assez variés. La planification de la réponse de l'ARS se traduit par la participation à l'élaboration des déclinaisons départementales des plans nationaux de défense (Pirate NRBC...), la participation à la l'élaboration du dispositif d'organisation des secours (Orsec départemental), des plans de secours, des plans d'intervention et des plans plus spécifiquement sanitaires (iode, canicule, distribution d'antibiotiques...). La vérification de l'opérationnalité de ces plans de réponse nécessite la mise en place régulière d'exercices et de retours d'expérience.

Depuis 2004, tout établissement de santé doit disposer d'un plan blanc lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation d'urgence sanitaire. Ce plan doit permettre d'assurer le fonctionnement des services par le renforcement, la répartition et la coordination des moyens en fonction des besoins. Ce plan doit aussi intégrer l'afflux de victimes, l'évacuation de l'établissement ou la gestion d'une épidémie.

Un plan blanc élargi a vocation à construire au niveau de chaque département une coordination de l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser. Le plan blanc élargi permet la mobilisation de toutes les structures sanitaires et médico-sociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par ce type d'événement.

Au total, l'organisation territoriale de la mission défense et sécurité dans le domaine de la santé et de la protection de la population place l'ARS à l'interface des autorités en charge de cette mission et des opérateurs que constituent les établissements et les professionnels de santé.

- dans le cadre de la préparation de la gestion des événements exceptionnels, l'ARS est chargée de proposer une organisation de la réponse du système de santé
- dans le cadre de la gestion d'un événement exceptionnel, l'ARS est chargée, sous l'autorité du préfet de département ou du préfet de zone, de coordonner la réponse du système de santé.

2.2.2 Organisation de l'ARS et état des lieux régional

• Cellule régionale de défense et de sécurité

Dans la continuité de l'organisation de cette mission mise en place, dans les années 2000, dans les services déconcentrés de l'État, une cellule régionale de défense et de sécurité (CRDS) a été créée au sein de l'ARS. Elle est chargée d'assurer l'animation interdépartementale de préparation et d'exécution des mesures concourant à la sécurité nationale. Sa nature transversale à l'ensemble des services permet un travail au niveau opérationnel du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

Ce travail transversal inclut la préparation et la participation aux exercices de mise en œuvre des plans. Ces exercices peuvent être organisés par l'ARS au profit du système de santé et d'elle-même, mais également par les préfetures de département, de région, de zone, ou par le niveau national.

La CRDS est organisée autour de deux commissions :

- une commission plénière présidée par le directeur général qui réunit l'ensemble des pôles de l'ARS
- une commission technique animée par le médecin référent de défense et de sécurité qui comporte également un pharmacien et deux ingénieurs

La commission technique coordonne au plan régional la préparation de la gestion des situations exceptionnelles en lien avec les deux préfetures et le service zonal de défense et de sécurité.

Elle dispose d'une partie des ressources du pôle veille et sécurité sanitaire et de la participation éventuelle des autres pôles. Les différentes activités s'organisent autour de la mise à jour des différents plans, de la préparation et la participation aux exercices et de la formation à la gestion de crise. Cette commission est également chargée de définir l'organisation interne (cellule d'appui, communication...) de l'ARS dans le cadre de la réponse à un événement exceptionnel potentiellement porteur de risque sanitaire.

La commission plénière est chargée de piloter l'ensemble de la mission, de définir les orientations et de valider les propositions émises par la commission technique. Elle se réunit une à deux fois par an.

Cette cellule est en relation permanente avec les services des deux préfetures de département : Siraced-PC en Seine-Maritime et direction de la sécurité dans l'Eure. Un protocole définit le cadre de ces relations. Dans ce protocole, le directeur général de l'ARS s'engage à mettre à la disposition des préfetures les compétences et les moyens nécessaires à l'élaboration du volet sanitaire des plans ou à la gestion des situations de crise. Dans ce cas, l'ARS est amenée à participer au comité opérationnel départemental (COD). Le protocole prévoit que l'Agence Régionale de Santé et la préfeture se rencontrent au moins une fois par an pour déterminer les axes de travail correspondants et évoquer les modalités d'exercice impliquant l'ARS.

L'ARS de la zone de défense Ouest est l'ARS de Bretagne. Elle est chargée d'assister le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences notamment grâce à l'action de son service zonal de défense et de sécurité (SZDS). Le préfet de zone dispose des moyens de l'ensemble des ARS de la zone. Afin d'organiser les relations entre les ARS et la zone de défense, un collège zonal se réunit à l'initiative du directeur de l'ARS de zone. Ce collège est composé des représentants du SZDS, des membres des CRDS, des ARS de la zone de défense, des missions NRBC des CHU de référence.

• Plan blanc élargi

Le plan blanc élargi, anciennement dénommé schéma départemental des plans blancs, a été conçu comme un outil mis à la disposition des préfets de département pour répondre aux menaces sanitaires graves et pouvant être adapté à des risques spécifiques quelles que soient leurs caractéristiques. Leur élaboration a débuté sous le pilotage des Ddass des deux départements en 2004.

A ce jour, le plan blanc élargi de l'Eure est en cours de finalisation et de validation. Le plan blanc de Seine-Maritime est toujours en cours d'élaboration. La gestion de la pandémie grippale de 2009 et la mise en place de l'ARS ont suspendu les travaux relatifs à ces plans.

Des travaux menés au niveau national par le département des urgences sanitaires soulignent la nécessité d'une actualisation territoriale de la préparation aux urgences sanitaires du fait des évolutions institutionnelles et du retour d'expérience de la pandémie grippale. Le renforcement du rôle des ARS en matière de mobilisation des professionnels de santé, l'approche générique (tous risques...) et l'organisation régionale de la réponse figurent parmi les principales orientations de cette démarche.

• Plans blancs des établissements de santé

Au cours des travaux préparatoires, les établissements ont souligné les difficultés croissantes à envisager une augmentation non programmée de l'activité. Ces difficultés sont constatées de façon récurrente lors des épisodes épidémiques hivernaux.

Le recensement et l'analyse des plans blancs des établissements prévus dans la démarche d'élaboration des plans blancs élargis n'ont pas été menés à leur terme. En 2007, 49 établissements de santé de la région (sur 74 identifiés par l'ARH) ont répondu à une enquête menée par la direction de l'organisation des soins du ministère de la Santé. Parmi eux, 37 (22 en Seine-Maritime et 15 dans

l'Eure) disposaient d'un plan blanc validé. Parmi les 16 établissements siège d'un service d'urgence, un seul ne disposait pas d'un plan blanc validé, 11 avaient intégré des mesures spécifiques pour les risques nucléaire et radiologique, 14 pour les risques biologique et chimique. Cette année, au cours de la préparation du sommet G8, un recueil des plans a été effectué dans le but de vérifier leur opérationnalité. Ce travail, piloté par l'ARS, est en cours.

- **Autres professionnels**

Actuellement, il n'existe pas à l'échelon départemental ou régional d'organisation susceptible de mobiliser et d'organiser la réponse des professionnels de santé libéraux sur leur territoire.

Lors de la préparation de la gestion de la pandémie grippale des zones de coordination sanitaire et des professionnels avaient été identifiés. L'évolution de la pandémie n'a pas nécessité sa mise en place et la mobilisation des professionnels n'a pas été maintenue.

- **Répertoire opérationnel des ressources**

Le répertoire opérationnel des ressources est un outil informatique, évolutif et partagé, mis à la disposition des professionnels de l'urgence. En situation normale, son objectif est de faciliter l'orientation des patients vers l'établissement et l'unité de soins les plus adaptés à sa situation. En situation de crise, l'objectif de ce répertoire est de présenter l'ensemble des ressources pouvant être mobilisées dans le cadre d'un plan blanc élargi. Son implantation est en cours sous le pilotage du réseau de l'aide médicale urgente de Haute-Normandie.

- **Serveur régional de veille et d'alerte**

Le serveur régional de veille et d'alerte mis en place en 2004 et géré à l'époque par l'ARH permet de recueillir quotidiennement des indicateurs d'activités des services d'urgence (Samu, Smur, structures des urgences) ainsi que les taux d'occupation des lits de certaines spécialités médicales et chirurgicales. Les indicateurs d'activité font l'objet d'une surveillance quotidienne (Cire Normandie) dans le cadre du programme Sursaud®. Les taux d'occupation des lits font l'objet d'une remontée d'information hebdomadaire en situation normale et plus fréquemment si la situation le justifie (canicule, grand froid, tensions hospitalières...). Des évolutions techniques de ce serveur ont été envisagées au cours de la gestion de la pandémie afin de disposer rapidement d'informations en provenance des établissements permettant d'aider aux prises de décision.

2.2.3 Objectifs de renforcement de la préparation et de la gestion des situations exceptionnelles

Il s'agit de disposer au terme du schéma d'une organisation capable de coordonner la réponse du système de santé à l'ensemble des risques identifiés dans la région.

Compte tenu des orientations nationales, des constats réalisés dans le cadre de la préparation de ce schéma et de l'état d'avancement des différents travaux, l'objectif d'amélioration du dispositif de préparation et de gestion peut être articulé autour de :

- **Objectif général : Développer les capacités d'anticipation au sein de l'ARS de Haute-Normandie**
 - Objectif spécifique : Favoriser l'approche générique et régionale lors de la mise à jour des différents plans de secours et de défense : finaliser les plans blancs élargis des deux départements en y intégrant une dimension régionale ;
 - Objectif spécifique : Adapter les outils d'aide à la décision (répertoire des ressources et serveur de veille) ;
 - Objectif spécifique : Formaliser la participation des pôles de l'ARS à la gestion des événements exceptionnels :
 - définir les modalités de fonctionnement de la cellule d'appui ;
 - renforcer les capacités de réponse par un plan de formation.

- **Objectif général : Accompagner les établissements et les professionnels de santé**
 - Objectif spécifique : Aider les établissements de santé à vérifier l'opérationnalité de leur organisation de crise ;
 - Objectif spécifique : Formaliser une organisation territorialisée de la réponse aux évènements pouvant être gérés localement ;
 - Objectif spécifique : Définir les modalités de participation des professionnels de premier recours à la réponse du système de santé à des situations inhabituelles.
- **Objectif général : Mettre en place une organisation régionale pour des risques ou des situations spécifiques**
 - Objectif spécifique : Définir les modalités de collaboration entre les Samu, la mission NRBC du CHU de référence et l'ARS pour la préparation et la gestion des évènements exceptionnels ;
 - Objectif spécifique : Former les professionnels de santé à la gestion des évènements NRBC

2.3 Développer la communication sur les urgences et les risques sanitaires

La communication relative aux risques et urgences sanitaires doit constituer un élément à part entière de la politique de prévention et de gestion des risques sanitaires. L'exigence de communication est à la fois ascendante et descendante au sein du système de santé pour permettre une bonne gestion des évènements.

La communication doit également être transversale puisque la thématique « santé » traverse toute la société par son retentissement propre ou son retentissement émotionnel ou médiatique.

Cette communication doit être adaptée à des publics cibles :

- la population : l'action doit viser à mobiliser les populations pour qu'elles adoptent des réflexes qui feront diminuer le risque. Le niveau d'information doit être très élevé afin de contribuer à la diffusion d'une connaissance précise de la gravité de la menace, ce qui peut dès lors permettre de couper court aux rumeurs et aux fausses informations et réduire les comportements inappropriés dans le cadre d'une menace sanitaire ;
- les professionnels et les établissements de santé : l'information des professionnels de santé est indispensable en termes de relais de l'information auprès de la population mais également de prise en charge adaptée aux circonstances exceptionnelles ;
- les élus : ce sont les interlocuteurs de première ligne de la population et des professionnels de santé et en cas de crise des acteurs importants des postes de commandement opérationnels ;
- les médias : la relation avec les médias doit être organisée en continu indépendamment des situations exceptionnelles de manière à faciliter la compréhension des risques sanitaires et elle sera renforcée en situation d'urgence.

La communication doit être organisée de manière cohérente avec les autres institutions intervenant dans la gestion des risques sanitaires. A ce titre, le protocole organisant les relations entre le préfet de département et le directeur général de l'ARS prévoit qu'en situation de crise, le préfet de département décide des principes et modalités de communication. Les messages sanitaires sont préparés par l'ARS et transmis au préfet afin de déterminer conjointement quelle autorité communique dans ce cadre auprès du public, des élus, des professionnels de santé et des médias.

Pour répondre à cet objectif d'amélioration de la communication relative aux risques et urgences sanitaires, deux outils adaptés et réactifs sont mis en place.

2.3.1 Favoriser l'accès à l'information pour la population

La connaissance des risques sanitaires est une première étape de leur prévention et d'une meilleure prise en compte de la population dans la gestion d'évènements exceptionnels.

Les pouvoirs publics ont développé cet aspect de la communication en mettant à la disposition de la population des documents relatifs aux risques : dossier départemental des risques majeurs, dossier d'information communal sur les risques majeurs...

L'ARS doit être en mesure de favoriser l'accès à cette information en développant l'information sur les conséquences sanitaires et sur les moyens mis en œuvre pour prévenir et gérer ces risques.

2.3.2 Développer une plateforme d'information santé grand public

Le ministère de la santé a doté les régions de crédits pour la mise en place de plateformes d'information santé composées d'un portail grand public.

Pour la Haute-Normandie, le développement de cette plateforme devra tenir compte des besoins d'information :

- en fonctionnement normal : informations dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé et sur le système de santé régional,
- en situation de gestion de crise : informations de sécurité sanitaire et de gestion des urgences sanitaires.

Cette plateforme devra s'appuyer sur la plateforme d'information mise en place pour répondre aux questions de la population dans le cadre de l'organisation de la campagne de vaccination contre les infections invasives à méningocoques.

2.3.3 Soutenir l'expérimentation du Réseau d'informations validées sur l'actualité sanitaire en Haute-Normandie (RIVAS)

Afin de disposer d'un outil de communication rapide en direction des professionnels de santé, la région expérimentera en 2011 le Réseau d'informations validées sur l'actualité sanitaire (Rivas). Il fournit aux professionnels de santé inscrits au fichier Adeli ou RPPS (registres des professionnels de santé) des informations précises sur les signaux sanitaires qui surviennent au plus près du lieu d'exercice au moyen d'un site internet sécurisé.

Son accès est strictement réservé aux professionnels de santé de Haute-Normandie sur la base d'une inscription volontaire. Le site est ouvert, dans sa phase pilote, aux médecins exerçant en secteur libéral et/ou hospitalier. Il sera dans un deuxième temps ouvert aux autres professionnels de santé.

L'objectif du Rivas est double :

- informer dans les meilleurs délais sur l'actualité de la veille sanitaire : survenue des principales maladies à déclaration obligatoire, événements d'origine environnementale pouvant avoir un impact sur la santé des populations et suivi de l'activité hospitalière ;
- mettre à disposition des recommandations et conduites à tenir pour la prise en charge des signaux sanitaires.

Ce réseau est animé par la Cellule de l'InVS en régions Haute-Normandie et Basse-Normandie (Cire Normandie), antenne régionale de l'Institut de veille sanitaire en collaboration avec l'ARS, l'Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux de Haute-Normandie et le Conseil départemental de l'ordre des médecins de Seine-Maritime.

Une fois inscrits, les professionnels de santé disposent dans les meilleurs délais d'informations validées par l'ARS sur les signaux sanitaires. En outre, le Rivas fournit à ses adhérents un contenu documentaire sur les principales thématiques liées à la veille sanitaire et met en lien des publications régionales et nationales.

Pour l'année 2011, l'objectif en terme d'adhésion est de 10% des 5000 médecins de la région.

Les critères d'évaluation devront être établis pour apprécier :

- l'adhésion de 10% des médecins de la région,
- la pertinence de l'outil quant aux besoins d'information des médecins,
- l'opérationnalité du site internet et des procédures mises en ligne des messages.

② Organisation de la prévention, de la promotion de la santé

I. Contexte régional : le contexte socio-économique, la surmortalité générale et prématurée et l'évolution de l'incidence des maladies chroniques militent en faveur du développement des actions de prévention et promotion de la santé

II. Les trois priorités du volet prévention, promotion de la santé pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

III. Trois niveaux d'organisation sont définis pour la mise en œuvre de ces priorités et doivent être articulés avec l'offre de soins et les accompagnements médico-sociaux

I - Contexte régional

Le contexte socio-économique, la surmortalité générale et prématurée et l'évolution de l'incidence des maladies chroniques militent en faveur du développement des actions de prévention et promotion de la santé

I. CONTEXTE REGIONAL : LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE, LA SURMORTALITE GENERALE ET PREMATUREE ET L'EVOLUTION DE L'INCIDENCE DES MALADIES CHRONIQUES MILITENT EN FAVEUR DU DEVELOPPEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

Cette partie présente une synthèse des principales caractéristiques repérées au niveau régional et à l'occasion des réunions organisées dans les territoires de santé ; les données correspondant à chaque territoire étant présentées en annexes n°3.

1.1 Des indicateurs socio-sanitaires défavorables

Comme indiqué dans le diagnostic du PSRS, la région Haute-Normandie présente des indicateurs socio-sanitaires défavorables comparativement au niveau national :

- taux de scolarisation des 18/24 ans en dessous de la moyenne nationale,
- taux d'illettrisme supérieur,
- taux de chômage plus élevé,
- part de bénéficiaires du « Revenu de Solidarité Active socle » supérieure,
- pourcentage de cadres inférieur et part des ouvriers plus importante,
- part des logements sociaux dans le parc total de logement plus importante.

Le rapport FNORS « inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton » permet de représenter la typologie des cantons (et territoires de santé) au regard d'indicateurs de population et de conditions de vie et d'identifier des inégalités territoriales.

11 cantons apparaissent comme des zones relativement peuplées, avec une population qui connaît des difficultés au regard de l'activité professionnelle, de fortes proportions de bénéficiaires d'allocations diverses. Ces zones représentent un peu plus du quart de la population régionale.

Classe 1 : « zones rurales en situation globale moyenne, mais plutôt favorisée par rapport à l'ensemble du pays. » Cette classe concerne la plus grande partie du territoire haut-normand avec plus de la moitié des cantons et 41 % de la population. Elle concerne près des deux-tiers de la population des territoires de Rouen-Elbeuf et Evreux-Vernon.

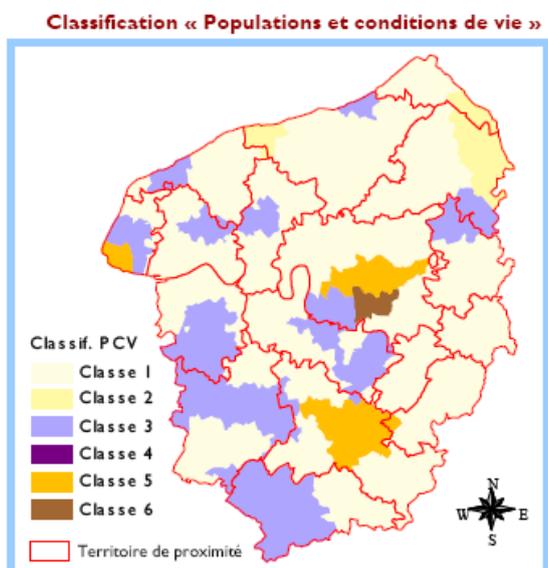
Classe 2 : « zones rurales peu peuplées, ayant une population âgée importante, avec des revenus plutôt faibles mais relativement peu de bénéficiaires de prestations sociales ». Cette classe ne concerne que 3 cantons haut-normands : Saint-Valéry-en-Caux, Aumale et Blangy-sur-Bresle.

Classe 3 : « zones relativement peuplées, avec une population qui connaît des difficultés au regard de l'activité professionnelle, de fortes proportions de bénéficiaires d'allocations diverses ». Cette classe, regroupant un peu plus du quart de la population régionale, se retrouve à la fois dans des zones urbaines, comme Dieppe et une partie, hors villes-centre, des agglomérations havraise et de Rouen-Elbeuf, et dans des secteurs ruraux plus ou moins étendus

Classe 4 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones ayant une population jeune, présentant une fécondité élevée mais connaissant une situation socialement défavorisée ».

Classe 5 : « zones des villes-centres et zones périurbaines marquées par de forts contrastes sociaux, regroupant des personnes plutôt favorisées et d'autres présentant une certaine fragilité sociale ». Cette classe englobe peu de cantons mais 30 % de la population régionale, dans les agglomérations de Rouen-Elbeuf, du Havre et d'Evreux.

Classe 6 : « zones urbaines et périurbaines, constituées d'une population plutôt jeune, socialement favorisées surreprésentées en cadres et ayant un parc de logements sociaux important ». Cette classe n'est retrouvée que dans un canton : Boos.



Sources : CCMSA, Cnzf, DGI, Géoconcept SA, Insee, Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer - Analyse et cartographie : Fnors

1.2 Etat sanitaire de la population : une surmortalité générale et prématurée et des expositions multiples aux facteurs de risques

La Haute-Normandie présente une surmortalité générale de près de 8% par rapport à la France métropolitaine (10% chez les hommes et 6% chez les femmes).

Le territoire d'Evreux-Vernon présente la situation la plus défavorable avec une surmortalité significative de 3% par rapport à la région, essentiellement liée à la mortalité féminine.

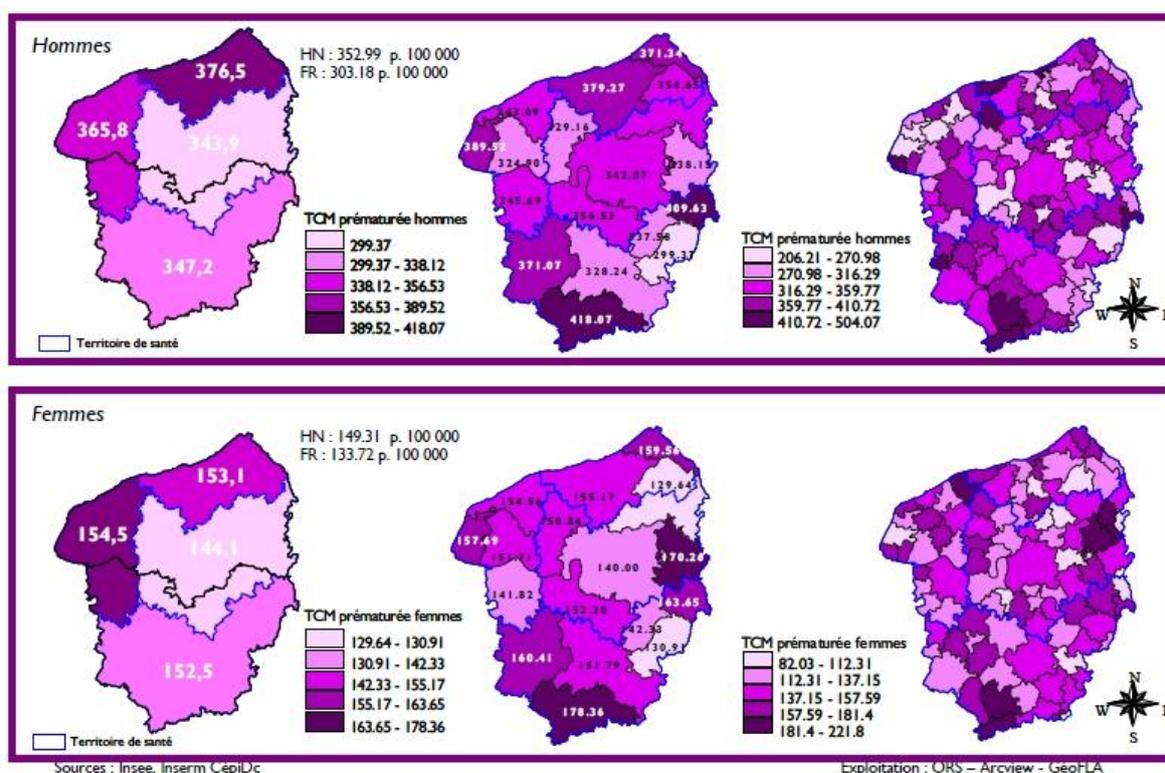
A l'inverse, le territoire de Rouen-Elbeuf présente une sous-mortalité de 3% par rapport à la région que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

Plus du tiers des décès masculins entre 2000 et 2008 sont dus à un cancer et viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire ainsi que les accidents de la circulation et les suicides.

Chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès en Haute-Normandie devant les cancers, les maladies de l'appareil respiratoire.

La région est également caractérisée par une surmortalité prématurée (décès avant 65 ans) de 14% par rapport à la France métropolitaine (16% chez les hommes et 12% chez les femmes).

Taux comparatifs de mortalité prématurée 2000/2008



Le territoire de santé de Dieppe présente la situation la plus défavorable avec une surmortalité de 5% par rapport à la région (7% chez les hommes et 3% chez les femmes) suivi par le territoire du Havre. Les cancers, les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool, les accidents de la circulation ainsi que les suicides sont les principales causes de mortalité prématurée.

Entre 2006 et 2007, près de 35 620 admissions en affections de longue durée ont été recensées annuellement en Haute-Normandie. Les deux principaux motifs d'admissions sont les maladies cardio-vasculaires (32,5 %) et les tumeurs (24,5 %) mais il convient de noter la forte augmentation du diabète et des pathologies respiratoires.

Les hommes et les femmes présentent des situations différentes avec une prédominance des tumeurs chez ces dernières contre une prépondérance des maladies cardio-vasculaires chez les hommes.

La moitié des admissions en affections de longue durée concerne des personnes âgées de 65 ans et plus. Les territoires de santé présentent une situation contrastée avec des taux d'admission en ALD plus élevés dans le territoire de santé de Rouen-Elbeuf (ce qui peut être le signe d'une sous-déclaration dans les autres territoires).

Si les couvertures vaccinales et les taux de dépistage organisé des cancers sont globalement supérieurs aux moyennes nationales, les objectifs nationaux ne sont pas encore atteints et pour certaines pathologies comme la rougeole le nombre de cas augmente.

Nuisances sonores, proximité d'installations dangereuses ou d'axes routiers importants, logement insalubre, pollution atmosphérique, dégradation de la qualité de l'eau potable sont autant de déterminants de santé d'origine environnementale. En raison du caractère industriel et urbanisé de zones importantes du territoire, une part conséquente de la population régionale est soumise à des expositions multiples pouvant porter atteinte à leur santé..

L'amélioration de la qualité de l'air est notable ces dernières années pour certains polluants mais la région du fait de son tissu industriel et urbain présente encore des enjeux importants.

En matière d'habitat indigne l'estimation du nombre de logements potentiellement indignes utilisés en tant que résidences principales et relevant du parc privé s'élève à 46 000 logements répartis à plus de 55% en Seine-Maritime et un peu moins de 45% dans l'Eure.

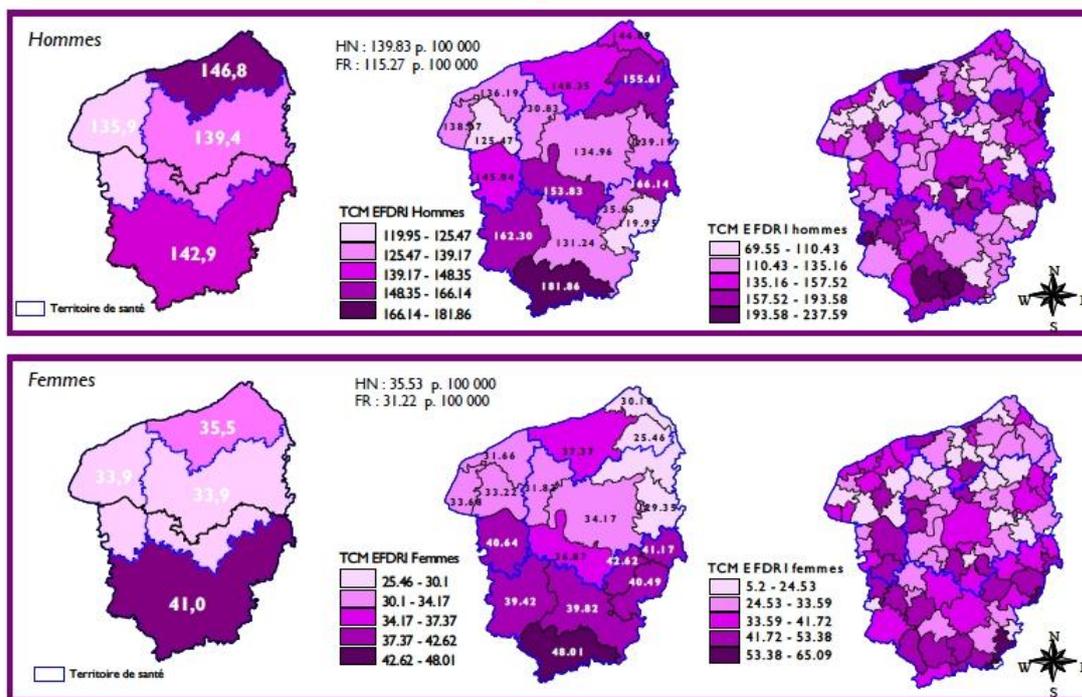
Concernant l'eau potable qui provient exclusivement du sous-sol dans la région, si la ressource est abondante, sa fragilité en raison de la géologie et de la pression anthropique se traduit par des épisodes de turbidité (ayant conduit à 3 périodes de restrictions de consommation de 4 à 10 jours en 2010 en Seine-Maritime) et par des dépassements des limites de qualité (principalement en nitrates et pesticides) ; ce sont ainsi près de 86 000 habitants qui en 2009 ont été concernés par des problèmes récurrents de qualité.

Ces inégalités environnementales sont bien souvent indissociables des inégalités sociales car elles déterminent en particulier les parcours résidentiels ou professionnels des populations et leur capacité à agir pour améliorer leur cadre de vie. Parce qu'elles peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions défavorables d'exposition, les populations vulnérables sont généralement davantage exposées que les autres aux facteurs de risques environnementaux, et cumulent souvent différentes sources d'exposition et de nuisances.

Une partie de cette mortalité prématurée pourrait donc être évitée et l'incidence de certaines pathologies chroniques réduite en développant des modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence :

- action sur les facteurs de risques individuels,

Taux comparatifs de mortalité prématurée évitable par action sur les facteurs de risques individuels 2000/2008



Sources : Insee, Inserm CépiDc

Exploitation : ORS - Arcview - GéoFLA

- action sur les facteurs de risques collectifs (ex : santé environnementale, santé au travail...),
- action sur l'amélioration de leur accès à la prévention et en particulier les dépistages.

1.3 Une structuration de l'offre de prévention, promotion de la santé à renforcer et à mieux coordonner

Pour faire face aux problématiques de santé, la région Haute-Normandie a développé un dispositif de prévention promotion de la santé qui nécessite d'être renforcé et mieux coordonné avec les autres dispositifs publics.

Cette partie présente une synthèse des principales caractéristiques repérées au niveau régional, les données correspondant à chaque territoire étant présentées en annexes n°3.

1.3.1 Une diversité d'acteurs à mieux coordonner

L'offre de prévention et de promotion de la santé repose sur des acteurs très divers.

Les acteurs institutionnels

- l'ARS est chargée de mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional ;
- les autres services de l'Etat :
 - o l'Education nationale
 - o la Direction Régionale Jeunesse et Sports et Cohésions Sociale (DRJSCS) et les Directions Départementales Cohésion Sociale (DDCS)
 - o la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) et les services de santé au travail
 - o la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) et les Directions Départementales de la Protection des Populations (DDPP)
 - o la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) et les directions départementales des territoires et de la mer (DDTM)
 - o la Direction Territoriale Haute-Normandie de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ)
- les organismes de sécurité sociale :
 - o les caisses d'assurance maladie
 - o la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)
 - o les caisses d'allocations familiales (CAF)
- les collectivités territoriales :
 - o le Conseil régional
 - o le Conseil général de Seine-Maritime
 - o le Conseil général de l'Eure
 - o les communes et les structures de coopération intercommunales

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)

La Mutualité

Les professionnels et les établissements de santé

Les professionnels et établissements des champs social, médico-social, éducatif

Les associations œuvrant dans le champ de la prévention – promotion de la santé

Les agences ou associations œuvrant dans le domaine de l'environnement (Aironormand, agence de l'eau, GIPSA...)

Si de nombreux projets s'appuient sur la synergie des acteurs locaux, notamment grâce à la coordination réalisée par les RLPS et les ASV, il ressort, des réunions territoriales organisées pour l'élaboration du présent schéma, un manque d'articulation voire une méconnaissance des compétences, missions et champs d'intervention des différents acteurs et en conséquence une insuffisante coordination des actions mises en œuvre, limitant ainsi leur efficacité.

1.3.2 Une observation régionale de la santé à consolider

Les acteurs participants à l'observation et l'analyse régionale de la santé et de ses déterminants (ou susceptibles de le faire) sont nombreux :

- l'observatoire régional de la santé (ORS), financé majoritairement par l'ARS et le Conseil régional, est un partenaire privilégié de l'ARS pour l'observation et l'analyse des problématiques de santé ;
- l'Université : les facultés de médecine et de sciences humaines peuvent être des partenaires pour l'observation et l'analyse des données régionales mais le partenariat avec l'ARS demeure ponctuel ;
- les organismes de sécurité sociale disposent de bases de données et de capacités d'analyse importantes ;
- les collectivités territoriales ont souvent développé leurs propres systèmes d'observation (ex : conseil général de Seine-Maritime, ville de Rouen...) ;
- l'Observation Sanitaire et Sociale Régionale (OSSR), mise en place en 2000 par le préfet de région, et aujourd'hui pilotée par la direction régionale jeunesse sport et cohésion sociale (DRJSCS), repose sur le partage de données et d'études entre les partenaires locaux qui interviennent sur les champs sanitaire, social et médico-social qu'ils soient services de l'Etat, collectivités territoriales, établissements publics, organismes de protection sociale ou acteurs du secteur associatif. Mais ce dispositif, porté essentiellement par les services techniques de ses membres, ne constitue pas actuellement un véritable outil d'analyse partagé et d'aide à la décision des responsables d'institutions pour réaliser des programmes d'actions conjoints.

La réalisation du diagnostic régional et territorial a mis en évidence les difficultés suivantes :

- pas d'observation partagée sur l'ensemble du champ de compétence de l'ARS,
- peu de croisement d'analyse (ex : ORS / université / Centre régional d'Etudes et d'Actions en faveur des personnes Inadaptées (CREAI)...),
- absence de recueil et d'analyse de données sur des thématiques importantes (ex : vaccinations, l'obésité...),
- données d'observation et analyses territoriales pas mobilisables rapidement.

1.3.3 Des pôles ressources et de compétences régionaux reconnus

Le CRES-IREPS

Créé en 1997, le CRES-IREPS favorise le développement, à l'échelle locale, de la promotion de la santé en assurant notamment les missions suivantes :

- le conseil méthodologique et l'accompagnement de projets auprès des acteurs de proximité intervenant en première ligne (professionnels des secteurs social, sanitaire, éducatif – scolaire, sports et loisirs, associations thématiques, etc.) ;
- le soutien à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques de santé en région ;
- la formation initiale et continue en éducation pour la santé sur la base de référentiels expérimentés et validés ;
- la documentation en éducation pour la santé à travers la mise à disposition d'informations, d'outils pédagogiques et scientifiques validés, fondements de la qualité des actions et de l'innovation méthodologique.

Le Pôle Régional de Compétence en Education pour la Santé

Mis en place dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé, le pôle régional de compétence (PRC), financé par l'INPES, est animé par le CRES-IREPS.

La composition du PRC se caractérise par la collaboration de plusieurs dispositifs, structures et/ou réseaux associatifs ayant un rôle majeur dans le champ de l'Education Pour la Santé en région (AIDES, la Fédération Addictologie, l'ORS, l'ANPAA, le Planning familial, la ligue contre le cancer).

Ce partenariat opérationnel a donné lieu à des conventions de partenariat et des travaux concrets sur les différents axes de travail du pôle : la formation, la méthodologie de projet, la documentation.

Il a pour mission de constituer une plateforme ressource :

- offrir des services à tout acteur institutionnel ou associatif intervenant dans le champ de l'EPS/PS ;
- fédérer les compétences et ressources en EPS/PS présentes dans la région ;
- constituer des carrefours d'échange entre tous les acteurs impliqués dans l'éducation et la promotion de la santé (institutions, professionnels, associatifs...).

Le Pôle Régional de Compétence a contribué à l'amélioration de la qualité des programmes et des actions en éducation pour la santé, ainsi qu'à la professionnalisation des acteurs. Il joue un rôle important dans le développement d'une culture commune, voire de projets communs entre structures et introduit plus de complémentarité dans les interventions.

L'Ingénierie du Groupement Régional de Santé Publique (IGRSP)

Créé en 2007 dans le cadre de la mise en œuvre du volet santé mentale du Plan Régional de Santé Publique, l'IGRSP, actuellement porté par le CHS du Rouvray, en partenariat avec les autres établissements de santé et les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé mentale, avait pour mission de :

- coordonner et suivre les formations relatives à la consolidation des savoirs en psychiatrie pour les infirmiers ;
- coordonner et suivre la mise en place du tutorat pour les nouveaux infirmiers ;
- développer sur l'ensemble de la région des actions de sensibilisation/formation sur le dépistage de la crise suicidaire ;
- sensibiliser/Informer sur le thème de la santé mentale un ensemble d'acteurs : professionnels, associations, des champs sanitaire, médico-social et social dans un souci de favoriser les connaissances mutuelles, de décloisonner les pratiques et de favoriser les prises en charges des usagers du système de santé.

L'évaluation réalisée en 2011 met en évidence :

- sur le plan quantitatif : sur la période 2007/2010, un nombre très important de professionnels formés (312 stages³ réalisés, impliquant 10703 stagiaires) :
 - o suicide : 96 stages 3475 pour stagiaires
 - o dépistages des troubles psychiques des enfants/adolescents : 79 stages pour 3946 stagiaires
 - o formations diverses en direction de professionnels des champs médico-sociaux, sociaux : 137 stages pour 3282 stagiaires ;
- sur le plan qualitatif : on constate :
 - o une prépondérance d'actions pour un public de masse dans un souci de démocratisation d'une culture en santé mentale ;
 - o une insuffisante territorialisation des actions ;
 - o un manque d'opérationnalité en aval des formations (travail en réseau) ;
 - o une insuffisance de participation des acteurs de la psychiatrie sur certains territoires (stagiaires) ;
 - o une insuffisante participation des acteurs médico-sociaux et sociaux dans le « faire savoir » de leurs missions.

³ Différentes modalités : stage, mini conférences, conférences, etc....

1.3.4 La territorialisation de la politique régionale de santé : outil reconnu mais dont le déploiement est inachevé

Les Réseaux Locaux de Promotion de la Santé et les Ateliers Santé Ville

Les réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS) ont été créés en partenariat avec le Conseil Régional de Haute-Normandie, des collectivités territoriales et des établissements de santé.

Dans le cadre de la politique de la ville, la santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires des contrats urbains de cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté.

L'atelier santé ville est un des outils proposés pour développer des projets de santé publique à l'échelle des quartiers.

Ces deux dispositifs (RLPS et ASV) ont pour objectifs :

- promouvoir une approche partenariale de la santé sur le territoire ;
- favoriser et valoriser l'implication de l'ensemble des acteurs locaux et être relais de proximité ;
- développer une culture commune autour des questions de santé ;
- permettre aux acteurs de travailler ensemble sur un programme local de santé du territoire en cohérence avec le diagnostic local et les politiques régionales de santé.

Pour mettre en œuvre ces objectifs, les acteurs locaux sont accompagnés par un coordonnateur dont les missions consistent à animer et accompagner les acteurs locaux et à coordonner le programme d'actions de promotion et d'éducation pour la santé sur leur territoire. Le périmètre de ces missions mériterait d'être étendu afin de mieux tenir compte des problématiques d'offre de soins locale dans le traitement des questions d'accès à la prévention et aux soins.

Ces dispositifs ont permis de développer la culture et les actions en éducation pour la santé mais la territorialisation présente des déséquilibres importants en termes de moyens et de zone géographique à couvrir. En effet, le territoire couvert en km² et en population comme les moyens affectés aux différents RLPS est hétérogène. On constate :

- des territoires d'intervention trop étendus :
 - o les RLPS dont le territoire correspond à un pays ne permettent pas aux coordonnateurs d'exercer toutes leurs missions auprès de l'ensemble des acteurs,
 - o le réseau Risle Charentonne et Risle Estuaire a un territoire qui correspond à deux pays et qui a deux zones en politique de la ville, ce qui rend impossible le travail de coordination ;
- des temps de coordination trop importants sur certains territoires :
 - o le réseau local des cantons de Pavilly/Duclair bénéficie d'un Equivalent Temps Plein (ETP) de coordination sur un territoire moins étendu et qui ne comporte pas de communes en politique de la ville.
 - o l'ASV de Rouen bénéficie également d'un ETP de coordination pour intervenir sur deux quartiers soit environ 12 000 habitants.
- des territoires dont un ensemble d'indicateurs sont défavorables et qui ne peuvent pas être coordonnés par un seul coordonnateur :
 - o plusieurs communes en politique de la ville dont les quartiers sont classés en profil 1 (attractivité extrêmement faible et une pauvreté importante), 4 (pauvreté extrême, des quartiers classiques et de grande taille dans les grandes villes), 5A (un cadre de vie très difficile et une pauvreté importante)
 - o des territoires identifiés en classe 6 de la typologie globale de la FNORS (zones industrielles avec proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée)
- des territoires non couverts par un réseau : l'Est du département de Seine-Maritime ne bénéficie pas de RLPS. La caractéristique de ces territoires est qu'ils sont plutôt ruraux, qu'ils ont des indicateurs de santé défavorables et qu'ils disposent de peu de ressources pour mettre en œuvre des actions de prévention.

Territorialisation de la politique de santé publique

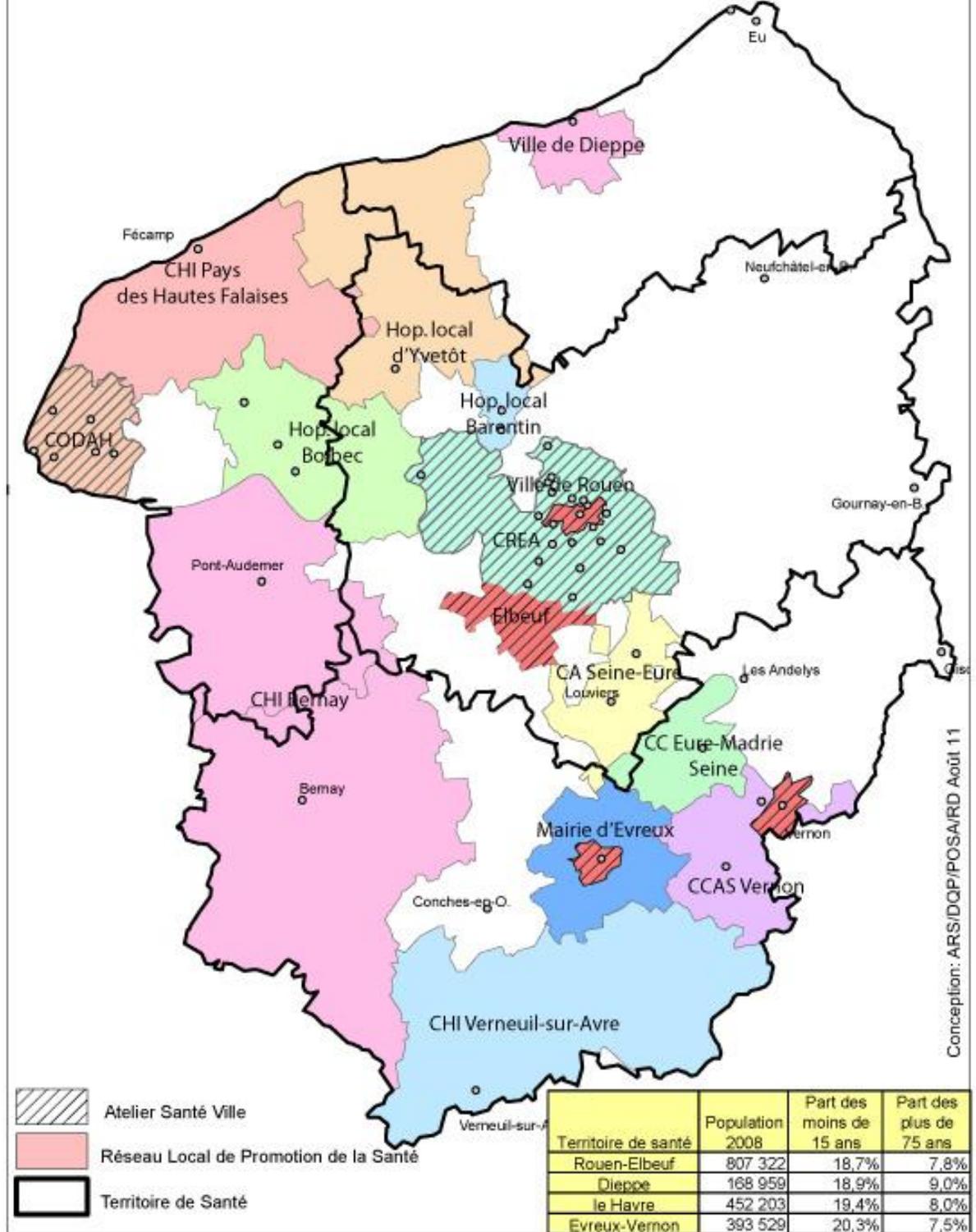


Tableau récapitulatif des réseaux actuels et caractéristiques de leur territoire

Réseau	Caractéristiques du territoire Population concernée superficie	Coordination- financement	financement
Territoire de santé du Havre			
RLPS du pays des Hautes Falaises	77 910 habitants 624 km ²	1 ETP de coordination	CUCS Conseil régional ARS
RLPS du pays Caux vallée de Seine	67186 habitants 484 km ²	1 ETP de coordination	Conseil régional ARS
CODAH (communauté de l'agglomération havraise)	Population des quartiers politiques de la ville: 80 206 habitants	0.5 ETP de coordination 1 ETP d'animateur santé sur le Havre 1 ETP d'animateur sur Gonfreville l'Orcher, Monvilliers et Harfleur	CUCS CODAH
Territoire de santé de Dieppe			
RLPS agglomération de Dieppe	51 624 habitants quartier politique la ville : 15759 habitants	1 ETP de coordinateur 1 ETP de documentaliste (poste financé par la commune de Dieppe)	ARS Conseil régional Commune de Dieppe CUCS
Territoire de santé Evreux-Vernon			
RLPS grand Évreux agglomération ASV	84 101 habitants quartier politique la ville : 24631 habitants	1 ETP de coordination 0,5 ETP d'animateur ASV	CUCS ARS Commune d'Evreux
RLPS des portes de l'Eure ASV	57 767 habitants 312 km ²	1 ETP de coordination	ARS Conseil Régional CUCS CCSA
RLPS pays Risle Estuaire et Risle Charentonne	Risle Estuaire : 51 113 habitants Risle Charentonne : 67 691 habitants quartiers politique de la ville : Bernay : 3498 habitants Pont-Audemer : 2081 habitants 2000 km ²	1 ETP de coordination	Conseil régional ARS
RLPS pays d'Avre Iton	38 648 habitants 754 km ²	1 ETP de coordination	Conseil régional ARS
Communauté de communes Eure-Madrie-Seine	27 000 habitants 191 km ²	0,5 ETP de coordination	Communauté de communes ARS
Territoire de santé Rouen Elbeuf			
RLPS Plateau Caux Maritime	66 007 habitants 707 km ²	1 ETP de coordination	Conseil régional ARS CUCS
RLPS cantons de Pavilly et Duclair	23 108habitants 66 km ²	1 ETP de coordination	Conseil régional ARS
RLPS communauté d'agglomération Seine Eure	61 000 habitants Quartiers politique de ville : 19 145 habitants	1 ETP de coordination	Conseil régional ARS Communauté d'agglomération
CREA	13 communes politiques de la ville : 292 751 habitants P des quartiers 57 921 habitants	1 ETP de coordination ville de Rouen	CUCS ARS
Ancienne aggro Elbeuf	56 211 habitants Quartiers politique de la ville : 23 222 habitants	1 ETP de coordination	CUCS Communauté d'agglomération

Le Pôle Libéral de Santé Publique (PLSP)

Mis en place dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé, le pôle libéral de santé publique porté par l'Union Régionale des Médecins Libéraux et maintenant par l'Union Régionale des Professionnels de Santé « médecin » permet la participation de médecins généralistes à la préparation et la mise en œuvre d'actions de santé publique.

Deux modalités d'intervention pour les médecins du PLSP :

- Le « PLSP programme » qui consiste à participer à la construction, à la mise en œuvre et au suivi des programmes thématiques de santé publique développés dans le volet Prévention Promotion de la Santé et de la Santé Environnementale (PPSSE) du Schéma Régional de Prévention (SRP) ainsi que dans les programmes thématiques nationaux ou régionaux ;
- Le « PLSP territoire » qui consiste à participer à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé sur un territoire défini. Un « Médecin Libéral de Santé Publique (MLSP) territoire » a une approche transversale de proximité. Le médecin « territoire » intervient en appui du coordonnateur du RLPS ou ASV. A ce jour, 10 « médecins territoire » se sont répartis dans les réseaux suivants : Pays de Caux-Maritime, (Yvetot), Pays de Caux Vallée de Seine, (Bolbec), Communauté d'agglomération du Havre, Pays des Hautes Falaises, (Fécamp), Pays de Caux-Austreberthe (Barentin), Pays d'Avre, Eure et Iton (Verneuil-sur-Avre), Communauté d'agglomération Seine Eure (Val-de-Reuil), Communauté d'agglomération d'Elbeuf Boucles de Seine, Communauté d'agglomération d'Evreux et Communauté d'Agglomération de Dieppe.

Un médecin coordonnateur du PLSP est chargé de former et d'informer en continu l'ensemble de MLSP, de valoriser et diffuser les travaux réalisés, d'assurer la gestion administrative et financière du projet et de recruter de nouveaux MLSP.

1.3.5 Des populations cibles insuffisamment prises en compte

Personnes handicapées et personnes âgées

A partir du bilan du PRSP et suite aux réunions organisées sur chaque territoire de santé, il apparaît que les actions de PPS proposées aux personnes âgées ou handicapées sont rares et ponctuelles et ne s'inscrivent pas dans une stratégie régionale hormis les actions de prévention de la dénutrition des personnes âgées.

Personnes détenues

Les actions sont multiples, non coordonnées et parfois déconnectées de la réalité des conditions d'exercice propres à chaque type d'établissement pénitentiaire (les différences sont par exemple notables entre une maison d'arrêt et un centre de détention). Les comités techniques qui permettaient d'assurer la cohérence des interventions et l'effectivité de la coordination des différents partenaires (UCSA, SPIP, SMPR et établissements pénitentiaires, PJJ) ne sont plus organisés depuis 2007.

Trois thématiques concernent prioritairement les personnes détenues :

- les dépistages : l'ensemble des établissements met en œuvre un dépistage (VIH / VHB / VHC ; syphilis) ainsi qu'une radiographie pulmonaire (tuberculose) ; parfois un bilan dentaire lors des consultations d'entrants. Des améliorations sont attendues concernant le rendu des résultats (y compris négatifs) et la mise en place de dépistages réguliers tout particulièrement en centre de détention. De manière spécifique, les dépistages organisés du cancer colorectal et du sein doivent être améliorés par un partenariat formalisé avec les deux structures référentes (DECADE et EMMA) ;
- la prévention de la crise suicidaire : un médecin psychiatre et une psychologue ont été formés et dispensent actuellement des formations auprès de groupes composés de représentants des UCSA, SMPR, SPIP, PJJ et établissements pénitentiaires. L'intérêt de cette pluridisciplinarité permet de favoriser les échanges entre les différents professionnels intervenant auprès des personnes détenues.

Les formations intitulées « repérage de la crise suicidaire » se déroulent sur deux jours (ou conférence sur la journée ou en soirée) et permettent d'aborder l'épidémiologie, l'évaluation risque/urgence/dangerosité.... La pédagogie employée se veut participative et utilise notamment le jeu de rôle. Environ 200 personnes ont été formées depuis 2008. L'évaluation positive appelle à compléter ce dispositif par des modules de suivi permettant de renforcer les connaissances et de conforter les dynamiques locales de travail interdisciplinaire. Le lien avec les actions engagées par l'administration pénitentiaire devra également être renforcé ;

- les pratiques addictives : un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent doit être identifié pour chaque établissement². Ont vocation à jouer ce rôle :
 - o le CSAPA du CHS du Rouvray qui intervient déjà à la maison d'arrêt de Rouen et au centre de détention de Val-de-Reuil ;
 - o le CSAPA du CHS de Navarre pour Evreux et le CSAPA de l'association Oppelia au Havre, dont les moyens doivent être renforcés pour rendre effective une intervention en milieu carcéral.

Les CSAPA ont dans leurs missions de développer des actions de prévention.

Les actions concernant la réduction des risques restent difficiles à mettre en œuvre compte tenu du contexte carcéral.

Personnes en situation de précarité

L'accès aux soins des populations en situation de précarité fut l'un des axes majeurs des politiques de lutte contre les exclusions impulsées à partir des années 2000 sur l'ensemble du territoire national. Parmi les orientations et les dispositifs déployés en Haute-Normandie, en particulier au travers du Programme Régional d'Accès au Soins des Populations en situation de Précarité (PRAPS), les Permanences d'Accès au Soins de Santé en ont constitué la pierre angulaire.

La région a bénéficié d'une montée en charge dans le développement de ces structures et ce de manière relativement homogène sur l'ensemble du territoire Haut-Normand à l'exception de quelques zones blanches⁴. Ce développement s'est traduit de manière concrète par la création de 13 PASS, dont l'une spécifique à la santé mentale dans l'Eure (Evreux) et une PASS dentaire (Le Havre).

En 2010 la création d'une PASS de coordination est venue consolider l'ensemble afin d'en améliorer l'efficacité notamment au travers d'une harmonisation des cadres d'organisation et de fonctionnement. Ces dispositifs sont rattachés à des centres hospitaliers :

Permanence d'Accès au Soins de Santé De Seine-Maritime	Permanence d'Accès au Soins de Santé De l'Eure
<ul style="list-style-type: none"> - CHU Rouen - GH Le Havre - CH DIEPPE - CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil (Elbeuf) - CHI du Pays des Hautes Falaises (Fécamp) - CH de Lillebonne 	<ul style="list-style-type: none"> - CHI Seine Eure (Evreux) - CHI Seine Eure (Vernon) - CH de la Risle (Pont-Audemer) - CH de Gisors (Pôle Sanitaire du Vexin) - CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil (Elbeuf) - CHS de Navarre (Evreux)
La coordination régionale des PASS en lien avec l'Agence Régionale de Santé	

Cependant, même si le développement des PASS a constitué une avancée majeure en termes d'accès aux soins des populations les plus vulnérables, des freins persistent et entravent pour certaines leur fonctionnement. On retiendra parmi les difficultés identifiées ces dernières années :

- un manque de visibilité des établissements hospitaliers dans l'utilisation des moyens attribués aux PASS dans le cadre des MIGAC (clarification des temps dédiés, fiche de poste, etc..) ;
- des cadres d'organisation et de fonctionnement très disparates et ce malgré un référentiel national (manque de visibilité de l'activité, absence de comité de pilotage pour plusieurs d'entre elles.....) ;

⁴ Dans l'Eure l'ouest d'Evreux de Bernay à Verneuil sur Avre
En Seine Maritime le Pays de Bray et une partie du Pays de Caux

- une insuffisante objectivation des liens partenariaux avec les acteurs intra hospitaliers et les acteurs extra hospitaliers impliqués dans l'accueil des populations en situation de précarité ou d'exclusion (CCAS, CMS, CHRS, dispositifs d'urgence social,) ainsi qu'avec les acteurs du champ de la prévention comme les Réseaux Locaux de Promotion de la Santé ou bien les Ateliers Santé Ville ;
- une légitimité et une reconnaissance insuffisante au sein de l'institution hospitalière ;
- des équipes pluridisciplinaires, posant le questionnement pour certaines d'entre elles, de la médicalisation du dispositif afin d'en améliorer le fonctionnement.

1.3.6 Une couverture des territoires à renforcer

On constate une concentration des actions dans les grandes agglomérations et une difficulté pour développer des actions dans les territoires ruraux faute de promoteurs.

Ex : actions financées par l'ARS en 2011



1.3.7 La prévention des pratiques addictives : de fortes attentes, une offre existante mais inégale et peu lisible

Une offre soutenue

La prévention des pratiques addictives constitue une politique publique soutenue de manière durable, notamment par l'ancien GRSP (groupement régional de santé publique), dont les attributions ont été reprises par l'ARS, et par la MILDT (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies). En 2010, elle représentait le 1er poste de dépenses pour le GRSP⁵. Il faut y ajouter, au titre de la MILDT, 218 966 € versés en Seine-Maritime et 103 400 € dans l'Eure.

financements attribués dans le cadre du GRSP	2007		2008		2009		2010	
	montant	%	montant	%	montant	%	montant	%
addictions	569 530 €	13%	634 145 €	11%	507 214 €	9%	590 588 €	10%

Un impact limité

Cependant, malgré la mise en place du Plan régional de santé publique et les travaux de planification départementale de la MILDT, ces financements ont souvent bénéficié à des actions isolées, sans véritablement s'inscrire dans une stratégie d'ensemble priorisant un territoire, une thématique ou un public :

- la prévention du tabac est ainsi très insuffisante au regard des taux de morbidité et de mortalité régionaux alors que l'augmentation de la consommation chez les femmes apparaît comme un nouveau défi ;
- les territoires prioritaires ne font pas l'objet d'une mobilisation significative : les territoires de la politique de la ville, ceux du Nord-Est (Dieppe, Eu, Neufchâtel) ou du sud-ouest de la région (Bernay, Verneuil) restent faiblement couverts.

On peut ajouter que les actions de prévention sont souvent ponctuelles, se limitant à une information générale sur les produits et leurs risques, sans intégrer systématiquement un lien suffisant avec le dispositif d'accompagnement et de prise en charge local. L'impact des actions s'en trouve considérablement réduit.

Une offre concentrée dans les grandes agglomérations

Les principaux opérateurs professionnels sont basés à Rouen (La Boussole, ANPAA), Elbeuf (La Passerelle), Evreux (ADISSA, ANPAA) et Le Havre (Nautilia), laissant Dieppe, les villes moyennes et les zones rurales peu ou pas couvertes.

Or, l'absence d'opérateurs spécialisés sur un territoire empêche la remontée de projets, quand bien même les besoins seraient importants et identifiés, comme c'est le cas dans le Nord-Est et le Sud-Ouest de la région, territoires marqués par des indicateurs très défavorables (notamment pour l'alcool)⁶.

De plus, cette inégalité territoriale de l'offre de prévention en addictologie est très peu compensée par l'intervention d'acteurs à dimension régionale (réseaux de santé en addictologie, ANPAA...).

Un manque de lisibilité, y compris pour les acteurs de la santé publique

La multiplicité des acteurs (professionnels de la prévention, bénévoles associatifs, médecins libéraux, praticiens hospitaliers, consultants), de leurs méthodologies d'intervention et la tarification de leurs actions rendent incompréhensibles les critères de choix pour les acteurs non spécialistes, même quand ils sont des professionnels de la santé publique comme les coordonnateurs de réseau local de promotion de la santé. En conséquence, l'opérateur est le plus souvent choisi en fonction du coût de l'action et non selon ses compétences : cela ouvre la voie à des actions inefficaces voire contreproductives.

⁵ Hors actions recentralisées et cancer (correspondant majoritairement à du fonctionnement).

⁶ ORS Haute-Normandie, *Les substances psychoactives en Haute-Normandie*, juin 2011.

Des instances de coordination et d'information existent : pôle de compétence animé par le CRES-IREPS, réseaux de santé en addictologie (RIAHN, Toxenville...), dispositif d'appui « drogues et dépendances » auprès du chef de projet MILDT (depuis 2011)... Aucun n'apporte aujourd'hui une réponse suffisante en termes d'information face au désarroi des acteurs locaux non spécialistes de l'addictologie, leur multiplicité ajoutant encore à la complexité du paysage régional.

Une offre assujettie aux critères des demandeurs : des effets pervers

La perception des pratiques addictives dépend souvent de représentations sociales, d'effets de mode, voire de préoccupations idéologiques : la demande exprimée par les acteurs de terrain non spécialistes peut ainsi diverger des priorités identifiées selon des critères objectifs (niveau de consommation, indicateurs de morbidité/mortabilité) et être réticente face à l'emploi des méthodologies validées :

- c'est le cas pour les demandes d'intervention ponctuelle visant à « traiter » le sujet sans mettre en place une véritable démarche de prévention (travail en amont et en aval avec les acteurs locaux, adaptation de l'action au public et aux problématiques locales...);
- de même, en établissement scolaire, une très forte demande d'intervention sur l'utilisation de l'outil multimédia a été recensée, alors que les addictions avec produits restent prioritaires, en particulier pour l'alcool et le tabac.

1.3.8 Une couverture vaccinale mal connue et insuffisante pour certaines pathologies

La disponibilité des données sur les couvertures vaccinales pose problème : peu ou pas de données régionales (absence de données sur le HPV et le vaccin contre le pneumocoque).

Les certificats du 24^{ème} mois ne sont plus envoyés systématiquement par les familles car ils ne sont plus liés aux prestations de la CAF.

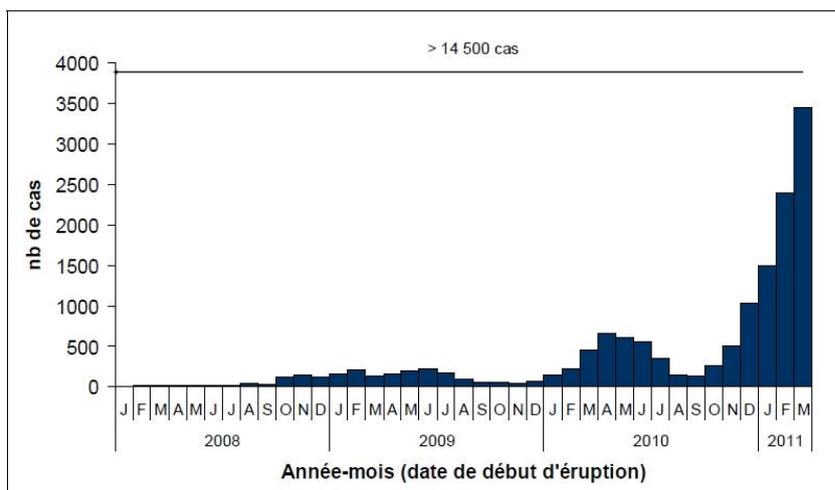
Plusieurs professionnels de santé (bilan de santé de l'Education Nationale, Conseil Général lors des consultations de PMI et les bilans de santé en maternelle) effectuent régulièrement des vérifications de carnet de vaccination mais il n'existe pas d'outil permettant de recueillir ces informations au niveau régional.

En l'absence de données par territoire de santé, seules les données disponibles par département sont présentées.

La rougeole (*estimations des couvertures vaccinales à 24 mois à partir des certificats du 24^{ème} mois*)

La France est actuellement confrontée à une épidémie dont l'évolution est inquiétante. Plus de 3 400 cas ont été notifiés pendant les deux premiers mois de l'année 2011. La maladie n'est plus « une simple maladie de l'enfant ». En 2010, le nombre de cas parmi les enfants de moins de un an a triplé, et celui parmi les jeunes adultes a plus que quintuplé. Or, c'est principalement dans ces deux tranches d'âge que les complications, pulmonaires et neurologiques notamment, sont les plus fréquentes et les plus graves. La rougeole peut tuer. Les complications neurologiques peuvent conduire à un handicap irréversible.

Figure 1 - Cas de rougeole par mois - Déclaration obligatoire, France, Janvier 2008 – Mars 2011 / *Number of m. cases per month – Mandatory notification, France, January 2008 – March 2011*



Le nombre de cas déclarés en Haute-Normandie est en augmentation :

- 2009 : 18 cas
- 2010 : 41 cas
- 2011 : 23 cas (sur les 3 premiers mois).

La couverture vaccinale Rougeole Rubéole Oreillons (RRO) en Haute-Normandie est supérieure à celle observée au niveau national : **91.6% dans l'Eure et 91.3% en Seine-Maritime contre 90.1%** en France pour ce qui concerne la première dose.

Une enquête a été menée en 2010 dans l'éducation nationale auprès des élèves de 6^{ème} et des élèves de 2^{nde} :

- 80.2% des collèges ont répondu à l'enquête. 15 832 carnets de vaccination ont été vus par les infirmiers scolaires. **95% des élèves de 6^{ème} ont reçu deux doses de vaccin.**
- 64.5% des lycées ont répondu à l'enquête. 10 689 carnets de vaccination ont été vus par les infirmières. **93% ont reçu deux doses de vaccin.**

Les professionnels de santé interrogés et qui regardent régulièrement les carnets de vaccination des enfants (médecins et infirmiers du Conseil Général et de l'Education nationale) constatent que les enfants et les adolescents ont en majorité reçu deux doses de vaccin.

Le nombre de cas étant en augmentation, il faudrait s'assurer que la couverture vaccinale est correcte dans l'ensemble du territoire et chez les populations plus vulnérables (ex gens du voyage).

Autres vaccinations

Vaccinations 2007	National	Eure	Seine-Maritime	Territoires de santé
Coqueluche (3D)	98.4	?	98.7	Nc
Coqueluche (3D+R)	91	?	86.4	Nc
Hépatites B (3D)	41.9	41.8	59.2	Nc

La couverture vaccinale de la coqueluche au regard du certificat du 24^{ème} mois est correcte. Par contre, seulement 38% des jeunes de 18 ans sont protégés contre la coqueluche (rappel non réalisé). Cette maladie est une des principales causes de mortalité dans les deux premiers mois chez le nourrisson. Il est donc essentiel que l'entourage du nourrisson soit vacciné pour le protéger (stratégie du cocooning).

La couverture vaccinale hépatite B reste insuffisante. La population persiste à croire que ce vaccin est responsable de cas de scléroses en plaque.

Grippe saisonnière (données de la CPAM : remboursement de vaccins délivrés par les pharmaciens)

	2010	2009
65-69 ans	43.8%	55.3%
70 ans et +	60.4%	66.8%
Affection Longue Durée	40.1%	54.4%
Extension (asthme/ Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive)	34%	40.2%
Toute population	51.8%	60.2%

La couverture vaccinale a baissé entre 2009 et 2010. L'introduction du H1N1 dans le vaccin saisonnier a eu une incidence sur l'adhésion de la population.

Vaccination contre la méningite C (données de la CPAM : remboursement de vaccins délivrés par les pharmaciens)

CPAM	Taux de couverture au 31/12/2010
ROUEN	42.4%
LE HAVRE	46.4%
EVREUX	35.1%

Pneumocoque (données nationales)

2006	24 mois
CV à 3 D	82.7%
Cv à 3D + 1 rappel	58.9%

Les couvertures vaccinales contre le pneumocoque et le méningocoque sont insuffisantes. Le comité technique des vaccinations avait recommandé en 2010 concernant le méningocoque l'obtention d'une couverture rapide et élevée. Aucune action de communication n'a été effectuée auprès de la population.

Human Papillomavirus (HPV) (données nationales)

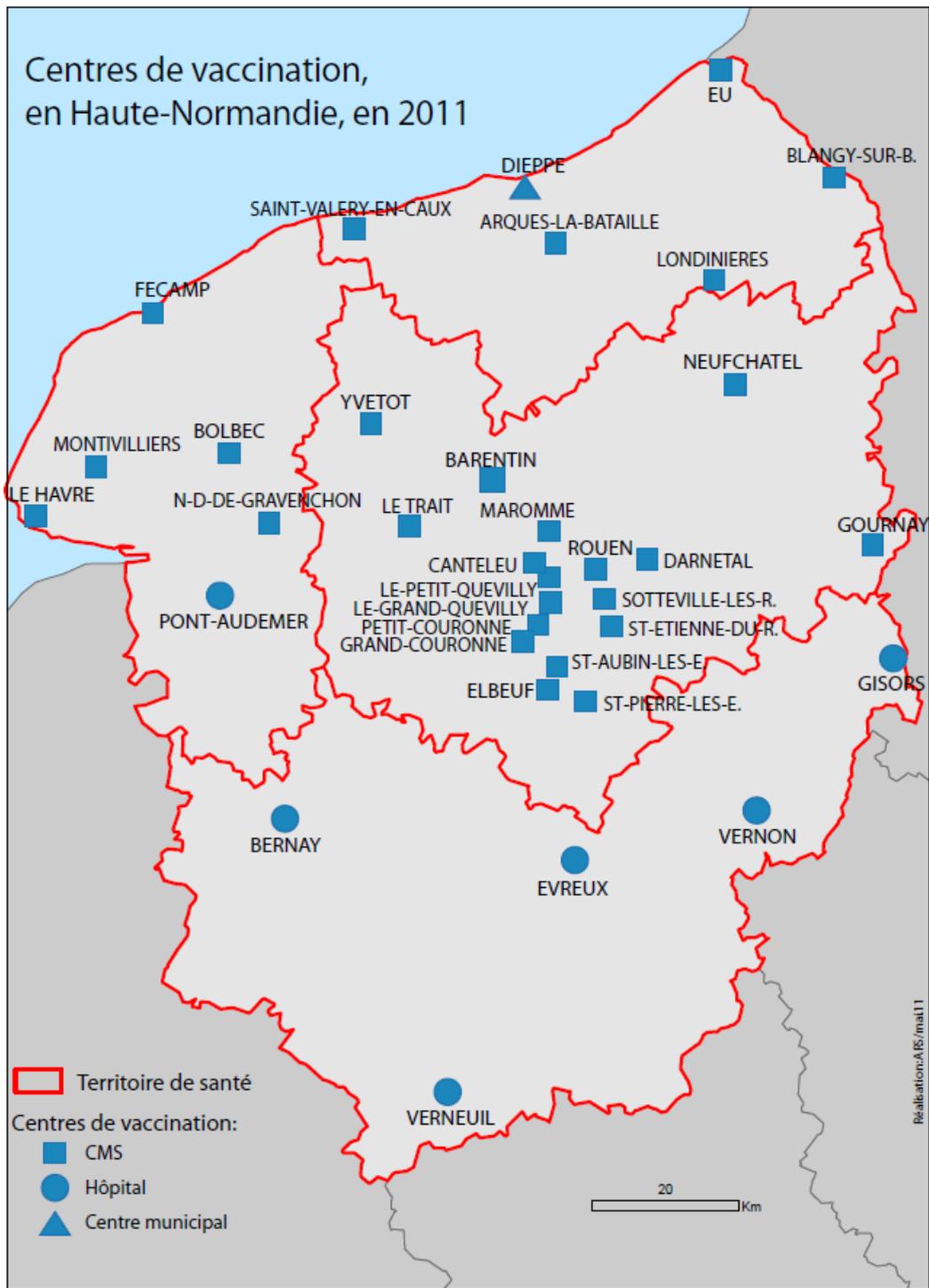
Année de naissances	Age en 2008	effectif	CV à 1 dose	CV à 3 doses
93	15 ans	2859	39.9%	24%
94	14 ans	2839	30.3%	15.4%
95	13 ans	2935	7.7%	1.1%

La couverture vaccinale est très insuffisante. Le protocole à trois injections est difficile à suivre pour des adolescentes. Le vaccin est isolé des autres vaccins dans le calendrier vaccinal. Enfin, ce vaccin devant être réalisé avant les premiers rapports sexuels, il est vécu par les parents comme une autorisation donnée à leurs filles de débuter une activité sexuelle.

L'offre de vaccination

A côté des professionnels de santé de 1^{er} recours qui assurent une offre de vaccination de proximité, une offre spécialisée existe dans les deux départements :

- dans l'Eure, la compétence relative aux vaccinations a été recentralisée au profit de l'Etat et ce sont cinq centres de vaccination rattachés à des établissements de santé qui assurent cette mission par convention avec l'ARS. La couverture territoriale n'est pas satisfaisante, les distances d'accès aux centres hospitaliers étant importantes pour ce type de besoin de santé ;
- en Seine-Maritime, le Conseil Général a souhaité conserver cette compétence et l'assure par convention avec l'Etat. La couverture territoriale assurée dans les centres médico-sociaux et par des équipes mobiles est très importante.



1.3.9 Des taux de dépistage élevés mais inférieurs aux objectifs nationaux

Les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal

Les campagnes de dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal sont coordonnées dans la région par les structures de gestion :

- DECAD'E pour le département de l'Eure,
- EMMA pour le département de Seine-Maritime.

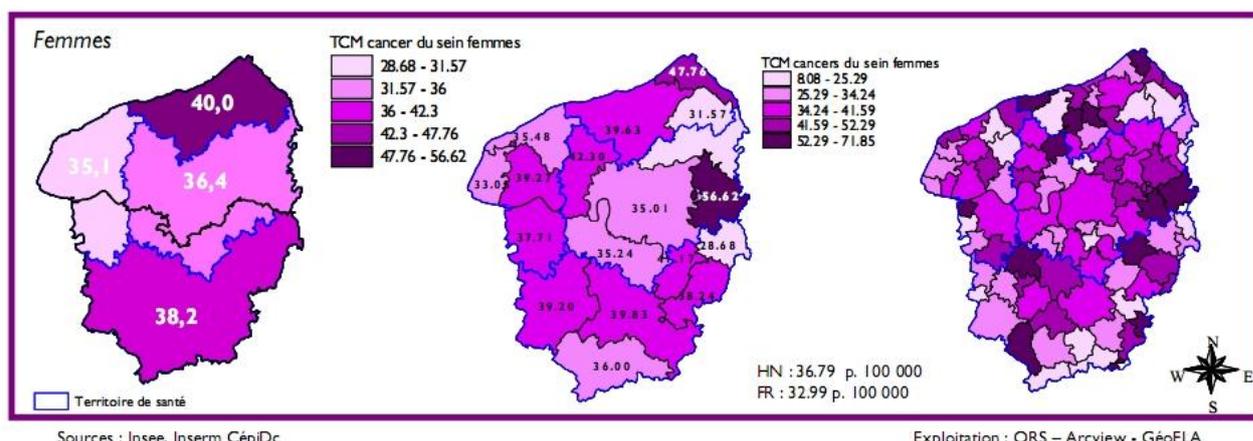
Les dynamiques engagées par ces structures de gestion ont permis de nouer de solides partenariats tant avec les médecins généralistes et les radiologues qu'avec les acteurs locaux tels les RLPS, ASV ou acteurs institutionnels tels l'Assurance Maladie, favorisant ainsi des taux de participation aux dépistages organisés parmi les plus élevés en France métropolitaine.

- Cancer du sein

Malgré une diminution du taux de mortalité depuis 1998-2000, le cancer du sein reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme avec 11 500 décès estimés en 2010.

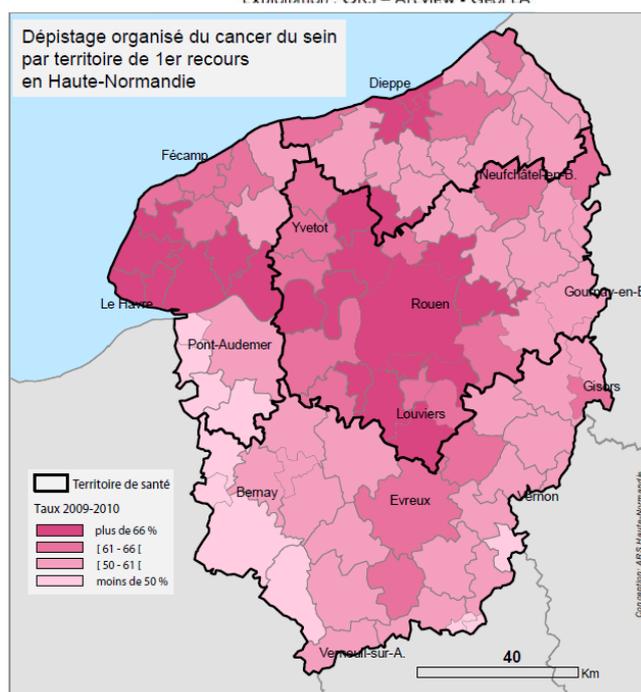
Dans la région, les territoires de santé de Dieppe et d'Evreux présentent les taux de mortalité par cancer du sein les plus importants.

Taux comparatifs de mortalité par cancer du sein 2000/2008



Généralisé à l'ensemble des territoires de France depuis 2004, le programme national du dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans, sans symptôme apparent et sans antécédent de cancer du sein. Ce programme s'appuie sur une mammographie de dépistage proposée une fois tous les 2 ans.

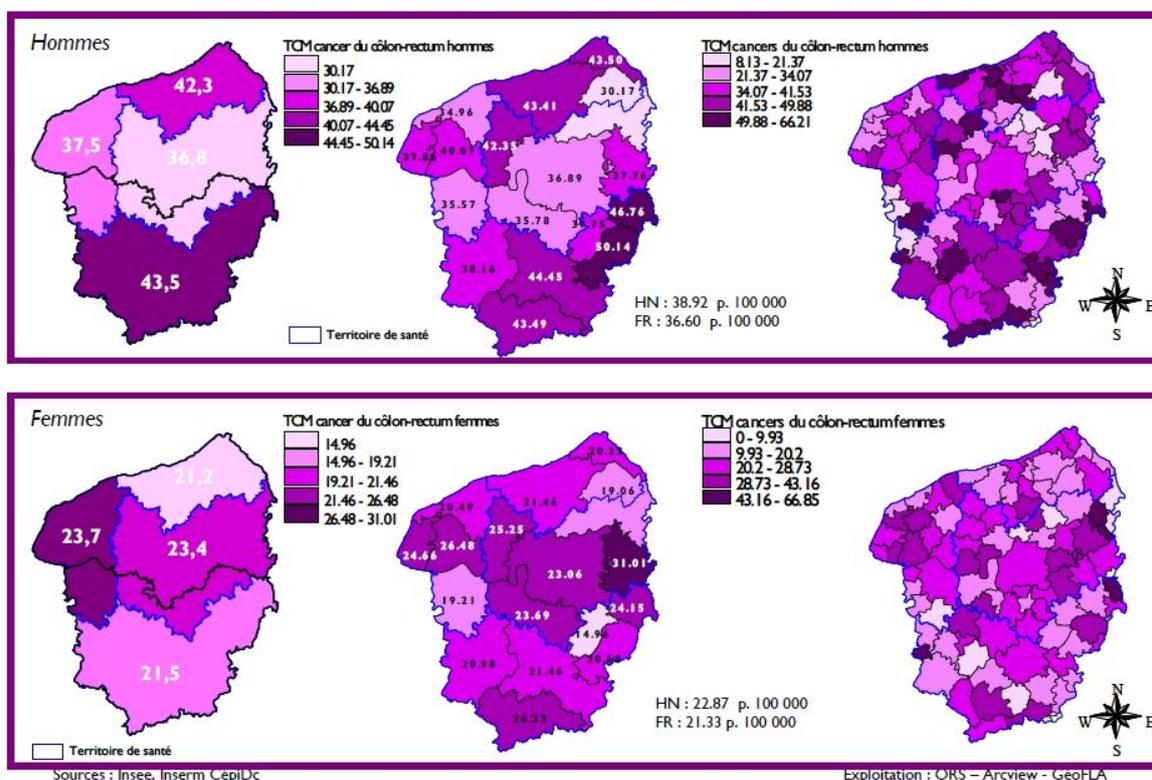
Concernant ce dépistage, l'objectif national fixé à 70% n'est pas atteint. Dans l'Eure, il est de 55% et en Seine-Maritime 61% avec de fortes disparités en fonction des territoires de 1^{er} recours.



- **Cancer colorectal**

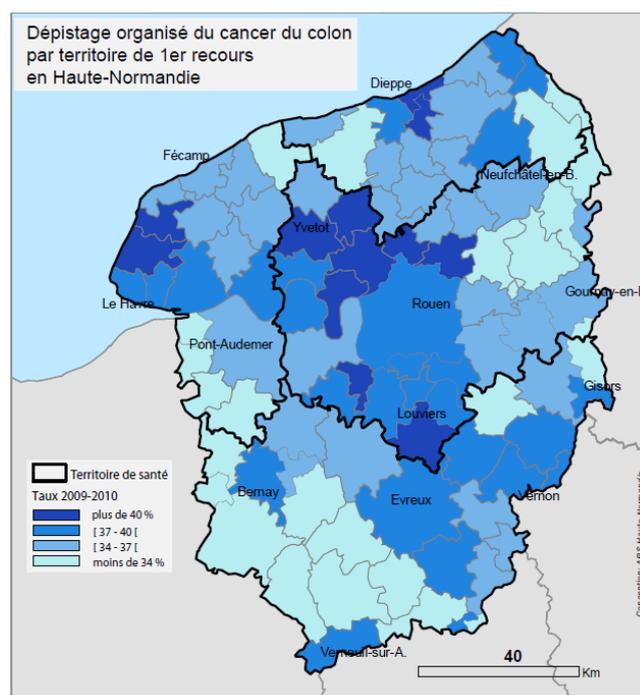
Le cancer colorectal constitue le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme. En Haute Normandie, les territoires de santé de Dieppe et d'Evreux présentent les taux de mortalité par cancer colorectal les plus importants.

Taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum 2000/2008



En l'absence de symptômes, il est établi qu'en faisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans entre 50 et 74 ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, il est possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colorectal si la participation de la population atteint 50 %

Pour le cancer colorectal, l'objectif national fixé à 45% n'est pas atteint dans l'Eure (37%) et en Seine-Maritime (37%) avec de fortes disparités en fonction des territoires de 1^{er} recours. On constate en effet que le sud de l'Eure ainsi que l'est de la Seine Maritime ont des taux de participation en deçà de la moyenne régionale.



Le dépistage du cancer de l'utérus (source Rapport HAS, 2010)

À ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France, à l'instar des programmes de dépistage organisé du cancer du sein ou du cancer colorectal. La pratique de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus est, en revanche, relativement bien implantée : le taux global de couverture des femmes de 25-65 ans par le frottis cervico-vaginal est estimé à 56,6% en 2006-2008 selon les données de remboursement des actes de l'Assurance Maladie et respectivement de 54,8% chez les 25 à 69 ans.

Les femmes disposant d'un faible revenu, bénéficiant de la CMU complémentaire (CMUc), ou ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, sont moins souvent dépistées. L'arrêté du 3 février 2010 prévoit la proposition de réalisation d'un frottis cervico-vaginal lors du premier examen prénatal à toutes les femmes enceintes, et plus particulièrement à celles ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique. Ceci permet de toucher par ce biais des femmes éloignées des démarches de prévention.

Le dépistage VIH, IST et hépatites B et C

Ces dépistages relèvent des Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et des Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST). Seuls les CIDDIST réalisent l'ensemble de ces dépistages, les CDAG n'effectuent que les dépistages du VIH et des hépatites B et C.

Les deux dispositifs offrent l'anonymat et la gratuité mais relèvent de financements différents.

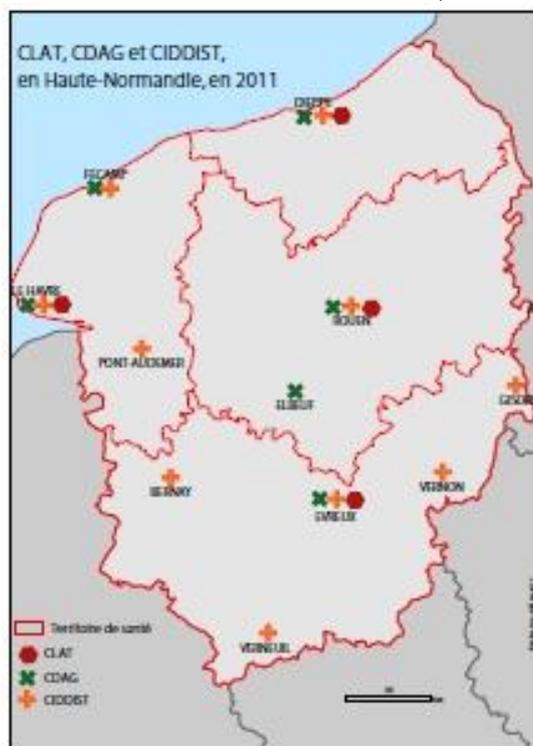
Dans l'Eure, le dispositif repose entièrement sur les centres hospitaliers :

- CDAG au CHI Eure-Seine (Evreux et Vernon)
- CIDDIST dans les CH de Bernay, Gisors, Pont-Audemer, Verneuil-sur-Avre et le CHI Eure-Seine.

En Seine-Maritime, le Département poursuit sa mission dans deux CDAG et leurs antennes, soit cinq lieux de consultation Dieppe, Elbeuf, Fécamp, Le Havre et Rouen (rive droite).

Fin 2011, tous sont devenus à la fois CDAG et CIDDIST.

Le CHU de Rouen a une CDAG située sur le site Charles Nicolle, rive droite.



En 2010 :

- 3 664 consultants ont fréquenté les CDAG portées par le département de Seine-Maritime et 1 265 la CDAG du CHU de Rouen soit un total proche de 5 000 pour ce département,
- 3 513 consultants ont fréquenté les CIDDIST

Un problème chronique de démographie médicale dans l'Eure ne permet pas de donner un chiffre fiable à titre de comparaison.

Le repérage de la tuberculose

Depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 modifiée relative aux libertés et responsabilités locales (article 199), la lutte contre la tuberculose repose sur les centres de lutte antituberculeuse dont les missions définies par le décret n° 2005-1608 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organismes pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles sont les suivantes :

- coordination de la lutte antituberculeuse dans leur zone géographique,
- diagnostic et suivi des malades, délivrance des traitements à titre gratuit,
- dépistage : enquêtes autour d'un cas / actions ciblées,
- actions de prévention primaire : information, communication, vaccination BCG,
- formation des professionnels,
- participation à la surveillance épidémiologique.

Quatre établissements publics de santé sont habilités en tant que Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT). Le CLAT d'Evreux dépend du CHI Eure-Seine et couvre toute l'Eure. La Seine-Maritime est couverte par trois CLAT dépendant du centre hospitalier de Dieppe, du groupe hospitalier du Havre, du centre hospitalier universitaire de Rouen.

De 2000 à 2009, 1315 cas de tuberculose ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire en Haute-Normandie dont 71 % en Seine-Maritime, 58 % chez des hommes.

64 % ont une localisation pulmonaire et / ou pleurale.

62 % concernaient des personnes nées en France, 24 % des personnes nées en Afrique.

En 2009, l'activité des CLAT a porté sur 211 cas de tuberculose maladie (dont 58 domiciliés hors région) et 33 cas d'infection tuberculeuse latente (ITL) à partir desquels les « enquêtes autour d'un cas » ont permis de proposer un dépistage à 1648 « sujets contacts » parmi lesquels 7 cas de tuberculose maladie et 209 cas d'ITL ont été diagnostiqués. Ils ont également réalisé plus de 2000 dépistages radio.

1.3.10 Un dispositif d'éducation thérapeutique du patient en cours de structuration mais déséquilibré

Le développement de l'éducation thérapeutique du patient, s'appuyant sur la définition OMS de 1996 « *L'ETP est un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » et sur les expériences étrangères, s'est particulièrement accéléré suite à la publication du plan national 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Après la mise en œuvre de ces dispositifs incitatifs (financement Mission d'Intérêt Général) auprès des établissements de santé pour structurer des projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardio-vasculaires, l'article 84 de la loi HPST du 21 juillet 2009, consacré à l'éducation thérapeutique du patient qui s'inscrit dans le parcours de soins précise : « *Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et de ses médicaments afférents à sa maladie* ».

La procédure d'autorisation des programmes en Haute-Normandie s'est déroulée conformément aux textes réglementaires :

- une première « vague » d'autorisations avant le 31 décembre 2010 pour les programmes mis en œuvre avant publication de la loi HPST ;
- une seconde « vague » d'autorisations avant le 1^{er} mars 2011 pour les programmes mis en œuvre entre la publication de la loi et des décrets du 2 août 2010 ;
- des autorisations ensuite traitées « au fil de l'eau ».

Pour la suite, dans l'objectif d'une meilleure lisibilité pour les acteurs et afin d'assurer un soutien plus opérationnel de l'ARS aux porteurs de projet, deux « fenêtres » annuelles de dépôt des dossiers de demande d'autorisation de programmes d'éducation thérapeutique ont été instaurées :

- du 1^{er} au 30 septembre,
- du 1^{er} au 30 avril.

Bilan des programmes autorisés au 10 août 2011

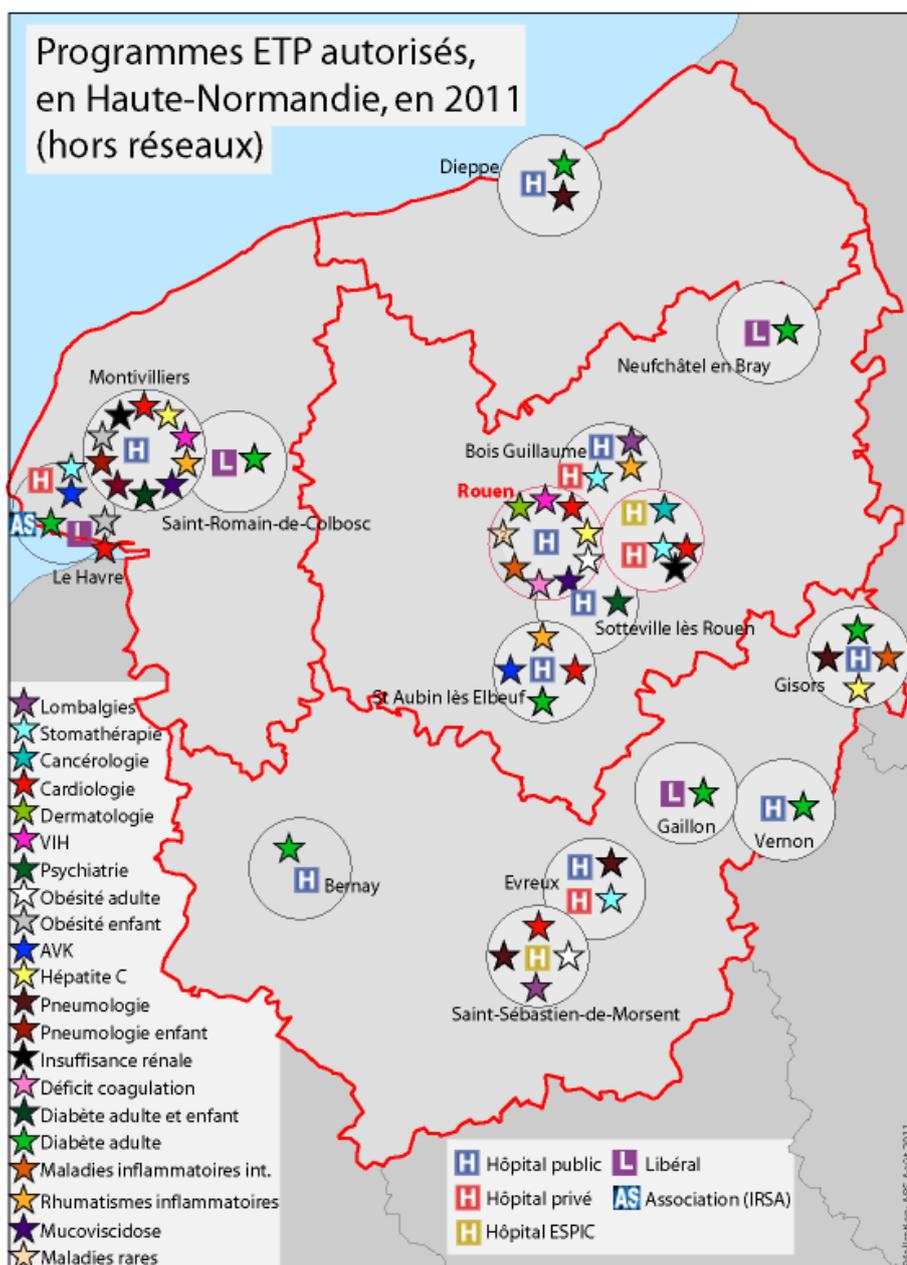
63 programmes ont été autorisés par l'ARS de Haute-Normandie

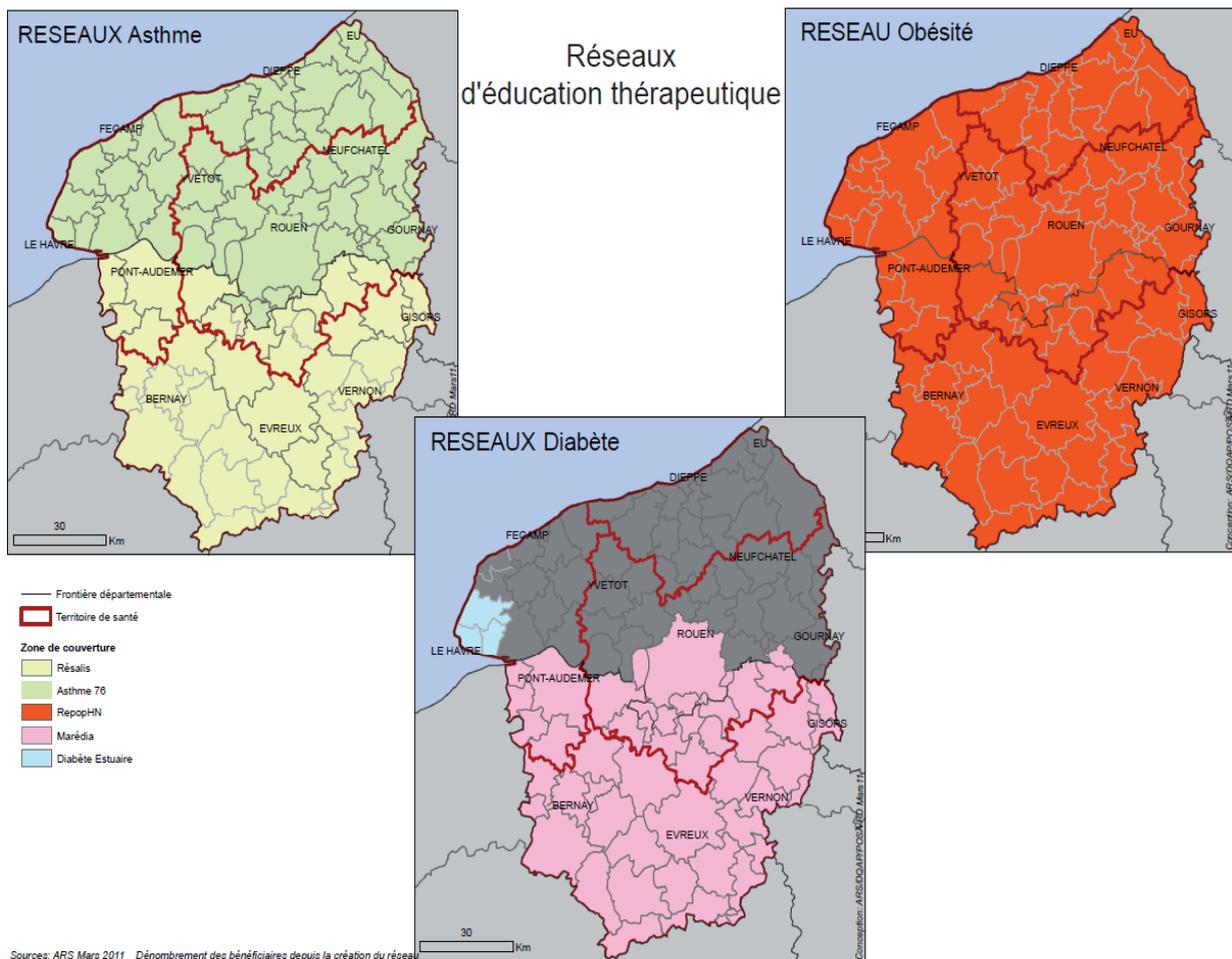
3 programmes autorisés par d'autres ARS intervenant sur le territoire Haut-Normand :

- programme national MSA d'éducation thérapeutique du patient pour personnes atteintes de maladies cardiovasculaires : dispositif ambulatoire collectif
- programme national CNAMTS « offre de service aux médecins traitants par les Centres d'Examens de Santé (CES) : Education Thérapeutique des patients diabétiques de type 2 » Site de l'IRSA du Havre.
- programme Aide aux Jeunes Diabétiques « programme séjour enfants et adolescents » mis en œuvre au centre « Les Hellandes » en juillet à Angerville l'Orcher

La liste des programmes autorisés par l'ARS de Haute-Normandie est jointe en annexe n°4.

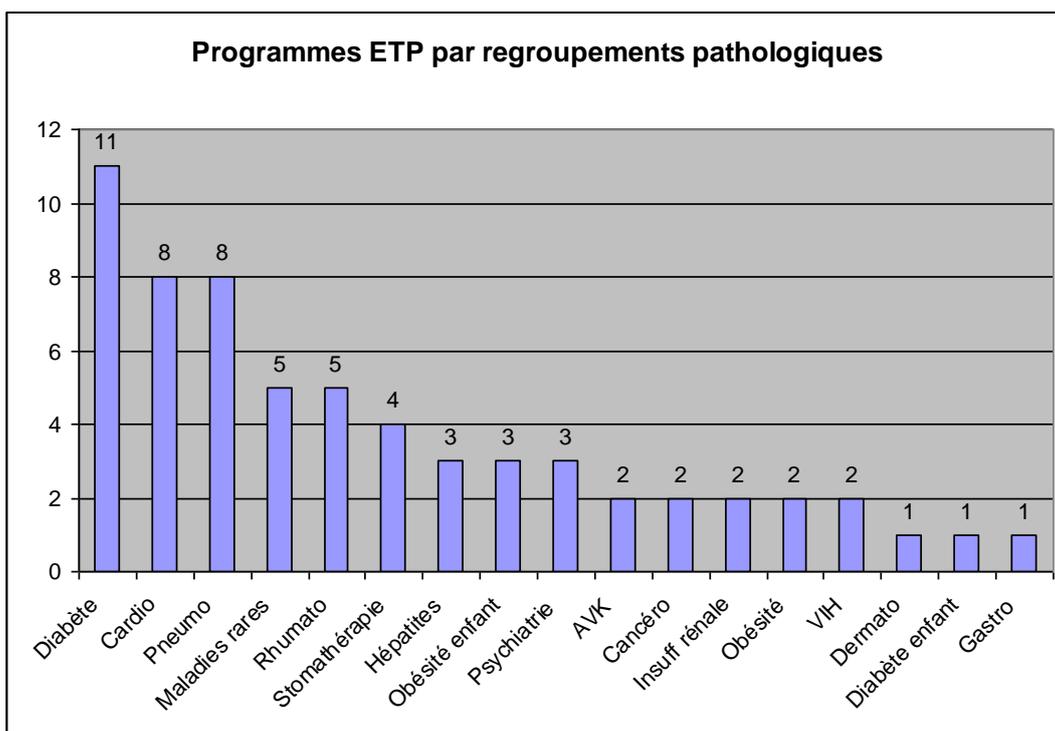
63 programmes autorisés en août 2011 par l'ARS de Haute-Normandie





On constate :

- une concentration des programmes autorisés sur les agglomérations rouennaises et havraises
- une couverture dieppoise limitée à 2 programmes hospitaliers (diabète et asthme) sur Dieppe sans offre sur le territoire d'Eu
- une offre sur l'Ouest et le Sud de l'Eure limitée à un seul programme sur Bernay récemment autorisé (diabète)
- 53 programmes hospitaliers sur les 63 programmes (soit 84%) : 40 programmes sur 8 établissements publics dont 13 au GHH et 11 au CHU ; 6 programmes sur 2 Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) ; 7 programmes sur 6 établissements privés
- 5 programmes autorisés pour 4 regroupements de professionnels libéraux, (soit 8%) dont deux déjà opérationnels financés antérieurement dans le cadre du Fonds National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire (diabète de type 2 à Saint Romain de Colbosc et Neufchâtel). Ces 2 programmes sont maintenant engagés dans l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération de l'éducation thérapeutique dans le cadre du module 2. Le programme libéral piloté par la maison de santé de Gaillon bénéficie également de cette expérimentation
- 5 programmes autorisés (soit 8%) pour des réseaux qui exerçaient leurs activités d'éducation thérapeutique par financement Fonds d'Investissement pour la Qualité et la Coordination des Soins. Ils ont fait l'objet d'un bilan spécifique dans le cadre des travaux du SROS.



Le diabète représente 17% des programmes autorisés, suivi des pathologies respiratoires et cardiologiques (12%). On notera que la cancérologie reste marginale avec seulement 2 programmes autorisés. Le CHS du Rouvray a mis en œuvre 3 programmes de psychiatrie.

Au niveau national (enquête pilotée par la DGS portant sur les programmes autorisés en mars 2011 après la 1^{ère} vague d'autorisations), le diabète pèse pour 30% suivi des maladies cardio-vasculaires à 16 % et les maladies respiratoires à 12%. Cette enquête montrait comme dans notre région une répartition à 83% sur les établissements de santé et seulement 4% sur des maisons ou centres de santé.

A l'initiative de l'ARS et après une première enquête auprès des réseaux autorisés en éducation thérapeutique, l'ensemble des structures autorisées ont été sollicitées pour une analyse de leur activité 2010.

11 structures (hors réseaux) ont répondu à notre enquête et ont pu identifier leur activité d'éducation thérapeutique en 2010 pour 30 programmes avec les résultats suivants :

Nb total de patients bénéficiaires d'un diagnostic éducatif	3 615
Nombre de patients ayant suivi des ateliers thérapeutiques	3 493
Nombre de séances en ateliers thérapeutiques suivies par les patients	14 858
Nombre d'ateliers thérapeutiques organisés	4 507
Nombre moyen de patients par atelier	3,3

Cette activité portait principalement sur les 4 groupes pathologiques identifiés dans le tableau ci-dessous :

	patients diag éducatif	patients ateliers	Nb séances	Nb ateliers	Moy patient/atelier
Diabète adultes	1 820	1 741	6 215	544	11,4
Obésité adultes	169	168	990	563	1,8
Cardiologie	584	421	2 422	1103	2,2
Pneumologie	284	226	1058	499	2,1
Total	2 857	2556	10 685	2 709	3,9

Les couvertures géographiques identifiées dans ces données d'activité pour les principales pathologies (diabète, cardiologie, pneumologie) sont présentées en annexe n°5.

Ces résultats, partiels pour ce qui concerne les données d'activité du fait des contraintes de temps et du manque de modalités de recueil organisé des structures, ont été présentés au cours de quatre réunions sur chaque territoire de santé avec les coordonnateurs de programmes autorisés, associant d'autres acteurs territoriaux. Les principales problématiques et enjeux identifiés au cours de ces réunions sont :

- Insuffisance de couverture sur certains territoires pour les pathologies courantes, à forte prévalence régionale et pour lesquelles on dispose de données d'efficacité pour l'ETP : diabète, affections cardio-vasculaires et affections respiratoires. Insuffisance de couverture pour des pathologies à forte prévalence régionale : cancer, affections psychiatriques, insuffisance rénale.
- Les programmes à couverture régionale (ex maladies rares) doivent être identifiés pour l'ensemble de la région.
- Rôle reconnu des réseaux de santé autorisés sur la région pour la prise en charge des malades ambulatoires avec nécessité d'extension des zones d'intervention ou de prises en charge de populations spécifiques.
- Insuffisance de coordination des acteurs hospitaliers et ambulatoires en fonction du stade de prise en charge des patients.
- Insuffisance de l'information et la formation des professionnels de santé.
- Information de la population à développer en s'appuyant notamment sur les acteurs des territoires. L'ETP entre dans la « santé globale » nécessitant un lien avec les acteurs sociaux, les réseaux d'aide à domicile.
- Intérêt de l'implication des associations de patients pour la construction (voire le financement) des programmes, difficultés liées à l'insuffisance de moyens humains (bénévoles), de moyens financiers ou à l'absence de représentation territoriale.
- Nécessité de mobilisation des soins de premier recours : information de l'inclusion dans un programme, participation au diagnostic éducatif, renforcement des apprentissages à l'occasion des contacts avec le patient. Manque de reconnaissance de l'activité quotidienne d'actions d'ETP des acteurs du premier recours. L'ETP peut être une activité structurante des projets de Maisons ou Pôles de Santé Pluri-professionnels.
- Difficultés pour les maisons ou pôles de santé qui mettent en œuvre des programmes à atteindre une « file active » de 50 patients annuels, en lien avec les problèmes de démographie des professionnels.
- Nécessaire harmonisation des modalités de recueil d'activité de l'ETP : définition de file active, de séances, de modalités d'orientation, de modes de prise en charge, ...
- Evaluation des programmes prévue par la HAS : intérêt pour développer des travaux régionaux entre coordonnateurs de programmes pour les principales pathologies dès publication de la méthodologie HAS. L'évaluation de l'efficacité d'un programme doit associer les soins de premier recours.
- Pour les programmes hospitaliers, importance pour les équipes de la transparence de l'utilisation des financements sur les Missions d'Intérêt Général. Mise en commun de personnels formés entre programmes au sein d'un établissement.
- La télémédecine pourrait être un outil de développement de l'ETP en Haute-Normandie, notamment pour la télé-surveillance des personnes insuffisantes cardiaques.
- Accès de l'ETP aux personnes détenues : poly-pathologies nécessitant une formation transversale et appui sur les équipes spécialisées pour proposer des séances d'ETP.
- Accès aux personnes handicapées : nécessaire étape d'identification du handicap chez les patients pris en charge en ETP. Soutien d'actions vers des populations spécifiques. Problèmes liés à l'absence de prise en charge des transports.

II - Les trois priorités du volet prévention, promotion de la santé pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

II. LES TROIS PRIORITES DU VOLET PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE POUR AMELIORER L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION ET REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

L'amélioration de l'état de santé de la population par la prévention et la promotion de la santé

« Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres, **la promotion de la santé** comprend un ensemble d'activités à portée sociale et politique. Ces activités visent à :

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

Les déterminants sur lesquels on peut agir en promotion de la santé sont de plusieurs ordres :

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

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 sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire »⁷.

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, dans la charte d'OTTAWA.

Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.

L'éducation pour la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- des campagnes de communication, d'intérêt général, dont l'objectif est de sensibiliser la population à de grandes causes de santé et de contribuer à modifier progressivement les représentations et les normes sociales,
- la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, les moyens de prévention, les maladies, les services de santé... en utilisant des supports, des formulations variés, adaptés à chaque groupe de population,
- des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités de santé suivent un gradient social : les individus qui ont un statut social plus élevé ont de meilleurs indicateurs de santé que ceux qui se situent en dessous.

Au fil des années, une amélioration globale et incontestable de la santé a eu lieu dans les pays industrialisés. En France, l'espérance de vie à la naissance a progressivement augmenté pour se situer en 2008 à 77.6 ans pour les hommes et 84.4 ans pour les femmes.

⁷ Agences régionales de santé promotion, prévention et programmes de santé INPES 2009

Malgré cela, il existe des inégalités sociales de mortalité et plus généralement de santé, qui persistent :

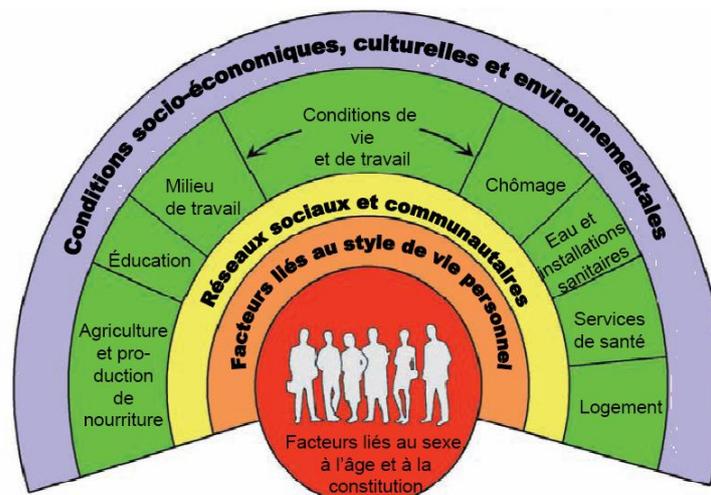
- l'espérance de vie à 35 ans, sur la période 1991-1999 d'un cadre supérieur (homme) était de 7 ans supérieure à celle d'un ouvrier et de 3 ans supérieure à celle d'un artisan. Pour les femmes, la différence est respectivement de 3 ans et un an ;
- à âge égal, le taux de mortalité prématuré d'un homme sans diplôme est multiplié par 2.5 par rapport à un homme ayant fait des études supérieures ;
- en 2004, 13% de la population adulte déclare avoir renoncé au moins une fois à des soins pour des raisons financières dans les 12 derniers mois.

Les inégalités de santé résultent des différences qui existent au niveau des conditions sociales et économiques globales dans lesquelles les personnes évoluent. Ces conditions peuvent être désignées comme étant les déterminants socioéconomiques de la santé.

De nombreuses études et recherches ont montré le lien entre inégalités sociales (exprimées en termes de conditions de vie et de travail, d'accès à l'information et à la culture, d'exposition à des environnements dégradés...) et état de santé de la population.

Si le système de santé est capable de prendre en charge la souffrance et la maladie, d'agir en partie sur les comportements... l'amélioration de l'état de santé des personnes résulte de facteurs économiques, sociaux et environnementaux et personnels.

La persistance des inégalités sociales de santé milite également en faveur d'une meilleure articulation des politiques publiques. En effet, ces dernières ne s'expliquent pas seulement par des variations de comportement individuel en fonction du niveau social mais trouvent leur origine dans des déterminants multiples et complexes. De nombreux autres facteurs situés en amont du système de santé et liés aussi bien aux conditions socio-économiques des personnes qu'à des conditions que les individus ne maîtrisent pas (influences sociales, conditions de vie et de travail, conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales) ont un impact sur la santé.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health, Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

Différents déterminants de santé interagissent :

- Les conditions de vie : les inégalités de santé sont le produit des inégalités des conditions d'existence construites dès l'enfance (éducation, emploi, logement, lien social...) ;
- les inégalités sociales de santé entre territoires : le niveau de la mortalité prématurée varie selon les régions françaises et des disparités sont également mesurables à l'échelle infrarégionale ;
- les inégalités environnementales, indissociables des inégalités sociales, car celles-ci déterminent en particulier les parcours résidentiels ou professionnels des populations et leur capacité à agir pour améliorer leur cadre de vie.

Selon l'INPES⁸, la réduction des inégalités sociales de santé au niveau régional passe par

- des stratégies thématiques (accès à la prévention et aux soins, activités physiques, addictions, nutrition, santé à l'école...),
- des stratégies spécifiques qui concernent particulièrement la petite enfance et la périnatalité car les premières phases du développement et de l'éducation influencent la santé de l'individu tout au long de sa vie et l'environnement et les territoires car il est nécessaire de déployer une action de proximité en cohérence avec les autres politiques publiques,
- les territoires car la lutte contre les inégalités de santé nécessite une action de proximité en cohérence avec les autres politiques publiques.

Au regard des éléments d'état des lieux, ce sont ces stratégies de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui sont mobilisées dans le présent schéma au travers de trois priorités :

- inscrire la prévention et la promotion de la santé dans un continuum aux différents âges de la vie,
- soutenir les dispositifs de prévention majeurs pour protéger la santé des hauts-normands,
- renforcer les actions dans les territoires identifiés comme prioritaires.

2.1 Inscrire la prévention et la promotion de la santé aux différents âges de la vie

Il s'agit de promouvoir des politiques publiques, des environnements et des comportements favorables à la santé.

Les actions de prévention et promotion de la santé et d'éducation pour la santé devront être organisées à tous les moments de la vie. **Les actions d'éducation pour la santé devront être adaptées aux différents âges de la vie et développées dans une logique de proximité pour favoriser la participation de la population. Les acteurs locaux, notamment les associations et les professionnels de soins de premier recours déjà largement impliqués seront soutenus par l'ARS dans ces démarches.**

Pour chacun de ces moments, des priorités d'actions sont identifiées de manière à répondre aux enjeux de santé propres à chaque tranche de vie et à veiller à la faisabilité des objectifs proposés.

Ainsi, **les thématiques relatives au cancer, aux addictions, à la santé mentale et à la nutrition sont déclinées prioritairement dans cette approche populationnelle.**

De même, à chaque moment de la vie, une attention particulière devra être accordée aux personnes les plus éloignées du système de santé et en particulier les personnes en situation de précarité. Le renforcement des collaborations des acteurs de santé en particulier avec ceux des secteurs social, médico-social et de l'éducation constitue à ce titre un levier d'action majeur.

A noter que :

- la redéfinition des objectifs relatifs à l'organisation des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, est, quant à elle, intégrée au **volet missions de service public du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS)** ;
- une forte articulation est attendue **avec le SROS et le SROMS** sur les thématiques cancer, addictions, nutrition et santé mentale ;
- les actions de promotion d'environnements favorables à la santé concernent l'ensemble de la population quel que soit son âge.

⁸ INPES : Agences régionales de santé Les inégalités sociales de santé - 2009

2.1.1 Périnatalité et petite enfance

Période pré-conceptionnelle

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	Indicateurs
Améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives et leur accès	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau périnatalité - Professionnels de santé - Pharmacies - Etablissements et santé scolaires - Infirmières PJJ - CG (CPEF) - Plateforme téléphonique régionale - Maisons des adolescents - CPAM 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiabiliser la base de données IVG (ORS / Assurance maladie) - Mettre en place un annuaire et un blog identifiant les acteurs par territoire de santé - Etudier avec les conseils généraux la possibilité d'adapter les horaires d'ouverture des CPEF et envisager des équipes mobiles de CPEF. Les promouvoir par une campagne de communication - Etudier avec l'Assurance maladie la faisabilité d'un projet de contraception gratuite pour les mineurs - organiser l'implication des professionnels de santé dans les territoires (cf. volet ambulatoire du SROS) - inclure l'information sur la planification familiale et la contraception dans les maisons des adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> - taux annuel d'IVG - nombre d'appels à la plateforme téléphonique régionale - nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées - nombre de boîtes remboursées par les caisses d'assurance maladie, avant et après 18 ans
Prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)		<ul style="list-style-type: none"> - Ensemble des institutions, associations intervenant auprès des jeunes (missions locales, espaces santé jeunes, foyers jeunes travailleurs...) - Travailleurs sociaux - Associations œuvrant dans le champ de la précarité... 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les acteurs de prévention susceptibles de développer l'action et intégrer cette action dans leur programme de travail dans le cadre des conventions de financement avec l'ARS 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de projets et de territoires couverts par une actions de prévention du SAF

Période de la grossesse

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	Indicateurs
Généraliser l'entretien du 4 ^{ème} mois de grossesse	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Sages-femmes - Réseau périnatalité (pour la promotion) - Gynécologues - PMI - Médecins généralistes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Animation par le réseau périnatalité pour créer du lien, pour que les conclusions de cet entretien du 4^{ème} mois soient connues de tous les acteurs, qui suivent la grossesse de la patiente et pour informer les femmes et les inciter à bénéficier de cet entretien (cf. volet réseau ou périnatalité du SROS). - Expérimenter une consultation gratuite de prévention en lien avec les PASS 	- nombre d'entretiens réalisés par rapport au nombre de grossesses annuelles (cf CPAM et PMI).
Prévenir les expositions des femmes enceintes aux substances toxiques dans le cadre professionnel (PRST) ou domestique	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine du travail - Réseau périnatalité - Sages-femmes - Gynécologues - PMI - Médecins généralistes 	Pilotage avec la DIRRECTE d'un projet de communication en direction des employeurs, de la médecine du travail et des femmes	A déterminer
Renforcer la prévention des addictions de l'entourage de l'enfant à naître	Territoires prioritaires de niveaux 1 et 2 (cf. page 79)	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau périnatalité et réseau addictions - Sages-femmes - Gynécologues - PMI - Médecins généralistes - CSAPA - Equipe de liaison hospitalière en addictologie - Missions locales et foyers de jeunes travailleurs - Travailleurs sociaux 	<p>En lien avec le SROS et le SROMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcer l'articulation entre les différents acteurs du suivi de la femme enceinte et les structures spécialisées en addictologie (intervention de spécialistes...) - mobiliser les réseaux de santé (périnatalité et addictions) pour l'organisation de formations croisées entre professionnels de la périnatalité et de l'addictologie. 	- nombre de maternité prévoyant un volet addictologie systématique dans le suivi des femmes enceintes et de leur entourage (sessions de préparation dédiées aux pères)

Petite enfance et enfance

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	indicateurs
Améliorer l'observation de la santé des enfants	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Education nationale - Conseil généraux - Médecins généralistes - Pédiatres - ORS - PJJ - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - étudier la faisabilité de la mutualisation des données disponibles et déterminer des indicateurs régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> - étude de faisabilité réalisée - mutualisation effective des données
Développer les compétences psychosociales des enfants (bucco-dentaire, éducation affective, nutrition, sommeil)	Territoires prioritaires de l'Education Nationale (cf. carte BEF en annexes n°6)	<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements scolaires, - les Conseils généraux - les CIDFF, - le CRES, - les pharmaciens, - le planning familial, - les médecins et sages-femmes des établissements de santé, - les caisses d'assurance maladie, - les médecins du PLSP et le Rectorat - PJJ - Les travailleurs sociaux - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - organiser la coordination des acteurs dans les territoires pour proposer des projets de d'éducation pour la santé de territoire inter-établissements scolaires sur les thèmes de la nutrition, de l'éducation affective, de la santé bucco-dentaire et du sommeil - contractualiser avec les opérateurs pour prioriser leurs interventions dans le cadre de ces projets de territoire - mettre en place avec le Rectorat des actions d'information des établissements scolaires (participation aux réunions académiques, réunions de BEF...) 	<ul style="list-style-type: none"> - diminution des taux d'obésité et de surpoids des enfants à 6 ans (cf CPOM ARS : diminution à 2% de la prévalence de l'obésité et à 9% de l'obésité et du surpoids parmi les enfants de grande section maternelle) - suivi des indicateurs du programme M'Tdents
Améliorer les dépistages précoces et favoriser l'accès aux soins après le dépistage	Territoires prioritaires de niveaux 1 et 2 (cf. page 79)	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Education nationale - Conseils généraux - PJJ - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - réfléchir avec l'Education nationale et les Conseils généraux pour permettre un accès effectif aux dépistages et à la prise en charge notamment des troubles des apprentissages 	<ul style="list-style-type: none"> - à déterminer
Améliorer la couverture vaccinale	à déterminer	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Education nationale - Conseils généraux - Travailleurs sociaux - PJJ - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - cf. 2^{ème} priorité du SRP : améliorer la couverture vaccinale 	

2.1.2 Adolescents et jeunes adultes

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	indicateurs
Poursuivre le développement des compétences psychosociales des adolescents	Territoires prioritaires de l'Education Nationale (cf. carte BEF en annexe n°6)	<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements scolaires et le rectorat, - les maisons des adolescents, - les Conseils généraux, - Conseil régional - La PJJ - les CIDFF, - le CRES, les professionnels de santé, - les pharmaciens, - le planning familial, - les médecins et sages-femmes des établissements de santé, - les caisses d'assurance maladie, - les médecins du PLSP, - les CSAPA, - institutions, associations intervenant auprès des jeunes (missions locales, espaces santé jeunes, foyers jeunes travailleurs...) - Associations œuvrant dans le champ de la précarité... - Lieux d'apprentissage de la musique - Musiciens professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la coordination des acteurs engagés en primaire pour proposer des projets de promotion de la santé de territoire inter-établissements scolaires sur cinq thèmes : <ol style="list-style-type: none"> 1. éducation affective et sexuelle 2. addictions, avec en priorité les thématiques tabac et alcool : définition par l'ARS (avec le Rectorat), par territoire de santé, des professionnels compétents pour intervenir sur cette thématique 3. nutrition : amélioration de la restauration scolaire et universitaire notamment, en lien avec le groupe de travail de la DRAAF 4. santé mentale, notamment prévention du suicide 5. nuisances sonores - contractualiser avec les opérateurs pour prioriser leurs interventions dans le cadre de ces projets de territoire - mettre en place avec le Rectorat des actions d'information des établissements scolaires (participation aux réunions académiques, réunions de BEF...) 	<ul style="list-style-type: none"> - diminution du nombre d'IVG - diminution du surpoids et de l'obésité (données à recueillir auprès du CG (pour les collèges) et du CR pour les lycées (y compris lycées agricoles)) - nombre de jeunes touchés et localisation des actions - évolution du taux de suicide des jeunes - nombre et localisation des contrats signés par l'ARS sur cette priorité
Organiser le rattrapage des couvertures vaccinales	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Le CG de Seine-Maritime - Les centres de vaccination - La PJJ - Les professionnels de santé institutions, et associations intervenant auprès des jeunes (missions locales, espaces santé jeunes, foyers jeunes travailleurs...) - Associations œuvrant dans le champ de la précarité... 	<ul style="list-style-type: none"> - Cf. 2^{ème} priorité du SRP : améliorer la couverture vaccinale 	

2.1.3 Les adultes

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	Indicateurs
Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers sein et colo-rectal	Territoire de santé de Dieppe et Evreux-Vernon Territoire de proximité à faible taux de participation	<ul style="list-style-type: none"> - EMMA, DECAD'E - CRES-IREPS - Caisses d'Assurance Maladie - RLPS, ASV - Collectivités territoriales - Travailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Cf. 2^{ème} priorité du SRP : améliorer le dépistage et le repérage 	<ul style="list-style-type: none"> - taux de participation au dépistage organisé
Améliorer la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus	Région	<ul style="list-style-type: none"> - EMMA, DECAD'E - CRES-IREPS - Caisses d'Assurance Maladie - RLPS, ASV - Collectivités territoriales - Travailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Cf 2^{ème} priorité du SRP : améliorer le dépistage et le repérage 	<ul style="list-style-type: none"> - taux de FCV des populations cibles (femmes âgées de 25 à 65 ans n'ayant pas réalisé de frottis au cours des trois dernières années) - Respect du référentiel
Prévenir les IST, VIH et hépatites	Région	<ul style="list-style-type: none"> - CDAG ; CPEF ; planning ; gynécologues ; médecins généralistes, travailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une offre coordonnée des lieux de consultation uniques (CPEF + CDAG+ CIDDIST). 	<ul style="list-style-type: none"> - diminution du nombre d'IST et d'IVG chez les adultes.
Poursuivre la prévention des addictions	Territoires prioritaires de niveaux 1 et 2 (cf. page 79)	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins libéraux, URPS - Professionnels de la Santé au travail - Acteurs du secteur social - Réseau de santé et structures spécialisées en addictologie - RLPS / ASV - DIRECCTE - MILDT (Préfectures) - Collectivités locales 	<ul style="list-style-type: none"> - priorité à la prévention du tabac et de l'alcool, premières causes de morbidité/mortalité en addictologie - définir une stratégie de prévention sur la problématique des médicaments - mobiliser les médecins libéraux en s'appuyant sur les maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé - coordonner les actions avec les collectivités locales (dans le cadre de leur action en matière de tranquillité publique) pour développer les actions de prévention, notamment en contexte festif. - systématiser le lien entre action de prévention et dispositif d'accompagnement et de soin (lien avec le SROMS et le SROS). 	<ul style="list-style-type: none"> - à définir
Santé travail ; l'ARS est identifiée comme copilote dans l'axe 5 du PRST 2 : aider à la reconnaissance et la prise en charge des risques psycho-sociaux (RPS)	Région	<ul style="list-style-type: none"> - DIRECCTE - URPS - Services de santé au travail - CARSAT - CRES/IREPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place et animer un réseau pour les acteurs de prévention des RPS (en particulier conduites addictives) et déclinaison des objectifs du PRST2 	<ul style="list-style-type: none"> - à définir avec Plan Régional Santé Travail

2.1.4 Les personnes handicapées

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	Indicateurs
Adapter les actions de PPS aux personnes handicapées avec une attention particulière aux déficits sensoriels	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements et services de prise en charge médico-sociale - URIOPSS - Fédérations d'établissements - CRES/IREPS - Associations personnes handicapées - RLPS/ASV 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier les besoins avec les structures et services de prise en charge notamment dans les domaines des addictions, de la nutrition et de l'éducation affective et sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - étude réalisée sur les besoins - Nombre d'actions réalisées auprès des personnes handicapées
Améliorer l'accès aux actions de prévention bucco-dentaire en lien avec l'organisation des soins	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgiens dentistes (ordre, URPS) - Etablissements de santé - Etablissements et services de prise en charge médico-sociale - Caisses d'assurance maladie - Associations personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les fauteuils dentaires accessibles aux personnes handicapées physiques. - Inciter les établissements et professionnels à mettre en place des organisations spécifiques (tranches horaires d'accueil, aménagements de locaux, équipes formées) pour la prévention et la prise en charge des personnes handicapées - Identifier et développer l'offre de soins sous anesthésie ambulatoire - Organiser en lien avec l'Assurance maladie et l'UFSBD le programme M'T dents vers les jeunes des tranches d'âges concernées pris en charge en établissements médico-sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'actions de promotion M'T dents en établissements - liste des fauteuils accessibles identifiés - nombre d'établissements et professionnels organisés pour prise en charge - nombre de professionnels formés
Améliorer la participation aux dépistages des cancers	Région	<ul style="list-style-type: none"> - EMMA, DECAD'E - Etablissements et services de prise en charge médico-sociale - Etablissements de santé - Caisses d'assurance maladie - RLPS, ASV - Collectivités territoriales - Associations personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser et déployer les actions mises en œuvre par les associations de dépistage et leurs partenaires vers les personnes handicapées - Organiser, pour prévenir les mélanomes, l'accès des enfants et des jeunes handicapés aux actions de sécurité solaire 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'actions de dépistage des cancers organisées en direction des personnes handicapées
Assurer l'accès des programmes d'ETP aux personnes handicapées	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements, réseaux, professionnels libéraux autorisés pour l'ETP - Etablissements et services médico-sociaux - Caisses d'assurance maladie - Collectivités territoriales - Associations Pers Handic 	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès aux programmes d'ETP pour les personnes qui ont des difficultés de mobilité: travailler avec les organismes d'assurance maladie et les partenaires des territoires sur la prise en charge de transports. - Identifier dans l'évaluation des programmes d'ETP des indicateurs de handicap pour les personnes bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - accès aux programmes d'ETP des personnes à mobilité réduite : à définir - indicateurs de handicap recueillis dans l'évaluation des programmes d'ETP

2.1.5 Les personnes âgées

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	Indicateurs
Prévenir la dénutrition des personnes âgées à domicile et en EHPAD	Région	<ul style="list-style-type: none"> - Associations d'aide à domicile - Collectivités territoriales - SSIAD, EHPAD - URIOPS - CARSAT et Caisses d'assurance maladie 	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les formations des aides à domicile, des aidants familiaux, du personnel des SSIAD sur la prévention de la dénutrition des PA à domicile et en établissement - Organiser l'accès au dépistage et aux soins bucco-dentaire des PA en situation de dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels et aidants formés - Indicateurs du plan de GDR - Organisation bucco-dentaire effective
Inscrire les actions de prévention dans le « parcours de vie » sur les territoires	Territoire du « parcours de vie » du SROMS personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - CG 27 et 76 - Collectivités territoriales - CARSAT, MSA, Caisses de retraites complémentaires - Mutuelles - Etablissements et services médico-sociaux - Professionnels de santé du territoire et Pôles ou maisons de santé - Réseaux territoriaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Définir une stratégie de l'ensemble des acteurs impliqués sur le territoire avec des résultats mesurables pour : <ul style="list-style-type: none"> . Agir sur les déterminants des situations de fragilité : lutter contre l'inactivité physique et mentale et dépister les situations de fragilité : fatigue, dénutrition, sarcopénie, troubles de l'équilibre, isolement social . Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux (accès aux droits, habitat,..) . Cibler les actions sur les PA vulnérables ou fragiles (ex : GIR 5 et 6 des catégories sociales les moins favorisées) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de territoires développant un plan d'actions en faveur des PA - Indicateurs à définir en fonction des actions définies sur le territoire

2.1.6 Les personnes détenues

Objectifs opérationnels prioritaires	Territoires prioritaires	Partenaires	Organisation des acteurs	Indicateurs
Favoriser les échanges entre les UCSA sur les questions de santé et mutualisation des expériences et des projets	Les EP de Rouen, Le Havre, Evreux et Val de Reuil Avec priorité pour Le HAVRE	<ul style="list-style-type: none"> - UCSA, SMPR, SPIP, PJJ et administration pénitentiaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser une animation régionale par l'ARS concernant la santé des personnes détenues - Remettre en place les comités techniques dans chaque établissement pénitentiaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'au moins deux réunions du comité technique par EP - Participation du SMPR, du SPIP, de la PJJ et de l'EP aux réunions.
Mettre en place dans chaque établissement pénitentiaire un programme d'actions intégrant les pratiques addictives, la réduction des risques et la santé mentale	Région	<ul style="list-style-type: none"> - UCSA, SMPR, PJJ et administration pénitentiaire - GRAFISM - CSAPA 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser les UCSA, pour leur permettre d'assurer cette coordination et d'élaborer, mettre en œuvre et évaluer le programme d'actions en PPS - Poursuivre les formations concernant le repérage de la crise suicidaire - Protocoler dans chaque UCSA le rendu des résultats des dépistages VIH et des hépatites 	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan de la mise en œuvre du programme d'actions annuel

2.1.7 Ensemble de la population

- Réduire les expositions aux facteurs de risques environnementaux et professionnels

La mise en œuvre du schéma régional de prévention doit participer à la mise en œuvre du plan régional santé environnement 2 (www.prse-haute-normandie.fr) et concernant :

- les milieux aquatiques : garantir la qualité des ressources ;
- l'habitat et espaces clos : combattre le mal-logement ;
- les territoires à expositions multiples : certaines zones géographiques de Haute-Normandie, particulièrement en Seine Maritime, concentrent de nombreuses activités humaines (trafic automobile, chauffage urbain) et industrielles (zones d'activités pétrochimiques, activités portuaires...) et sont donc susceptibles d'être fortement impactées par des rejets atmosphériques de substances polluantes. La population vivant dans ces zones peut donc faire l'objet d'une surexposition à certaines substances ou polluants toxiques. Or l'appréhension des risques demeure trop cloisonnée par catégorie de risques et la réflexion globale sur les différentes expositions des habitants d'un territoire est peu développée. La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, axe stratégique transversal de l'ARS, milite en faveur d'une approche plus globale des dangers et des risques. Dans le cadre du PRSE 1 (2005-2008), une étude d'évaluation des risques sanitaires a été engagée sur la zone de Port-Jérôme de façon expérimentale afin d'en tirer les enseignements pour développer le même type de démarche sur les autres zones industrielles (Rouen et Le Havre). Son objectif était de fournir une vision globale sur les risques sanitaires cumulés liés à l'activité industrielle de la zone pour la population riveraine. En collaboration avec les partenaires de l'ARS (services de l'Etat, collectivités territoriales, industriels...) et dans le cadre du plan régional santé environnement I et II, il s'agit :
 - dans un premier temps de restituer les résultats de l'étude d'évaluation des risques sanitaires sur la zone de Port-Jérôme aux élus de la zone lors d'un comité de pilotage. Les mesures de gestion en matière de suivi environnemental, de réduction des émissions et de recommandations sanitaires sont en cours d'élaboration. Dans un second temps, il s'agit d'organiser le suivi de la mise en œuvre de ces mesures de gestion ;
 - après une phase de recensement des autres zones de surexposition, d'engager une étude de faisabilité du même type de démarche en définissant préalablement des objectifs et hypothèses partagés.

L'identification de ces points noirs environnementaux permettra de mieux orienter les actions de prévention et de gestion des risques.

- La qualité de l'air et les polluants « émergents » (allergènes, pesticides)

La mise en œuvre du SRP sera également articulée avec le plan régional santé travail 2 (http://www.haute-normandie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_sante_travail_2011_2014.pdf)

élaboré par la DIRECCTE. Ce plan participe à la constitution d'environnements plus favorables à la santé et à la réduction des expositions, on citera plus particulièrement les axes relatifs :

- aux troubles musculo-squelettiques,
- aux risques psycho-sociaux
- aux risques chimiques au travail
- aux risques routiers
- aux risques des secteurs bâtiment et travaux publics et de l'agriculture.

Il conviendra de rechercher et développer les synergies possibles entre les acteurs impliqués dans la santé au travail et les autres composantes du système de santé sur les priorités Plan Stratégique régional de Santé et du Schéma Régional de Prévention, notamment : maladies chroniques, vieillissement, handicap, santé mentale et addictions, promotion de la santé, inégalités sociales et territoriales de santé.

- **Développer des actions de formation et d'information aux problématiques de santé-environnementale.**

L'éducation en santé environnementale figure parmi les priorités du PRSE 2 par la mise en œuvre des actions suivantes :

- établir un diagnostic sur les acteurs Haut-Normands dans le domaine de l'éducation en santé environnement, leurs connaissances, les actions menées ainsi que les freins et leviers pour leur mise en œuvre.
- promouvoir auprès des acteurs Haut-Normands des outils et méthodes d'intervention en éducation à la santé environnementale
- sensibiliser les jeunes aux risques auditifs liés à l'écoute et la pratique de musique amplifiée

Le PRSE 2 prévoit aussi de développer l'information et la formation en santé environnementale, auprès des professionnels de santé, en activité ou en formation initiale.

- **Relayer les campagnes d'information et de communication**

Les acteurs de proximité que sont les collectivités territoriales, les professionnels de santé de premier recours et les acteurs éducatifs et sociaux constituent des relais de proximité essentiels pour les campagnes de communication.

Plusieurs actions de communication pourraient être engagées localement pour diffuser les informations : utilisation des bulletins municipaux, des panneaux d'affichage dans les villes, dans les cabinets médicaux, dans les établissements d'accueil du public.

- **Promouvoir l'activité physique**

L'activité physique ou sportive est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie. La pratique régulière diminue la mortalité, augmente la qualité de vie et prévient et participe à la prise en charge thérapeutique des principales pathologies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose et maladies ostéo-articulaires).

Selon l'INPES, il est possible de rendre les actions de promotion de l'activité physique plus efficaces en agissant sur trois niveaux :

- au niveau individuel : modifier, actualiser ou ajuster les connaissances, les conceptions, les attitudes et la motivation vis-à-vis de l'activité physique et faciliter l'acquisition des compétences et le maintien des changements comportementaux à long terme ;
- au niveau de l'environnement social : développer une culture commune de promotion de l'activité physique et agir avec les personnes intervenant dans l'environnement proche des concernés (familles, enseignants, éducateurs, élus) pour favoriser et soutenir les modifications des comportements ;
- au niveau de l'environnement organisationnel et structurel : permettre aux jeunes d'accéder à des activités physiques variées, attrayantes et sécurisées (en termes organisationnel ou d'équipements) en fournissant les conditions matérielles et institutionnelles de pratique.

Afin de réduire les inégalités sociales de santé, les actions mises en œuvre doivent favoriser l'accessibilité physique et financière aux infrastructures de loisirs et doivent contribuer à améliorer les politiques de transport et d'urbanisme dans les quartiers périphériques. De manière prioritaire, il faudrait davantage agir sur les jeunes en ZUS, en insertion.

En Haute-Normandie, la DRJSCS anime plusieurs actions dans ce domaine et en particulier des projets territorialisés associant de nombreux acteurs et cofinancés par l'ARS.

Il conviendra d'inciter à l'amplification de ces démarches dans la région et plus particulièrement dans le cadre des contrats locaux de santé avec les territoires prioritaires.

2.2 Soutenir les dispositifs de prévention majeurs pour la protection de la santé des haut-normands

L'amélioration de la couverture vaccinale et des taux de dépistage ainsi que le développement de l'éducation thérapeutique du patient constituent des priorités nationales de santé publique. L'efficacité de ces actions pour protéger individuellement les individus et collectivement la population n'est plus à démontrer.

Au regard des données régionales de vaccination et de dépistages et de la structuration en cours de l'ETP, il s'agit également d'enjeux importants pour la Haute-Normandie.

2.2.1 Améliorer la couverture vaccinale

La vaccination est l'un des meilleurs outils pour prévenir les maladies infectieuses graves. Le contrat pluriannuel d'objectifs de l'ARS affiche comme objectif prioritaire l'augmentation de la couverture vaccinale pour la rougeole, la rubéole et les oreillons de 92% en 2010 à 95% en 2013.

- **Objectif spécifique : Développer l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination**

L'observation et l'analyse devront porter sur les données de couvertures vaccinales mais aussi sur celles issues de la surveillance des maladies ciblées.

- ⇒ mission à confier à l'ORS pour le recueil et l'analyse des données
- ⇒ rôle CVGS et Cire de l'ARS comme indiqué dans le volet VAGUSAN

Les infirmiers et les médecins de l'Education nationale et des Conseils généraux vérifient les carnets de santé des enfants lors des bilans de santé (enfants de maternelle, les élèves de CP et les collégiens).

- ⇒ développer un outil de suivi afin de mieux connaître la couverture vaccinale des enfants scolarisés

En lien avec le SROMS, développer l'observation de la couverture vaccinale des personnes prises en charge en établissements médico-sociaux.

Une thèse pourrait être proposée à un interne sur la question de la couverture vaccinale des enfants pris en charge par les services des urgences des établissements de santé.

- **Objectif spécifique : Sensibiliser, informer et mobiliser les professionnels de santé et le public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations**

Organisation en direction des professionnels de santé

- développer l'information scientifique (grippe, HPV, coqueluche) : cette action sera réalisée sous plusieurs formes :
 - o sensibilisation par les délégués de l'assurance maladie auprès des médecins et des infirmiers libéraux ;
 - o soirées d'information en direction des pharmaciens en lien avec l'ordre des pharmaciens ;
 - o soirées de formation continue pour les médecins généralistes ;
 - o interventions dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ;
 - o réunions d'information dans les bassins d'éducation et de formation auprès des infirmiers scolaires pour réexpliquer les bénéfices de la vaccination.
- renforcer la coordination des professionnels et services effectuant les vaccinations afin de faciliter les échanges d'expériences, d'harmoniser les pratiques :
 - o organiser des réunions communes avec l'ensemble des professionnels (médecins généralistes, pédiatres, PMI, EN...) ;
 - o présentation de tous les outils existants en préparation des semaines européennes de la vaccination.
- améliorer le suivi des vaccinations :
 - o mettre à la disposition des professionnels des carnets de santé vierges ;
 - o expérimenter le carnet de santé électronique ;
 - o noter le nom de la maladie qui est ciblée par le vaccin plutôt que de noter le nom du vaccin.

Organisation en direction du public

- développer l'éducation pour la santé : renforcer les actions de sensibilisation par les professeurs de biologie/SVT dans le cadre des programmes scolaires (mallette pédagogique élaborée par les professeurs) ;
- poursuivre les forums animés par les CPAM sur le thème de la vaccination (thème prioritaire de la CNAMTS). L'exposition de 5 panneaux peut aussi être mise à disposition des autres acteurs de la région (PMI, écoles...) ;
- pour améliorer l'efficacité des actions, il est proposé :
 - o d'inscrire l'action dans un projet global de santé ;
 - o de faciliter l'accès à des séances de vaccination systématiquement après la mise en place d'actions d'information (information sur les centres de vaccination, organisation de séances de vaccination sur site...) ;
 - o de proposer des actions de sensibilisation lors de la journée défense et citoyenneté ou par l'intermédiaire des clubs sportifs ;
 - o de développer les actions en direction de populations ciblées : étudiants, gens du voyage, personnes en situation de précarité.
- envoyer systématiquement aux familles qui ont un enfant de 15 ans, un courrier type de la CPAM indiquant les vaccins qui auraient dû être réalisés à cet âge.

- **Objectif spécifique : Organiser le maillage du territoire**

- Faciliter l'accès aux séances de vaccination organisées par les centres de vaccination
 - En Seine Maritime, organiser les permanences de vaccination en priorité dans les territoires les plus en difficultés d'accès aux soins ;
 - Dans l'Eure, permettre aux équipes des centres de vaccination des hôpitaux d'organiser des séances de vaccination de proximité.
- Elaborer un protocole de coopération entre professionnels de santé dans l'Eure afin de permettre aux infirmières de vacciner par délégation du médecin.
- Développer les séances de vaccination dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, les services des urgences, les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires ...
- Envisager avec les services de médecine du travail des actions qui permettent d'améliorer la couverture vaccinale des professionnels (grippe, tétanos...).
- Promouvoir la vaccination dans les maisons de santé pluridisciplinaires afin de rendre moins contraignantes les différentes démarches à entreprendre pour se faire vacciner (consultation pour la prescription, délivrance du vaccin, consultation pour réaliser l'injection).

Evaluation

- connaissance effective des couvertures vaccinales par territoire de santé
- nombre et qualité des professionnels sensibilisés ou formés sur les questions de vaccination
- amélioration du maillage territorial : indicateurs à définir.

2.2.2 Augmenter les taux de dépistage et repérage des cancers, du VIH et des IST, de la tuberculose et des maladies chroniques

- **Objectif spécifique : Renforcer l'accès aux dépistages et repérages des cancers (seins, colorectal, col de l'utérus, peau)**

Les enjeux

Les enjeux pour le schéma régional de prévention sont :

- d'améliorer l'accès, notamment des populations vulnérables, aux dépistages (cancer du sein, cancer du colon, cancer col utérin) ;
- de permettre un égal accès à tous au dépistage, notamment les personnes accueillies ou prises en charge dans des établissements ou par des services médico-sociaux ;
- de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage » (Plan cancer 2009-2013 : Mesure 14), et « Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage » (Plan cancer 2009-2013 : Mesure 16).

L'objectif est d'atteindre une augmentation des taux de dépistage :

- cancer du sein : 65% en 2013 (60% en 2010) et taux cible national de 70% à la fin du SRP
- cancer colorectal : 48% en 2013 (36.8% en 2013) et taux cible national à 50% à la fin du SRP.

Organisation

- mettre en place une coordination régionale des structures de dépistages organisés ;
- priorité est donnée aux territoires de santé de Dieppe et d'Evreux et plus particulièrement dans les territoires de proximité qui sont à cibler ;

- soutenir la structure de gestion Emma dans sa demande de dérogation au cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal à l'INCA⁹ ;
- recueillir des données sur le cancer du col utérin, promouvoir son dépistage et soutenir le protocole de dépistage du cancer du col de l'utérus d'un mode combiné : dépistage individuel et organisé ciblé sur les populations non participantes. Emma propose d'inviter toutes les femmes âgées entre 25 et 65 ans n'ayant pas réalisé un frottis cervico vaginal (FVC) au cours des 3 dernières années ainsi que d'inciter les médecins généralistes, les gynécologues, sages-femmes à convaincre les femmes à respecter les recommandations (pratiquer un FVC selon un rythme triennal) ;
- impliquer les pharmaciens dans les campagnes de dépistage, ils sont effectivement reconnus comme des relais efficaces ;
- améliorer les taux de participation des personnes en situation de précarité, des personnes migrantes en développant les collaborations avec les travailleurs sociaux... : interventions dans les quartiers défavorisés, sensibilisation des professionnels qui accompagnent ces publics en lien avec les mairies et formation de personnes relais ;
- inscrire les actions dans la durée en s'appuyant sur des dispositifs locaux notamment dans les territoires ruraux (marchés, AG d'association...) ;
- renforcer la prévention des cancers de la peau : l'action initiée par la CODAH « Soleil Attitude » pourrait être déployée dans les autres territoires. Cette action a en effet pour objectif de mettre en œuvre une prévention de proximité renforçant ainsi l'impact des campagnes nationales de prévention des risques solaires par le biais de sessions de sensibilisation à destination des futurs professionnels des métiers de la coiffure et de l'esthétique, du personnel des piscines et zones de baignade, des équipes d'animation des centres sociaux et centre de loisirs.

Evaluation

- taux de participation au dépistage organisé dans les territoires prioritaires
 - bilan des actions mises en œuvre favorisant le dépistage des cancers colorectal, sein, utérus, et mélanome
- **Objectif spécifique : Développer l'accès aux dépistages du VIH, des IST et des hépatites B et C**

Les enjeux

Puisque le nombre de personnes ignorant leur séropositivité ou ne se faisant pas suivre est estimé à 50 000 en France, elles seraient 1 400 en Haute-Normandie. Ces personnes seraient à l'origine des deux tiers des nouvelles contaminations. (Source : rapport Yéni 2010).

Or, selon le Baromètre santé médecins généralistes 2009 (Inpes), moins d'un médecin sur quatre propose systématiquement un test VIH en cas de changement dans la vie affective, un tiers pour les personnes originaires de pays de forte endémie. Peu ont déjà été confrontés au rendu d'un résultat positif. Proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps est une éventualité rejetée par près des deux tiers.

⁹ Emma souhaite proposer que les radiologues et/ou leurs secrétaires parlent du dépistage du cancer colorectal lorsque les femmes viennent effectuer leur mammographie. Cela permettrait de sensibiliser davantage les femmes à ce dépistage, la structure de gestion a en effet constaté que près de la moitié des femmes participant au dépistage du cancer du sein ne participe pas au dépistage du cancer colorectal. Devant le nombre important de participants au dépistage organisé du cancer colo-rectal réclamant l'envoi du test directement à leur domicile, Emma propose que le test de dépistage soit directement envoyé au domicile des personnes l'ayant déjà effectué à la date anniversaire

Le virus de l'Hépatite C se transmet essentiellement par voie sanguine et celui de l'Hépatite B par voie sanguine et sexuelle. Mais pour 20 à 30 % de ces hépatites, les facteurs de risque ne sont pas connus. Or le Baromètre santé médecins généralistes 2009 montre que le dépistage des hépatites B et C nécessite d'être renforcé.

Les objectifs de santé du plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 sont :

- réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH,
- réduire de 50 % en 5 ans l'incidence du SIDA,
- réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade SIDA,
- réduire de 20 % la mortalité liée au SIDA,
- réduire l'incidence des gonocoques,
- réduire l'incidence de la syphilis,
- réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à Herpes Simplex Virus,
- réduire l'incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus

Pour répondre à ces objectifs, le plan propose cinq axes stratégiques :

- prévention, information, éducation pour la santé ;
- dépistage ;
- prise en charge médicale ;
- prise en charge sociale et lutte contre les discriminations ;
- recherche et observation.

Le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 propose quant à lui les objectifs suivants :

- réduction de la transmission des virus B et C (Prévention primaire) : renforcer l'information et la communication, augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B, renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues et renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque ;
- renforcement du dépistage des hépatites B et C : créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque et améliorer les pratiques de dépistage des hépatites B et C et de rendu des résultats ;
- renforcement de l'accès aux soins ;
- amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique B ou C
- Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral
- Surveillance et connaissances épidémiologiques.
- Evaluation. Recherche et prospective

Organisation

- poursuivre la prévention, l'information et l'éducation pour la santé (cf. 1^{ère} priorité) ;
- en ce qui concerne les hépatites : cf. réduction des risques pour les usagers de drogue et pour l'hépatite B (vaccination)
- dépistage en CDAG à Rouen : si l'équipe de la CDAG était renforcée, une implantation rive gauche à l'hôpital saint Julien (Petit-Quevilly) pourrait être coordonnée à une consultation d'addictologie ;
- dépister précocement pour traiter plus tôt pour augmenter les chances thérapeutiques des personnes atteintes et limiter la diffusion de l'épidémie :
 - o pour le VIH, dépistage par les professionnels de santé de premier recours pour l'ensemble de la population, indépendamment d'une notion de risque d'exposition ou de contamination, proposé à l'occasion d'un recours aux soins ;
 - o pour les hépatites B et C, dépistage proposé par le médecin traitant aux personnes à risque (comportement sexuel à risque, porteur de l'Ag HBs dans l'entourage familial, usage de drogue par voie intraveineuse ou nasale, transfusion avant 1992, provenance d'un pays à taux d'endémie moyenne ou élevée, tatouage ou piercing). Proposer aux populations éloignées du système de soins des tests de dépistage rapide en fonction des recommandations issues de l'expérimentation nationale en cours ;

- dépistage pour les populations à forte incidence VIH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes migrantes notamment originaires d'Afrique subsaharienne, usagers de drogue par voie intraveineuse, personnes transgenres, personnes en situation de prostitution) : il s'agit, de développer une offre de dépistage dit communautaire. Cette modalité de dépistage vise à répondre aux besoins des populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif "classique". La réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour laquelle l'association AIDES a été habilitée par l'ARS participe à cet objectif ;
- favoriser le développement de coopération entre les différentes structures et dans ce cadre expérimenter, en lien avec le département de Seine-Maritime, une offre d'accueil commun CDAG / CIDDIST / CPEF (centre de planification et d'éducation familiale) pour que la santé sexuelle des consultants soit envisagée dans sa globalité ;
- lors de la survenue de cas groupés d'IST, améliorer la liaison entre les pôles veille et sécurité sanitaire et prévention promotion de la santé de l'ARS pour mobiliser les acteurs locaux via les RLPS et ASV ;

Pour la mise en œuvre de cet objectif, le COREVIH de Haute-Normandie constitue un partenaire incontournable pour l'ARS et l'ensemble des acteurs impliqués dans ce domaine.

Evaluation : statistiques de l'InVS.

- **Objectif spécifique : Renforcer la lutte contre la tuberculose**

L'organisation régionale devra participer à la maîtrise du taux d'incidence et à la réduction des inégalités d'accès aux services de lutte antituberculeuse pour tous les territoires :

- agir au plus près des personnes à risque,
- réduire les inégalités, tant géographiques que populationnelles,
- organiser la prise en charge globale, médicale et sociale, des personnes en situation précaire,
- coordination régionale,
- réseau avec les acteurs sociaux,
- actions d'information.

Evaluation

- mise en œuvre effective du programme d'actions correctrices suite à l'auto-évaluation réalisée par chaque Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse ;
- données d'activité des rapports annuels des CLAT.

- **Objectif spécifique : Dépister et repérer les maladies chroniques**

La région est particulièrement touchée par les maladies chroniques et notamment les affections cardio-vasculaires et le diabète. L'organisation régionale devra permettre de :

- Favoriser le dépistage/repérage précoce des maladies chroniques et plus particulièrement du diabète et du risque cardio-vasculaire en s'appuyant sur l'organisation des acteurs de premier recours, en lien avec les associations de patients
- Développer des actions spécifiques adaptées aux populations en situation de précarité ou prises en charge en structures médico-sociales

Evaluation

- Organisation effective des dépistages par les pôles ou maisons de santé pluridisciplinaires
- Nombre de bénéficiaires de dépistages

2.2.3 Poursuivre la structuration de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'accompagnement du patient

- **Objectif spécifique : Développer sur les territoires une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire**

Organisation

- S'appuyer sur les réseaux de santé autorisés en éducation thérapeutique pour élargir l'offre ambulatoire :
 - extension de la zone d'intervention du réseau Maredia (diabète adultes) sur le territoire de Dieppe en lien avec les CH de Dieppe et de Eu.
 - extension au territoire de Pont-Audemer de la zone d'intervention du réseau Diabète de l'Estuaire.
 - déploiement régional du réseau REPOHN (obésité de l'enfant) avec élargissement des inclusions sur les territoires de santé de Dieppe, Le Havre et Evreux Vernon.
- En appui sur l'action mise en œuvre par le réseau Onco-Normand :
 - développer une offre d'éducation thérapeutique pour la chimiothérapie orale en cancérologie sur chaque territoire de santé : construire des liens avec le programme mis en œuvre par le Centre Henri Becquerel (structuration des programmes, évaluation).
 - développer des programmes d'ETP qui assurent une prise en charge globale du patient.
- Développer et structurer l'offre d'ETP en psychiatrie sur chaque territoire de santé afin d'assurer un accès intersectoriel pour les patients schizophrènes et les patients affectés de troubles bipolaires.
- Au niveau de chaque territoire de santé, en appui sur les structures porteuses de programmes autorisés, mettre en place une coordination de l'ETP avec pour missions :
 - analyser l'activité d'ETP sur le territoire et proposer des évolutions de l'offre
 - développer les liens ville hôpital en ETP
 - animer des réunions de concertation, d'échanges de pratique
 - développer des outils communs aux programmes
 - identifier les compétences mises en œuvre et leur partage éventuel entre les programmes
 - promouvoir les formations
 - diffuser l'information sur les programmes autorisés

- **Objectif spécifique : Favoriser la formation des professionnels de santé à l'ETP**

Organisation

- Soutenir une offre de formation régionale à l'ETP en appui sur le CRES/IREPS dans le cadre de la contractualisation avec le CRES/IREPS, afin de faciliter l'accès à une formation répondant aux 40h obligatoires dans le cadre d'un programme ;
- Développer le lien avec l'Université dans le cadre du Diplôme d'Université éducation des patients et du master ingénierie de l'éducation thérapeutique ;
- Déployer au niveau régional des actions de formation à l'ETP dans le cadre de l'évolution des dispositifs de développement professionnel continu et de formation conventionnelle des PS pour les différentes professions de santé ;
- Sensibiliser les médecins « territoires » du Pôle Libéral de Santé Publique à l'ETP dans l'objectif d'assurer un relais d'information sur les territoires.

- **Objectif spécifique : Intégrer l'ETP dans les projets de maisons ou pôles de santé pluri-professionnels**

L'éducation thérapeutique est intégrée dans les « pôles de santé territoriaux » ou maisons de santé pluri-professionnelles mis en œuvre dans le cadre du schéma d'organisation des soins ambulatoires.

Organisation

- S'appuyer sur le pôle libéral de santé publique pour développer des liens entre les programmes hospitaliers et les professionnels de santé libéraux (intégration d'un patient suivi en ambulatoire, suivi des acquisitions du patient à plus long terme en ambulatoire).
- Pour les pôles ou maisons de santé ne bénéficiant pas d'un accès de proximité à des programmes autorisés pour les pathologies cardio-vasculaires, respiratoires ou diabétiques : développer des programmes intégrés au projet d'organisation et de prise en charge.
- Les programmes autorisés en milieu hospitalier et les programmes des réseaux doivent prendre en considération cet « ancrage » territorial.

- **Objectif spécifique : S'assurer de l'accès des programmes d'ETP aux populations fragiles (personnes détenues, précaires, personnes handicapées enfants et adultes, personnes âgées)**

Organisation

- Faciliter l'accès aux programmes d'ETP pour les personnes qui ont des difficultés de mobilité : travailler avec les organismes d'assurance maladie et les partenaires des territoires sur la prise en charge de transports.
- Pour les personnes détenues, organiser des formations à l'ETP des personnels soignants des UCSA et proposer des actions d'ETP individuelles ou collectives autorisées dans l'établissement de rattachement.
- Soutien de l'ARS au projet retenu par la DGS sur la faisabilité d'une action d'ETP du patient dans le contexte de vie spécifique de personnes en appartement de coordination thérapeutique (projet porté par l'association l'Abri en partenariat avec le CRES/IREPS).
- Identifier dans l'évaluation des programmes d'ETP des indicateurs de précarité et de handicap pour les personnes bénéficiaires.

- **Objectif spécifique : Assurer une cohérence régionale de l'évaluation de l'activité d'ETP**

Organisation

Mettre en place par l'ARS un comité de pilotage régional de l'ETP constitué de représentants des opérateurs, des patients et/ou usagers, d'institutionnels, d'experts de l'ETP avec pour objectifs :

- Définir dès la fin 2011 les indicateurs de suivi annuel de l'activité d'ETP: file active (patients bénéficiaires d'un diagnostic éducatif, patients ayant suivi des ateliers, séances individuelles ou en groupes, professionnels impliqués, lieux de prise en charge, précarité et handicap,...). Ces indicateurs donneront lieu à élaboration d'un rapport d'activité annuel de l'ETP en Haute-Normandie.
- Il est prévu à l'article L1161-2 du Code de Santé Publique que « ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de Santé ». Dès publication des modalités d'évaluation par la HAS (auto-évaluation annuelle et évaluation quadriennale), analyse par le comité de pilotage et réunions de groupes de travail par pathologies pour définition d'une méthodologie commune.
- Définir un modèle de rapport d'évaluation annuelle et quadriennale accessible aux bénéficiaires de l'ETP tel que prévu par le cahier des charges.

Leviers de mise en œuvre de l'organisation de l'ETP

Les autorisations de programme

Conformément aux dispositions réglementaires, le directeur général de l'ARS autorise les programmes d'ETP conformes au cahier des charges figurant à l'annexe 1 de l'arrêté du 2 août 2010.

Dans l'objectif d'une meilleure lisibilité pour les acteurs et afin d'assurer un soutien plus opérationnel de l'ARS aux porteurs de projets, deux « fenêtres » annuelles de dépôt des dossiers de demande d'autorisation de programmes d'éducation thérapeutique sont instaurées :

- du 1^{er} au 30 septembre,
- du 1^{er} au 30 avril.

Les nouvelles demandes d'autorisation de programmes devront s'inscrire dans les objectifs identifiés dans le schéma de prévention et le schéma d'organisation des soins.

Pour les programmes en cours, les autorisations deviennent caduques si les programmes ne sont pas mis en œuvre dans les douze mois qui suivent leur délivrance ou si les programmes mis en œuvre ne le sont plus pendant six mois consécutifs.

Les programmes sont soumis à une auto-évaluation annuelle de leur activité globale et de leur déroulement : cette évaluation devra être transmise annuellement à l'ARS, basée sur le rapport d'évaluation défini par le comité de pilotage régional.

L'organisation de l'ARS et les partenariats

Une cellule de coordination de l'éducation thérapeutique est mise en place à l'ARS. Elle a pour mission :

- d'apporter un conseil aux opérateurs en amont des demandes d'autorisation de programmes, notamment sur la conformité des programmes aux objectifs du schéma régional de prévention et du schéma d'organisation des soins ;
- de faciliter avec les opérateurs la construction de programmes conformes au cahier des charges et aux obligations de formation des équipes ;
- d'instruire les demandes d'autorisation de programmes dans les délais réglementaires ;
- de mettre à jour et diffuser la liste des programmes autorisés vers les patients et les professionnels en s'appuyant sur les acteurs des territoires, les organismes d'assurance maladie, les associations, ...
- d'assurer la coordination du comité de pilotage régional ;
- d'élaborer une analyse régionale et territoriale de l'activité d'ETP à partir des rapports d'activité des opérateurs ;
- de soutenir les projets innovants retenus dans les appels à projets nationaux ;
- de faciliter le développement de l'éducation thérapeutique dans les pôles de santé territoriaux pluri-professionnels ;
- de développer les partenariats avec les associations de patients et/ou d'usagers.

Les financements

Actuellement, les financements des programmes d'ETP sont assurés par :

- une enveloppe Missions d'Intérêt Général pour les établissements de santé tarifés à l'activité pour les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire (les activités d'éducation assurées au cours d'une hospitalisation sont couvertes par les tarifs des GHS) ;
- le Fonds d'Investissement pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour les réseaux de santé ou activités innovantes ;
- les fonds de prévention des caisses d'assurance maladie pour des programmes ambulatoires (FNPEIS, FNPEISA, RSI) ;
- le module 2 de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération pour les maisons et pôles de santé pluri-professionnels ;
- les crédits de prévention de l'ARS dans le cadre d'appels à projets régionaux ;

- les entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament ou de dispositifs médicaux dans les conditions inscrites à l'article L1161-4 du Code de la Santé Publique ;
- « l'auto-financement » des opérateurs.

Le cahier des autorisations de programme prévoit : « *les sources prévisionnelles de financement sont précisées* ». Toute modification portant sur la source de financement est subordonnée à une autorisation préalable après avoir été notifiée au directeur général de l'ARS.

L'objectif est de mieux identifier les moyens financiers affectés aux programmes d'ETP tant en hospitalier qu'en ambulatoire avec une vision globale régionale et territoriale.

La répartition des enveloppes régionales de financement de l'ETP s'appuiera sur les activités des opérateurs et notamment les files actives de patients pris en charge ainsi que sur les priorités du schéma de prévention.

La contractualisation

Avec les établissements de santé : intégration de l'ETP dans les projets médicaux et projets d'établissement, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (à voir avec DOOSA)

Avec les réseaux de santé : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Avec les maisons et pôles de santé pluri-professionnels : intégration de l'ETP dans le projet de santé. Convention tripartite (ARS/Assurance Maladie/opérateurs) pour les sites bénéficiant des nouveaux modes de rémunération

• **Objectif spécifique : Renforcer les actions d'accompagnement, d'aide aux patients et à leur entourage**

Selon l'article L1161-3 du Code de la Santé Publique, les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Dans ce cadre, elles doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté n'a pas été publié.

Des actions d'aide aux patients, à leur famille ou à leur entourage, intégrées ou non à un programme d'éducation thérapeutique, sont d'ores et déjà mises en œuvre par des associations de patients.

Organisation

L'organisation visera à :

- améliorer les compétences des accueillants et des aidants,
- développer le travail de partenariat avec les acteurs du soin, du médico-social et du social ;
- développer des actions d'accompagnement prévues à l'article L1161-3 du CSP dès publication de l'arrêté définissant le cahier des charges.

Indicateurs pour l'ETP et l'accompagnement

- Couverture territoriale (programmes autorisés, activité, intégration dans les pôles de santé)
- Formations des professionnels
- Prise en charge des populations fragiles
- Fonctionnement des coordinations territoriales
- Fonctionnement du comité de pilotage, rapports d'activité, mise en œuvre de l'évaluation.
- Actions d'accompagnement et d'aide aux patients et à leur entourage : nombre d'actions, compétences des accueillants et aidants, partenariats

2.3 Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé dans les territoires identifiés comme prioritaires

Concernant plus particulièrement l'approche territoriale, l'état des lieux présenté en première partie montre bien les indicateurs socio-économiques fragiles de la région et les disparités existantes entre les différentes zones du territoire régional en termes d'état de santé de la population, d'offre de prévention-promotion de la santé et d'accès de la population à cette offre.

Afin d'amplifier les effets des actions de prévention-promotion de la santé et compte tenu des moyens disponibles, des territoires prioritaires sont identifiés pour bénéficier de manière plus importante du soutien de l'ARS.

Ces territoires prioritaires ont été retenus à partir :

- **des territoires présentant des indicateurs socio-sanitaires défavorables** : le rapport FNORS 2010 permet d'identifier les zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalité générale et prématurée : Le Havre, St Valery en Caux, Dieppe, Sotteville-lès-Rouen, Saint-Etienne-du-Rouvray, Caudebec-les-Elbeuf, Elbeuf, Oissel, Petit-Quevilly, Rouen, Breteuil, Verneuil-sur-Avre, Val-de-Reuil, Louviers. Plusieurs de ces territoires peuvent être regroupés autour de structures de coopération intercommunale (CODAH, CREA, CASE, Pays Risle-Charentonne) auxquels s'ajouteraient Dieppe et Saint-Valéry-en-Caux ;
- **des territoires « politique de la ville »** : en 2007, l'INSSE pointait 89 quartiers dits "Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs)" existant en Haute-Normandie, répartis en 25 "Zones urbaines sensibles (ZUS)" et 64 "Nouveaux quartiers prioritaires (NQP)". Ils regroupent 247 000 habitants et 101 000 résidences principales. Les quartiers Cucs concernent 14 % de la population régionale. Les populations de ces quartiers présentent des difficultés en termes de logements, d'équipement médical, de scolarisation, ...A l'extrême, certains quartiers cumulent les difficultés ;
- **des villes identifiées par l'Education nationale** comme prioritaires au sein des Bassins d'éducation et de formation et aux établissements qui vont bénéficier du programme ECLAIR (programme de réussite éducative) ;
- **des territoires qui ne répondent pas ou peu aux appels à projet PPS.**

Les cartes présentant ces différents territoires sont jointes en annexes n° 6.

Le croisement de ces données a permis d'identifier des zones de priorité de niveau 1 qui présentent un ensemble d'indicateurs défavorables (territoire identifié comme prioritaire à la fois par l'ORS, la politique de la ville et l'Education nationale) et des zones de priorité de niveau 2 qui sont identifiées par l'ORS ou par la politique de la ville et avec peu d'actions sur leurs territoires.

Territoires de santé	Territoires prioritaires de niveau 1	Territoires prioritaires de niveau 2
Territoire du Havre	Le Havre Gonfreville l'Orcher Fécamp Pont-Audemer	Harfleur Goderville Fauville-en-Caux Saint Romain de Colbosc
Territoire de Dieppe	Dieppe Saint Valery en Caux	Blangy-sur-Bresle Offranville
Territoire de Rouen	Rouen Saint Etienne du Rouvray Oissel Le Petit Quevilly Elbeuf Cléon Val-de-Reuil Louviers	Sotteville-Lès-Rouen Caudebec les Elbeuf Neufchâtel en Bray Yvetot Aumale
Territoire d'Evreux Vernon	Bernay Verneuil sur Avre Breteuil sur Iton	Le Neubourg Rugles

On entend par territoire prioritaire celui de la commune pour les zones urbaines et le canton pour les zones rurales.

III - Trois niveaux d'organisation sont définis pour la mise en œuvre de ces priorités et doivent être articulés avec l'offre de soins et les accompagnements médico-sociaux

III. TROIS NIVEAUX D'ORGANISATION SONT DEFINIS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE CES PRIORITES ET DOIVENT ETRE ARTICULES AVEC L'OFFRE DE SOINS ET LES ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Trois niveaux sont retenus pour l'organisation des activités de prévention et de promotion de la santé :

- un niveau régional de pilotage,
- un niveau intermédiaire de coordination,
- un niveau opérationnel de mise en œuvre des projets.

Ces trois niveaux doivent être parfaitement articulés avec l'offre de soins et les accompagnements médico-sociaux de manière à garantir la prise en compte globale des problématiques de santé et la fluidité des parcours de santé de la population.

Par ailleurs, la mise en œuvre des objectifs du schéma régional de prévention repose sur l'implication des différents acteurs concernés qu'ils appartiennent aux champs de la santé (prévention, promotion de la santé, offre de soins, offre médico-sociale), de l'éducation, du social...

Des articulations fortes sont donc attendues avec :

- **le dispositif de premier recours** pour le développement d'une offre de prévention, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique de proximité (cf. SROS volet ambulatoire) ;
- **l'offre de soins hospitaliers** pour soutenir les actions de dépistage, d'éducation thérapeutique et favoriser l'accès aux soins de la population, et en particulier des personnes en situation de précarité (cf. SROS volet hospitalier) ;
- **l'offre de soins médico-sociale** pour favoriser le déploiement d'une offre de prévention, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (cf. SROMS).

Ces axes d'articulation seront déclinés dans les programmes de santé au niveau des territoires de santé et les programmes thématiques tels que le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui définiront de manière précise les actions, leur pilotage et le calendrier de mise en œuvre.

3.1 Niveau régional

Au niveau régional sont exercées les missions :

- de pilotage et de coordination de la politique régionale de santé,
- d'organisation de l'observation régionale,
- d'organisation des pôles ressources et de compétences,
- d'évaluation des dispositifs.

3.1.1 Objectif spécifique : Mieux coordonner les acteurs institutionnels pour favoriser le développement de la promotion de la santé

Objectif opérationnel : définir des cadres d'intervention communs.

Modalités d'organisation

1/ Mobiliser des instances de concertation

Trois types d'instances seront mobilisés pour assurer une meilleure coordination des acteurs institutionnels :

- la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.
Compte tenu de sa composition, celle-ci assurera l'interface avec le Groupe Régional Santé Environnement (GRSE) et le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (GRPRP). Elle constitue un lieu d'échange pour :
 - o réaliser un état des lieux des actions de prévention-promotion de la santé réalisées et identifier les complémentarités,
 - o partager des cadres d'intervention conjoints permettant d'organiser de manière cohérente et efficiente les interventions soutenues par les différentes institutions concernées,
 - o formuler des avis,
 - o organiser l'instruction, le financement et le suivi conjoints des projets de promotion de la santé,
 - o mettre en commun des données : OSCARS (cf. objectif 1.2),
 - o organiser la mobilisation des acteurs.
- les conférences de territoires ;
- les comités de suivi des contrats locaux de santé (CLS).

2/ Formaliser des conventions-cadre de partenariat réunissant les institutions pilotes des politiques publiques ayant un impact sur la santé pour favoriser le déploiement d'actions coordonnées

A/ Cadre général d'intervention commun aux Conseils généraux, à l'Education nationale, au Conseil régional et à l'ARS

La protection maternelle et infantile (PMI), la promotion de la santé et l'éducation à la santé en milieu scolaire sont des politiques convergentes en faveur de la santé des enfants et des jeunes.

Si le Groupement Régional de Santé Publique a constitué une première étape dans la mise en place d'une coordination régionale des institutions et si des collaborations se sont développées entre les professionnels de la PMI, de l'Education nationale et les acteurs de l'éducation pour la santé, des difficultés persistent :

- des interventions ponctuelles qui ne s'inscrivent pas dans un projet d'établissement ou de territoire,
- des interventions cloisonnées voire redondantes,
- des messages ne correspondant pas toujours aux référentiels validés,
- des territoires présentant des indicateurs de santé défavorables non couverts par des interventions,
- pas de visibilité sur l'ensemble des actions de prévention et de promotion de la santé menées dans la région.

Pour faire face à ces difficultés et répondre à l'enjeu du développement d'une politique globale de promotion et d'éducation à la santé en milieu scolaire, il convient d'organiser au niveau institutionnel un cadre d'intervention commun à l'ARS, aux Conseils généraux et au Rectorat, reposant sur les principes suivants :

- passage d'une logique de guichet à une logique de commande publique pour répondre aux besoins de santé des publics et territoires prioritaires,
- identification conjointe des bassins d'enseignement et de formation prioritaires pour expérimenter de nouveaux modes d'organisation des actions de prévention-promotion de la santé,
- mobilisation des acteurs de ces territoires pour l'élaboration de projets de territoire :
 - o s'inscrivant, le cas échéant, dans la dynamique impulsée par les RLPS et ASV,
 - o associant les différents niveaux scolaires concernés (maternelles, primaires, collèges et lycées),
 - o reposant sur l'objectif de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes et un programme d'actions adaptées au développement des enfants et des jeunes et conformes aux référentiels validés. Les thématiques prioritaires concerneront l'éducation affective et sexuelle, les addictions, la nutrition (cf. 2^{ème} objectif général),
 - o associant les acteurs du territoire : RLPS et ASV, professionnels de santé de premier recours, médecins et infirmières scolaires ; médecins, sages-femmes et conseillères conjugales des CG, les associations et les parents et si nécessaire des opérateurs régionaux faute d'acteurs locaux compétents dans le territoire ;
 - o associant les pôles ressources : IREPS et pôle de compétence en éducation – promotion de la santé.
- contractualisation financière ou participation des professionnels des institutions uniquement pour les projets répondant à ces conditions.

B / Protocole de collaboration ARS / DRJSCS / DDCS

L'imbrication forte des problématiques sociales et de santé (difficultés d'accès à la prévention et aux soins, inégalités sociales de santé traduites notamment dans les déterminants de santé, difficultés sociales et d'insertion liées à des problématiques de santé) impose des relations étroites entre l'ARS, la DRJSCS et les DDCS.

Un protocole de collaboration a, notamment pour objectifs dans le champ de la prévention-promotion de la santé, de :

- définir et mettre en œuvre, autour d'objectifs partagés, les politiques locales de santé, de prévention, de promotion, d'éducation à la santé et d'accès aux soins à l'attention de tous les publics notamment ceux issus des quartiers prioritaires de la politique de la ville (exemple des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) comportant un volet « santé ») ;
- contractualiser les politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins avec les collectivités locales sur des territoires prioritaires à définir.

Les collaborations privilégiées développées par l'ARS et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports viseront notamment :

- les personnes en situation précaire ou vulnérables (personnes sans couverture maladie complémentaire, personnes sans domicile fixe, majeurs protégés, étrangers malades, personnes sortantes de prison, personnes détenues, etc.) ;
- les personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge et ou du handicap ou d'une maladie, des personnes ayant des conduites addictives, avec des problèmes de santé mentale ;
- les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, notamment lorsque ceux-ci ont fait l'objet d'un diagnostic dans le cadre d'un atelier santé-ville (ASV) ou du volet santé d'un programme de réussite éducative (PRE) ;
- les jeunes (dont ceux suivis par les missions locales et dans le cadre des maisons de l'adolescent)
- et les personnes pratiquant une activité physique ou sportive (prévention et lutte contre le dopage, activité physique et santé).

C/ Convention de partenariat ARS / DRAAF

Une convention de partenariat associant l'ARS, la DRAAF et l'IREPS a pour objectif de proposer une méthodologie de projets au niveau régional de manière à bien articuler les actions relevant du PNNS et du PNAI et renforcer la qualité des actions engagées. L'ARS et la DRAAF cofinancent l'IREPS pour assurer :

- des temps de formation et d'échange de pratiques des animateurs des ateliers-cuisine pour personnes en situation de précarité financés sur 2011,
- le conseil méthodologique de ces acteurs (actualités documentaires, conseils pédagogiques et accompagnement méthodologique en fonction des besoins),
- la modélisation d'un cycle d'ateliers-et la rédaction d'un cahier des charges haut-normand, pour la réalisation d'ateliers-cuisine envers les publics démunis,
- un bilan à l'issue de la réalisation du dispositif.

D/ ARS / organismes de sécurité sociale

Les contrats signés entre l'ARS et les caisses d'assurance maladie intègrent des actions partenariales contribuant aux objectifs du projet régional de santé et en particulier le schéma régional de prévention pour ce qui concerne la prévention par le développement d'actions de proximité pour les populations qui restent à l'écart pour des raisons sociales et géographiques des dépistages des cancers du sein ou colorectal, des programmes de vaccination, des actions bucco-dentaires pour les jeunes enfants et les populations vulnérables, de la prévention des effets du vieillissement, de l'éducation thérapeutique et de la prévention des risques professionnels.

E/ ARS et collectivités territoriales

La territorialisation de la politique régionale de prévention-promotion de la santé repose sur une articulation forte avec les collectivités territoriales :

- co-pilotage de structures de coordination telles que les ASV et les RLPS,
- élaboration et mise en œuvre de contrats locaux de santé,
- pour la santé environnementale, les collaborations ont d'ores et déjà été identifiées notamment dans le cadre du PRSE2 ou de structures de collaboration départementale ou régionale (Mission ou délégation interservice de l'eau, pôle ou groupe de travail habitat indigne). Des collaborations plus étroites bilatérales pourraient enfin faire l'objet d'une formalisation d'objectifs et de moyens (agence de l'eau, Airnormand...)
- pour la santé au travail, elles sont organisées par le PRST2.

Evaluation

- protocoles ou conventions signées
- nombre de contractualisation et appels à projets conjoints
- nombre de contrats locaux de santé

3.1.2 Objectif spécifique : Renforcer l'observation régionale

Objectif opérationnel

Comme indiqué dans le diagnostic régional, la région Haute-Normandie dispose de ressources dans le domaine de l'observation mais celles-ci doivent être davantage coordonnées pour disposer d'une plateforme d'observation :

- permettant de mutualiser les bases de données, les tableaux de bord,
- développant des capacités d'analyse qualitative,
- croisant les approches,
- territorialisées,
- intégrant l'ensemble des priorités de santé (ex : couverture vaccinale)
- identifiant les acteurs et les actions de PPS.

Modalités d'organisation

1/ L'ORS demeure un partenaire essentiel de l'ARS. Il a pour mission de :

- regrouper et exploiter les données de diverses origines relatives à l'état de santé de la population de la région Haute-Normandie ;
- poursuivre la constitution et la mise à jour d'une base documentaire sur les problèmes de santé spécifiques à la région afin d'améliorer la connaissance en matière de santé et d'établir des diagnostics régionaux et locaux dans le cadre de la politique de territorialisation. L'exploitation des données permettra de faciliter la mise en œuvre du Plan Régional de Santé ainsi que la cohérence des actions de santé publique menées sur les territoires ;
- assurer la démultiplication et l'exploitation régionale d'enquêtes nationales concernant la santé lorsque le matériel, les outils et les moyens le permettent ;
- assurer la construction d'indicateurs sanitaires et sociaux au niveau des différents échelons géographiques de la région en fonction des données disponibles et de façon homogène avec les indicateurs construits au niveau national ;
- élaborer (et mettre à jour) un tableau de bord régional en santé environnement
- conduire des enquêtes quantitatives et qualitatives, le plus souvent pluridisciplinaires, sur des thèmes de santé publique définis notamment à partir des priorités régionales de santé ;
- mener des actions d'évaluation, notamment, en lien avec le pôle inspection contrôle et évaluation ;
- participer aux différentes instances de la politique régionale de santé où ses compétences peuvent être requises.

Il devra renforcer ses collaborations avec :

- le CREAL de Basse-Normandie pour améliorer l'observation et l'analyse des besoins de santé et des actions mises en place en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- l'IREPS de Haute-Normandie pour assurer un continuum de l'observation à l'évaluation ;
- l'Université pour produire des études conjointes permettant de croiser les approches et de développer les capacités d'analyse qualitatives des problématiques de santé.

2/ L'Observation Sanitaire et Sociale Régionale (OSSR) constitue un lieu privilégié pour consolider les partenariats dans le champ de l'observation et l'analyse des données régionales (démographie, ressources, marché du travail, précarité, logement et hébergement, personnes âgées, handicap, aide sociale à l'enfance, parcours scolaire, santé, sécurité routière...) et ce qui concerne :

- o la mise en œuvre d'une coopération en matière d'information sanitaire et sociale,
- o le recensement, la valorisation et la diffusion des données statistiques, des enquêtes, des études et des diagnostics menés sur les champs observés en Haute-Normandie,
- o l'analyse des besoins en matière de données sanitaires et sociales,
- o la création d'un lieu de veille qui permettra d'améliorer la connaissance de l'évolution des populations de la région à l'aide d'études thématiques.

3/ Mettre en place un système d'information pour la PPSSE

L'ARS se dotera de l'outil OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) et proposera à ses partenaires institutionnels d'alimenter cette base de données de manière à obtenir une plus grande lisibilité des acteurs et des actions financées dans les territoires.

Evaluation

- conventions de partenariat entre les opérateurs
- nombre d'études conjointes
- mise en place d'OSCARS

3.1.3 Objectif spécifique : Soutenir les pôles ressources et de compétences régionaux

Objectif opérationnel

Les dynamiques engagées par les pôles ressources et de compétences que constituent l'IREPS, le PRC et l'IGRSP, dorénavant appelé le GRAFISM (Groupe Régional d'Actions de Formation et d'Information en Santé Mentale) seront soutenues pour poursuivre la mobilisation, l'accompagnement des acteurs de prévention-promotion de la santé (en particulier les réseaux locaux de promotion de la santé et les ateliers santé ville), et développer la qualité des dispositifs et actions mis en place.

Modalités d'organisation

1/ Le CRES-IREPS

Le CRES-IREPS favorise la construction durable de réponses aux besoins de santé publique par :

- la participation à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé : participation aux commissions et groupes de travail et relai des priorités de santé auprès des opérateurs publics et associatifs, promoteurs d'actions ;
- le développement local en promotion de la santé et éducation pour la santé : la mise à disposition de lieux d'échanges de pratiques et l'apport d'une aide méthodologique aux acteurs de terrain (identification des besoins, montages, réalisation et évaluation de projets) ;
- la professionnalisation des acteurs en promotion de la santé et éducation pour la santé intervention en formation initiale et continue ingénierie de formation ;
- la documentation en promotion de la santé et éducation pour la santé : centres de documentation répartis sur le territoire pour répondre à toute demande de documentation en santé publique.

Une contractualisation pluriannuelle entre l'ARS et l'IREPS identifiera l'IREPS comme référent sur les concepts et les approches à développer en PPSSE et garantira la pérennité du financement de ses missions sur la durée du PRS.

2/ Le pôle régional de compétence en éducation et promotion de la santé (PRC)

Le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé a pour objectifs de :

- conforter et accentuer la culture commune de qualité en éducation et promotion de la santé sur le territoire,
- consolider le conseil et l'accompagnement méthodologique de projets de qualité à l'échelle des territoires,
- renforcer et démultiplier l'accessibilité aux ressources documentaires de qualité sur le territoire.

Il constitue un acteur incontournable de la politique de promotion de la santé en permettant de fédérer les ressources présentes dans la région et en constituant un carrefour d'échange entre tous les acteurs : associatifs, professionnels et institutionnels.

Une charte ARS / PRC permettra de promouvoir le rôle régional du PRC.

3/ L'évolution de l'IGRSP

L'IGRSP doit évoluer de manière à inscrire son action de développement d'une culture partagée en santé mentale et de décloisonnement dans une approche plus opérationnelle d'accompagnement et de soutien des projets de coopération entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social dans les territoires de santé.

Pour cela, la constitution d'une association régionale chargée d'assurer la coordination des missions suivantes est attendue :

- développer en lien avec les structures spécialisées (antenne de suicidologie, etc.), les actions de formation et de sensibilisation mises en place pour décliner le plan national suicide. Ces actions

devront viser prioritairement les publics fragiles (personnes détenues, personnes âgées, adolescents) et les territoires présentant des indicateurs de mortalité relativement importants : Bernay, Pont-Audemer, Fécamp, pays de Bray ;

- assurer une mission d'accompagnement et de conseil des projets :
 - o identifiés dans le SROS (ex : coopération inter-établissements, maisons ou pôles de santé...),
 - o participer au dispositif d'appui aux ESMS (spécifiques ou non spécifiques) accueillant des personnes en situation de handicap psychique et à la mise en œuvre de réseaux (social, médico-social, sanitaire) sur les territoires permettant la mise en œuvre de projet identifiés, notamment dans le SROSMS (ex : création d'une MAS pour personnes handicapées psychiques),
 - o identifiés dans le cadre du PRAPS (articulation sanitaire / social),pour faciliter le travail partenarial. A ce titre, il s'agira de développer des échanges de pratiques, des partages d'expériences et la diffusion d'outils et référentiels... Cette mission d'accompagnement n'a pas vocation à se substituer aux programmes de formation continue des acteurs concernés ;
- soutenir les ASV/RLPS dans la mise en œuvre d'actions de formation-sensibilisation en santé mentale inscrites dans leurs programmes territoriaux d'actions et favoriser le développement de projets sur des zones du territoire Haut-Normand non dotées d'ASV ou RLPS.

Une implication des partenaires sociaux et médico-sociaux plus importante que ce qui existait avec l'IGRSP est également attendue.

Un dispositif d'évaluation de l'impact des actions devra être mis en place.

Une contractualisation pluriannuelle entre l'ARS et cette association régionale garantira la pérennité des actions sur la durée du PRS.

Evaluation

- résultats des évaluations des contractualisations avec les trois structures précitées

3.14 Objectif spécifique : Développer l'évaluation des dispositifs et actions financés par l'ARS

Objectifs opérationnels

Réaliser sur la durée du schéma l'évaluation de dispositifs et d'actions financés par l'ARS.

Modalités d'organisation

Des évaluations, engagées à l'initiative de l'ARS et si possible en partenariat avec d'autres financeurs, seront réalisées par les équipes de l'ARS ou sous-traitées à des prestataires extérieurs. Elles permettront de procéder aux ajustements nécessaires d'une part pour la mise en œuvre des orientations du schéma et d'autre part pour l'allocation des subventions aux opérateurs.

Evaluation

- nombre d'actions, de dispositifs évalués,
- montant et % des financements réévalués ou réorientés suite à évaluation.

3.2 Niveau intermédiaire de coordination territoriale

Au niveau intermédiaire, correspondant, selon les dynamiques locales, au territoire de santé ou de proximité ou à un territoire de coopération intercommunale, sont exercées les missions :

- de coordination et d'accompagnement des acteurs,
- d'accompagnement méthodologique des projets.

3.2.1 Objectif spécifique : Organiser l'animation de la territorialisation par les équipes territorialisées du pôle prévention-promotion de la santé de l'ARS

Afin d'accompagner la déclinaison territoriale de la politique régionale de santé, le pôle prévention-promotion de l'ARS a mis en place des équipes territorialisées par territoire de santé. Elles ont pour missions :

- de développer une approche globale des problématiques de santé du territoire ;
- d'animer le réseau des coordonnateurs de RLPS et ASV du territoire ;
- d'impulser ou de soutenir des dynamiques locales en l'absence de RLPS ou ASV ;
- d'instruire les dossiers de demande de financement relevant du territoire de santé ;
- d'évaluer les projets financés.

Dans l'exercice de leurs missions, ces équipes développeront des collaborations avec le pôle santé-environnement et les pôles chargés de l'organisation des soins et des accompagnements médico-sociaux de l'ARS.

3.2.2 Objectif spécifique : Faire évoluer les réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS) et les ateliers santé ville (ASV)

Certains RLPS ont un territoire d'intervention trop important pour que les coordonnateurs puissent assurer leurs missions sur l'ensemble de leur territoire et il leur est notamment difficile d'élaborer des projets de santé avec l'ensemble des acteurs de leur territoire.

Pour faire face à ces difficultés, sont proposées :

- une réorganisation de certains RLPS ;
- la création de nouveaux territoires de coordination ;
- une redéfinition des missions des coordonnateurs.

Proposition de réorganisation de certains RLPS et ASV à réfléchir avec les acteurs locaux et les différentes institutions concernées

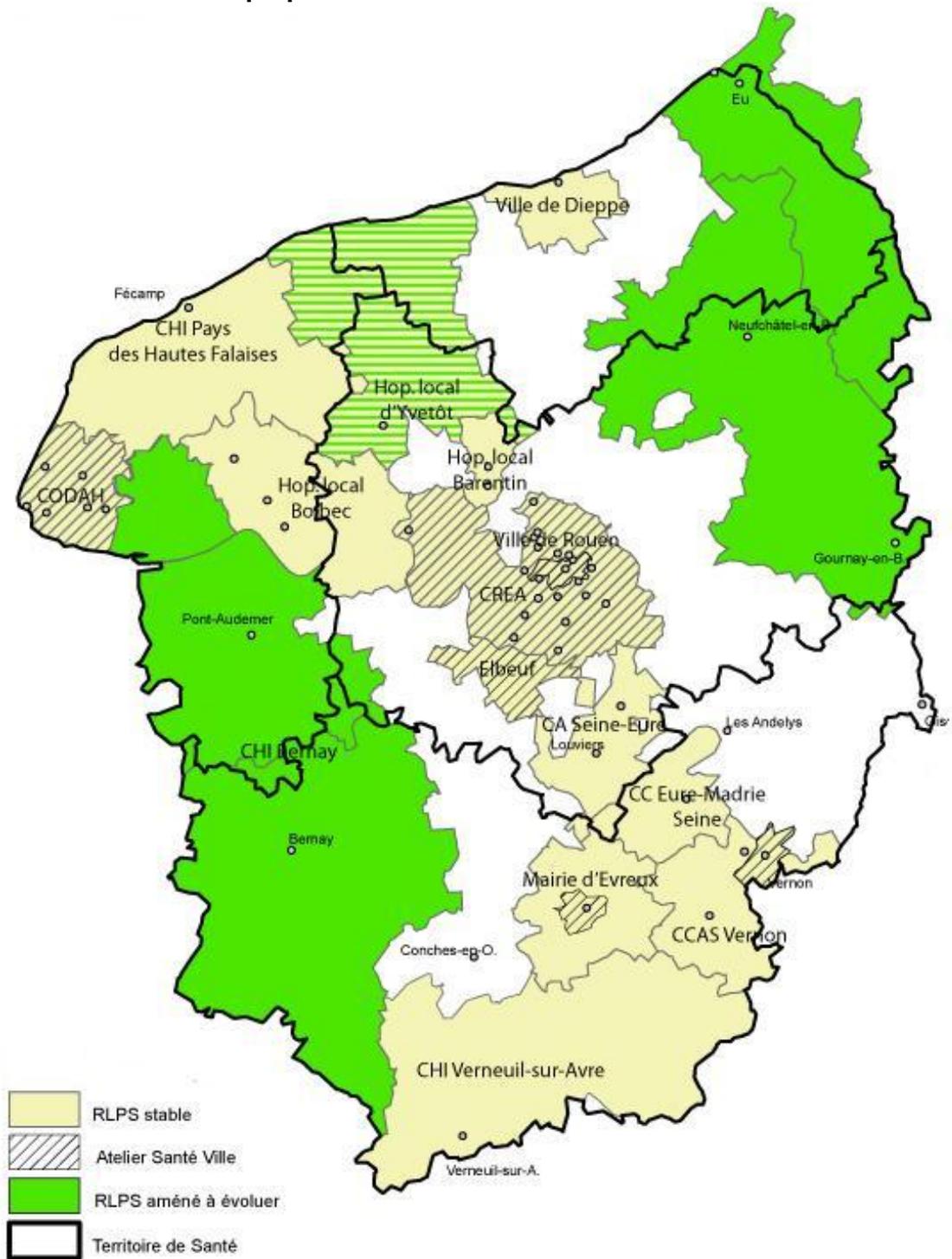
Territoires concernés	ETP	Organisation de la coordination/animation de territoire	Prévision à moyen terme
CODAH	0.5 ETP de coordination 2 ETP d'animateurs	Répartition des temps d'animateurs santé : - mobiliser le temps des animateurs sur les quartiers plus prioritaires du Havre et de Gonfreville l'Orcher. - poursuivre les actions de Montivilliers dans le cadre du réseau de santé de la commune - contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du contrat local de santé	Réflexion à mener avec les collectivités territoriales et la politique de la ville Articulation à prévoir avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Groupe Hospitalier du Havre

Territoires concernés	ETP	Organisation de la coordination/animation de territoire	Prévision à moyen terme
RLPS pays Risle Estuaire et Risle Charentonne	1.5 ETP de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser le territoire en deux RLPS sur chaque pays : 0,80ETP sur le pays Risle Charentonne et 0,75 ETP sur le pays Risle Estuaire (rattachement à la PASS du CH de Pont-Audemer à étudier). - Axer le programme d'actions sur les quartiers CUCS de Pont-Audemer et de Bernay et les établissements scolaires prioritaires. 	
RLPS Plateau Caux Maritime	1 ETP de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - axer le programme d'actions sur les quartiers CUCS d'Yvetot et les établissements scolaires prioritaires. 	Réflexion à mener avec les acteurs locaux sur le redécoupage du territoire d'intervention du RLPS en prenant en compte les deux zones prioritaires de Saint Valéry-en-Caux et d'Yvetot, le découpage des territoires de santé et le schéma départemental de la coopération intercommunale
RLPS cantons de Pavilly et Duclair	1 ETP de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Conserver un 0.5 ETP pour le RLPS - Etendre son champ d'intervention sur d'autres territoires prioritaires 	La mission sur le territoire de Neufchâtel en Bray pourrait être confiée au coordonnateur de ce territoire. (voir nouveaux territoire)
CREA Dont ancienne agglomération d'Elbeuf	1 ETP de coordination 0.5 ETP d'animation 1 ETP de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP de coordination de l'ASV - 0,5 ETP d'animateur santé sur Saint Étienne du Rouvray - Contribuer à l'élaboration du contrat local de santé de Saint Étienne du Rouvray - conserver un ETP de coordination compte tenu des indicateurs de ce territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - extension des interventions de l'animateur santé de Rouen à d'autres quartiers de la ville - articulation à prévoir avec la PASS du CHU - élaborer un schéma d'organisation de coordination et d'animation territoriale à l'échelle de la CREA.

Nouveaux territoires devant faire l'objet d'une coordination

Pays de Bray	<p>Territoire ayant peu de ressources disponibles et peu d'actions de santé. Existence d'un groupe de professionnels libéraux sur Neufchâtel ainsi qu'un Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) inter-établissements scolaires</p> <p>Les missions du coordonnateur devront être adaptées à ce territoire (animation du réseau difficile et mise en œuvre des actions de santé compte tenu des ressources locales)</p> <p>Un CLS est envisagé sur ce territoire. Une mission de 6 mois pourrait être envisagée pour élaborer ce contrat avec les acteurs locaux.</p>
Canton de Saint Romain-Colbosc	<p>Ce territoire a été identifié en priorité de niveau 2.. Existence d'un réseau de professionnels libéraux.</p> <p>Prendre appui sur ce réseau pour mettre en œuvre un programme d'actions sur ce territoire dans le cadre d'un pôle de santé.</p>
Pays interrégional Bresle-Yeres	<p>Territoire marqué par des indicateurs socio-sanitaires défavorables, réflexion à conduire avec la Picardie.</p> <p>Un CLS est envisagé sur ce territoire. Une mission de 6 mois pourrait être envisagée pour élaborer ce contrat avec les acteurs locaux.</p>

L'évolution proposée de la couverture territoriale



Redéfinition des missions des coordonnateurs

Les missions des coordonnateurs sont redéfinies comme suit :

Animer le réseau des acteurs Accompagner les acteurs locaux sur l'ensemble du territoire du RLPS	Coordonner le programme d'actions de santé du territoire sur les zones prioritaires de leur territoire (CUCS, BEF prioritaires)
<ul style="list-style-type: none"> - Etre un relais d'information auprès des acteurs du territoire <ul style="list-style-type: none"> o des priorités régionales (PRS, CPOM...) o des objectifs des schémas régionaux d'organisation de l'ARS et en particulier du schéma régional de prévention du territoire du réseau o des actions départementales et régionales - Contribuer à la formation des acteurs en lien avec le pôle régional de compétences en éducation pour la santé et l'IREPS - Aider les acteurs dans le montage de leurs projets et tout particulièrement dans le cadre de l'appel à projets - Animer un point relais documentaire en lien avec le centre régional de documentation du CRES/IREPS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser avec les acteurs locaux et en lien avec l'ORS les différents diagnostics locaux (diagnostic initial, réajustement du diagnostic, diagnostic thématique) en prenant en compte les priorités régionales de santé couvrant l'ensemble du champ de l'ARS - Définir avec les acteurs locaux les priorités, les objectifs et le programme d'actions du territoire - Animer ou déléguer à un acteur du territoire les groupes thématiques chargés de suivre et de mettre en œuvre les actions de santé - Participer à l'évaluation des projets.

Les coordonnateurs organisent et animent en lien avec la structure support et le référent territorial du pôle PPS les différentes instances de pilotage du réseau (comité de pilotage, comité technique...) et ils contribuent également :

- aux différents travaux de l'ARS afin d'améliorer l'articulation entre la politique régionale de santé et le programme local,
- à l'élaboration du contrat local de santé lorsque son territoire est concerné.

Un renfort des coordonnateurs est à envisager pour les communautés d'agglomération les plus importantes. En effet, les communautés d'agglomération du Havre et de Rouen se distinguent par :

- un nombre de quartiers en politique de la ville plus important à gérer
- des quartiers en profil 1-4-5A
- plusieurs territoires identifiés en classe 6 de la FNORS
- plusieurs territoires identifiés comme prioritaires pour y créer un CLS et nécessitent donc des temps de coordination et d'animation plus importants.

Dans ce cas, les missions seront réparties ainsi :

- missions du coordonnateur : travailler avec les animateurs santé sur l'identification des besoins spécifiques des populations en situation de vulnérabilité et sur les déterminants de santé liés aux conditions de vie (habitat, éducation, ...). Il assure les missions de relais d'information auprès des acteurs, de soutien méthodologique et de formation des acteurs ;
- missions des animateurs santé : élaborer avec les acteurs de proximité des programmes d'actions adaptés aux populations des quartiers de la politique de la ville.

3.2.3 Objectif spécifique: Redéfinir les missions du pôle libéral de santé publique (PLSP)

- **Les missions des médecins libéraux de santé publique « territoire »**

Le « médecin territoire » travaille en collaboration avec le coordonnateur du Réseau Local de Promotion de la Santé (RLPS) ou Atelier Santé Ville (ASV).

Ses missions sont les suivantes :

- Apporter un conseil médical auprès du Coordonnateur.
- Effectuer un lien entre les médecins libéraux et le RLPS par diffusion d'informations.
- Participer au besoin à certains travaux thématiques ou intervenir occasionnellement en «promotion de la santé» auprès de différents publics locaux.
- Faciliter l'élaboration du projet de santé des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires.

En l'absence de RLPS ou ASV sur son territoire, le « médecin Territoire » devra être identifié comme point relais d'information vers les professionnels de santé sur les actions menées sur le territoire en matière de prévention et promotion de la santé. Il pourra être initiateur d'action sur des sujets identifiés comme prioritaires par ses confrères.

Pour être aidé dans ses missions, le médecin bénéficie :

- d'une information continue par la coordination du PLSP de l'évolution des politiques et des actions menées sur les autres territoires,
- d'un appui des référents territoriaux du pôle PPS de l'ARS

- **Articulation avec les médecins libéraux de santé publique « thématique »**

Le travail en collaboration entre les MLSP « territoire » et les MLSP « thématique » devra se développer sur les territoires.

Lorsqu'un réseau a besoin d'un expert dans un groupe de réflexion ou dans le montage d'un projet, le MLSP et/ou le coordinateur du territoire peuvent solliciter les MLSP « thématiques ». Mais ces derniers n'ont pas vocation à intervenir directement dans la mise en œuvre des actions.

- **Perspective d'extension du PLSP aux autres professionnels de santé libéraux en lien avec l'URPS**

A moyen terme, d'autres professionnels libéraux (infirmières, kinésithérapeutes, dentistes et pharmaciens) seront sollicités pour intégrer le PLSP.

Des équipes PLSP pourront se constituer sur les territoires et travailleront en collaboration avec les RLPS et ASV.

3.3 Niveau opérationnel

Au niveau opérationnel, correspondant au territoire de santé ou de premier recours selon les cas, sont exercées les missions :

- élaboration et mise en œuvre des projets de prévention, promotion de la santé,
- élaboration et mise en œuvre des projets de contrats locaux de santé.

A ce niveau, les intervenants de « terrain » que sont les associations de professionnels et de bénévoles constituent des acteurs essentiels dont les missions de portage de projets de proximité et de mobilisation de la société civile sont réaffirmées.

Trois objectifs spécifiques sont retenus pour le niveau opérationnel :

- affirmer le rôle des professionnels de soins de premier recours,
- améliorer la qualité des actions de prévention, promotion de la santé,
- assurer une déclinaison territoriale des priorités et objectifs du schéma régional de prévention.

3.3.1 Objectif spécifique : Affirmer le rôle des professionnels de soins de premier recours (cf. volet ambulatoire du SROS)

Dans ce cadre, les projets de prévention et de promotion de la santé devront s'appuyer systématiquement sur les professionnels de santé de premier recours qui doivent jouer un rôle central.

En effet, les professionnels de santé de premier recours, en particulier médecins, pharmaciens et infirmiers, du fait de leur proximité et de leur connaissance de leurs patients sont à même de les sensibiliser, informer, accompagner dans la gestion de leur santé selon les événements de vie (adolescence, maternité,...) qui engendrent des facteurs de risques ou nécessitent des points d'attention spécifiques.

Le renforcement de la participation des professionnels de soins de premier recours permettra de conduire les patients à une meilleure gestion et prise en charge de leur santé : réduction des comportements à risque, développement des comportements préventifs et, en cas de maladie, bonne utilisation du système de soins, observance des traitements et prescriptions des médecins ainsi que l'apprentissage de la vie avec la maladie.

Le système de soins primaires parce qu'il est plus proche des patients et permet des relations interindividuelles, peut contribuer à la réduction des inégalités de santé. A ce titre, la nouvelle convention médicale devrait constituer un levier d'action.

La participation à la prévention et à l'éducation pour la santé des différents professionnels de santé de premier recours peut être rendue difficile par les contraintes de démographie connues en Haute-Normandie. En conséquence, **il convient de souligner l'intérêt du travail collectif** pour favoriser l'implication des professionnels de premier recours. Les maisons de santé et les pôles de santé apparaissent comme des outils intéressants à mobiliser pour engager les actions présentées dans le tableau suivant.

La participation des professionnels de santé de premier recours sera également d'autant plus facilitée qu'elle s'inscrira dans un projet cohérent et coordonné avec l'ensemble des professionnels et institutions (secteur social, santé scolaire, PMI, médecine du travail...), associations locales intervenant sur le territoire.

Thème du SRP	Missions spécifiques souhaitées pour les pôles de santé	rôle de coordination des pôles de santé	Leviers de mise en œuvre	Evaluation
Promotion et éducation pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Développer et/ou être acteur en promotion et éducation pour la santé - Mettre en place un support de communication présentant les missions du pôle dans ce domaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des actions développées par les membres du pôle en lien avec les acteurs associatifs œuvrant dans le territoire - Liens avec le pôle régional de compétences en EPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des professionnels du pôle - Elargissement du PLSP aux autres professionnels de santé - Liens avec les RLPS/ASV - Liens avec le pôle libéral de santé publique - Missions du PRC et de l'IREPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Support de communication - Nb actions mises en œuvre par le pôle et participation
Education thérapeutique	<p>Appui sur les programmes déjà autorisés sur le territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les programmes d'ETP accessibles - intégrer les professionnels de santé de proximité au diagnostic éducatif et à la définition des objectifs - partager les informations aux différentes étapes - relayer les actions d'ETP par les professionnels de proximité - participer à l'évaluation individuelle <p>Pour les pôles ne bénéficiant pas d'un accès de proximité à des programmes cardio-vasculaire, respiratoires ou diabète, développer des programmes intégrés au projet de santé du pôle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Liens développés avec les opérateurs des programmes autorisés - Développement de nouveaux programmes nécessitant la pluridisciplinarité 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui sur le pôle libéral de santé publique - Coordination territoriale de l'ETP mise en œuvre sur chaque territoire de santé - Formations régionales/accompagnement méthodologique (CRES/IREPS) - Formations conventionnelles - Financements expérimentaux (NMR), - Dossier médical partagé et/ou messageries sécurisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Nb et qualité des professionnels participant aux diagnostics éducatifs, à la définition des objectifs et à l'évaluation individuelle - Partage effectif d'informations avec les opérateurs d'ETP - Nb de pôles porteurs d'un programme autorisé - Indicateurs régionaux des programmes applicables aux pôles autorisés

Thème du SRP	Missions spécifiques souhaitées pour les pôles de santé	rôle de coordination des pôles de santé	Leviers de mise en œuvre	Evaluation
Santé environnementale	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'information et la formation en santé environnementale des professionnels de santé - Relayer les campagnes d'information et de communication - Promouvoir l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de liens avec les collectivités territoriales et les partenaires impliqués en santé environnementale - Identifier sur le territoire les offres d'activité physique adaptée aux pathologies chroniques (lien DRJSCS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de formations à la santé environnementale (IREPS et partenaires « environnement ») - Appui sur les professionnels formés dans les pôles pour assurer le relai des campagnes de communication (RLPS/ASV, IREPS) - Liens sur le territoire avec les professionnels proposant une activité physique adaptée 	<ul style="list-style-type: none"> - Nb de professionnels formés - modalités de relais des campagnes de communication - Nb de patients bénéficiant d'activité physique adaptée
Contraception	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des professionnels (médecins, pharmaciens, IDE) pour présenter les différents moyens de contraception. Informer sur l'offre en CPEF (centres de planification et d'éducation familiale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des acteurs après formations : organisation de permanences IDE, rôle des pharmaciens... 	<ul style="list-style-type: none"> - Formations des professionnels - Identification de tous les acteurs impliqués sur le territoire : CPEF, infirmières scolaires, associations, 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'IVG sur le territoire Nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées sur le territoire
IVG	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du pôle pour réponse à la demande d'IVG médicamenteuse et respecter les délais 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination interne pour assurer la continuité de l'offre - Partenariats avec les établissements - Coordination avec les échographistes 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des médecins (appui du réseau périnatalité) - Conventions avec établissements de santé - Accès rapide à l'échographie 	<ul style="list-style-type: none"> - Nb d'IVG médicamenteuses

Thème du SRP	Missions spécifiques souhaitées pour les pôles de santé	rôle de coordination des pôles de santé	Leviers de mise en œuvre	Evaluation
Dépistages organisés des cancers du sein et colorectal Dépistage du cancer du col utérin	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en commun des informations individuelles sur participation au dépistage organisé (dossier partagé) - Informations individuelles à l'occasion des divers contacts des professionnels accédant au dossier commun - Informations collectives et développement de liens avec les partenaires sociaux et collectivités territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions de coordination des professionnels du pôle, des associations de dépistage et des partenaires: suivi des taux de dépistage sur le territoire, développement d'actions collectives - liens avec les associations de dépistage EMMA et DECAD'E - Liens avec les RLPS et ASV qui coordonnent des actions de sensibilisation aux dépistages 	<ul style="list-style-type: none"> - Formations, informations des professionnels et des partenaires (Emma/Decade, IREPS) - Dossier médical partagé - Rémunération des médecins sur indicateurs de participation aux dépistages du cancer du col du cancer du sein (nouvelle convention) - Appel à projets prévention ARS, contractualisation Emma Decade pour actions collectives - Rémunération du FCV pour les médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de participation aux dépistages
Dépistage du VIH, des hépatites B et C et des IST	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage par le médecin traitant proposé à l'occasion d'un recours aux soins en population générale - Expérimentation d'utilisation des tests de dépistage rapide pour certains pôles de santé prenant en charge une population importante en situation de vulnérabilité et d'isolement (migrants, usagers de drogue notamment) - Information sur les CDAG/CIDDIST du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination interne et lien avec le COREVIH (commission dépistage) 	<ul style="list-style-type: none"> - Formations à l'utilisation des tests rapides indispensable si mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Nb de personnes dépistées

Thème du SRP	Missions spécifiques souhaitées pour les pôles de santé	rôle de coordination des pôles de santé	Leviers de mise en œuvre	Evaluation
Dépistage des maladies chroniques: diabète, risque cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des acteurs pour ces dépistages (IDE, pharmaciens, médecins généralistes): - développement d'actions coordonnées: exemple propositions de dépistage des diabètes et de l'HTA par les professionnels du pôle en lien avec l'action des pharmaciens et l'AFD - analyse du risque cardio-vasculaire global: utilisation de la table "Score", appui sur les "mémos" CNAMTS, proposition des outils liés à la prévention (INPES) 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination et "délégation" par rédaction de protocoles internes 	<ul style="list-style-type: none"> - Formations - Protocoles écrits 	<ul style="list-style-type: none"> - Nb de bénéficiaires de dépistages
Pratiques addictives	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de consultations de proximité en addictologie (à partir des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA-) - Développement de la formation en addictologie des professionnels locaux de santé <p>Objectif minimal : accueil des consultations spécialisées en addictologie (mise en disposition du local).</p> <p>Objectif idéal : intégration de la consultation d'addictologie dans une prise en charge articulée avec la</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'idéal, coordination assurée par les professionnels libéraux qui se saisiront de l'offre de prestation en addictologie ; mais mise en œuvre de l'intervention assurée par les CSAPA avec l'appui du réseau de santé régional en addictologie (+soutien possible des coordonnateurs RLPS) 	<ul style="list-style-type: none"> - crédits médico-sociaux (CSAPA) + objectifs fixés aux CSAPA ; - mise en place d'un réseau de santé régional unique en addictologie notamment chargé du lien avec la médecine de ville (2012) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de pôles de santé couverts ; - Nombre de consultations demandées par les professionnels libéraux ; - Nombre de consultations effectuées (en corrélation avec l'indicateur précédent) - Nombre de formations réalisées et de professionnels touchés

Thème du SRP	Missions spécifiques souhaitées pour les pôles de santé	rôle de coordination des pôles de santé	Leviers de mise en œuvre	Evaluation
	médecine libérale (avec 2 volets : intervention auprès des patients et appui aux professionnels par la formation et l'amélioration des pratiques)			
Vaccination	Dans les territoires qui rencontrent des difficultés de démographie médicale, élaborer un protocole de coopération afin que les médecins d'un pôle de santé puissent déléguer la prescription et l'injection du vaccin aux infirmiers du pôle de santé.	<ul style="list-style-type: none"> - réunions entre les professionnels de santé afin de faire le point sur la mise en œuvre du protocole de coopération 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion de chaque médecin du pôle au protocole de coopération entre professionnels de santé. (délégation entre un médecin et un infirmier) - formation des infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de médecins et d'infirmiers ayant adhéré au protocole de coopération - nombre d'infirmiers ayant suivi la formation
	<ul style="list-style-type: none"> - donner à la population des informations sur la vaccination partagées par l'ensemble des professionnels du pôle de santé - promouvoir la vaccination de l'entourage du nourrisson (promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière auprès des personnes âgées et des personnes à risque) - relayer les actions de sensibilisation dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination - favoriser le contrôle du carnet de vaccination des adolescents et des jeunes adultes à l'occasion de visites ou de consultations d'un professionnel de santé (consultation chez le médecin pour le certificat de sport, prescription d'un contraceptif...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des médecins, infirmiers et pharmaciens pour améliorer la couverture vaccinale sur leur territoire - Réunion d'échanges chaque année à la sortie du nouveau calendrier vaccinal - liens avec les RLPS et ASV qui coordonnent des actions de sensibilisation sur le thème de la vaccination. 	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilisation des professionnels de santé à la vaccination - outils de l'INPES sur la vaccination à mettre à disposition des pôles de santé - lien avec le comité de pilotage de la semaine européenne de la vaccination - mettre à disposition des professionnels de santé des carnets de vaccination vierges - demander aux patients d'apporter systématiquement leur carnet de vaccination pour toutes les consultations 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre et type de supports de communication utilisés dans chaque pôle - nombre et types d'actions menées dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination

3.3.2 Assurer la déclinaison territoriale des priorités et objectifs du SRP

L'ensemble des priorités et objectifs de ce volet du SRP doivent être déclinés dans les territoires de santé. Cette partie vise à préciser pour chacun d'entre eux les déclinaisons spécifiques attendues.

- **Territoire d'Evreux-Vernon**

Contexte du territoire

L'état des lieux de l'existant dans ce territoire est présenté en annexe n° 3.1

Objectifs spécifiques d'organisation territoriale

Inscrire la prévention, promotion de la santé dans un continuum tout au long de la vie

- ensemble de la population : renforcer la lutte contre l'habitat dégradé ;
- développer des actions auprès des populations rurales isolées ;
- développer les actions de prévention ciblée en addictologie développant des compétences spécifiques vers le public jeune et les personnes en situation de précarité avec une prise en compte particulière du public féminin ;
- développer des compétences spécifiques en prévention et promotion de la santé au regard des interactions entre pratiques addictives et santé mentale en s'appuyant notamment sur le CSAPA porté par l'association l'Abri et le CHS de Navarre.

Améliorer la couverture vaccinale

- assurer la pérennité des centres de vaccinations, l'accès de ces centres et communiquer vers les populations prioritaires, expérimenter des équipes mobiles ;
- favoriser de nouvelles organisations intra (protocoles de coopération) et inter Institutionnelles (liens CG/EN).

Augmenter les dépistages et repérages

Concernant le dépistage organisé des cancers

- « remobiliser » les médecins généralistes sur la nécessité de faire adhérer leurs patients aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal ainsi que les médecins du travail et autres professionnels du champ médico-social surtout dans les cantons situés à l'Ouest du territoire de santé (cantons où les taux de participation au dépistage sont les plus faibles) ;
- sensibiliser le grand public à l'échelle du territoire notamment lors des campagnes nationales « octobre rose » et « mars bleu » et identifier les freins au dépistage.

Dépistage repérage IST/VIH

- harmoniser et consolider l'offre pour toutes les IST (CDAG/CIDDIST) ;
- soutenir l'utilisation des TROD par l'association AIDES (appui sur personnes formées).

Poursuivre la structuration de l'éducation thérapeutique du patient

- élargissement de la couverture notamment sur l'Ouest du territoire (Bernay) ;
- développer le lien avec réseau Maredia pour diabète et s'appuyer sur ce réseau pour développer les formations ;
- faciliter le démarrage des nouveaux programmes par l'attribution de financements ;
- soutien de l'expérimentation Nouveaux Modes de Rémunération de la MSP de Gaillon ;
- inscrire les actions d'ETP dans une dynamique territoriale (ex lombalgies chroniques à La Musse, lien avec « Normandos », centre anti-douleur, médecine du travail, ...) ;
- pérenniser les coopérations déjà opérationnelles : lien Resalis/CHEure-Seine/La Musse ;
- mettre en œuvre du projet soutenu par la DGS « faisabilité d'une action d'ETP dans des contextes de vie spécifiques: personnes en appartement de coordination thérapeutique » par association l'Abri en lien avec IREPS.

Poursuivre l'animation de la territorialisation de la politique régionale

- soutenir l'intégration de la prévention et promotion de la santé dans les projets de maisons de santé pluridisciplinaires ;
- sensibiliser les élus locaux (ex Sud du territoire engagé dans un « pôle d'excellence en milieu rural ») ;
- préciser les modalités de coopération entre les acteurs de l'addictologie (CSAPA, Fédération des Intervenants en Addictologie de l'Eure) et les acteurs généralistes (coordonnateur RLPS) pour renforcer la lisibilité et l'efficacité du dispositif ;
- structurer les relais entre les CSAPA référents en matière de prévention (ANPAA, ADISSA) et les autres CSAPA du territoire afin de garantir une qualité d'intervention homogène sur le territoire de santé.

• Territoire du Havre

Contexte du territoire

L'état des lieux de l'existant dans ce territoire est présenté en annexe n° 3.2

Le territoire de santé du Havre est également marqué par des contrastes :

- une agglomération havraise de 250 000 habitants, regroupant un nombre importants d'acteurs mais présentant également des indicateurs socio-sanitaires défavorables ;
- des zones plus rurales avec une mobilisation d'acteurs plus difficile.

Objectifs spécifiques d'organisation territoriale

Inscrire la prévention, promotion de la santé dans un continuum tout au long de la vie

- au regard des indicateurs socio-sanitaires, développer les actions en direction des populations en situation de précarité ;
- étudier la faisabilité d'une Evaluation des Risques Sanitaires de zone sur l'agglomération havraise ;
- développer les actions de prévention des pratiques addictives en milieu professionnel, en ciblant le secteur transport/logistique et les entreprises présentant un risque industriel.

Améliorer la couverture vaccinale

- faciliter l'accès à la vaccination sur les aires des gens du voyage, dans les PASS, dans les missions locales, dans les UCSA et dans les structures pour personnes handicapées.

Augmenter les dépistages et repérages

Dépistage organisé des cancers :

- améliorer l'accès aux dépistages sur les territoires de proximité de Bolbec, Fécamp et du Havre ;
- sensibiliser le grand public à l'échelle du territoire notamment lors des campagnes nationales « octobre rose » et « mars bleu » et identifier les freins au dépistage

Dépistage repérage IST/VIH

- développer une offre sur le territoire de Bolbec/ Lillebonne ;
- améliorer le dépistage et le traitement chez les partenaires des personnes infectées (chlamydiae) ;
- élargir le dépistage aux gonococcies.

Poursuivre la structuration de l'éducation thérapeutique du patient

- proposer des programmes en cancérologie ;
- développer une offre d'ETP sur Fécamp, Bolbec, Lillebonne ;
- définir une stratégie de collaboration, de coordination des acteurs en intra hospitalier et extra hospitalier afin de mutualiser certaines prestations ainsi que de les coordonner notamment en extra hospitalier.

Poursuivre l'animation de la territorialisation de la politique régionale

- consolider les RLPS/ASV, et en particulier réorganiser les RLPS Risle Estuaire et Risle Charentonne,
- développer les actions sur l'ensemble des territoires de proximité (Caudebec en Caux, certains cantons du pays des Haut-de falaises) ;
- mettre en place un contrat local de santé avec la CODAH ;
- préciser l'articulation entre les structures de référence (CSAPA Nautilus, ANPAA) pour accompagner efficacement le développement de l'offre de prévention dans les territoires peu ou pas couverts ;
- poursuivre la coopération avec les acteurs du monde du travail investis dans la prévention (des pratiques addictives), notamment en mobilisant l'association « Alcool, addictions et travail » ;
- redéfinir les missions des réseaux « Maillage » et « Rhafu » et leurs articulations avec les RLPS / ASV ;
- articuler étroitement les acteurs de la prévention en addictologie et les équipes de la prévention spécialisée (chargées du suivi des jeunes en difficulté) financées par le Conseil Général.

• Territoire de Dieppe

Contexte du territoire

L'état des lieux de l'existant dans ce territoire est présenté en annexe n° 3.3

Le territoire de Dieppe montre des contrastes importants entre Dieppe et son agglomération qui bénéficie d'une dynamique d'acteurs à souligner et le reste du territoire, en particulier la vallée de la Bresle qui est marquée par des indicateurs socio-sanitaires défavorables.

La faiblesse des ressources disponibles sur ce territoire nécessite le développement des interventions portées par des acteurs départementaux et régionaux.

Objectifs spécifiques d'organisation territoriale

Inscrire la prévention, promotion de la santé dans un continuum tout au long de la vie

- déployer des actions sur la périnatalité, la santé mentale, les addictions (avec un recentrage sur l'alcool), les maladies chroniques notamment dans les cantons les plus exposés (Eu, Blangy sur Bresle) ;
- soutenir les actions alliant prévention et intervention de proximité (lien entre prévention, accompagnement et soin), par exemple en retravaillant les modalités d'intervention de la consultation jeune consommateur du CSAPA de l'ONM ;
- un travail important doit être mené sur le territoire autour de la notion d'accompagnement à la santé et de l'accès à la santé et à l'autonomie afin d'inciter aux recours aux soins réguliers et non plus dans l'urgence ;
- intégrer dans les projets de Maison ou Pôle de Santé Pluridisciplinaires des actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.

Améliorer la couverture vaccinale

- poursuivre la campagne contre le méningocoque B14 (sensibilisation des médecins généralistes et des pharmaciens et de la population) en fonction des recommandations du Haut Comité à la Santé Publique et des instructions de la Direction Générale de la Santé.

Augmenter les dépistages et repérages

La sensibilisation de la population au dépistage (cancer, IST, VIH) est un enjeu majeur du territoire qui ne peut être menée qu'en mobilisant l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé.

Concernant le dépistage organisé des cancers (et surtout celui du cancer colorectal) :

- « remobiliser » les médecins généralistes sur la nécessité de faire adhérer leurs patients aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal ainsi que les médecins du travail et autres professionnels du champ médico-social surtout dans les cantons de Eu, Blangy sur Bresle, Dieppe, Fontaine le Dun (cantons où les taux de participation au dépistage sont les plus faibles) ;
- sensibiliser le grand public à l'échelle du territoire notamment lors des campagnes nationales « octobre rose » et « mars bleu » et identifier les freins au dépistage.

On note sur le territoire de Dieppe une surmortalité importante des cancers ORL, il est donc nécessaire de :

- communiquer sur les facteurs de risques (tabac/alcool) ;
- sensibiliser, former les médecins généralistes, les ORL, les chirurgiens dentistes au repérage.

S'agissant du VIH et des IST :

- promouvoir davantage le dépistage du VIH puisqu'il existe un problème de sensibilisation notamment auprès des populations à risque ;
- mener une réflexion avec les médecins généralistes, les professionnels de santé sur la promotion du dépistage et l'utilisation des tests rapides d'orientation au diagnostic pour le VIH
- communiquer sur la présence de la CDAG et du CIDDIST sur l'agglomération de Dieppe ;
- offrir une offre de consultation de dépistage au Nord du territoire et communiquer sur celle-ci.

Poursuivre la structuration de l'éducation thérapeutique du patient

Afin de développer l'offre de programmes d'ETP et d'améliorer l'accès aux populations vulnérables (précaires, handicapées...) sur le territoire de santé de Dieppe, il s'agit :

- de diffuser les listes de programmes autorisés notamment là où l'offre est inexistante ;
- d'assurer un appui méthodologique pour les demandes d'autorisation de programmes et l'évaluation (groupes de travail impliquant les coordonnateurs des programmes) ;
- de renforcer l'information, la formation des professionnels de santé libéraux sur l'ETP ;
- d'impliquer davantage le médecin traitant dans le suivi du programme d'ETP de son patient (participation au diagnostic éducatif) ;
- de renforcer la coordination des acteurs hospitaliers et ambulatoires en fonction du stade de prise en charge du patient ;
- d'inciter à la création et au développement de Maison de Santé Pluridisciplinaire qui permettrait de proposer une offre d'Education Thérapeutique en mode libéral.

Poursuivre l'animation de la territorialisation de la politique régionale

- mettre en œuvre un contrat local de santé avec le Pays Bresle & Yères en partenariat avec l'ARS de Picardie et les conseils régionaux ;
- mettre en œuvre un Contrat Local de Santé avec la ville de Dieppe ;
- structurer, à partir du partenariat existant entre les deux CSAPA et le RLPS de Dieppe, une offre locale en prévention des pratiques addictives pouvant répondre aux acteurs du territoire de santé (notamment Eu – Le Tréport).

- **Territoire de Rouen**

Contexte du territoire

L'état des lieux de l'existant dans ce territoire est présenté en annexe n°3.4

Le territoire de Rouen Elbeuf est composé par :

- des zones urbaines : les territoires de proximité de Rouen et Elbeuf/Louviers,
- une zone rurale: le territoire de proximité de Neufchâtel/ Goumay,
- une zone semi urbaine, semi rurale: le territoire de proximité d'Yvetot.

Il existe des contrastes importants en termes d'indicateurs sociodémographiques, économiques et sanitaires entre ces territoires qui nécessitent la mise en place d'organisation différenciées de la PPS.

Objectifs spécifiques d'organisation territoriale

Inscrire la prévention, promotion de la santé dans un continuum tout au long de la vie

- personnes âgées : réaliser un état des lieux des actions menées auprès des personnes âgées en s'appuyant sur les CLIC ;
- jeunes 16/25 ans suivi par les missions locales : réaliser un état des lieux des actions menées par les missions locales en lien avec l'animation régionale des missions locales :
 - o Mission locale Relais 16/25 de Rouen,
 - o Mission locale Caux Austreberthe,
 - o Mission locale d'Elbeuf,
 - o Mission locale rural du Talou,
 - o Mission locale Louviers –Val de Reuil – Andelles ;
- systématiser les actions de prévention ciblée auprès des personnes en situation de précarité, en lien avec les acteurs du secteur social (professionnels du Conseil Général, CHRS...).
- en appui sur les nombreuses ressources du territoire en matière d'activité sportive (équipements et professionnels du sport) et en matière de santé (professionnels de santé, structures d'enseignement et de recherche avec une dimension universitaire), fédérer et coordonner les compétences pour mettre en œuvre des actions de promotion de l'activité physique ou sportive.

Améliorer la couverture vaccinale

- organiser la vaccination de proximité sur le territoire de la CASE ;
- faciliter l'accès à la vaccination :
 - o sur les aires des gens du voyage situées sur le territoire de la CREA et de la CASE,
 - o dans les PASS des centres hospitaliers de Rouen, Elbeuf et Louvier,
 - o dans les missions locales,
 - o dans les UCSA des deux centres pénitentiaires de Rouen et de Val de Reuil
 - o dans les structures pour personnes handicapées.
- mettre en œuvre des vaccinations sur site par les équipes de vaccination du Conseil général en priorité dans les établissements scolaires identifiés comme prioritaires par l'Education Nationale.

Augmenter les dépistages et repérages

- renforcer les actions de sensibilisation dans le sud du territoire de santé pour le dépistage du cancer du sein et à Elbeuf, Buchy, Saint-Saëns pour le dépistage du cancer colo-rectal ;
- envisager la possibilité d'organiser une action avec Emma, IREPS et RAGV en fonction du calendrier de venue des gens du voyage sur les aires d'accueil ;
- améliorer le dépistage dans les centres pénitentiaires de Rouen et de Val de Reuil
- développer les interventions dans les quartiers défavorisés : sensibilisation des professionnels qui accompagnent ces publics
- mobiliser les médecins de ville durant « octobre rose » et « mars bleu » en s'appuyant sur les réseaux de médecins existants : Neufchatel, Val de Reuil, Petit Quevilly et Grand Quevilly et sur les pôles de santé.

Poursuivre l'animation de la territorialisation de la politique régionale

1- zone urbaine

Communauté de l'agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe

- mettre en place l'ASV d'agglomération d'accompagner les communes de la politique de la ville dans l'élaboration de projets de santé et de tisser des liens entre les structures de santé et les communes ;
- structurer l'organisation des réseaux locaux de promotion de la santé et des ateliers santé ville sur le territoire de la CREA ;
- mettre en œuvre des programmes d'actions sur les quartiers de la politique de la ville classés en groupe 1 / 4/ 5A (cf chapitre sur les territoires prioritaires) des communes de Rouen (12 537h concernés), Saint Etienne du Rouvray, Oissel, Petit-Quevilly, Grand-Couronne, Notre Dame de Bondeville, Darnétal, Canteleu, Elbeuf (12 868 h concernés) et Cléon ;
- développer des actions de santé dans les établissements scolaires identifiés comme prioritaires par l'éducation nationale : Rouen, Saint Etienne, Oissel, Soteville-lès-Rouen, Déville-lès-Rouen, Darnétal, Elbeuf et Caudebec les Elbeuf ;
- structurer une collaboration avec les services de la prévention spécialisée (financées par le Conseil général) pour la prévention des pratiques addictives auprès des jeunes en difficulté ;

Communauté d'agglomération Eure Seine

- mettre en œuvre des programmes d'actions sur les quartiers de la politique de la ville classés en groupe 1 / 4/ 5A (cf chapitre sur les territoires prioritaires) et dans les établissements scolaires identifiés comme prioritaires par l'éducation nationale des communes de Val De Reuil (10 583 h concernés) et Louviers ;

2- zone rurale : territoire de Neufchâtel-en-Bray / Gournay-en-Bray

- inscrire la santé dans les actions de développement du pays de Bray ;
- développer des actions de prévention sur le secteur de Gournay ;
- créer un réseau local de promotion de la santé à partir de la maison de la santé de Neufchâtel
- favoriser les interventions des associations régionales ou départementales sur ce secteur ;
- mettre en œuvre un programme d'actions dans le cadre du CESC inter-établissements de la commune de Neufchâtel en Bray.

3- zone semi-urbaine / semi-rurale : territoire d'Yvetot

- réajuster le territoire d'intervention du réseau local de promotion de la santé.

3.3.3 Objectif spécifique : Améliorer la qualité des actions mises en œuvre

Objectifs opérationnels

Accompagner l'ensemble des porteurs de projets de prévention-promotion de la santé dans l'inscription d'une démarche qualité.

Modalités d'organisation

1/ Les principes généraux pour l'élaboration et la mise en œuvre des projets de PPS

Les actions proposées pour la mise en œuvre du présent schéma devront systématiquement s'inscrire dans un projet reposant sur trois dimensions :

- la connaissance de la population cible (ex : jeunes, personnes détenues, gens du voyage...) et du territoire concerné,
- la maîtrise de la thématique concernée (ex : addiction, nutrition...)
- la maîtrise de la méthodologie de projet.

Lorsque le territoire est couvert par un RLPS ou un ASV, les actions devront correspondre aux priorités du programme d'actions territorial.

Ainsi, les projets devront faire intervenir un partenariat structuré et coordonné entre :

- les populations bénéficiaires et/ou leurs représentants (travailleurs sociaux, Education nationale, justice...),
- les acteurs de santé du territoire en favorisant l'articulation entre l'offre de PPS et les professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social et social. A ce titre, la mobilisation des acteurs de l'offre de soins de premier recours est indispensable : le rôle des médecins généralistes et des pharmaciens doit être renforcé et les liens avec d'autres professionnels de proximité tels que les infirmiers libéraux, les masseurs kinésithérapeutes doivent être développés,
- les coordonnateurs de RLPS et d'ASV, s'ils existent sur le territoire.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les pratiques addictives, les actions devront être menées par des opérateurs professionnels spécialisés : chargé de prévention au sein des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), équipe régionale de prévention de l'ANPAA. Les interventions d'autres acteurs devront intégrer un projet global de prévention validé par ces opérateurs professionnels.

En l'absence de promoteurs qualifiés sur le territoire, il pourra être fait appel aux compétences d'opérateurs régionaux ou départementaux voire d'opérateurs d'autres territoires de santé.

L'IREPS et le pôle de compétence en éducation et promotion de la santé pourront être sollicités pour l'accompagnement méthodologique.

En conséquence, aucune action ponctuelle ou n'impliquant pas les acteurs du territoire concerné ne pourra être retenue par l'ARS.

2/ La formation en PPSSE

L'IREPS et le PRC poursuivront le développement d'une offre de formation en PPS en direction des opérateurs en lien avec les coordonnateurs de RLPS et d'ASV.

Les formations auxquelles l'ARS participera financièrement devront s'inscrire dans le cadre de projet de prévention – promotion de la santé et le cas échéant des programmes d'actions territoriaux coordonnés par les RLPS et les ASV et conduire à la réalisation concrète d'actions dans les territoires.

Les actions en faveur de la démographie des professions de santé précisées en préambule des schémas d'organisation participeront à cet objectif.

3/ La diffusion des référentiels

L'IREPS dans le cadre de sa mission de documentation en promotion de la santé et éducation pour la santé et les coordonnateurs de RLPS et ASV s'assureront de la diffusion des référentiels validés sur la base desquels les actions de PPS devront être élaborées.

4/ La démarche d'auto-évaluation

L'ensemble des promoteurs de projets sont invités à s'engager dans la démarche d'auto-évaluation en utilisant le guide d'auto-évaluation de l'INPES construit par et pour les associations (<http://www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>).

5/ La modélisation d'actions

L'IREPS, les coordonnateurs de RLPS et d'ASV, les équipes territorialisées de l'ARS identifieront les actions susceptibles d'être reproduites dans d'autres territoires de santé. La mutualisation des expériences, les échanges de pratiques permettront de diffuser les bonnes pratiques et faciliter la mise en place d'actions validées.

6/ Efficacité globale du dispositif régional et positionnement des acteurs : la contractualisation pluriannuelle

La diversité des acteurs est une richesse pour la région. Mais la dispersion des financements et des actions hors d'une stratégie commune conduit à des effets contreproductifs :

- concentration des acteurs dans les zones les peuplées et les plus accessibles, non couvertures de territoires pourtant identifiées comme prioritaires ;
- collision des interventions avec emploi d'un discours ou d'une méthodologie contradictoire ;
- logique de concurrence induite par la recherche des financements.

L'impact global des efforts de chacun auprès de la population est ainsi fortement amoindri.

Pour maximiser l'effet des actions de prévention et de promotion de la santé, l'ARS, au-delà de la définition d'une stratégie régionale, souhaite clarifier et légitimer le positionnement des différents acteurs afin de mettre en place les conditions nécessaires à un partenariat efficace : les compétences spécifiques relatives à une thématique ou un public seront explicitées et reconnues et pourront justifier qu'un opérateur soit clairement missionné pour un type d'intervention sur un territoire donné pour un public précis.

Pour cela et à titre d'exemple, l'allocation de ressources de l'ARS s'appuiera davantage, dans la mesure du possible, sur la contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs, « la course aux subventions » ne favorisant pas les logiques partenariales et un temps de plus en plus important étant consacré à la gestion des projets au détriment de leur mise en œuvre opérationnelle.

Evaluation

- actions de formation mises en œuvre par l'IREPS et le PRC
- nombre de promoteurs utilisant le guide d'auto-évaluation
- nombre de contractualisation pluriannuelle et % crédits santé publique dédiés à cette contractualisation

Annexes

Annexe n°1 : Méthodologie d'élaboration du SRP

Annexes n°2 : Contexte régional des risques sanitaires, naturels, technologiques et environnementaux

Annexes n°3 : Etat des lieux et orientations par territoire de santé

Annexe n°3.1 Territoire de santé d'Evreux Vernon

Annexe n°3.2 Territoire de santé du Havre

Annexe n°3.3 Territoire de santé de Dieppe

Annexe n°3.4 Territoire de santé de Rouen

Annexe n°4 Liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés en décembre 2011

Annexes n°5 : Cartographies d'activité d'éducation thérapeutique

Annexes n°6 : Cartographies des territoires prioritaires

Annexe n°7 : Avis de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie 14 février 2012



DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Annexe 1

Méthodologie du SRP

LE PILOTAGE DU SCHEMA

Une équipe projet constituée des responsables de pôle et de la directrice de la direction de la santé publique a assuré la responsabilité de l'élaboration du schéma et a associé en tant que de besoin des représentants des pôles offres de santé de la DOOSA et du département Qualité, Appui à la Performance ; la transversalité entre le SRP et les deux autres schémas étant assurée dans le cadre du comité de pilotage du PRS.

Des groupes de travail ont été mis en place pour favoriser l'élaboration du SRP conformément au guide méthodologique national qui préconise une structuration du schéma selon l'architecture suivante :

- un volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN),
- un volet relatif à la prévention et à la promotion de la santé et à la santé environnementale (PPSSE).

Le diagnostic préalable à l'élaboration du SRP a été mis à disposition des groupes de travail et a porté sur :

- le diagnostic régional sur l'état de santé de la population haut-normande (*ORS et ARS*)
- les indicateurs du tableau de bord santé-environnement (*ORS et pôle SE de l'ARS*)
- le guide des intervenants en éducation pour la santé environnementale (*ORS-ARS*)
- l'identification des principales ressources dans le domaine de la prévention (*CRES-IREPS*)
- le bilan de la mise en œuvre du plan régional de santé publique (*pôle PPS de l'ARS*)
- l'état des lieux relatif aux risques sanitaires (*pôles VSS, SE et cire*)
- le bilan du SROS

CAHIERS DES CHARGES DES GROUPES DE TRAVAIL

- **Cahier des charges des groupes de travail VAGUSAN**

Chef de projet

Le docteur Benoît COTTRELLE, responsable du pôle veille et sécurité sanitaire de l'ARS, était chargé :

- d'organiser les réunions du groupe de travail,
- de préparer les travaux du groupe de travail,
- d'animer le groupe de travail,
- de proposer la rédaction du volet VAGUSAN.

Missions

A partir de l'état des lieux et des orientations stratégiques du volet « risques sanitaires » du PSRS, il s'agit de formuler des propositions pour :

- structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale : rendre visible l'organisation régionale de l'ARS et les protocoles avec les préfetures et déterminer le plan de continuité de l'ARS,
- homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes et préciser les actions de formation à mettre en place,
- développer le signalement : mobilisation des acteurs et si nécessaire adaptation aux problèmes spécifiques aux territoires normands,
- améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires : approche régionale et territoriale (notamment adaptation du système de santé),
- développer la communication sur les urgences sanitaires : organisation de la communication en cas d'urgence sanitaire, principes directeurs et outils de communication selon les publics
- évaluer le VAGUSAN : définir les modalités et indicateurs d'évaluation.

- **Cahier des charges du groupe de travail PPSSE**

Chef de projet

Le docteur Etienne COUSSENS, responsable du pôle prévention, promotion de la santé de l'ARS, était chargé :

- organiser les réunions du groupe de travail,
- préparer les travaux du groupe de travail,
- animer le groupe de travail,
- proposer la rédaction du volet PPS.

Il sera assisté par un ingénieur du génie sanitaire pour favoriser les articulation avec la santé environnementale.

Organisation des travaux

Le schéma régional devant être composé de 4 axes :

- promotion de la santé : organisation des actions sur les déterminants de santé environnementaux, sociaux et économiques, liés au système de santé,
- éducation pour la santé,
- prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques : organisation des actions de prévention médicalisée ou non, en particulier vaccinations et dépistage des cancers,
- prévention au bénéfice des patients et de leur entourage et notamment l'éducation thérapeutique.

Pour chaque axe, des propositions devaient être formulées pour :

- affiner la question des territoires pertinents : déclinaison des activités de PPS selon les niveaux de territoires : régional, santé, 1^{er} recours, proximité,
- à partir du bilan du PRSP et du recensement des ressources par l'IREPS, identifier et prévoir l'évolution des ressources régionales et par territoire de santé :
 - o qui fait quoi, pour quel public, sur quel territoire, avec qui ?
 - o quels sont les freins et les leviers pour une bonne couverture (quantitative et qualitative) de la région en offre de PPS ?
- à partir de la définition des territoires et du recensement des ressources, proposer les évolutions de l'organisation en tenant compte des orientations stratégiques du PSRS : qui devrait faire quoi, pour quel public, sur quel territoire, avec qui ? Un lien avec les groupes domaines stratégiques devra être organisé si ces groupes restent fonctionnels,
- évaluer le volet PPS : définir les modalités et indicateurs d'évaluation.

Le schéma régional de prévention étant l'outil de territorialisation de la politique régionale de PPSSE, la réflexion sera organisée à partir d'un groupe de travail régional et d'un sous groupe territorial par territoire de santé.

- *groupe de travail régional*

Le groupe de travail régional sera consulté sur :

- le bilan de la mise en œuvre du PRSP ;
- la méthodologie de travail proposé.

Il avait pour mission de proposer les principes généraux de l'organisation des acteurs de PPSSE et de veiller à la cohérence des propositions formulées par les sous-groupes de travail territoriaux.

Il était composé de représentants institutionnels et des têtes de réseaux au niveau régional :

- représentants de l'ARS : pôle PPS, pôle SE, pôle offre de santé, pôle offre médico-sociale, département qualité et appui à la performance, conseiller médical de l'ARS, pilotes des groupes thématiques périnatalité-petite enfance et addictions
- Pr CZERNICHOW,
- Rectorat – inspections académiques,
- DRJSCS
- DDCS 27 et 76
- Conseils généraux,
- Conseil régional (Mme GAY),

- CRES-IREPS (M BOUCHE),
- ORS (Dr VILLET),
- PLSP (Dr REVILLON),
- 1RLPS-1ASV à désigner,
- FNARS,
- URIOPSS,
- FHF et FHP.

Concernant la périnatalité-petite enfance et les addictions, les groupes de travail régionaux ont été maintenus après la phase PSRS et auront pour mission d'alimenter les trois schémas d'organisation dont le SRP.

- *Réunions territoriales*

Pour chaque territoire de santé, des réunions territoriales ont été organisées avec pour mission, à partir de l'état des lieux des problématiques du territoire et des actions menées de proposer les modalités d'organisation des acteurs de PPSSE.

	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux-Vernon	Territoire de Rouen
Promotion de la santé , éducation pour la santé	6 avril matin	5 mai matin	16 mai matin	24 mai matin
Education thérapeutique	6 avril après midi	5 mai après midi	16 mai matin	24 mai après midi
Repérage et dépistage	12 avril matin	12 mai matin	19 mai matin	26 mai matin
Vaccinations	12 avril après midi	12 mai après midi	19 mai après midi	26 mai après midi

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Annexe 2

Etat des lieux des risques sanitaires et environnementaux

ANNEXE N°2

ETAT DES LIEUX DES RISQUES SANITAIRES ET ENVIRONNEMENTAUX

1.1. Les risques naturels et technologiques

Documents ressources pour intervention ARS / CIRE :

- http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/index.html
- <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/exceptio/methodo/guid1103.pdf>
- http://www.eure.pref.gouv.fr/site/content/download/964/5388/file/PLAN_ORSEC_27_AVRIL_2009.PDF
- <http://www.seine-maritime.gouv.fr/spip.php?rubrique72>
- <http://www.risques.gouv.fr>

Définition de programme :

- Peraic : l'InVS a mis en place le programme relatif à la préparation en réponse aux accidents industriels et aux catastrophes (Peraic) afin de préparer l'événement en amont et d'être en capacité de répondre aux objectifs suivants :
 - évaluer l'impact sanitaire de l'événement et des mesures de gestions entreprises ;
 - identifier les populations les plus vulnérables ;
 - repérer les problèmes de santé à traiter prioritairement et alerter sur des problèmes de santé non anticipés ;
 - enrichir les connaissances sur d'éventuels facteurs de risques.

FICHE 1.1.1 : Les risques naturels

Description des dangers	Risques et effets
<p>On distingue trois types d'évènements naturels susceptibles d'avoir un impact sanitaire sur les populations :</p> <p>L'inondation qui est une submersion plus ou moins rapide d'une zone, provoquée principalement par des pluies importantes, durables ou exceptionnelles lors de phénomènes orageux. Une inondation peut se traduire par les ruissellements en vallée sèche et sur les pentes le débordement d'un cours d'eau (inondation de plaine), la remontée d'une nappe phréatique, la stagnation des eaux pluviales, l'accumulation des points bas et le débordement des réseaux d'assainissement.</p> <p>Le mouvement de terrain qui est un déplacement plus ou moins brutal du sol ou du sous-sol. On peut observer ce phénomène le long des falaises crayeuses de la vallée de la Seine ou sur le littoral par des écroulements et chutes importantes de blocs. Le littoral a connu plusieurs éboulements de falaises (1999 : Veules les Roses et Etretat - 2001 : Octeville sur Mer, 2010 Quiberville...). En plaine, hormis le pays de Bray, il existe sur l'ensemble de la région un risque potentiel d'affaissement plus ou moins brutal de cavités souterraines naturelles ou artificielles (carières, marnières...). En effet, l'exploitation souterraine de la marne, du sable, des silex ou de l'argile s'est pratiquée jusqu'en 1940. De nombreux effondrements de terrain se produisent régulièrement après des pluies hivernales, avec une intensification depuis 1995. Un mouvement de terrain peut se traduire par des glissements de terrain sur des versants instables, des écroulements en masse et chutes de pierres ou de blocs, des affaissements et effondrements de cavités souterraines</p> <p>La tempête qui se caractérise par des vents violents. Elle peut toucher le littoral mais aussi l'intérieur des terres. Ces vents peuvent engendrer des détériorations plus ou moins importantes des biens (lignes électriques...). Sur le littoral, en plus des vents violents qui la caractérisent, la tempête peut se traduire par des inondations dues à la concomitance de plusieurs facteurs aggravant une situation de chute de pression barométrique : vents forts venant de la mer associé à un fort coefficient de marées. Les conséquences pour les populations peuvent donc être multiples</p>	<p>Les risques immédiats inhérents sont les décès directs par noyade, accidents et traumatismes, ou indirects par impossibilité de recours aux structures de soins d'urgence. Au-delà des décès, il s'agit également des traumatismes, pouvant occasionner un nombre élevé de blessés mobilisant alors l'ensemble des structures de soins et leur personnel soignant. Enfin, il peut s'agir de décompensations aiguës de pathologies chroniques sous-jacentes (traitées ou non) liées directement au stress occasionné par le cyclone ou au non recours possible au système de soin.</p> <p>Les impacts d'une tempête sur l'habitat (destruction partielle ou totale de l'habitat conduisant à la mise en place de lieux d'hébergement collectifs sources de promiscuité), sur l'environnement (surproduction de déchets, pullulation de vecteurs, dissémination de produits contaminants ...), sur les ressources en eau potable (dégradation de la ressource, destruction ou non fonctionnement des usines de production, destruction des réseaux de distribution) ou en électricité (interruption de la chaîne du froid) ... sont susceptibles d'entraîner rapidement la survenue de conséquences sanitaires. Dans ce contexte, les principales pathologies qu'il faut anticiper sont listés ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Maladies à transmission hydrique : virales (hépatite A), bactériennes (pathologies digestives liées aux germes fécaux) ○ Maladies d'origine alimentaire : Toxi infections alimentaires collectives (TIAC) familiales ou communautaires. ○ Maladies à transmission interhumaine : essentiellement dans les foyers de regroupements de personnes : maladies cutanées (gale, impétigo, mycoses...), infections des voies respiratoires (hautes et basses), maladies entériques. ○ Maladies vectorielles bactériennes : leptospirose (recrudescence de cas suite à la pullulation des rats et autres rongeurs du fait du développement important des déchets). ○ Traumatismes et accidents de la vie courante : plaies en rapport avec les activités de déblaiement (tronçonneuses...), brûlures en rapport avec l'utilisation de combustibles pour le brûlage des déchets, conséquences de ces traumatismes, dont le tétanos, morsures d'animaux sauvages, intoxications aiguës au CO (par utilisation inadaptée de moyens de chauffage). ○ Intoxication <p>A court et/ou à moyen termes, des problèmes psychologiques (dépressions, nervosité..) s'apparentent au syndrome de stress post traumatique. Ils peuvent apparaître dès les premières heures suivant la catastrophe et peuvent perdurer plusieurs semaines.</p>
<p>Modes d'intervention de l'ARS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Préparation de la réponse sanitaire (ORSEC nombreuses victimes et ses annexes PPI, plans blancs..). 2. En situation de crise et sous l'égide du Préfet, <ul style="list-style-type: none"> ○ contribution à l'évaluation des risques sanitaires ○ coordination des moyens sanitaires 3. Mesures de gestion post-accidentelles <ul style="list-style-type: none"> ○ évaluation et gestion des risques liés à l'eau potable, aux végétaux/viande produits sur place, ○ surveillance sanitaire et post-traumatique des populations exposées 	<p>Partenaires / Réseaux de surveillance</p> <p>Préfectures (SIRACEDPC) et services de l'Etat (DDTM, DREAL Météo France SAMU et établissements de santé, CUMP Surveillance non spécifique de la Cire basée sur SRVAHN + Sursaud (dont Oscour – fonction de la participation des urgentistes, encore très faible en octobre 2010) Cire (Peraic) SDIS27 et 76</p>

Sources d'information : dossiers départementaux des risques naturels et technologiques majeurs <http://www.seine-maritime.gouv.fr/spip.php?rubrique72> et <http://www.eure.pref.gouv.fr/categorie/secure/secucivile/sidpc/ddrm2008.php> et pour les risques sanitaires « [InVS décembre 1999, Situation sanitaire dans l'Aude à la suite des inondations - Bilan épidémiologique](#) » et [Bulletin d'alerte et de surveillance Antilles Guyane \(Basag\) de août 2007](#) Rédacteur et date : ARS HN/DSP/PSE/JLB – 15/11/2010

FICHE 1.1.2 : Les risques technologiques

Description des dangers	Risques et effets
<p>Un risque technologique majeur est lié à un événement accidentel mettant en jeu des produits ou des procédés dangereux employés au sein d'un site industriel (ou nucléaire) et sur un axe de transport. Il peut entraîner des conséquences immédiates graves pour le personnel, les riverains, les biens ou l'environnement.</p> <p>La forte industrialisation de la région se traduit par la présence de 75 établissements SEVESO pour les quels des plan de prévention des risques technologiques (PPRT) sont prescrits (carte). En outre, deux centrales nucléaires sont en activité en Seine-Maritime à Paluel et Penly. Enfin de nombreuses marchandises dangereuses traversent la région tous les jours que ce soit sur routes ou autoroutes, sur rails, par avion, sur la Seine ou encore par canalisations. Les accidents qui se produisent lors de ces transports constituent le risque de transport de marchandises dangereuses (TMD).</p>	<p>Les principales manifestations du risque technologique sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'incendie de produits inflammables dont les effets de brûlure peuvent se trouver aggraver par des problèmes d'asphyxie liés à l'émission de fumées (radio)toxiques, - l'explosion de mélanges (accidentels) particulièrement réactifs dont les effets peuvent être à la fois thermiques (brûlures) mais aussi mécaniques du fait de l'onde de choc et de la projection d'objets solides, - l'émission puis la dispersion dans l'air, l'eau ou le sol de produits dangereux (radio)toxiques en cas d'inhalation, ingestion ou contact cutané. <p>La gravité des accidents est liée notamment à la dangerosité des produits, à leur mode de contamination insidieux et évolutif et à leur persistance.</p> <p>Les impacts indirects sur l'habitat (destruction partielle ou totale de l'habitat conduisant à la mise en place de lieux d'hébergement collectifs sources de promiscuité), sur l'environnement (dissémination de produits contaminants chimiques ou radioactifs ...), sur les ressources en eau potable (destruction ou non fonctionnement des usines de production, destruction des réseaux de distribution) ou en électricité (interruption de la chaîne du froid) sur le système de santé et médico-social "neutralisant" des établissements sont susceptibles d'entraîner rapidement la survenue de conséquences sanitaires.</p> <p>A court et/ou à moyen termes, des problèmes psychologiques (dépressions, nervosité..) s'apparentant au syndrome de stress post traumatique. Ils peuvent apparaître dès les premières heures suivant la catastrophe et peuvent perdurer plusieurs semaines. Les conséquences sur l'environnement susceptibles d'engendrer un risque pour la santé sont enfin à prendre compte (eau potable, végétaux, bétail, faune, flore...).</p>
<p>Modes d'intervention de l'ARS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Préparation de la réponse sanitaire (NOVI, PPI, plans blancs, ORSEC nombreuses victimes et ses annexes..) 2. En situation de crise et sous l'égide du Préfet, <ul style="list-style-type: none"> o contribution à l'évaluation des risques sanitaires o coordination des moyens sanitaires 3. Mesures de gestion post-accidentelles <ul style="list-style-type: none"> o évaluation et gestion des risques liés à l'eau potable, aux végétaux/viande produits sur place, o surveillance sanitaire et post-traumatique des populations exposées 	<p>Partenaires / réseaux de surveillance</p> <p>Préfectures (SIRACEDPC) et services ou autorités de l'Etat (DREAL, DDTM, ASN...) SAMU et Etablissements de santé, CUMP Surveillance non spécifique de la Cire basée sur SRVAHN + Sursaud (dont Oscour – fonction de la participation des urgentistes, encore très faible en octobre 2010) Cire (Peraic) Centre de toxicovigilance et de toxicologieclinique de Rouen SDIS 76 et 27</p>

Sources d'information dossiers départementaux des risques naturels et technologiques majeurs <http://www.seine-maritime.gouv.fr/spip.php?rubrique72> et <http://www.eure.pref.gouv.fr/categorie/securite/secucivile/sidpc/ddrm2008.php>, cartographie : DREAL – HN, http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_blanc_2006.pdf ; http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_l_interieur/defense_et_securite_civiles/gestion-risques/docs/guide-orsec-q2/downloadFile/file/guide_ORSEC_G2.pdf

1.2 Les risques environnementaux

FICHE 1.2.1 : La pollution atmosphérique

Description des dangers	Risques et effets
<p>L'air ambiant que l'on respire est composé d'une multitude d'éléments nocifs ou non pour la santé. Sa qualité dépend de différents facteurs : les émissions de polluants à partir de sources fixes ou mobiles, la transformation et la dispersion de ces polluants dans l'environnement, la topographie locale et les phénomènes météorologiques qui jouent un rôle important. L'homme est donc exposé en permanence à un grand nombre de substances qu'il est difficile de quantifier. Néanmoins, l'utilisation de traceurs ou indicateurs de pollution est généralement admise. Les principaux sont : les oxydes de soufre, d'azote et de carbone, les hydrocarbures, l'ozone et les particules fines en suspension (PM10 ou 2.5).</p> <p>En région Haute-Normandie, si l'amélioration de la qualité de l'air est notable ces dernières années pour certains polluants, la région du fait de son tissu industriel et urbain présente encore des enjeux importants.</p>	<p>La pollution atmosphérique peut engendrer à court terme la survenue de symptômes respiratoires tels que la toux, l'hypersécrétion nasale, l'augmentation des crises asthmatiques, allergiques ou cardiovasculaires tels que l'infarctus du myocarde ou les troubles du rythme cardiaque.</p> <p>A long terme, des polluants atmosphériques tels que mes métaux lourds ou les hydrocarbures aromatiques polycycliques sont suspectés de participer au développement de certains cancers du poumon.</p> <p>Les études sanitaires montrent que l'impact des effets à long terme est important que celui des effets court terme. A noter que les agglomérations rouennaises et havraises sont intégrées au réseau national PSAS-9 (programme de surveillance air santé regroupant 9 agglomérations métropolitaines).</p> <p>Divers groupes de population sont qualifiés de sensibles en raison de facteurs physiologiques (jeunes enfants, personnes âgées) ou pathologiques (asthmatiques, bronchitiques chroniques, sujets présentant des troubles cardiaques ...). Leur nombre est donc élevé, au sein de la population, et la qualité de l'air doit être telle que ces personnes soient protégées contre ce qui pourrait compromettre leur développement normal ou aggraver leur état. On distinguera les populations suivantes les enfants, les personnes souffrant de maladies respiratoires ou cardiovasculaires, les personnes âgées, les sportifs.</p>
Modes d'intervention de l'ARS	Partenaires / réseaux de surveillance
<p>Relais d'information lors des pics de pollution Contribution aux travaux du S3PI, d'Airnormand, PPA, PRQA Actions PRSE 2 issues du groupe de travail « environnement extérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiche action 1 : Réduire les émissions de particules dans l'air d'origine agricole, industrielle et tertiaire ○ Fiche action 2 : Réduire les émissions de substances toxiques et d'allergènes dans l'air ○ Fiche action 3 : Identifier d'éventuels points noirs environnementaux et protéger les populations sensibles <p>Proposition d'une conduite à tenir pour les sollicitations locales sur l'exposition cumulée aux polluants atmosphériques dans les bassins industriels (à mettre en place dans le cadre du PSAS-9)</p>	<p>Airnormand, DREAL, Conseil Régional Réseaux PSAS-9</p>

Sources d'information : Airnormand, PRQA2 (<http://www.hautenormandie.fr/Environnement-Transports/Environnement/Air>), PRSE 2

Rédacteur et date : ARS HN/DSP/PSE/JLB – 15/11/2010

FICHE 1.2.2 : Les milieux aquatiques (eaux destinées à la consommation humaine, eaux de baignade et littoral)

Description des dangers –état des lieux	Risques et effets
L'alimentation en eau potable	Présence de microorganismes dans l'eau
	Les dangers (2) liés à la contamination microbienne de l'eau ne se limitent pas aux gastro-

<p>En Haute-Normandie, l'eau potable provient exclusivement du sous-sol où la ressource est abondante mais fragile en raison de la géologie et de la pression anthropique.</p> <p>L'établissement de périmètres de protection de ces captages par voie de DUP est partiellement assuré (317/453) et environ 8% des Unités de distribution (UDI) de la région ont présenté en 2009 des dépassements récurrents des limites de qualité. La contamination est majoritairement d'origine agricole (nitrates et pesticides), mais peut être également d'origine industrielle ou liée à la nature des canalisations. A noter enfin que 8 UDI sont encore concernées par les phénomènes de turbidité liés à la pluviométrie.</p>	<p>entérites aiguës. Les gastro-entérites d'origine bactérienne peuvent entraîner des complications. La dyspepsie qui se manifeste par des douleurs abdominales chroniques due à la perte de l'élasticité de la paroi intestinale peut être consécutive à une gastro-entérite. C'est aussi le cas de complications graves telles que l'arthrite réactive, le syndrome de Guillain-Barré et le syndrome hémolytique urémique (3). Enfin, d'autres agents pathogènes d'origine entérique transmis par l'eau ne provoquent pas de gastro-entérites : virus de l'hépatites A ou E, <i>Helicobacter pylori</i>, responsable de l'ulcère et du cancer de l'estomac (4). Certaines bactéries pathogènes transmises par l'eau ne sont pas d'origine entérique. Ce sont des bactéries qui vivent dans l'environnement et peuvent engendrer des infections, le plus souvent chez des personnes immunologiquement fragiles. La plus connue est la légionelle.</p>
<p>Sur les 453 captages d'eau potable (Eure:196 - Seine Maritime:257), seuls 317 captages disposent d'une Déclaration d'Utilité Publique établissant leurs périmètres de protection et l'état d'avancement est variable pour les 117 captages dont la procédure est encore en cours.</p>	<p>Présence de composés chimiques</p> <p>Les pathologies associées à la pollution chimique de l'eau dépendent de nombreux facteurs : type de polluant, dose d'exposition, durée d'exposition... Hormis les cas d'intoxications ponctuels, le plus souvent liés à une détérioration de la qualité de l'eau à l'intérieur des bâtiments (relargage de plomb ou de cuivre), la plupart des pathologies associées aux polluants chimiques de l'eau de distribution observables aujourd'hui sont essentiellement des cancers dus à des expositions chroniques (plus de 10 ans et jusqu'à 40 ans). Différentes localisations cancéreuses ont été associées à l'arsenic hydrique (cancers de la peau, la vessie, le rein, le poumon) et aux sous-produits de chloration (vessie, colorectal).</p>
<p><u>Le littoral et les milieux dulçaquicoles et leurs usages (baignade, pêche à pied et consommation de produits de la mer)</u></p> <p>La surveillance sanitaire des eaux de baignade en région Haute-Normandie porte sur 31 plages (23 baignades en mer et 8 en eau douce). Lors de la saison balnéaire 2010, 15 sites ont été classés en catégorie A (eaux de bonne qualité) et 16 plages en B (eaux de qualité moyenne).</p> <p>On dénombre sur le littoral de Seine-Maritime une soixantaines de moulières accessibles pour la pêche à pied de loisir et une zone d'activité conchylicole constituée des parcs ostréicoles de Veules les Roses. ces gisements d'une qualité bactériologique moyenne (classement B autorisant la pêche à pied de loisirs sous réserve que soient respectées différentes recommandations sanitaires) sont en outre soumis à des développements de phytoplancton toxique et à la présence de micropolluants.</p> <p>Enfin, l'estuaire de la Seine présente une imprégnation à des polluants organiques persistants et les micropolluants émergents dont l'impact impact sur la santé des usagers nécessite une vigilance.</p>	<p>Plus récemment, l'effet adverse de certains polluants hydriques sur la reproduction et le développement des fœtus a été évoqué sans pour autant apporter d'éléments probants en faveur de l'existence d'un risque. Pour exemple, les nombreuses études épidémiologiques sur les sous-produits de chloration n'ont à ce jour pas mis en évidence de lien entre ces composés et les effets sur la reproduction et le développement.</p> <p>Le risque lié à la présence de résidus de médicaments dans les eaux naturelles, à travers la consommation de l'eau du robinet produite à partir de ces eaux naturelles, est à l'état d'hypothèse. Cette hypothèse s'appuie plus sur le grand nombre de molécules impliquées que sur les concentrations atteintes par une molécule donnée dans l'eau du robinet. Quelle que soit la molécule considérée, la dose absorbée par consommation d'eau durant toute une vie reste en effet inférieure à une dose thérapeutique quotidienne. Actuellement, aucune donnée épidémiologique n'indique d'effet sur la santé.</p>
<p>Modes d'intervention de l'ARS</p> <p>Le DGARS est chargé du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux de baignade et de la mise en œuvre des périmètres de protection des captages. Il assure en outre une surveillance de ces milieux à visée sanitaire.</p> <p>Actions CPOM:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Suivi serré des dérogations en application de la note de service du 23 décembre 2009. o Pour les pollutions diffuses d'origine agricole, des actions de protection de la ressource (démarches BAC) sont menées en complément des solutions curatives. 	<p>Partenaires / réseaux de surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> o Agence de l'eau Seine-Normandie o Conseil généraux o Services membres de la MISE 27 et de la DISE 76, dont particulièrement DDT27, DDTM 76, DREAL et DRAAF o Centre de toxicovigilance et de toxicoclinique de Rouen

- Prise en compte de l'enjeu de protection de la ressource dans le projet de PRSE2 afin de renforcer la coordination des acteurs et de mieux sensibiliser les collectivités.

Actions 1.1 à 1.3 du PRSE 2

- protéger de manière efficace les zones destinées à la production d'eau potable et aux activités de baignade
- améliorer la connaissance sur l'imprégnation du milieu par les contaminants historiques, les risques environnementaux et sanitaires associés et réduire leurs rejets et impacts
- améliorer la connaissance sur l'imprégnation du milieu par les micropolluants émergents, les risques environnementaux et sanitaires associés

Sources d'information : PRSE2, CPOM, InVS - portail eau et santé (http://www.invs.sante.fr/surveillance/eau_sante/maladies_eau.htm)

Rédacteur et date : ARS HN/DSP/PSE/JLB – 15/12/2010

FICHE 1.2.3 : Les risques liés à l'habitat

Description des dangers	Risques et effets
<p>En région Haute-Normandie, l'estimation du nombre de logements potentiellement indignes(*), utilisés en tant que résidences principales et relevant du parc privé s'élève à 46 000 logements répartis à plus de 55% en Seine-Maritime et un peu moins de 45% dans l'Eure.</p> <p>L'insalubrité concerne plus particulièrement les logements qui présentent un risque pour la santé de leurs occupants. Le saturnisme infantile lié à la présence de plomb dans les logements et les intoxications au monoxyde de carbone (CO) font l'objet d'une surveillance particulière.</p>	<p>Les logements anciens, dégradés et sans confort sont souvent à l'origine de problèmes de santé : saturnisme infantile, aggravation des maladies respiratoires, crise d'asthme, allergies, asphyxies par le (CO) pouvant être parfois mortelles.</p>
Modes d'intervention de l'ARS	Partenaires / réseaux de surveillance
<p>Le DGARS est chargé de proposer au Préfet la mise en œuvre des procédures issue du Code de la santé publique (insalubrités, mesures d'urgence, locaux impropres à l'habitation, suroccupation, plomb).</p> <p>Actions CPOM / PRSE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recentrer l'intervention de l'ARS sur la lutte contre les immeubles insalubres et dangereux ▪ Mutualiser les initiatives entre les acteurs des 2 départements de la région Haute-Normandie afin de renforcer la lutte contre l'habitat dégradé: ▪ réflexion sur la mise en place de structures territorialisées de gestion des situations, ▪ développement de la compétence par la formation des acteurs de terrain <p>Organiser le suivi des actes de polices administratives et les actions en matière de poursuites judiciaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Membres du PDLHI 76 et du GT LHI 27 ; <ul style="list-style-type: none"> ○ en particulier Conseils généraux, DDT(M), CAF ○ Parquets ○ Le CG 76 a mis en place un observatoire de l'habitat et travaille à l'élaboration d'outils de partage des informations dans le cadre de ses comités locaux habitat indigne. ○ Des systèmes de surveillance spécifiques existent pour les intoxications au CO (réseaux de déclarants intégrant notamment les SDIS et SAMUS) et le saturnisme (MDO)

Sources d'information : PRSE2, CPOM

Rédacteur et date : ARS HN/DSP/PSE/JLB – 23/09/2010

FICHE 1.2.4 : Les points noirs environnementaux

Description des dangers	Risques et effets
<p>Certaines zones géographiques, particulièrement en Seine Maritime, concentrent de nombreuses activités humaines (trafic automobile, chauffage urbain) et industrielles (zones d'activités pétrochimiques, activités portuaires...) et sont donc susceptibles d'être fortement impactées par des rejets atmosphériques de substances polluantes.</p>	<p>La population vivant dans ces zones peut faire l'objet d'une surexposition à certaines substances ou polluants toxiques pouvant engendrer une surmortalité et/ou une surmorbidity.</p>
Modes d'intervention de l'ARS	Partenaires / réseaux de surveillance
<p>Il s'agit, dans un premier temps de restituer les résultats de l'étude d'évaluation des risques sanitaires sur la zone de Port-Jérôme aux Elus de la zone lors d'un comité de pilotage. Les mesures de gestion en matière de suivi environnemental, de réduction des émissions et de recommandations sanitaires sont en cours d'élaboration. Dans un second temps, il s'agit d'organiser le suivi de la mise en œuvre de ces mesures de gestion.</p> <p>Par ailleurs, une étude de faisabilité pourrait être menée quant à l'initiation du même type de démarche sur la zone du Havre.</p>	<p>DREAL CIRE Collectivités locales et industriels concernées Ministères Santé et Environnement et agences d'expertise</p>

Sources d'information : PRSE 2
 Rédacteur et date : ARS HN/DSP/PSE/JLB – 01/10/2010

FICHE 1. 2.5 : Les risques liés au changement climatique

Description des dangers	Risques et effets
<p>Les observations montrent actuellement une élévation de la température moyenne annuelle à un rythme sans précédent. Onze des 12 années de la période 1995-2006 se situent parmi les 12 années les plus chaudes depuis 1850. Le réchauffement est plus marqué depuis 50 ans, avec une augmentation de 0,13 degrés par décade [0,10 - 0,16 °C] entre 1956 et 2005. Le Giec a conclu en 2007 que la probabilité que le réchauffement climatique actuel soit dû à l'activité humaine était supérieure à 90 % (4). La hausse de la température moyenne simulée par les différents modèles de climat d'ici 2100 pourrait être comprise entre 1,1 et 6,4 °C (4).</p>	<p>Les modifications climatiques induisent ou peuvent induire les effets suivants sur l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmentation de la température de cours d'eau et des lacs ○ Augmentation de la température de la surface de la mer ○ Augmentation de l'ensoleillement estival ○ Réduction de la durée d'enneigement ○ Hiver doux et printemps précoce ○ Diminution des gelées et de la survenue des vagues de froid ○ Vents faibles ou nuls sur de longues périodes ○ Climat plus doux, hivers plus humides et activités microbiennes et vecteurs ○ Acidification des mers ○ Vagues de chaleur et sécheresse ○ Sécheresse de la végétation ○ Feu de forêt ○ Assèchement de mares ou de cours d'eau ○ Baisse du niveau des rivières ○ Diminution du niveau des nappes phréatiques ○ Mouvement du sol (argiles gonflantes) ○ Vagues de chaleur ○ Vague de chaleur et effets directs ou indirects sur les activités microbiennes ○ Vague de chaleur et diminution de la qualité de l'air ○ Évènements de fortes précipitations ○ Inondations ○ Coulée de boue, glissement de terrain ○ Humidité et chaleur ○ Augmentation de l'activité des tempêtes ○ Augmentation de la fréquence d'élévation du niveau de la mer <p>Plusieurs risques sanitaires sont ainsi susceptibles d'être exacerbés par le changement climatique et sont classiquement identifiés dans les rapports français et européens : émergence ou réémergence de maladies infectieuses, augmentation en fréquence et en intensité des événements extrêmes, modifications profondes de l'environnement.</p>
<p>Modes d'intervention de l'ARS</p> <p>Avis du HCSP du 27 novembre 2009 relatif aux risques pour la santé liés aux effets qualitatifs du changement climatique</p>	<p>Partenaires / réseaux de surveillance</p> <p>Météofrance InVS</p>

Sources d'information : Impacts sanitaires du changement climatique en France Quels enjeux pour l'InVS ? Synthèse (mars 2010) ; Les effets qualitatifs du changement climatique sur la santé en France - Rapport de groupe interministériel (avril 2008) (<http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/themes/climat/index.htm>) **Rédacteur et date :** **ARS HN/DSP/PSE/JLB – 07/10/2010**

1.3 Les risques dans le champs des maladies transmissibles

L'évolution des taux d'incidence de certaines MDO en Haute-Normandie sur la période 2006-2009 (source InVS) a été la suivante :

	2006		2007		2008		2009*	
	nombre de cas	taux d'incidence**						
hépatite A	37	2,0	26	1,4	64	3,5	20	1,1
rougeole	nd		nd		nd		18	1,0
légionellose	43	2,4	31	1,7	22	1,2	33	1,8
IIM	57	3,1	44	2,4	60	3,3	34	1,9
tuberculose***	125	6,9	152	8,4	140	7,7	123	6,8

* données Insee 2008

** incidence rapportée à 100 000 habitants

*** 1 cas de tuberculose est un cas qui a présenté une tuberculose maladie, quel que soit son âge, et ayant conduit à la mise en route d'un traitement qu'il y ait eu ou non confirmation biologique

• Infections invasives à méningocoque (IIM)

Entre 2003 et 2009, la Haute-Normandie a connu une situation d'hyper endémie des infections invasives à méningocoque pour laquelle une campagne spécifique de vaccination a été mise en place en 2006. Afin de maintenir ces bons résultats, la vaccination par le MenBvac[®] se poursuit sur la zone de Dieppe en 2010, conformément aux recommandations du HCSP (avis d'avril 2010). Elle est proposée aux personnes déjà ciblées qui ne sont pas encore vaccinées, et aux personnes nouvellement arrivées dans la zone (nouveaux nés et nouveaux arrivants). La campagne de vaccination s'apparente donc en 2010 à un programme de vaccination destiné à maintenir ou à améliorer la couverture vaccinale sur la zone de Dieppe.

En 2009, 34 cas d'IIM ont été déclarés en Haute-Normandie. Le taux d'incidence des infections invasives à méningocoques était de 2,3/100 000 habitants en Seine Maritime et 0,9 dans l'Eure. Environ 2/3 des cas des cas étaient âgés de moins de 20 ans. Parmi les cas pour lesquels le sérogroupe était connu, le sérogroupe B restait prédominant (60%), suivi par le sérogroupe C (35%). Parmi les cas déclarés, le nombre de décès était de 5 (15%).

On notera que le taux d'incidence relatif aux IIM affiche une nette diminution, vraisemblablement liée aux effets bénéfiques de la campagne de vaccination MenBvac engagée en région depuis 2006.

• Autres maladies à déclaration obligatoire faisant l'objet d'une surveillance

Pour les autres maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance, la Haute-Normandie ne diffère pas des autres régions :

- le taux d'incidence des hépatites A poursuit sa diminution. En 2009, 22 cas d'hépatite A ont été déclarés en Haute-Normandie. Le taux d'incidence calculé sur ces cas déclarés était de 1,2/100 000 habitants (taux d'incidence national = 2,5/100 000 habitants). La quasi-totalité de ces cas étaient isolés. Aucun foyer épidémique n'a été mis en évidence dans la région en 2009
- Le taux d'incidence des tuberculoses déclarées poursuit également sa diminution,
- la rougeole présente un taux d'incidence inférieur à celui calculé au niveau national (2,5/100 000 hab). En 2009, le nombre de cas de rougeole déclarés en Haute-Normandie était de 18, il était de 27 au 12 septembre 2010. L'augmentation du nombre de cas observée en France est observée de la même manière dans la région. La couverture vaccinale est insuffisante (91% environ) en Haute-Normandie pour empêcher la diffusion du virus dans certaines collectivités. Une couverture vaccinale de 95% est l'objectif du plan d'éradication de la rougeole en France,

- le taux d'incidence des légionelloses a augmenté en 2009 pour rejoindre celui calculé en 2007 après une diminution en 2008. En 2009, 31 cas de légionellose ont été déclarés en Haute-Normandie. La plupart étaient des cas isolés. Il y a eu deux épisodes de cas groupés en 2009, concernant tous les deux des établissements de soins.

- **Autres maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance**

La surveillance des IST a été mise en place en 2001 suite à la réémergence de la syphilis en France. Coordonnée par le niveau national de l'Institut de veille sanitaire (InVS), cette surveillance s'est basée dans un premier temps sur la syphilis puis sur la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale et les gonococcies en 2004. Ce système de surveillance, baptisé RésIST, permet aux acteurs de santé publique de participer activement à la surveillance de ces infections sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, les indicateurs de suivi d'évolution des IST font partie des objectifs (n°41) de la loi de santé publique. La France a aussi pour obligation de fournir les données à l'European Center for Disease prevention and Control (ECDC) dans le cadre de la surveillance européenne des maladies transmissibles.

Jusqu'en 2006, la majorité des cas étaient signalés en Ile-de-France et dans le Nord - Pas-de-Calais. Suite à la sollicitation de centres susceptibles de faire le diagnostic d'IST dans chaque région (Ciddist, consultations hospitalières, cabinets de médecine libérale), le nombre de cas signalés augmente chaque année, particulièrement en dehors de l'Ile-de-France.

1.4 Les risques dans le domaine des soins

1.4.1 Contexte

Les événements indésirables graves associés aux soins (EIG) sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention, Ces événements constituent une préoccupation majeure à la fois pour les usagers, les professionnels de santé et les décideurs.

La Drees a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS)¹. L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de 2004. En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation.

Un certain nombre d'indicateurs qualité ont été mis en place dans les ES dans le but de suivre ses EIG. Cette démarche a permis de promouvoir dans chaque établissement une politique de lutte contre les infections nosocomiales, pour autant cela n'a pas permis de savoir si ces EIG ont régressé.

Pour répondre à une demande de transparence et de qualité, il est légitime de poursuivre cette démarche avec les partenaires, de faire évoluer ces indicateurs et de développer la certification des établissements de santé et médico-sociaux.

La région Haute-Normandie doit engager la déclinaison du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS) et ainsi prendre en compte les différentes dimensions de la prévention des infections associées aux soins.

La prévention des IAS doit être organisée dans les établissements de santé et médico-sociaux et pour les soins de ville selon trois axes stratégiques :

- développer une politique globale de prévention des IAS, prenant en compte les spécificités sectorielles et territoriales ;
- mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS ;
- agir sur les déterminants du risque d'IAS,

¹ <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

Sept plans et programmes sectoriels nationaux seront développés:

- recherche ;
- plan national de suivi épidémiologique des IAS ;
- plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques ;
- plan d'action national pour la maîtrise des BMR ;
- programme national de prévention des infections nosocomiales ;
- programme national de prévention des IAS en établissements médico-sociaux ;
- plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville,

1.4.2 Bilan des actions de prévention des infections associées aux soins en Haute Normandie

Etablissements de santé (ES)

- 71 établissements hospitaliers concernés
- existence de CLIN + EOH dans les ES et 5 équipes sectorielles
- Deux réseaux de professionnels animés par l'ARLIN
- tableau de bord des IN : progression de tous les indicateurs depuis 2004, données comparables à celles du niveau national
- signalement des IN : pas de phénomène épidémique émergent
- réseaux de surveillance : faible taux de participation pour certains réseaux (AES, REA, ...) et pas de particularité régionale dans l'analyse des résultats
- équipes sectorielles d'hygiène
 - partenariat fort en matière de prévention des IN
 - territoires d'actions hétérogènes
 - ratio en PH et IDE en hygiène pas atteint partout
 - ESH seul recours en personnel formé pour 47% des ES
 - fragilisation des réseaux
- certification
 - 94% des ES certifiés sont concernés par les risques infectieux,
 - référence la plus souvent citée porte sur le bon usage des antibiotiques,
- réunion annuelle des représentants des usagers siégeant dans les CLIN

Etablissements médico-sociaux (EMS)

- 113 EHPAD (10 372 lits) concernés dont 68 EMS pour enfants et adolescents handicapés (3 711 lits), 7 MAS (310 lits) et 22 foyers d'accueil médicalisés (737 lits)
- Pas de personnel en hygiène dédié en EMS mais recours possible à l'ARLIN (en augmentation)
- état des lieux en EHPAD (enquête 2008)
 - équipement pour hygiène des mains insuffisant pour 18%
 - 50% des EHPAD déjà confrontés à une épidémie
 - attentes : formation / rédaction de protocoles / gestion des cas groupés
- formation en EHPAD
 - 6 sessions par l'ARLIN depuis fin 2009 (HDM et PS)
 - réunion régionale annuelle depuis 2009
- gestion des cas groupés en EHPAD : élaboration d'un outil en collaboration avec la Cire

Professionnels de santé libéraux

- 6 371 professionnels de santé libéraux
- Aucune action spécifique de prévention du risque infectieux en faveur du secteur ambulatoire n'a été développée dans la région,
- Il existe une attente des professionnels, des initiatives sont à souligner :
 - 150 médecins généralistes engagés dans les « Groupes qualité en médecine générale »
 - Invitation URML à la journée des CLIN 2010
 - Ouverture des formations organisées par les ES (ex : bonnes pratiques d'utilisation des cathéters à chambre implantable, ...)



DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Annexe 3.1

Territoire de santé d'Evreux-Vernon

	DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE	
	NOTE D'ORIENTATIONS TERRITOIRE DE SANTE d'Evreux-Vernon Schéma régional de prévention 9 juin 2011	
MAJ : 16/09/2011	Rédigé par : Murielle SEREMES	

SOMMAIRE

1. Données sanitaires et sociales
 - 1.1. données sociodémographiques
 - 1.2. Etat de santé de la population
 - 1.3. offre de soins
 - 1.4. offre PPS

2. Etat des lieux des ressources disponibles

3. Les enjeux et orientations du territoire
 - 3.1. Promotion et éducation pour la santé
 - 3.2. les thématiques
 - 3.2.1. la vaccination
 - 3.2.2. le dépistage
 - 3.2.3. l'éducation thérapeutique du patient
 - 3.2.4. autres thématiques

1/ DONNEES SANITAIRES ET SOCIALES

- 1.1 Données sociodémographiques

La population du territoire de santé d'Evreux-Vernon en 2007 était de 391 413 habitants, soit 22% de la population régionale, et a connu la plus forte croissance intercensitaire des 4 territoires de santé depuis le recensement de 1999.

L'indice conjoncturel de fécondité est plus élevé dans le territoire de santé d'Evreux-Vernon, 2,17 enfants par femme contre 2,05 pour la Haute-Normandie.

Dans le territoire de santé et dans le reste de la Haute-Normandie, on ne rencontre pas le phénomène de « retard de calendrier » puisque le taux de fécondité des femmes âgées de 25-29 ans reste nettement supérieur à celui des 30-34 ans.

Les moins de 20 ans représentent plus du quart de la population, soit une population relativement jeune comparativement à la situation nationale.

De ce fait, l'indice de vieillissement¹ de la population est le plus faible des territoires de santé, et nettement inférieur à celui de la France hexagonale.

Près de 23% de la population régionale âgée de 15 ans et plus non scolarisée est non diplômée, soit une proportion supérieure à celle observée en moyenne en France métropolitaine.

22,3% de la population féminine non scolarisée est non diplômée contre 21,8% de la population masculine.

Sur le territoire, 95,4% des 15-17 ans sont scolarisés.

TS d'Evreux - Vernon	Ensemble de la population	Population scolarisée	% de population scolarisée
2 à 5 ans	21 038	15 540	73,9%
6 à 14 ans	47 658	47 229	99,1%
15 à 17 ans	16 079	15 347	95,4%
18 à 24 ans	31 172	12 667	40,6%
25 à 29 ans	22 354	748	3,3%
30 ans ou plus	242 976	1 836	0,8%
Avant 30 ans	138 301	91 531	66,2%

	% de non diplômés parmi les personnes âgées de 15 ans et plus non scolarisées		
	Hommes	Femmes	Ensemble
TS de Dieppe	25,0	27,8	26,4
TS d'Evreux - Vernon - Vernon	21,8	22,3	22,0
TS du Havre	21,4	23,5	22,5
TS de Rouen - Elbeuf	21,3	23,1	22,3
Haute-Normandie	21,8	23,5	22,7
France hexagonale	18,4	19,7	19,1

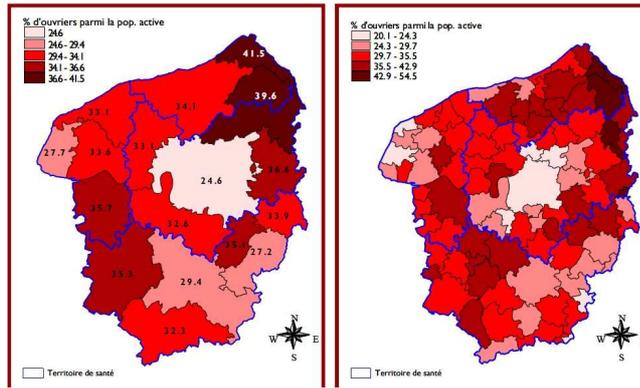
Source : Insee RP2007

On remarque que le territoire est celui qui présente le plus faible pourcentage de non diplômés parmi les personnes, âgées de 15 ans et plus non scolarisés.

Une proportion de cadres et professions intellectuelles supérieures relativement importantes (6,3%) et légèrement supérieur à celle de la Haute-Normandie.

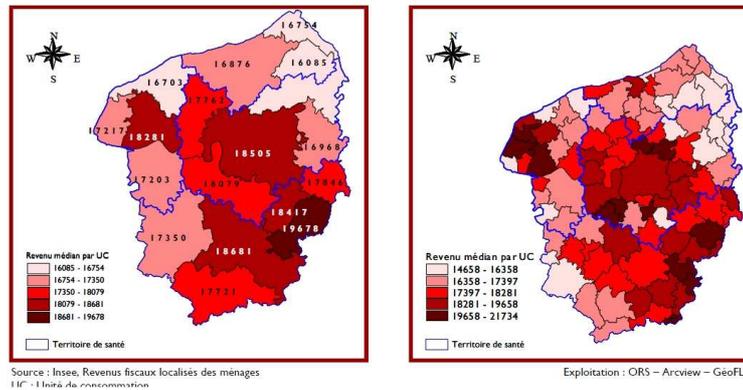
Une forte proportion d'ouvriers. La plus forte proportion d'ouvriers sur le territoire se retrouve dans l'ouest, dans le pays Risle-Charentonne.

¹ Mesure du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Source INSEE, 2007.



Au 31/12/2009, le territoire présentait une forte proportion de chômeurs de longue durée, près de 38% des demandeurs d'emploi l'étant depuis plus de 1 an.

En 2008, le revenu médian de la population des ménages haut-normands est de 17 890€ par unité de consommation (permet de raisonner en équivalent adulte). Avec 18 394€, le territoire d'Evreux-Vernon présente le revenu médian le plus élevé.

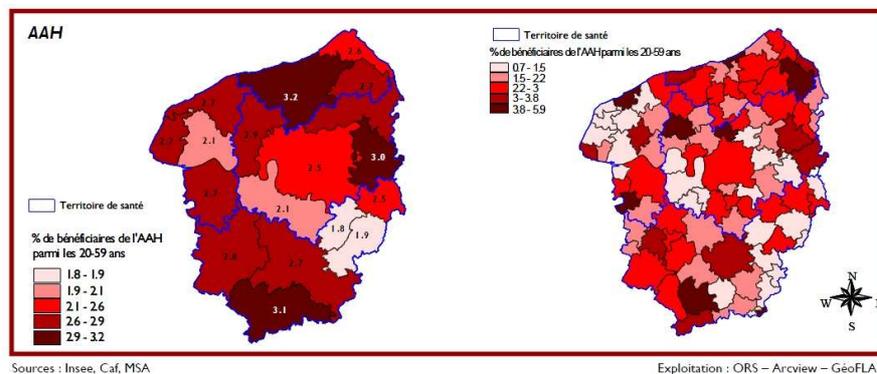


Source : Insee, Revenus fiscaux localisés des ménages
UC = Unité de consommation

Exploitation : ORS - Arcview - GeoFLA

Au 31/12/2009, la Haute-Normandie comptait plus de 40 000 bénéficiaires du Revenu de solidarité active socle et activité (hors ou avec majoration). 7 152 sur le territoire de santé d'Evreux-Vernon, soit la plus faible proportion des 4 territoires régionaux.

La proportion de bénéficiaires de l'AAH est semblable à celle observée en Haute-Normandie, mais toutefois supérieure à la référence nationale.



Sources : Insee, Caf, MSA

Exploitation : ORS - Arcview - GeoFLA

Sur ce territoire, moins d'un quart des résidences principales recensés sont des appartements, alors que sur le territoire du Havre par exemple, la proportion est de presque 43%.

Population vivant dans les quartiers politique de la ville

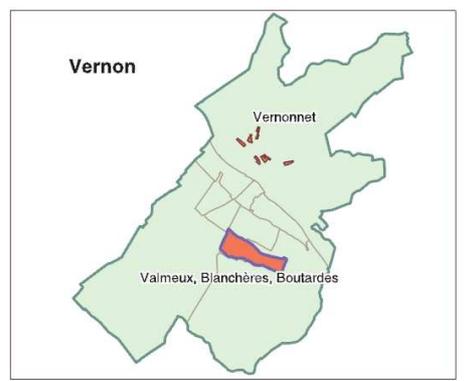
Les 89 quartiers dits CUCS de Haute-Normandie concernent 14% de la population régionale. Ils regroupent 241 000 habitants et 101 000 résidences principales.

Les populations de ces quartiers présentent des difficultés en termes de logements, d'équipement médical, de scolarisation, etc. Mais à l'extrême, certains quartiers cumulent aussi des difficultés.

On distingue cinq grands groupes de quartiers dans la région, répartis comme suit :

- le groupe 1 "une attractivité extrêmement faible et une pauvreté importante",
- le groupe 2 "une pauvreté la plus faible et une attractivité relativement élevée", (**en vert**)
- le groupe 3 "une pauvreté peu prononcée, une mixité relativement importante et un cadre de vie assez favorable",
- le groupe 4 "une pauvreté extrême, des quartiers "classiques" et de grande taille dans les grandes villes" (**en bleu**)
- le groupe 5 "une part de HLM la plus importante". (**en rose**)

Chaque groupe est homogène et se caractérise par l'intensité de pauvreté, le niveau du cadre de vie et le seuil d'attractivité du quartier.



• 1.2 Etat de santé de la population

En s'appuyant sur les affections de longue durée recensées en Haute-Normandie entre 2006 et 2007, on constate que :

Chez les moins de 15 ans, il y a une prédominance des troubles mentaux.

Entre 15 et 64 ans, on retrouve principalement des tumeurs, des maladies cardio-vasculaires et métaboliques.

A partir de 65 ans, on constate une prédominance des maladies cardio-vasculaires. Elles représentent en effet, plus de 40% des admissions en affections de longue durée à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes.

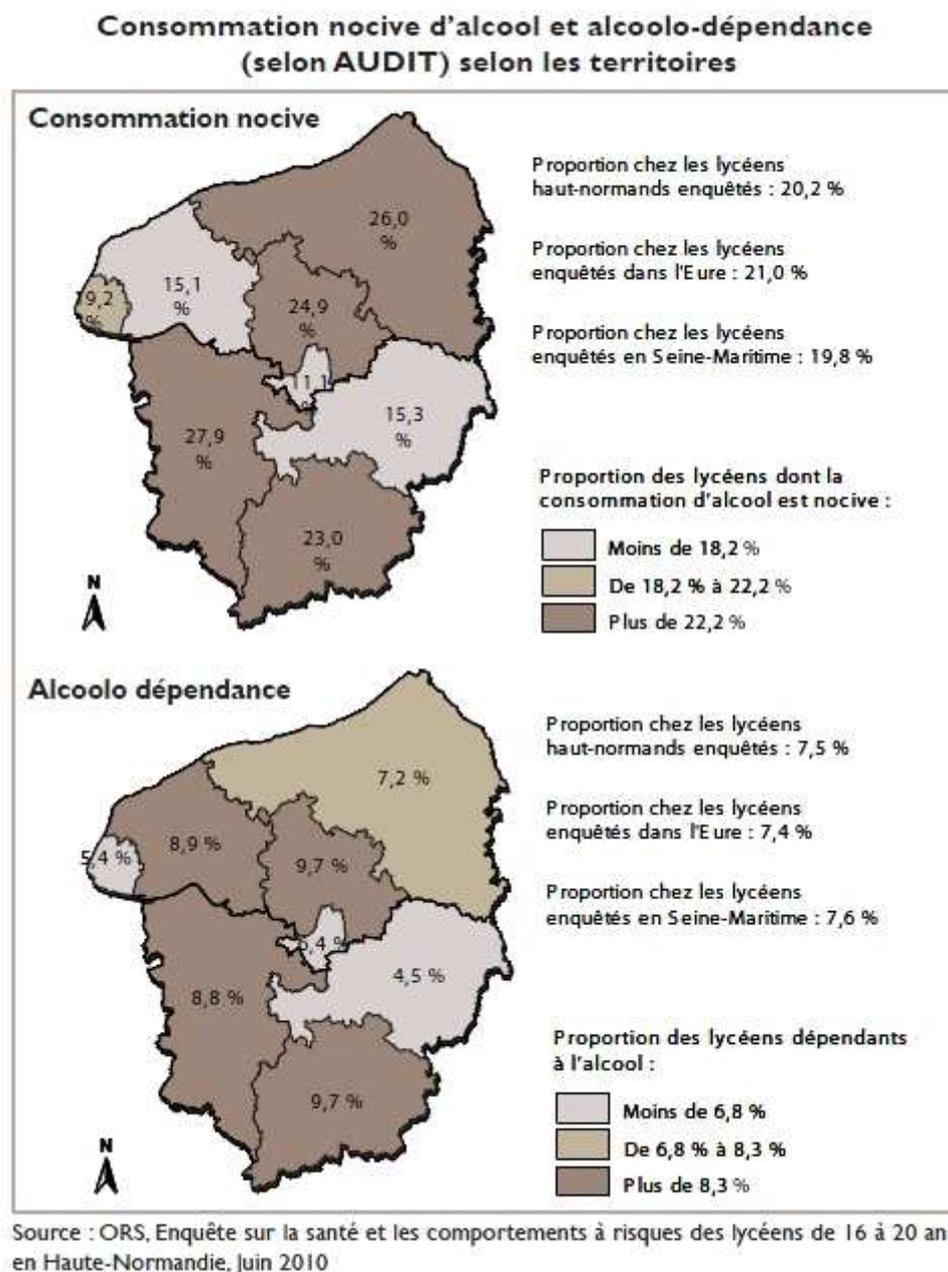
- Mortalité générale et mortalité prématurée évitable par actions sur facteurs de risque
Globalement, la Haute-Normandie présente une surmortalité générale et prématurée (<65 ans) par rapport à la France métropolitaine. Cette situation s'avère plus marquée sur le territoire de santé

d'Evreux-Vernon, avec une surmortalité significative de 3% par rapport à la région, essentiellement liée à la mortalité féminine.

Le territoire se distingue notamment par une mortalité par suicide et par accidents de la circulation plus élevée que sur l'ensemble de la région.

Chez les femmes, la mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon est la plus élevée dans le territoire de proximité de Vernon (écart significatif au taux régional).

- consommation addictions :



- 1.3. Offre de soins

Offre de soins ambulatoires

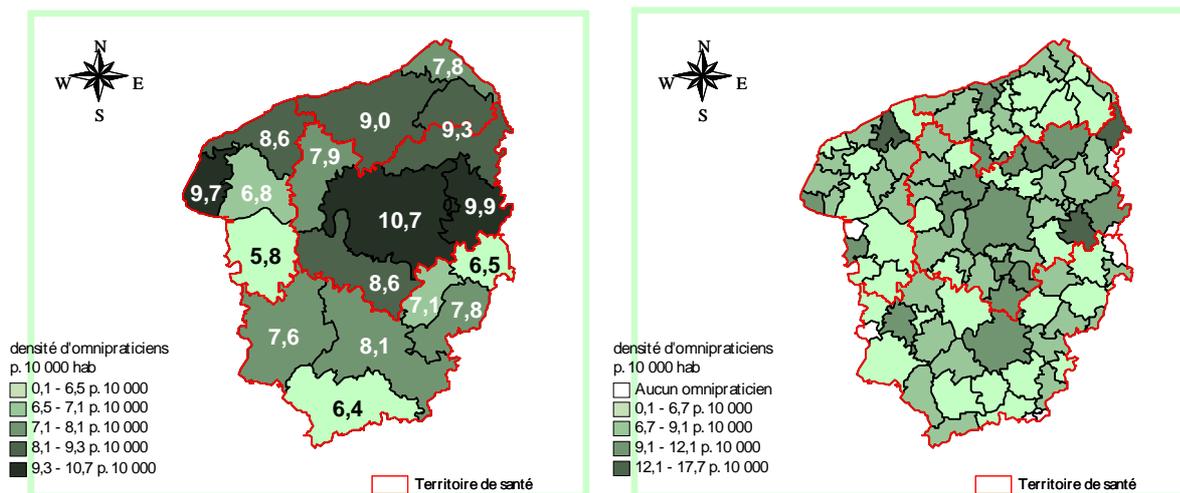
L'offre médicale libérale n'a cessé de diminuer depuis 1999. En effet, la densité de médecins généralistes à Evreux était alors de 8,4 / 10 000 habitants et en 2005 de 8,1.

L'analyse de l'offre de soins ambulatoire par territoire de proximité permet de mettre en avant les déséquilibres infra-territoriaux. La situation des omnipraticiens en septembre 2010 est relativement disparate en Haute-Normandie comme sur tout le territoire de santé d'Evreux-Vernon.

Le territoire de proximité de Gisors présente une densité de 6,5 omnipraticiens pour 10 000 habitants alors que le territoire de proximité d'Evreux se caractérise par une densité s'élevant à 8,1 médecins pour 10 000 habitants. Ces médecins ont en majorité plus de 55 ans, donc la situation change rapidement.

Toutefois, la densité d'omnipraticiens sur le territoire de santé est globalement inférieure à celle observée en région (7,6 médecins contre 9,0 médecins pour 10 000 habitants).

Densité d'omnipraticiens par territoire de proximité et territoire de 1^{er} recours



Sources : Insee RP 2007, ARS

Exploitation : ORS – Arcview – GéoFLA

* Offre de soins hors région pour les territoires de premiers recours de Dreux, Orbec, La Rivière-Saint-Sauveur, Saint-Germer-de-Fly et Formerie

Pour les infirmiers libéraux, la situation est également défavorable puisque le territoire présente une densité inférieure à celle observée en Haute-Normandie (5,0 vs 6,8 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants).

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, le territoire de proximité de Gisors présente une densité de 3,8 pour 10 000 habitants, ce qui est bien inférieur à la densité constatée en région (5,1) tandis que le territoire de proximité de Vernon présente une densité de 6,4 pour 10 000 habitants.

Concernant la profession de chirurgien-dentiste, la situation est également déséquilibrée, puisque les densités s'étendent de 2,1 professionnels pour 10 000 personnes domiciliées sur le territoire de proximité de Bernay, à 3,8 pour 10 000 habitants sur ceux de Gisors, Evreux et Vernon.

La densité de gynécologue est inférieure à celle de la région.

Offre de soins hospitaliers

Le Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine, est un établissement hospitalier de référence du territoire implanté sur le site d'Evreux et sur le site de Vernon, les deux principales agglomérations du territoire de santé.

A Evreux, on trouve également les deux seules cliniques médico-chirurgicales de l'Eure (Bergouignan et Pasteur), un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CHS de Navarre) et l'Hôpital de La Musse, établissement privé participant au service public hospitalier (ou Etablissement de santé privé d'intérêt collectif) de soins de suite et de réadaptation.

L'offre hospitalière est complétée par trois centres hospitaliers de proximité situés aux limites du territoire et de la région. En matière de soins de suite, six hôpitaux locaux et deux établissements privés participant au service public hospitalier sont implantés dans des secteurs ruraux.

Maisons de santé pluridisciplinaires

Une maison de santé doit se définir comme un regroupement de professionnels de santé mais éventuellement aussi d'acteurs sociaux, autour d'un projet de santé élaboré par les professionnels de santé au sein d'un territoire.

Les principales missions confiées à ces maisons de santé doivent être l'ensemble des soins primaires : soins de premier recours, prise en charge chronique, coordination de la santé, prévention, dépistage, éducation pour la santé.

Le projet de Gaillon-Aubevoys porté par la communauté de communes Eure-Madrie-Seine, est le plus avancé du territoire de santé. Les travaux doivent démarrer en novembre 2011 au plus tard. Le projet comporte l'axe sanitaire, mais également l'axe prévention et l'axe social.

8 projets ont été présentés à l'ARS et 2 ont reçu un avis favorable.

La psychiatrie dans l'Eure

La Haute-Normandie, et plus encore le département de l'Eure, connaissent une offre de soins psychiatrique très déficitaire, tant publique que privée. Il n'existe dans la région qu'une seule clinique privée à la limite de la Seine-Maritime et de l'Eure. Quant aux psychiatres de ville, ils ne sont plus qu'une dizaine dans l'Eure. La densité médicale en 2009 pour l'Eure est de 2,1 contre 10,4 pour la France entière. Cette pénurie est intensifiée par une pyramide des âges importante et des futurs départs en retraite dans les 5 ans.

La psychiatrie publique de l'Eure est organisée en 6 secteurs de psychiatrie générale rattachés au CHS de Navarre à Evreux (4 secteurs), et aux centres hospitaliers de Vernon et Bernay, et en trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à ces trois hôpitaux. Les difficultés des trois établissements pour recruter des médecins psychiatres sont importantes (faute de pédopsychiatres à Bernay, le CHS de Navarre assure la suppléance depuis 2009). La démographie hospitalière fait apparaître la vacance de 11,5 postes sur un effectif théorique de 54,5 postes théoriques.

S'agissant de la psychiatrie publique le coût moyen par habitant est de 140 euros France entière, 110 euros Haute-Normandie, 83 euros Eure.

Le CHS de Navarre assure intégralement l'hospitalisation complète des patients du département (276 lits), ce qui ne facilite pas la continuité des soins.

Le CHS qui est en cours de reconstruction et de réorganisation est dans une situation financière très fragile et se trouve confronté à une saturation chronique de ses capacités d'hospitalisation.

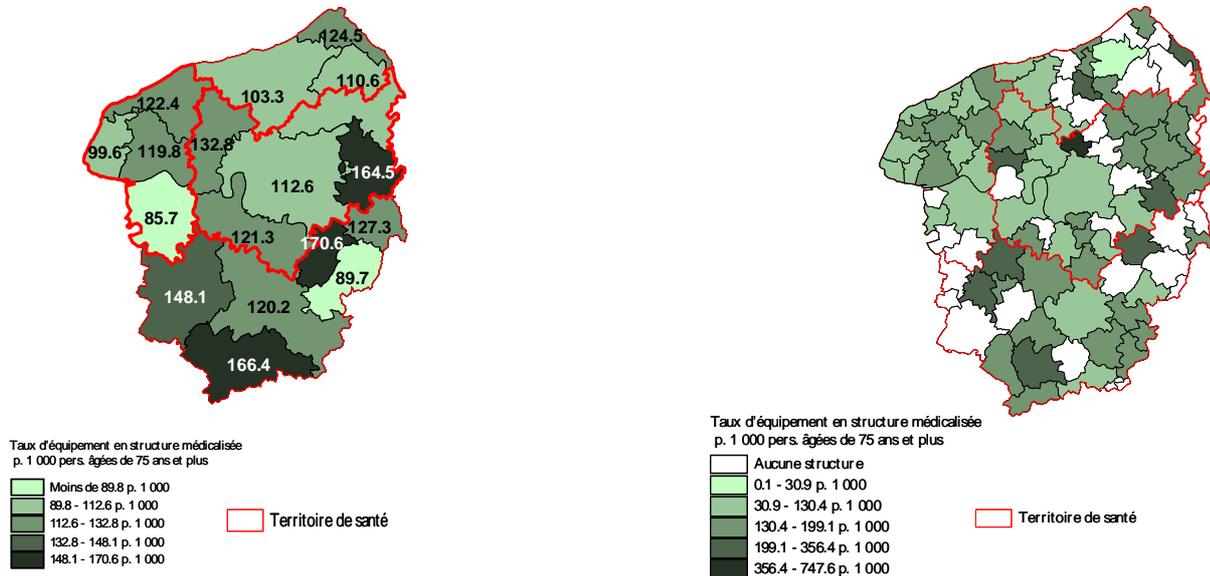
Face à cette situation très dégradée et suite au récent rapport de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale sur le CHS de Navarre, l'ARS a engagé avec les acteurs concernés un important travail fondé sur :

- le renforcement de l'offre de soins de proximité et de la présence psychiatrique aux urgences des hôpitaux généraux (en 2010-2011 financement d'un centre d'accueil et de crise [CAC] et d'unités mobiles au CHS de Navarre).
- le rapprochement et la mise en place de partenariats renforcés entre le CHS et les hôpitaux de Vernon et Bernay. Il est envisagé un rattachement du secteur de Bernay au CHS.
- le développement d'une offre médico-sociale adaptée et la mise en place d'un programme de résorption des hospitalisations inadéquates (plus de 100). Ouverture de trois maisons d'accueil pour handicapés : Gisors, Evreux et Epaignes, soit 77 lits et 5 places d'accueil de jour à échéance juin 2012.

Les personnes âgées :

Avec plus de 16 500 places autorisées dans les différentes structures d'hébergement médicalisé, la région dispose d'un taux d'équipement de 116 places médicalisées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en août 2010.

Taux d'équipement en structures d'hébergement médicalisé pour personnes âgées par territoire de proximité et territoire de 1^{er} recours au 31/08/2010



On constate que le sud du territoire de santé d'Evreux-Vernon, est l'un des mieux équipé de ce territoire. D'ailleurs ce territoire est le mieux doté de la région en structures d'hébergement complet ou temporaire pour personnes âgées ainsi qu'en lits médicalisés. Par contre, ce territoire est déficitaire en ce qui concerne les places de services de soins infirmiers à domicile notamment le secteur de VERNON.

Si l'offre d'équipement départemental pour les personnes âgées est satisfaisant, il est néanmoins prévu quelques extensions non importantes en EHPAD notamment pour prendre en compte l'impact des recompositions hospitalières. L'inégalité de la répartition par territoire doit être également prise en compte notamment sur Gisors et Vernon. Des lits d'hébergement temporaire doivent également être développés. En ce qui concerne la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, une programmation de Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD et d'équipes spécialisées en SSIAD est d'ores et déjà prévue.

Les adultes handicapés :

Taux d'équipement en structures d'accueil pour adultes handicapés en 2010

Territoire de santé	Taux d'équipement en hébergement pour adultes handicapés	Taux d'équipement en établissements de travail protégé
DIEPPE	5,9	3,4
EVREUX	6,2	5,3
LE HAVRE	5,0	3,8
ROUEN	4,6	3,7
Haute-Normandie	5,1	4,1
Fr métropolitaine	4,3	4,2
01/01/2008		

Sources : ARS, Insee RP2007

* P. 1 000 personnes âgées de 20-59 ans

En ce qui concerne les personnes handicapées, si l'offre d'équipement en faveur des adultes est satisfaisante, elle doit être développée pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, de structures souples d'accueil pour handicapés psychiques (SAMSAH, Groupement d'Entr'aide Mutuelle (GEM) et accueil de jour).

Les enfants handicapés :

Le territoire de santé d'Evreux-Vernon est le territoire présentant le meilleur taux d'équipement en structures d'accueil, et se situe largement au dessus du taux d'équipement en France métropolitaine. Mais l'accent doit être mis sur l'offre en faveur des enfants handicapés et notamment l'accueil de jeunes autistes et de déficients visuels.

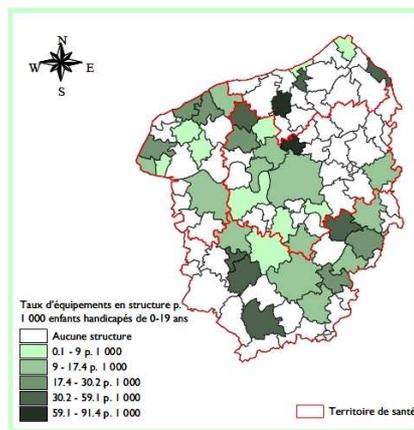
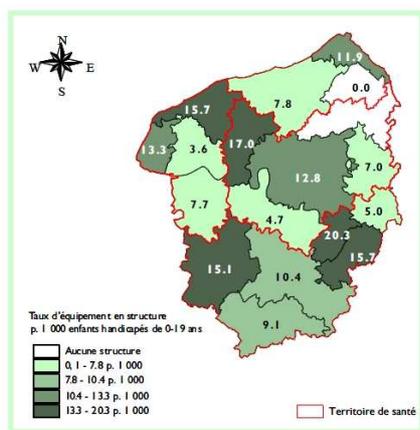
Taux d'équipement en structures d'accueil pour enfants handicapés en 2010

Territoire de santé	Taux d'équipement pour enfance et jeunesse handicapée
Dieppe	8,1
Evreux-Vernon	12,4
Le Havre	11,2
Rouen - Elbeuf	10,7
Haute-Normandie	11,0
Fr métropolitaine 01/01/2008	8,9

Sources : ARS, Insee RP2007

* P. 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans

Taux d'équipement en structures d'accueil pour enfants handicapés par territoire de proximité et territoire de 1^{er} recours au 31/08/2010



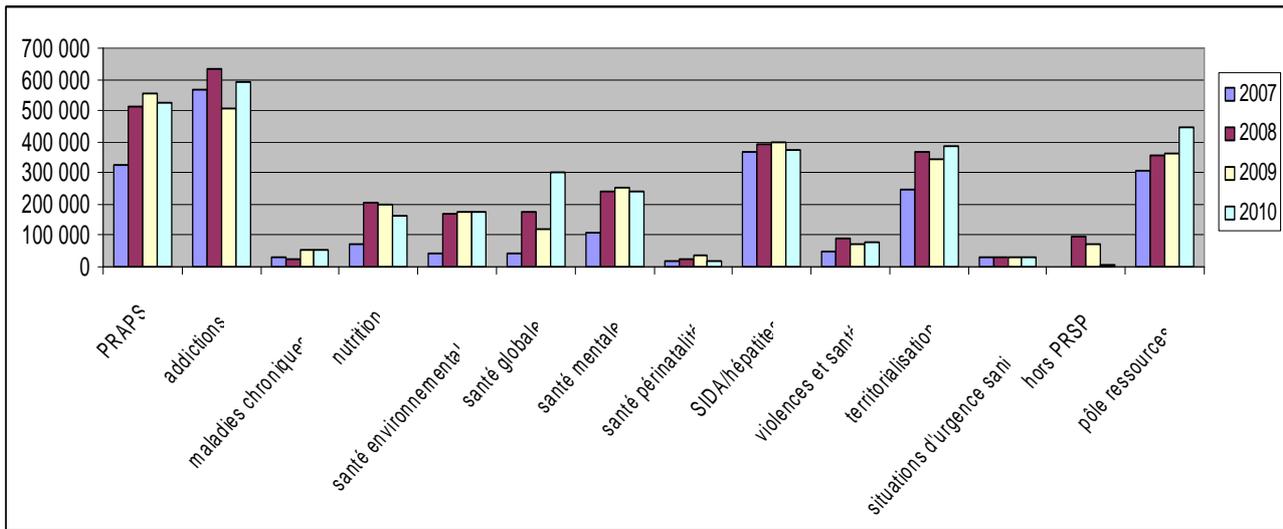
Sources : Insee RP 2007, ARS

Exploitation : ORS – Arcview – GéoFLA

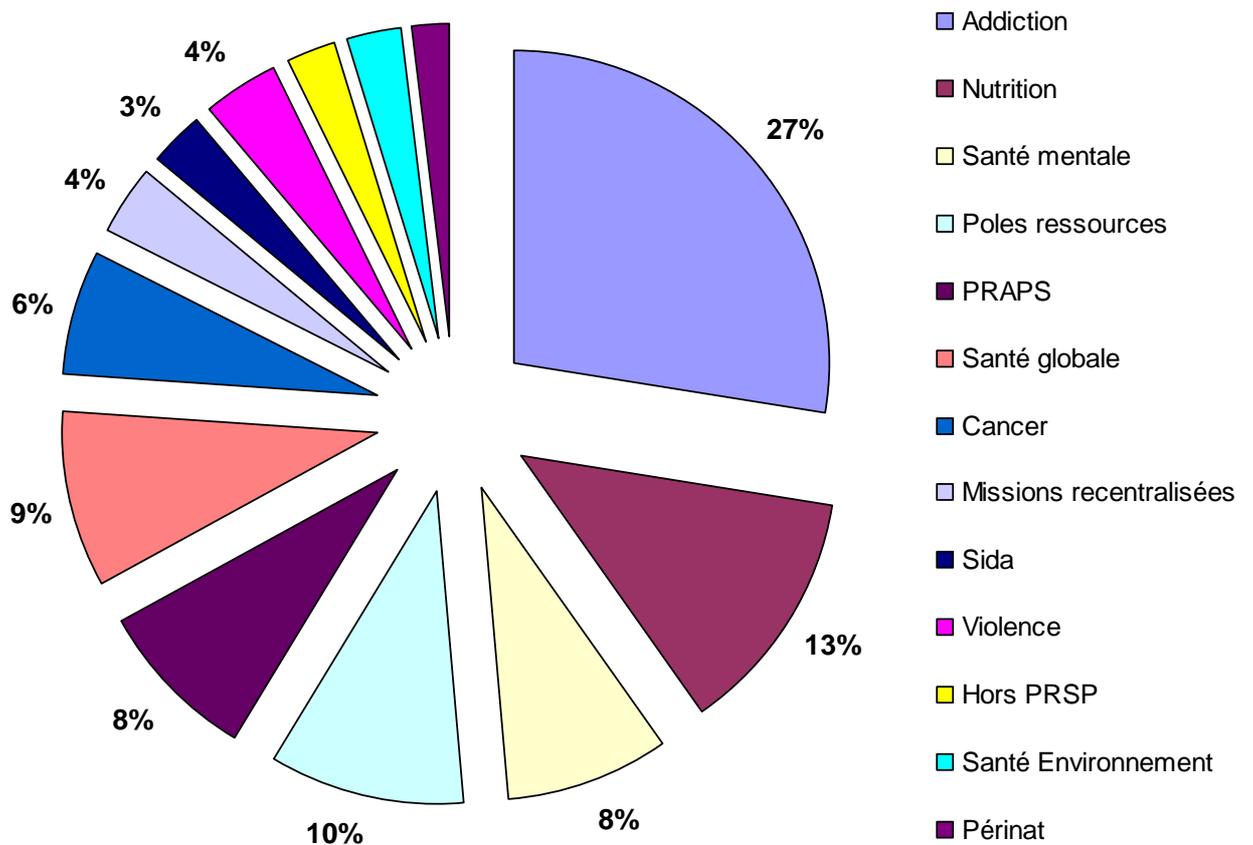
* Offre de soins hors région pour les territoires de premiers recours de Dreux, Orbec, La Rivière-Saint-Sauveur, Saint-Germer-de-Fly et Formerie

• 1-4 Offre de PPS

Répartition des financements hors actions recentralisées et cancer en Haute-Normandie (correspondant majoritairement à du fonctionnement) :



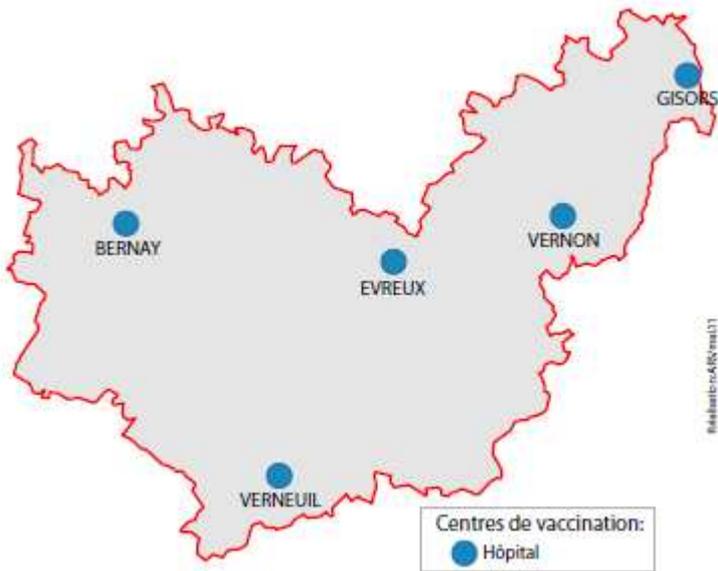
Etat des lieux des actions financées dans le cadre du GRSP et du CUCS 2009 dans le territoire de santé



La thématique santé était peu représentée dans les actions financées par le CUCS en 2008. Une seule action retenue, 3 en 2009 et en 2010, environ 6 actions comportant la thématique santé ont obtenu un financement.

Analyse des actions et ou résultats dans le territoire :

- o Vaccination



Mission « recentralisée » assurée par 5 centres situés dans les hôpitaux. Difficultés liées à la démographie médicale, réflexion sur protocole de coopération.

Manque de données sur la couverture vaccinale

Problème de manque d'informations scientifiques validées des MG et difficultés à assimiler les changements dans le calendrier vaccinal

Initiatives vers des populations cibles: ex Verneuil séances de vaccination à la mission locale.

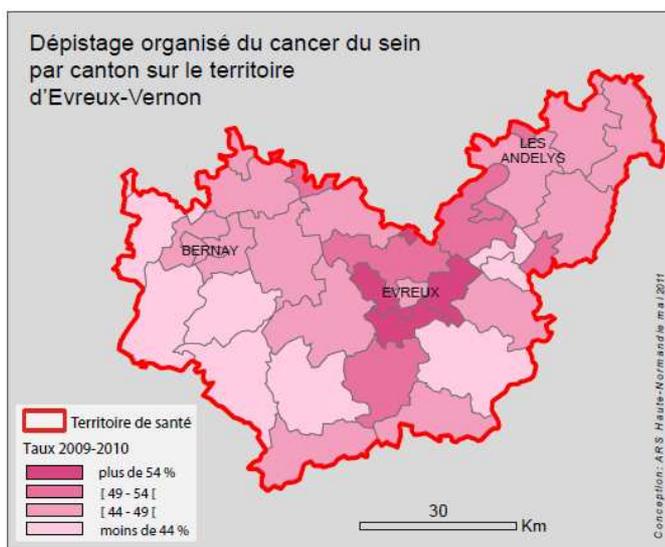
Infirmiers libéraux, frein lié à la nécessité de prescription médicale

- o dépistages et repérages

Repérage et dépistage des IST/VIH: 1 CDAG/CIDDIST au CHI sur site d'Evreux, 4 CIDDIST sur Bernay, Verneuil, Vernon, Gisors (missions « recentralisées » sur les CH

Tuberculose: centre de lutte anti-tuberculeux au CHI d'Evreux

Problèmes de démographie médicale.



Objectif national : 70%

Territoire de santé : 44,7 %

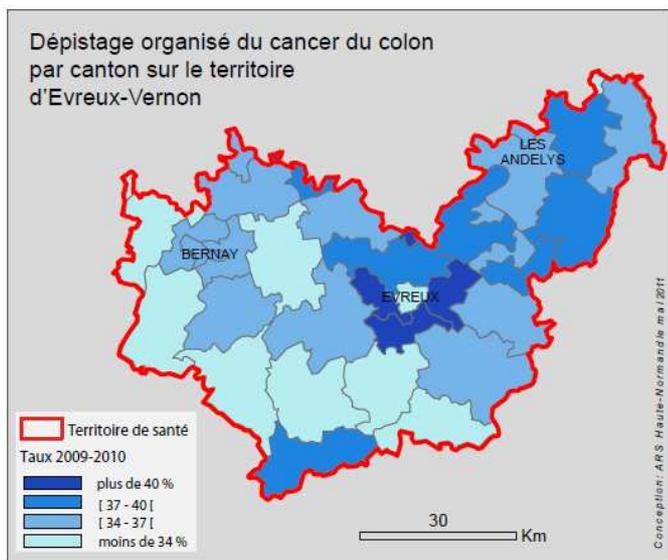
Eure : 46,12%

Région : 60%

Les chiffres du dépistage organisé du cancer du sein dans le territoire de santé d'Evreux-Vernon sont éloignés de l'objectif national et inférieurs au taux de participation constaté dans la région Haute-Normandie.

Certains cantons présentent des taux inférieurs à 44%, surtout dans les cantons situés à l'ouest du territoire et ce, même si la participation est en constante progression. Le canton d'Evreux Nord participe faiblement alors que le reste du canton présente un taux de participation supérieur à 54%.

Selon l'INSEE, l'Eure compterait 82 462 femmes de 50 à 75 ans. 38 448 femmes ont été invitées à se faire dépister. Le taux de participation est de 58,9 % par rapport à la population invitée. En rapportant à la population invitée, le chiffre de participation est plus élevé.



Objectif national : 45%

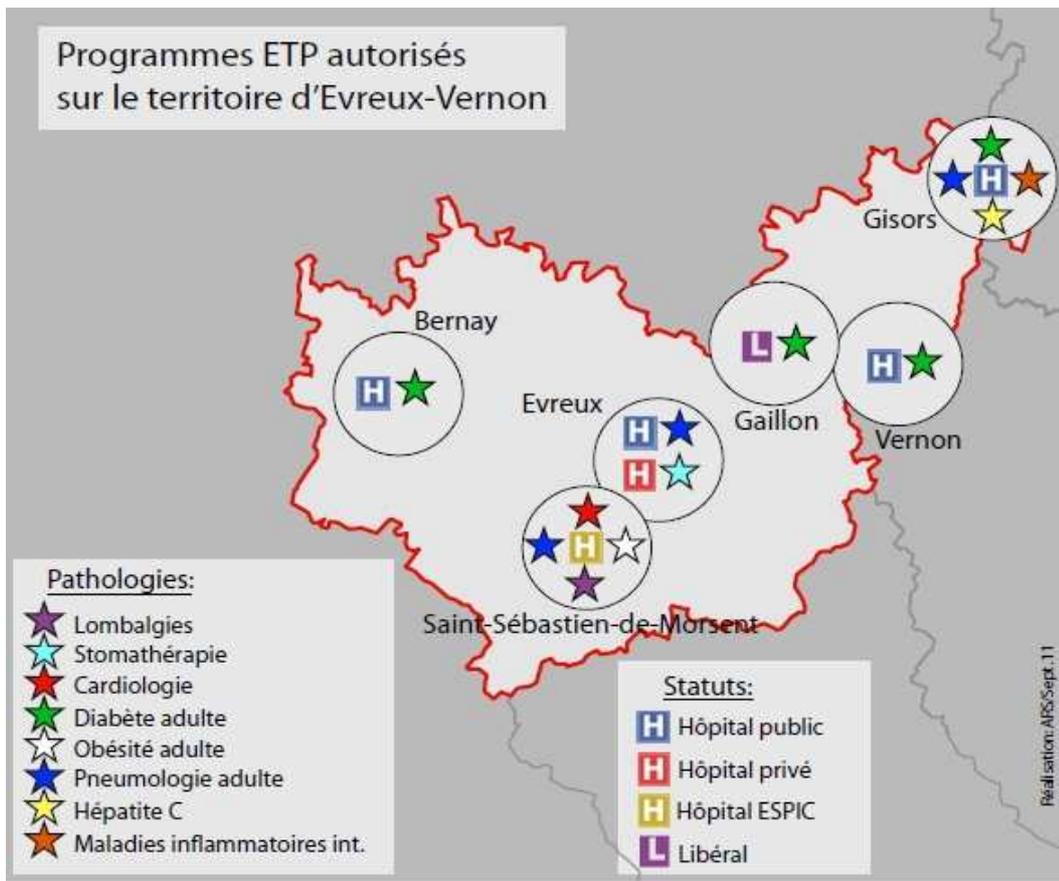
Territoire de santé : 35,23 %

Eure : 35,4 %

Région : 36,8%

On retrouve pour le cancer du colon, approximativement les mêmes zones avec des taux faibles. Le territoire de santé se situe légèrement en retrait par rapport au dépistage dans la région. On constate ici aussi que le canton d'Evreux-Nord participe faiblement.

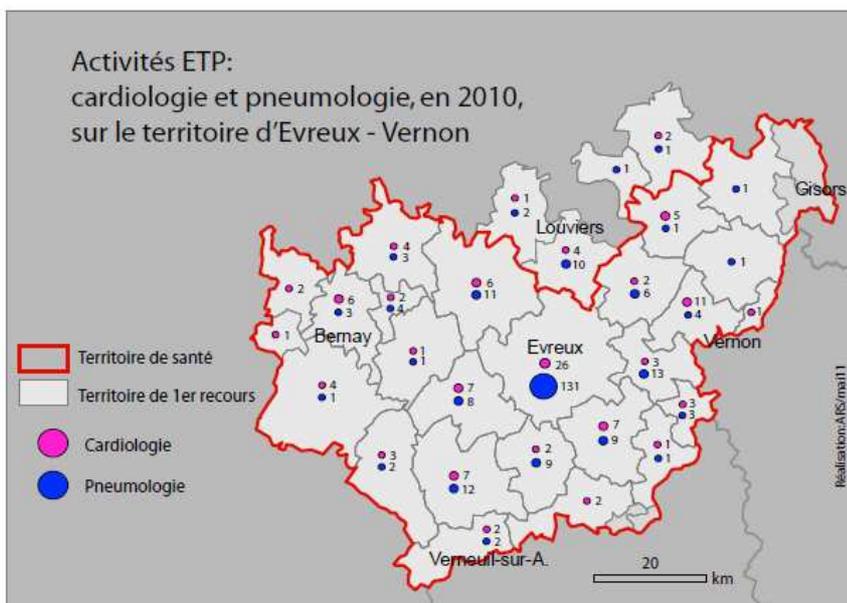
- Education Thérapeutique du Patient



Le Réseau Resalis, est également autorisé pour l'asthme et la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

Intervention du réseau Maredia (diabète adulte) et Repohn (obésité de l'enfant) sur le territoire.

Hors réseaux, un seul programme autorisé récemment sur l'ouest du territoire.



2- Etats des lieux des ressources disponibles

Les Réseaux locaux de promotion de la santé et les Ateliers santé ville

	Structures supports	Territoires d'intervention	Communes	Population	Superficie	Coordination
RLPS	Communauté de communes Eure-Madrie-Seine	Communauté de communes Eure Madrie-Seine	23	27 000	191	0,5 ETP de coordination
RLPS	CH de Bernay	Pays Risle-Estuaire	83	51 113	722	1 ETP de coordination
		Pays Risle-Charentonne	135	67 691	1 303	
RLPS	Mairie d'Evreux	Grand Evreux Agglomération	37	84 101		0,80 ETP de coordination
AS	Mairie d'Evreux	La Madeleine, Nétreville et Clos au duc	3 quartiers	16 454		0,50 ETP d'animatrice ASV (financement CUCS)
RLP/ASV	CCAS de Vernon	Communauté d'agglomération des portes de l'Eure/Les Valmeux, les Blanchères et les Boutardes	41	57 009 (3 quartiers: 5 284)	312	1 ETP de coordination pour RLPS et ASV
RLPS	CH de Verneuil	Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton	83	57 950	972	1 ETP de coordination

Les thématiques qui ressortent des diagnostics des réseaux, sont en général, les addictions, l'hygiène, la santé mentale, la nutrition, la contraception et la sexualité des jeunes.

Les coordonnateurs des RLPS sont de plus en plus sollicités par les partenaires pour la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires. Ils apportent donc une aide méthodologique aux acteurs de terrain, au même titre qu'aux autres membres du réseau.

Santé au travail

Association	Ville
ASTV association de santé au travail de Vernon	Vernon
ASTV association de santé au travail de Vernon	Aubevoye
ASTV association de santé au travail de Vernon	Les Andelys
Association médico-sociale	Beaumont-le-Roger
Association médico-sociale	Bernay
Association médico-sociale	Brionne
Association médico-sociale	Pont-Audemer
AMI santé au travail	Evreux
AMI santé au travail	Le Neubourg
AMI santé au travail	Louviers
AMI santé au travail	Saint André de l'Eure
AMI santé au travail	Val de Reuil
AMI santé au travail	Verneuil sur Avre
Santé au travail BTP Eure	Evreux
Médecine du travail de Gisors et d'Etrepagny	Gisors
Association médicale interprofessionnelle de la vallée de l'Andelle	Pont-saint-Pierre

Les établissements scolaires

Le **bassin d'éducation et de formation** (BEF) est un cadre d'animation dans lequel les différents établissements scolaires peuvent se concerter. Sa constitution s'est inscrite dans la politique nationale de contractualisation entre le ministère et les académies. Leurs missions s'organisent autour de trois pôles principaux : le pilotage et l'animation pédagogique, la gestion des ressources humaines de proximité, les

relations avec les partenaires locaux. Les établissements scolaires du territoire d'Evreux-Vernon dépendent de 3 BEF:

- Louviers / Vernon
- Bernay/Pont-Audemer
- Evreux/Verneuil

Une des missions de l'école est de promouvoir la santé des élèves et de les aider à adopter des comportements favorables à leur santé.

Pour mettre en œuvre un programme d'actions de santé, le ministère de la santé a mis en place les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). La composition du CESC doit représenter l'ensemble de la communauté scolaire (direction, professeurs, professionnels de santé, parents et élèves)

Ses missions :

1° Il contribue à l'éducation à la citoyenneté ;

2° Il prépare le plan de prévention de la violence ;

3° Il propose des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ;

4° Il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.

Les personnes détenues

Une maison d'arrêt à Evreux qui date de 1912. Elle est enclavée entre les quartiers populaires de la Madeleine et de Nétreville.

Capacité d'accueil : 162 places théoriques

L'UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires) est une unité du Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine située au sein de la maison d'arrêt d'Evreux. L'équipe médicale est en charge de la santé des personnes détenues.

Les PASS (permanences d'accès aux soins et à la santé)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

PASS	Etablissement
Evreux	Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine, site d'Evreux
Gisors	Centre Hospitalier de Gisors
Vernon	Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine, site de Vernon

- Les missions locales

Les missions locales sont des structures d'accueil pour les jeunes âgées de 16 à 25 ans et sont chargées de les accompagner dans leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle. Elles assurent une prise en charge globale qui permet aux jeunes d'aborder l'ensemble de leurs difficultés : logement, formation, santé...

Pour répondre aux difficultés de santé rencontrées par ces jeunes, les structures d'accueil mettent en place des actions de santé : permanence de professionnels délocalisées, actions de prévention....

4 missions locales couvrent le territoire de santé d'Evreux-Vernon, et deux d'entre elles appartiennent également à deux autres territoires de santé :

- PAIO Vernon Seine-Vexin
- Mission Locale Evreux et Eure Sud
- Mission Locale Louviers-Val de Reuil-Andelle
- Insertion 16-25 Bernay Pont-Audemer

Les centres locaux d'information et de coordination

Le CLIC est « un guichet » d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées et à leur entourage; il rassemble les informations, évalue les situations, mobilise les ressources, coordonne les professionnels pour répondre aux états chroniques invalidants stabilisés.

CLIC	Territoires d'intervention
CLIC de l'UTAS d'Evreux	Grand Evreux agglomération, Verneuil sur Avre, Conches en Ouche, Pacy sur Eure, Saint André de l'Eure, Verneuil sur Avre, Breteuil sur Iton, Damville, Nonancourt
CLIC de l'UTAS de Louviers	Louviers, le Neubourg, Pont de l'Arche, Val de Reuil, Beaumont le Roger, Bosc Roger en Roumois
CLIC de l'UTAS de Pont-Audemer	Bernay, Pont-Audemer, Montfort sur Risle, Brionne, Bourg-Achard, Beuzeville
CLIC de l'UTAS de Vernon	Les Andelys, Vernon, Gasny, Gaillon, Gisors, Etrepagny, Fleury sur Andelle

Les Unités Territoriales d'Action Sociale

Les **4 missions principales** des Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS) sont les suivantes :

- Mettre en œuvre les **politiques d'action sociale** élaborées par l'échelon départemental
- Représenter le Département auprès de la population et des partenaires sur le **territoire de l'UTAS**, pour ce qui concerne les **compétences d'action sociale du Conseil Général**
- Garantir un service de proximité et une prise en charge équitable des **usagers**
- Prendre en compte et relayer les évolutions du territoire et l'activité des **équipes médico-sociales**



Les PMI

Les consultations de PMI sont implantées au sein des centres medico-sociaux et sont réparties sur l'ensemble du territoire. Des consultations infantiles, prénatales, des consultations de planification, ou encore des conseil conjugaux et séances de préparation à la naissance y sont dispensés. Les infirmières puéricultrices des PMI organisent également des bilans de santé auprès des enfants âgés de 3 à 4 ans scolarisés dans les écoles maternelles. Ces dépistages concernent les troubles de l'audition, du langage, du développement et de la vision. Le Département assure également le traitement des documents administratifs : attestations de grossesse, avis de naissance, certificat de santé du 8e jour, des 9e et 24e mois.

Les centres de planification

Lieu	Modalités d'accueil
Centre Hospitalier de Bernay	Consultation le mercredi de 14h à 17h sans rdv Ouvert le lundi matin, mardi matin et après-midi et le jeudi de 10h à 12h30 sur rdv
Centre médico-social d'Evreux	Ouvert du lundi au vendredi sur rdv Consultations le mercredi après-midi sur rdv (réservé aux mineures).
Centre hospitalier de Gisors	Consultations les mercredis de 14h à 17h sans rdv Ouvert les autres jours sur rdv
Service PMI-CDAS des Andelys	Ouverture programmée
Centre Hospitalier Intercommunal de Louviers	Ouvert les 1ers et 3èmes mercredi après-midi et les mercredis après-midi sur rdv
Centre Hospitalier de la Risle	Ouvert tous les mercredis. Consultations médicales le mercredi matin
Centre médico-social de Val de Reuil	Ouvert tous les mercredis. Consultations les 2èmes et 4èmes mercredis après-midi
Centre Hospitalier de Verneuil sur Avre	Consultations sur demande. Consultations le mercredi une fois par mois.
Centre Hospitalier de Vernon	Ouvert tous les jours sans rendez-vous. Consultations tous les jours sur rendez-vous

3/ LES ENJEUX ET ORIENTATIONS DU TERRITOIRE

3.1 Promotion de la santé et éducation pour la santé

La collaboration des partenaires doit être davantage développée. Le travail se fait souvent en partenariat, pas toujours formalisé, il est souvent « personne-dépendant » mais cela ne doit pas pour autant contraindre plus le travail des professionnels.

Selon certains partenaires, la notion de travail en réseau est également à développer car, il permet de mutualiser les compétences et moyens de chacun.

Dans le cadre de l'action partenariale de la Fédération des Intervenants en Addictologie de l'Eure (FIAE) le constat a été fait d'une répartition territoriale inégale des actions de prévention, notamment sur certaines parties du territoire.

La mise en place de forums santé avait pour objectif de donner une information à tout public par une action de prévention et de sensibilisation sur les différents aspects de la santé.

Habituellement, les forums santé se tenaient dans des « zones blanches » qui n'étaient pas ou peu touchées par les actions de prévention.

La poursuite de ces forums santé n'a pas paru pertinente au vu du manque de relais local. Il peut être envisagé de s'appuyer sur les membres de la FIAE pour mener des actions de prévention, dans des zones répertoriées comme blanches, et disposant d'indicateurs de santé préoccupants.

Poursuivre la campagne de contraception et la mise en lumière de la journée du 26 septembre, journée mondiale de la contraception. Mieux travailler en lien avec le CG sur les UTAS. Eviter les doublons ou les sensations de réappropriation.

Parvenir à intégrer les médecins généralistes dans les projets de prévention.

Les structures d'accès aux soins et à la prévention doivent être proches des habitants ou bien proposer un accès facile que ce soit au niveau des transports ou autre possibilités (soins ambulatoires, délocalisation de petites structures rattachées par ex : à une maison mère).

Les maisons de santé à caractère pluridisciplinaire sont une réponse au mode d'organisation de l'offre de santé qui sera à développer dans l'avenir compte tenu de la diversité des attentes de la population. Faire en sorte que les projets de MSP du territoire intègrent la prévention, des liens avec des addictologues, des psychologues.

Il semble donc important de sensibiliser les élus locaux, pour l'implication et la collaboration plus étroite pour développer la stratégie du plan régional de santé. Le milieu rural du sud du département de l'Eure est le territoire le plus démuné dans le cadre de l'offre de soins et l'égalité des habitants vers l'accès aux soins. Pour ces raisons, un projet de création d'un pôle d'excellence en milieu rural en partenariat avec les élus locaux est en cours d'étude pour son élaboration et sa mise en œuvre, il représente le début d'un consensus entre les collectivités territoriales et l'Etat et la mutualisation des moyens qui ne peut qu'enrichir le projet régional de santé

Axes d'amélioration :

- *Consolider les RLPS et renforcer la coordination des acteurs.
- *S'appuyer sur les RLPS (et le PLSP) pour l'implication de l'ensemble des acteurs et notamment les professionnels libéraux.
- *Soutenir les MSP et travailler en amont sur l'intégration de la PPS dans les projets de santé.
- *Impliquer les professionnels de santé (Elaboration/réalisation des actions).

3.2 Les thématiques

• Vaccinations

Communication sur les centres de vaccination qui sont tous situés dans un établissement de santé et proposent une vaccination gratuite. Faire en sorte que le CHIES communique plus sur la mise à jour du calendrier vaccinal. Remplacement du Dr THERY à prévoir dès maintenant.

Suite aux échanges et aux discussions il est nécessaire de redynamiser la vaccination en lien avec les professionnels de santé et les divers publics car cette thématique de santé permet aussi de conserver notre capital santé.

Amélioration de la communication autour du vaccin contre la rougeole car c'est surtout la deuxième injection qui pose problème dans le suivi.

La vaccination des enfants en bas âge est bien respectée mais elle n'est pas systématiquement renouvelée lorsque les enfants grandissent. La baisse de la couverture vaccinale se situe à l'âge de 24 mois, il est donc nécessaire de vérifier si la 2^{ème} injection est faite.

L'amélioration de la collaboration entre l'Education nationale et le conseil général semble être un enjeu important.

Problématique de l'information des médecins généralistes qui ne sont pas toujours au courant des calendriers, voire de la dénomination de certains vaccins et manquent d'information scientifique = mettre en place des formations pour améliorer ce constat des acteurs de terrain.

Il n'est sans doute pas nécessaire de faire une campagne de communication spécifique à destination du grand public pour promouvoir la vaccination, car celle-ci pourrait sans doute s'appuyer sur l'organisation actuelle de la campagne du « don du sang ».

Axes d'amélioration :

- *Assurer la pérennité des centres de vaccinations, l'accès de ces centres et communiquer vers les populations prioritaires.
- *Promouvoir la couverture vaccinale par le biais de relais d'information notamment en s'adossant sur les RLPS.
- *Intégrer la vaccination dans le cadre des Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires.
- *Favoriser de nouvelles organisations intra (protocoles de coopération) et inter Institutionnelles (liens CG/EN)
- *Formation des MG
- * Opérationnaliser concrètement les suites d'actions d'information par l'organisation d'une vaccination (ex mission locale).

- Dépistages et repérages

La CDAG d'Evreux connaît de nombreuses périodes sans médecin.

Des CIDDIST sont implantés dans les Centres Hospitaliers du département, mais se positionnent comme des CDAG et sont très axés sur le dépistage du VIH.

Les RLPS ont souhaité faciliter le dépistage des personnes handicapées en proposant des contacts et rendez-vous avec les médecins des centres spécialisés pour personnes handicapées, car cette population est un peu en retrait.

Soutenir le recensement des personnes présentant un handicap mental dans les établissements spécialisés pour la prise en charge du dépistage, afin d'adapter l'offre et/ou permettre si nécessaire un accompagnement spécifique.

On constate que les tests de dépistage ne sont pas faits en milieu carcéral. Une organisation spécifique par rapport à ce type de personnes est à prévoir avec un accompagnement sanitaire approprié en lien avec les UCSA et les SPIP.

Axes d'amélioration :

Dépistage des cancers :

- *Faciliter les dépistages des personnes handicapés : lien avec Décade/RLPS, actions de visites de centres de dépistage, accompagnement spécifique sur créneaux horaires des cabinets de radiologie.
- *Poursuivre les actions sur les populations spécifiques (documents en langues étrangères, actions vers les malentendants). Etablir un lien Décade/UCSA-SPIP.
- *Favoriser le dépistage du cancer du col à l'occasion des examens de grossesse.
- *Actions d'information à l'occasion de réunions sur des groupes déjà constitués.
- *Impliquer de manière plus importante les médecins libéraux pour le dépistage (formations, indemnisation pour cancer du colon).

Dépistage, repérage IST/VIH :

- *Harmoniser et consolider l'offre pour toutes les IST (CDAG/CIDDIST).
- *Soutenir l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique par l'association AIDES (appui sur personnes formées).

- ETP

Les médecins doivent être formés pour mener correctement un programme d'Education Thérapeutique.

Le secteur de Pont-Audemer et de Gisors manquent de professionnels de santé pour mettre en place l'Education Thérapeutique

Pour le diabète, la couverture est bonne, excepté pour Gisors. Quant à Pont-Audemer, le territoire est à redéfinir avec la répartition des priorités, mais il n'y a pas de problème pour former les médecins et mener une expertise.

Les programmes d'éducation thérapeutiques qui facilitent la vie des patients confrontés aux maladies chroniques nécessitent une structuration avec tous les partenaires concernés institutionnels et professionnels de santé en matière d'organisation de communication (information sur les programmes thérapeutiques) ainsi que des financements et des moyens humains.

Il est difficile d'avoir un nombre de patient exhaustif car il y a des personnes qui suivent des programmes en plusieurs lieux. Au sein d'un hôpital et d'un réseau par exemple.

Axes d'amélioration :

- *Élargissement de la couverture notamment sur l'ouest du territoire (Bernay).
- *Développer le lien avec le réseau Maredia pour diabète et s'appuyer sur ce réseau pour développer les formations.
- *Faciliter le démarrage des nouveaux programmes par l'attribution de financements.
- *Soutien de l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération de la MSP de Gaillon.
- *Inscrire les actions d'ETP dans une dynamique territoriale : ex lombalgies chroniques à La Musse, lien avec « Normandos », centre anti-douleur, médecine du travail,....
- *Pérenniser les coopérations déjà opérationnelles : lien Resalis/CHIEure-Seine/La Musse
- *Communiquer sur les programmes existants en s'appuyant sur les RLPS, l'assurance maladie, la mutualité française,...
- *Appui sur les pharmaciens libéraux
- *Soutien d'actions vers les populations spécifiques. Réponse à l'appel à projets de la DGS « faisabilité d'une action d'ETP du patient dans des contextes de vie spécifiques, personnes en ACT » par l'association l'Abri en lien avec l'IREPS.

Autres thématiques

* Les addictions : cette thématique est traitée à part. Car c'est l'une des priorités de la région et du territoire de santé. La création de la Fédération des intervenants en addictologie de l'Eure a permis d'harmoniser les pratiques et de contribuer à la connaissance sur le territoire des différents dispositifs de prise en charge.

* La Santé globale. Cette approche thématique est souvent privilégiée car elle est moins stigmatisante.

* Souffrance psychique : ce territoire de santé dispose de peu de psychologues et de psychiatres.

Les formations de l'IGRSP à destination des bailleurs sociaux par exemple, ont eu un vif retentissement sur le territoire de santé. Ces formations en lien avec le centre hospitalier spécialisé de Navarre, avaient pour but de travailler sur le décroisement entre le médico-social et la psychiatrie et d'améliorer la connaissance des dispositifs de psychiatrie.

La maison des adolescents d'Evreux a ouvert ses portes en 2010.

Son positionnement est à revoir, ainsi que son ancrage dans un réseau autour des adolescents.

Cette maison n'est pas une annexe du centre hospitalier spécialisé, elle doit vraiment être identifiée comme un lieu de réponse, quelle qu'elle soit.

- Education à la vie affective et sexuelle

Poursuite des travaux et réflexions engagés dans le cadre du comité de pilotage contraception. Renforcer le partenariat avec l'éducation nationale, pour l'amélioration de la qualité des heures obligatoires d'éducation sexuelle.

La mise en lumière de la journée mondiale de la contraception, chaque 26 septembre, est l'occasion d'étendre le partenariat et d'impliquer plus de professionnels au contact des jeunes.

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Annexe 3.2

Territoire de santé du Havre

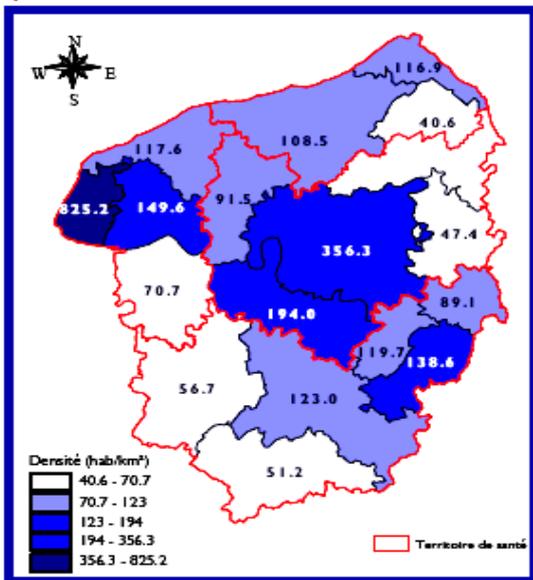
1/ ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

A) Caractéristiques sociodémographiques

- démographie

Avec 449618 habitants¹ le territoire de santé du Havre représente ¼ de la population Haut-Normande. Celui-ci est structuré autour de l'une des deux grandes agglomérations de la région expliquant la forte densité² de population. Celle-ci est relativement jeune³ dans la mesure où plus du quart a moins de 20 ans. Sur le plan de la cinétique démographique, à la différence des autres territoires de la région, le territoire de santé Havrais a vu sa population décroître⁴ sur la période 1999-2006.

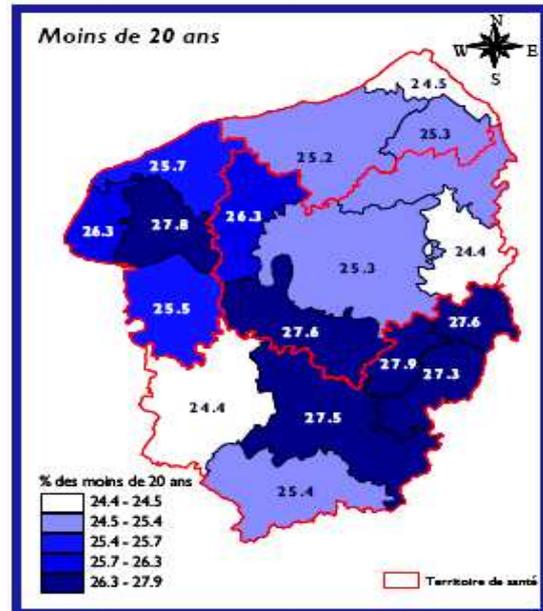
Densité de population par territoire de proximité en 2007



Source : Insee

Exploitation : ORS - Arcview - GéoFLA

Structure de la population par territoire de proximité en 2007



France métropolitaine	Ensemble de la population	Population scolarisée	% de population scolarisée
2 à 5 ans	3 041 277	2 292 352	75,4%
6 à 14 ans	6 765 769	6 691 399	98,9%
15 à 17 ans	2 336 727	2 249 965	96,3%
18 à 24 ans	5 526 510	2 855 821	51,7%
25 à 29 ans	3 832 800	292 239	7,6%
30 ans ou plus	38 787 805	376 469	1,0%
Avant 30 ans	21 503 083	14 381 776	66,9%

Haute-Normandie	Ensemble de la population	Population scolarisée	% de population scolarisée
2 à 5 ans	93 537	69 088	73,9%
6 à 14 ans	210 155	207 751	98,9%
15 à 17 ans	73 521	70 459	95,8%
18 à 24 ans	167 948	79 463	47,3%
25 à 29 ans	108 860	6 447	5,9%
30 ans ou plus	1 116 849	9 483	0,8%
Avant 30 ans	654 021	433 208	66,2%

TS du Havre	Ensemble de la population	Population scolarisée	% de population scolarisée
2 à 5 ans	23 590	17 405	73,8%
6 à 14 ans	52 886	52 222	98,7%
15 à 17 ans	18 863	18 146	96,2%
18 à 24 ans	40 817	17 798	43,6%
25 à 29 ans	26 462	1 384	5,2%
30 ans ou plus	277 951	2 066	0,7%
Avant 30 ans	162 618	106 955	65,8%

Concernant le territoire de santé du Havre les taux de scolarisation selon les classes d'âge ne se démarquent pas des chiffres nationaux hormis pour les tranches 2/5 ans, 18/ 24 ans et 25/ 29 ans pour lesquels les taux sont significativement inférieurs :

- 2/5ans : 73% (vs 73,9% en région et 75.4% en FM).
- 18/24 ans : 43.6 (vs 47.3% en région et 51.7 en FM).
- 25 /29ans : 5.2% (vs 5.9 en région et 7.6% en FM).

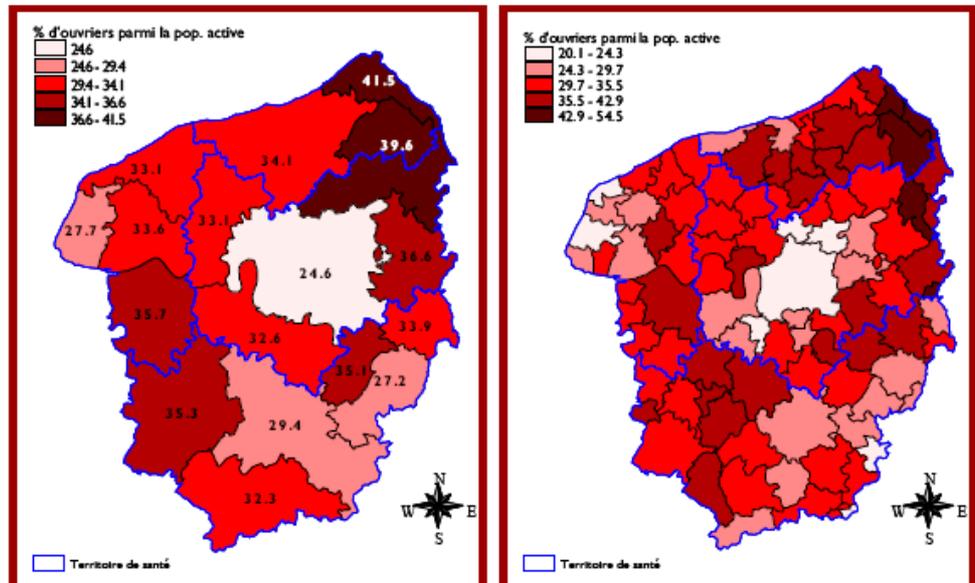
• Classes socioprofessionnelles

Sur le plan social, la forte industrialisation de la région, et notamment du bassin Havrais, se reflète au regard des éléments suivants :

- Une forte proportion d'ouvriers

Proportion d'ouvriers parmi la population active de 15-64 ans par territoire de proximité et territoire de 1^{er} recours en 2007

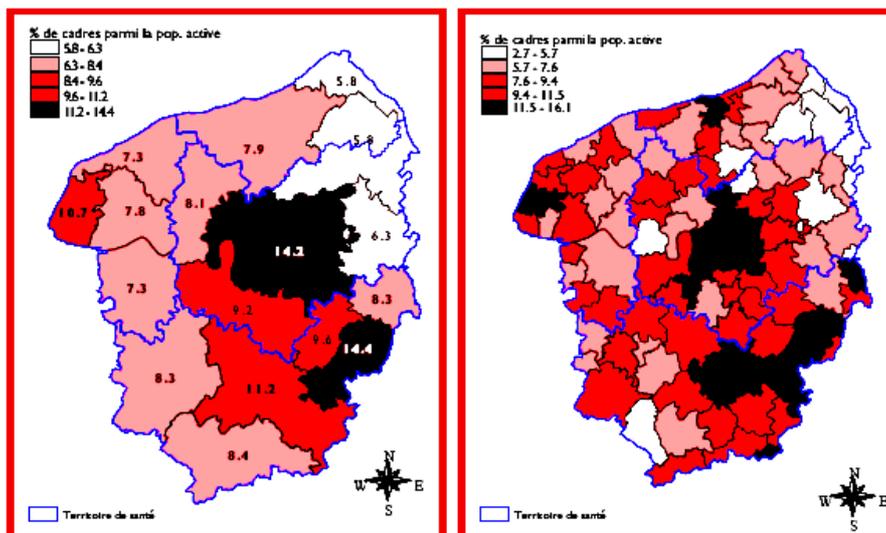
Le territoire de proximité de Pont - Audemer est la zone la plus représentée (37.7%). Le territoire de proximité du Havre présente les taux les moins importants du territoire de santé (27,7 % de la population 15-64ans)



- Une proportion d'employés également importante ;
- Une plus faible part de cadres et professions intellectuelles supérieures.

Proportion de cadres parmi la population active de 15-64 ans par territoire de proximité et territoire de 1^{er} recours en 2007

La ville du Havre présente les taux de Cadres les plus élevés du territoire (10.7%)

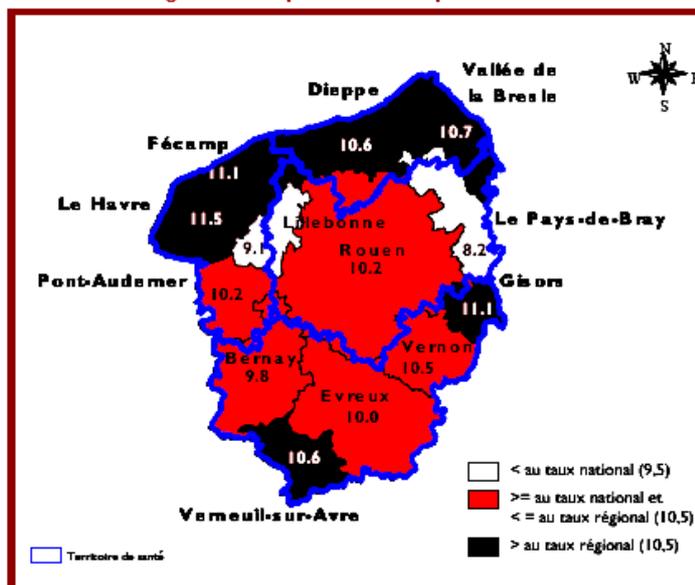


• Chômage

Le taux de chômage observé par zone d'emploi révèle de forts contrastes géographiques avec **un taux supérieur sur les zones d'emploi du Havre et de Fécamp**. A contrario la zone de Lillebonne est moins touchée par le chômage. Le revenu médian des ménages domiciliés sur le territoire de santé du Havre est en deçà de celui observé en Haute-Normandie.

Au 1^{ier} semestre 2010 les taux de chômage respectifs étaient de 11.5% et 11.1% pour le Havre et Fécamp contre 10.5 % en Région Haute-Normandie et 9.5% à l'échelon national.

Taux de chômage localisés par zone d'emploi au 1^{er} trimestre 2010



Source : Insee – Taux de chômage localisés

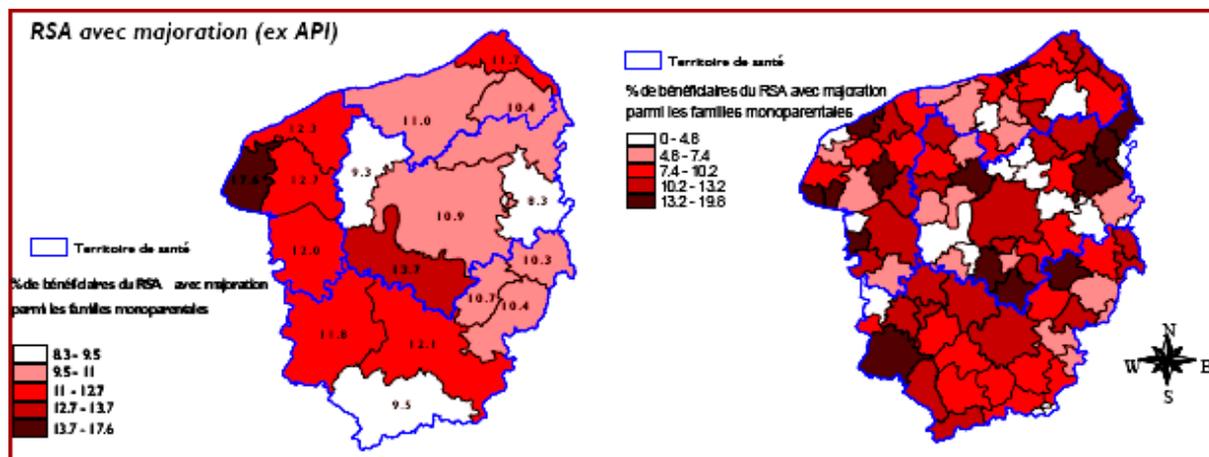
Exploitation : ORS – Arcview – GéoFLA

• Allocataires Revenu Solidarité Active (RSA) et Allocataires de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH)

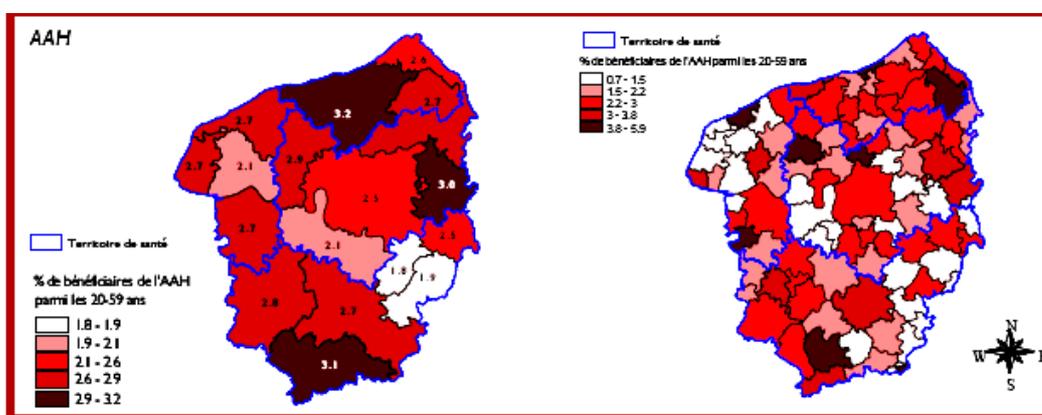
Concernant le **Revenu de Solidarité Active⁵**, la part d'allocataires est plus importante sur le territoire couvert par la Caisse d'Allocation Familiale du Havre que celle observée en région. Enfin, on retiendra que même si le nombre d'allocataire de l'AAH⁶ du territoire Havrais reste supérieur à celui observé en France métropolitaine, il ne se distingue pas du niveau régional.

⁵ En 2009 pour le territoire du Havre, 4.5 % de la population âgée de 20 à 64 ans était bénéficiaire du RSA contre 3.9 en région Haute-Normandie.

⁶ Allocation Adulte Handicapé. En 2009 pour le territoire du Havre 3% de la population âgée de 20 à 59 ans était bénéficiaire de l'AAH contre 2.9% en Haute-Normandie et 2.6% en France métropolitaine.



Le territoire de proximité de Fécamp étant surreprésenté avec des taux d’AHH compris entre 3.8 et 5.9% parmi les 20/59 ans.



Populations vulnérables identifiées dans le PRAPS

Dans le cadre des programmes régionaux d’accès à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité, différentes typologies de publics sont identifiées comme des publics fragiles pour lesquels doivent être réalisées des actions en matière de prévention et promotion de la santé.

On retiendra les populations en milieu carcéral, en Foyer de Travailleurs Migrants, en Centre d’Hébergement et de Réinsertion Sociale, situées dans les quartiers « politique de la ville », etc..

Le centre de détention du Havre

La ville du Havre s’est dotée d’un nouveau centre pénitencier d’une capacité de 690 places, réparties notamment entre le centre de détention, et la maison d’arrêt. Depuis quelques années maintenant, la population carcérale bénéficie de différentes actions de prévention et de promotion de la santé en lien avec l’hôpital et l’association IRSA.

Les aires des gens du voyage

Gestionnaire	Ville	Nombre de places
Ville de Fécamp	Fécamp	40
CCASde Gonfreville l’Orcher	Gonfreville l’Orcher	10
Ville d’Harfleur	Harfleur	10
CCAS LE Havre	Le Havre	60

Les structures d'hébergement CHRS

Association	Ville	Capacité d'accueil
AFFD	Le Havre	
CARFED	Le Havre	40
FAMU	Le Havre	22
SAUF		28
ARMÉE DU SALUT		
CHRS "Le Phare"	Le Havre	150
	Le Havre	40
CHRS "Mazeline"		
COBASE	Bolbec	10

Les Foyers de travailleurs Migrants

Structure	Ville	Gestionnaire	Capacité d'accueil
FTM Graville	Le Havre	ADOMA	78 places
Résidence sociale la lézarde	Gonfreville l'Orcher	AFTAM	47 places
Résidence sociale Le Marin	Le Havre	ADOMA	132 places
Résidence sociale Léo Delibes	Le Havre	ADOMA	138 places
FTM Rouelles	Le Havre	ADOMA	82 places

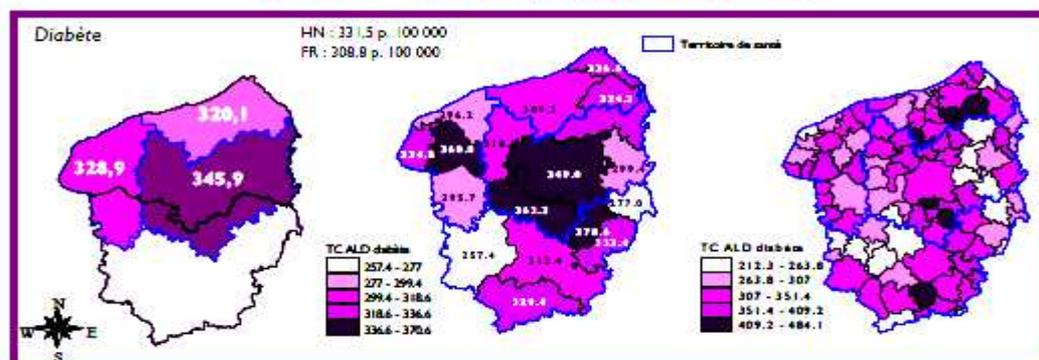
B) Indicateurs de santé

De manière générale, au travers des différentes méthodes d'observation de l'état de santé de la population, deux méthodes retiennent particulièrement l'attention :

- L'observation des études de données d'admission en Affection Longue Durée (ALD⁷).
- L'observation des données relatives à la mortalité.

Concernant les ALD, les trois principaux motifs d'admission sont en région et en France, comme sur le territoire de santé du Havre les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète. A ce titre le territoire Havrais présente le taux d'admission toutes causes confondues le plus faible⁸ de la région.

Taux comparatifs d'admission en Affections de Longue Durée
Deux sexes - 2006/2007 (taux pour 100 000 habitants)



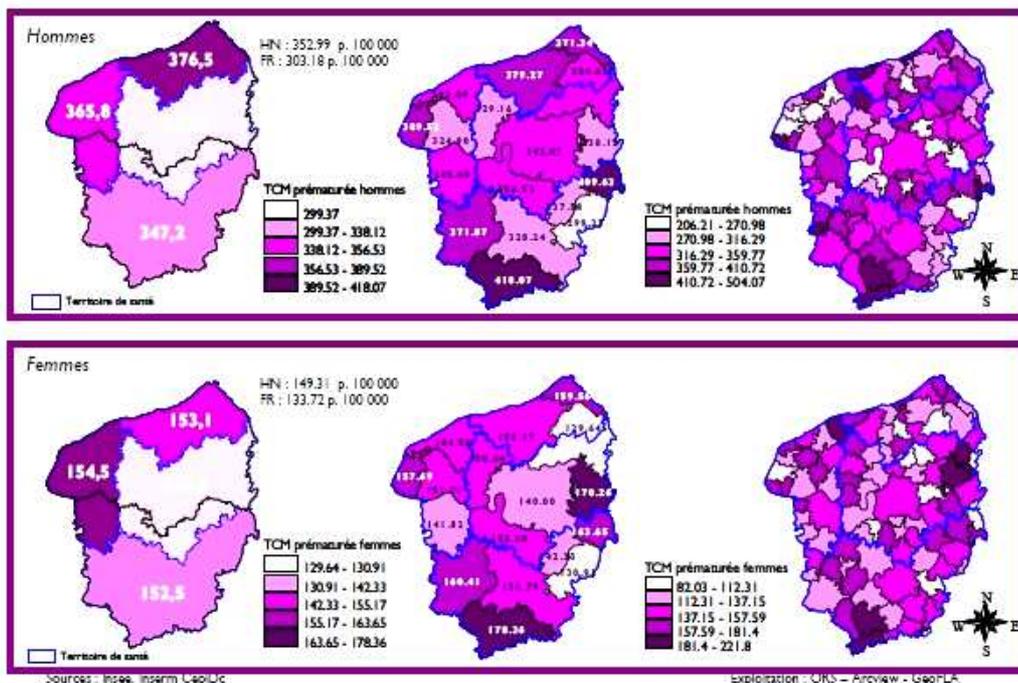
⁷ Le dispositif des ALD permet une prise en charge des maladies comportant un traitement prolongé et une thérapie coûteuse. Ces données sont **donc représentatives des maladies les plus graves**. Sur la Haute-Normandie les deux principaux motifs sont les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs.

⁸ Plus de 8000 Admissions en ALD ont été enregistrées en moyenne chaque année en 2006 et 2007 sur ce territoire.

Pour la mortalité⁹, les trois principales cause de décès, sur ce territoire, tout comme en région et en France, sont les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et enfin les causes extérieures de traumatisme et empoisonnements. Globalement la Haute-Normandie présente une surmortalité générale et prématurée (< 65 ans) par rapport à la France métropolitaine. **Cette situation s'avère plus marquée sur le territoire du Havre.** On note **une très forte mortalité par cancer**, par consommation excessive d'alcool ainsi que par une mortalité plus marquée qu'en région par cardiopathie ischémique. Par ailleurs la mortalité infantile représente également une problématique **importante**.

Taux comparatifs de mortalité prématurée 2000/2008

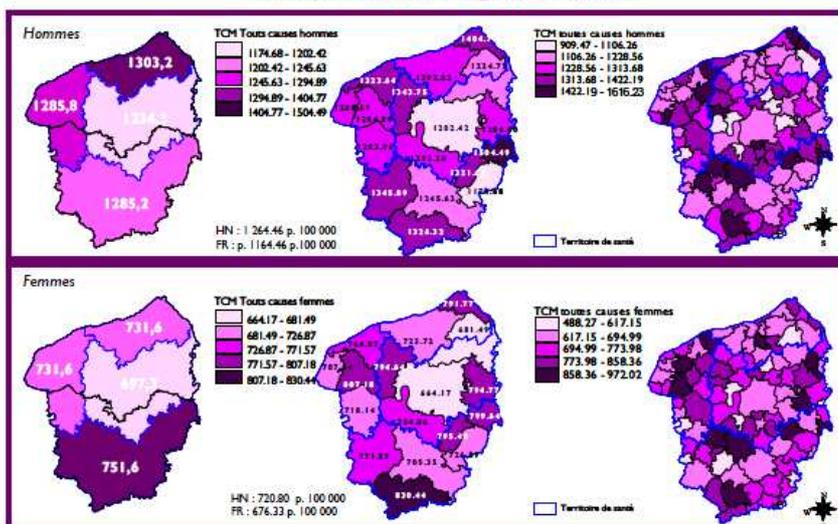
Le territoire de santé Havrais est caractérisé par une mortalité prématurée masculine et féminine plus importante que les taux de la région 365/100000 habitants (Versus 353/100000 en région). Le territoire de proximité du Havre est le plus impacté.



Taux comparatifs de mortalité générale 2000/2008

Indice Comparatif de mortalité Générale 2000-2008 sur le Havre : Homme 1285 (contre 1264 en région et 1164 en France métropolitaine) Femme 731 (contre 721 en région et 676 en France métropolitaine).

Le territoire de proximité de Fécamp présente les taux les plus importants de mortalité générale du territoire de santé pour les hommes. Celui de Lillebonne pour les femmes.



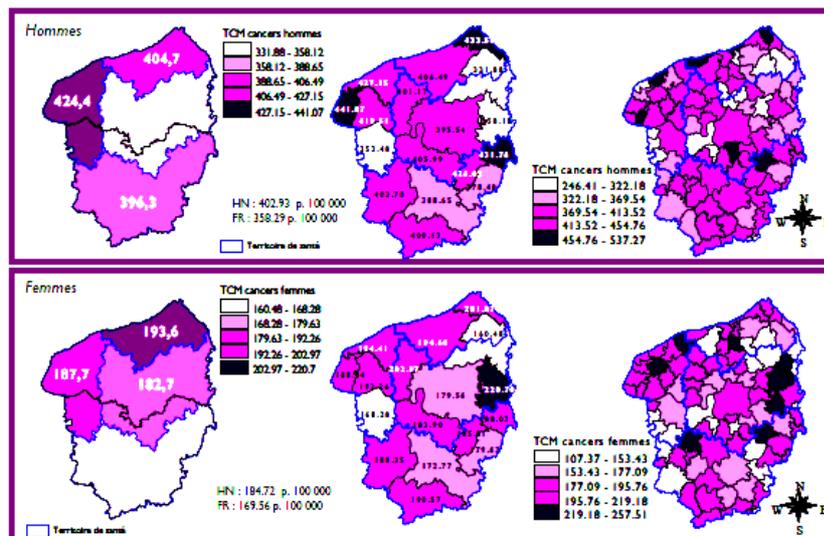
⁹ Indice Comparatif de mortalité Générale 2000-2008 sur le Havre : Homme 1285 (contre 1264 en région et 1164 en France métropolitaine) Femme 731 (contre 721 en région et 676 en France métropolitaine).

La mortalité par cancer est surreprésentée sur l'ensemble du territoire. Celui-ci se distingue notamment par **une très forte mortalité par cancers**, par consommation excessive d'alcool ainsi que par une mortalité plus marquée qu'en région par cardiopathie ischémique.

-Particulièrement pour les hommes, pour les cancers, sur le territoire de proximité du Havre 424,4/ 100 000 Hab. Vs 402.9 En région et 358,3 En France)

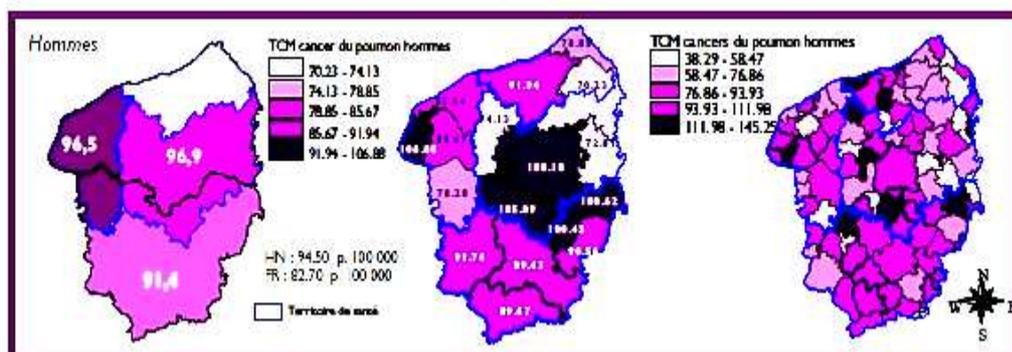
-particulièrement pour les femmes, pour les cancers, sur le territoire de proximité de Fécamp (194,4/ 100 000 Hab. Vs 184,7 en région et 169.5 en France)

Taux comparatifs de mortalité par cancers 2000/2008



Les **taux de cancer du poumon** chez les hommes du territoire de **proximité du Havre** sont les plus importants de la région. (96.5/ 100 Vs 94.5 en région et 82.7 en France).

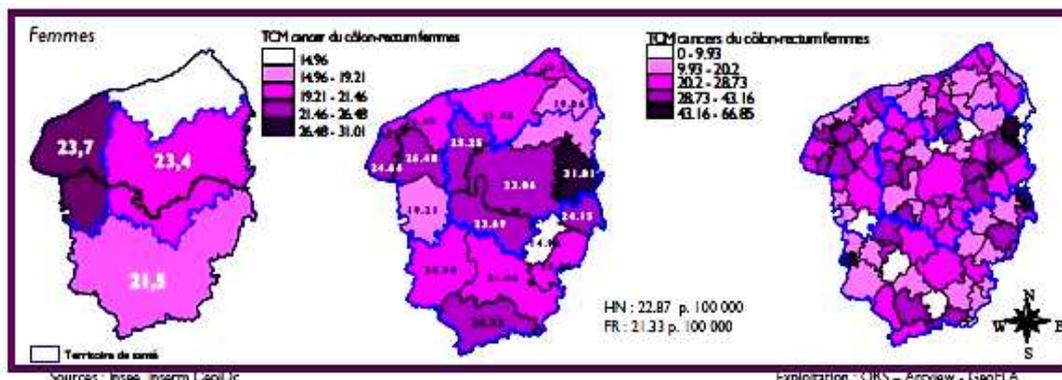
Taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon 2000/2008



Egalement, les taux de cancer du colon-rectum chez les femmes du territoire de santé sont les plus importants de la Région : 23.7/ 10 000 Hab. (Vs 22.87 en région et 21.33 en France).

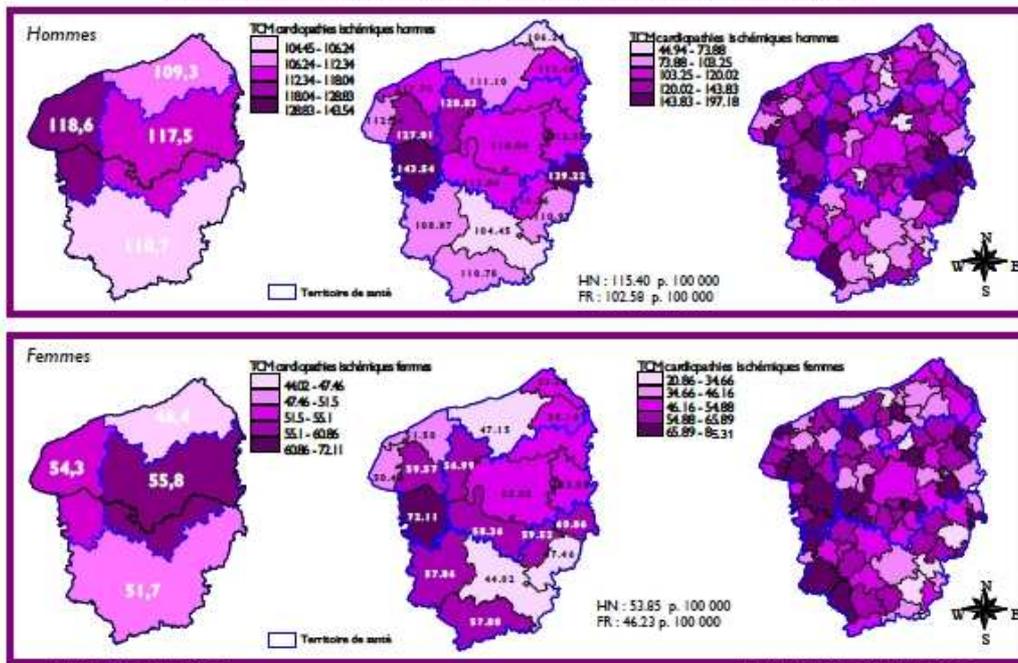
En particulier sur les territoires de proximité de Lillebonne et celui du Havre :

- Lillebonne : 26.5/100 000 Hab.
- Le Havre : 24.7/100 000 Hab.

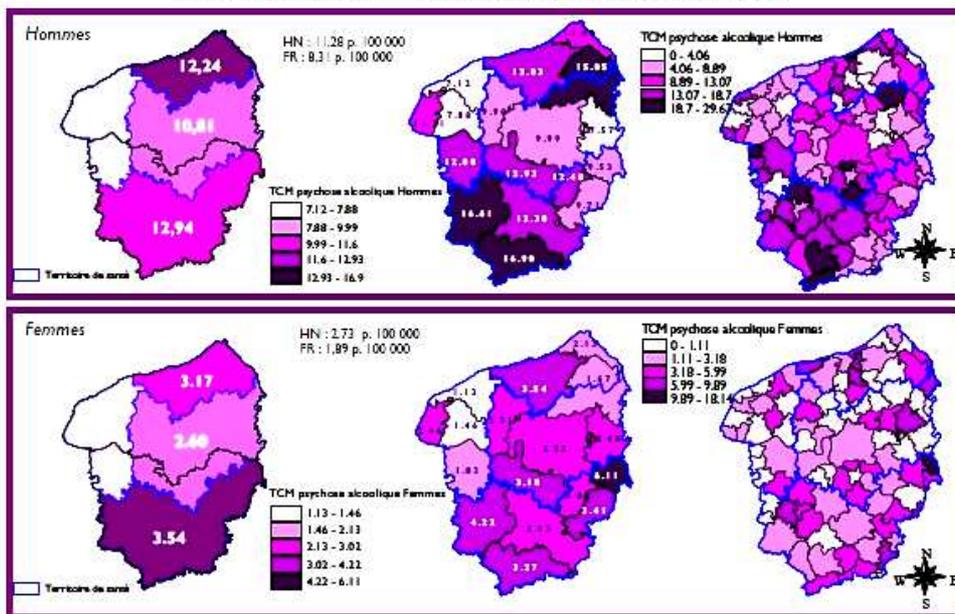


Taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques 2000/2008

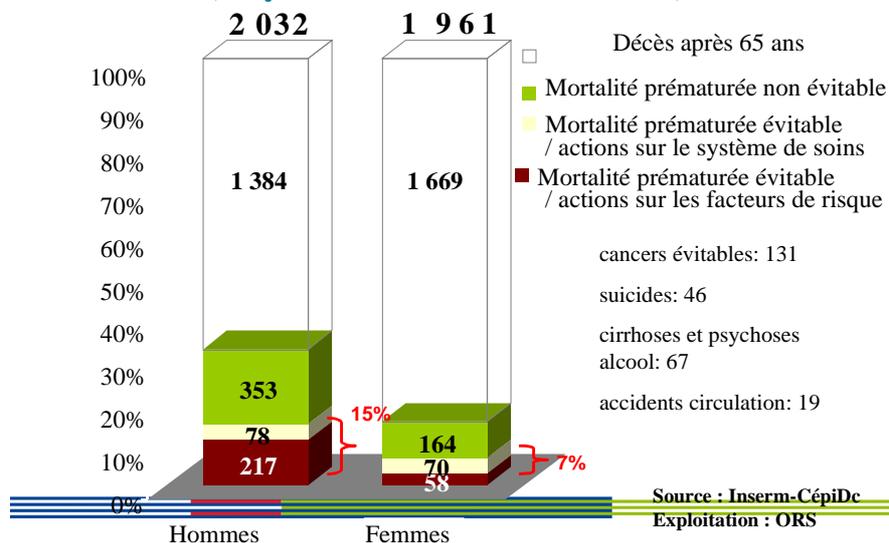
Le territoire de santé dans sa globalité comprend les taux de mortalité par cardiopathie ischémiques les plus importants de la région pour les hommes : 118.6/100 000 Habit (Vs 115 en région et 103 En France)



Taux comparatifs de mortalité par psychoses alcooliques 2000/2008



Mortalité prématurée évitable – TS du Havre (moyennes annuelles 2006-2008)



A l'inverse, et à structure d'âge comparable, la mortalité par accidents de la circulation est inférieure au niveau régional et national. Enfin le territoire présente une sous mortalité par suicide par rapport à la Haute-Normandie.

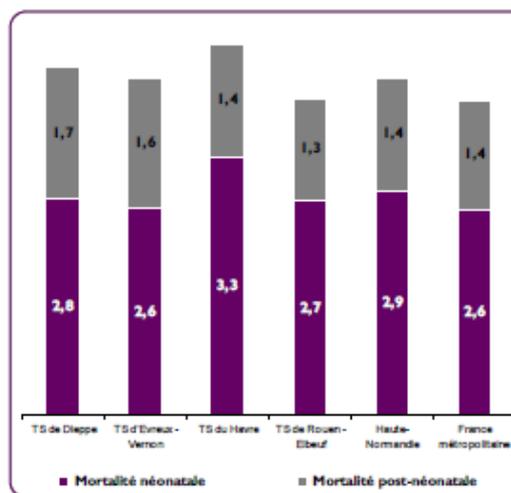
Le territoire du Havre présente les taux de mortalité infantile les plus élevés de la région : 4.3 décès d'enfants de moins de 1 an / 1000 naissances vivantes. Ce qui s'explique en partie par une forte mortalité néonatale (moins de 28 jours) en comparaison aux autres territoires de santé.

La mortalité infantile 1998-2008

	Décès d'enfants âgés de moins de 1 an	Nombre de naissances vivantes	Taux de mortalité infantile
TS de Dieppe	100	22 483	4,4
TS d'Evreux - Vernon	237	55 275	4,3
TS du Havre	311	65 684	4,7
TS de Rouen - Elbeuf	458	113 736	4,0
Haute-Normandie	1 106	257 178	4,3
France métropolitaine	33 989	8 472 788	4,0

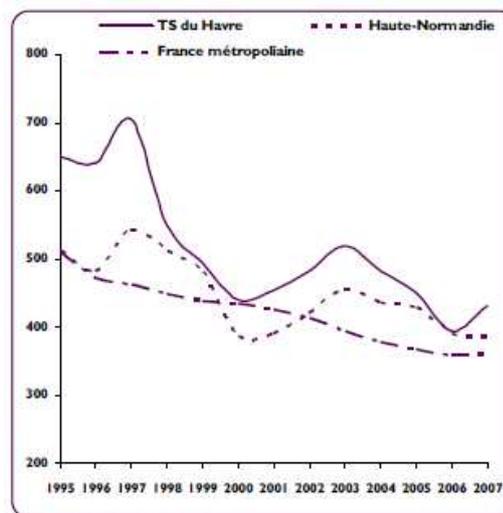
Sources : Insee, Inserm CépiDc

La mortalité néonatale et post-néonatale 1998-2008



Sources : Insee, Inserm CépiDc

L'évolution des courbes de mortalité infantile sur les vingt dernières années, objective la tendance d'une mortalité devenue rare, ce qui est le reflet de la tendance nationale liée notamment aux progrès médicaux.



Sources : Insee, Inserm CépiDc

C) L'offre de soins ambulatoires

A l'instar de la Haute-Normandie, sur le territoire du Havre, la situation des omnipraticiens est relativement disparate¹⁰. Celle-ci est relativement marquée entre l'agglomération Havraise et les territoires ruraux. La densité d'omnipraticiens pour le territoire de santé Havrais est de 8,6/10 000 habitants contre 9/10 000 habitants en Haute-Normandie. Néanmoins concernant les autres professionnels de santé (cardiologue, ophtalmologue, etc....) la

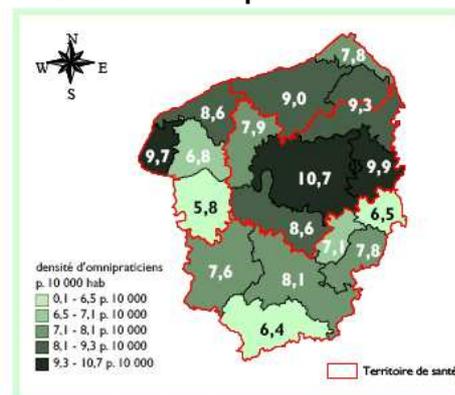
¹⁰ Le territoire de proximité de Pont-Audemer présente une densité de 5,8/ 10 000 habitants contre 9.7 médecins/ 10 000 habitants pour le territoire de proximité du Havre.

situation est un peu plus favorable qu'en région. En ce qui concerne les professionnels paramédicaux¹¹ la situation en comparaison à la région est beaucoup plus favorable. **De manière globale la situation Havraise n'est pas plus défavorable que l'ensemble des autres territoires de la région.**

Les omnipraticiens⁽¹⁾, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes libéraux
Septembre 2010

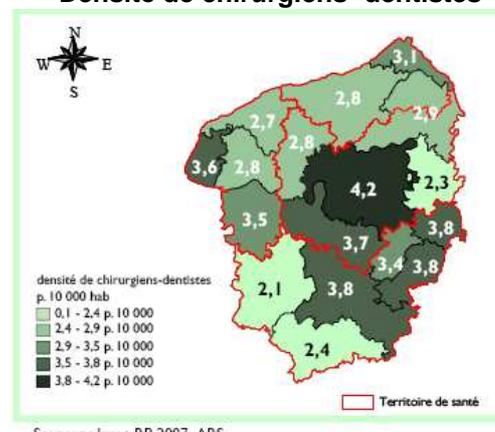
Territoires de proximité	TS de Dieppe	TS d'Evreux - Vernon	TS du Havre	TS de Rouen - Elbeuf	Haute-Normandie	France métropolitaine ⁽²⁾
Omnipraticiens						
- Nombre	142	296	388	810	1 636	nr
- Densité*	8,4	7,6	8,6	10,1	9,0	nr
Infirmiers						
- Nombre	138	196	381	518	1 233	77 190
- Densité*	8,2	5,0	8,4	6,4	6,8	12,5
Masseurs-kinésithérapeutes						
- Nombre	82	186	256	411	935	54 274
- Densité*	4,9	4,8	5,7	5,1	5,1	8,8
Chirurgiens-dentistes						
- Nombre	46	131	150	318	645	37 078
- Densité*	2,7	3,3	3,3	3,9	3,6	6,0

Densité d'omnipraticiens



Les contrastes géographiques ne manquent pas en ce **qui concerne la profession des chirurgiens dentistes**. En effet on observe une densité de ces professionnels de 3,3/10000 habitants pour la ville du Havre et de 2,7/ 10 000 pour la ville de Fécamp, contre 3.6 en région et 6 en France métropolitaine

Densité de chirurgiens -dentistes



Maison de Santé Pluridisciplinaire

Il existe deux maison de santé pluridisciplinaire sur le territoire de santé:

- MSP de Mont Gaillard
- MSP de Saint-Romain de Colbosc

D) L'offre de soins hospitaliers

Par l'importance du centre hospitalier¹² du Havre (GHH) et la présence de deux cliniques, l'offre de soins est relativement importante, et de manière générale on retiendra comme fait marquants :

- Un taux d'équipement en lit de soins de courte durée supérieur à la moyenne régionale ;
- Des taux d'équipement en scanner/ IRM les plus élevés de la région ;
- Le taux d'équipement en lits de SSR le plus faible des quatre territoires de santé de la région.

Les Maisons des adolescents

Il existe sur le Havre une maison des adolescents. Celle-ci est une structure d'accueil et de soins destinée aux adolescents et à leur famille. Elle a des missions très larges, notamment de prévention en lien avec un ensemble de partenaires sociaux et médico-sociaux.

E Offre de prévention/promotion de la santé

1) Les acteurs

L'offre PPS repose sur plusieurs acteurs, associations, structures et établissement institutionnels de premières lignes, on trouve parmi eux :

¹¹ Infirmière/ kinésithérapeutes respectivement 8,4 /10 000et 5,7/10 000 contre 6,8 et 5,1 en région.

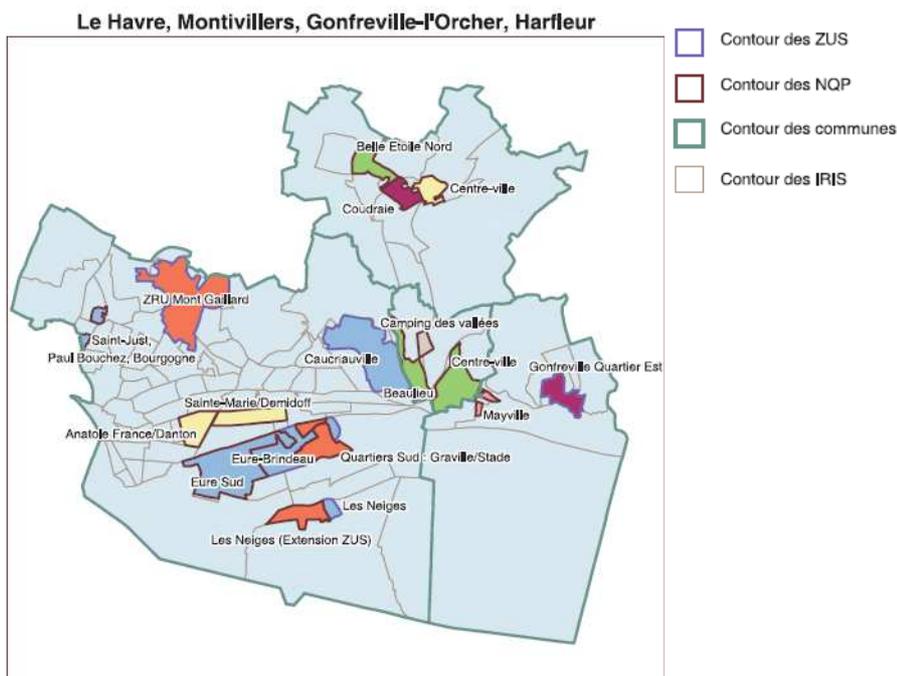
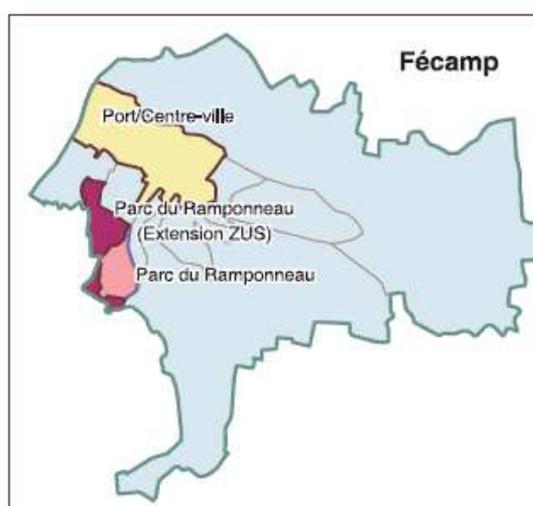
¹² Le GHH est le plus grand centre hospitalier de France (hors CHR et CHU).

Les réseaux Locaux de Promotion de la Santé et les Ateliers Santé Ville :

L'Atelier Santé Ville du Havre

La loi du 1^{er} Août 2003 a été élaborée en vue de réduire les inégalités sociales et les écarts de développement entre les territoires (en particulier entre les quartiers sensibles et le reste de leur agglomération). L'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics respectifs élaborent et mettent en œuvre, par décisions concertées ou par voie de conventions, des programmes d'action dans les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Ces programmes et actions s'appliquent aussi désormais aux nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville définis avec les Contrats urbains de cohésion sociale qui font suite aux contrats de ville (2000-2006).

Les quartiers situés « politique de la Ville » du territoire de santé



En 2006, la population Havraise comptait 182579 Habitants dont 40986 sur quatre Zones Urbaines sensibles (ZUS). Soit 22% de la population municipale.

		% population ZUS/ Pop municipale
ZUS Caucriauville	16704 Habitants	9%
ZUS Eure/ Brindeau	6346 Habitants	3,5%
ZUS les Neiges	805 Habitants	0.5%
ZUS Mont Gaillard /Mare Rouge	17 130 Habitants	9.4%
Total	40986 Habitants	22, 44%
Montivilliers	16 451 Habitants	
Gonfreville	9 307 Habitants	
Harfleur	8 204 Habitants	

RLPS

Les Réseaux Locaux de Promotion de la Santé sont des structures, pilotées par des coordinateurs, et qui ont pour vocation à promouvoir une approche partenariale de la santé sur leur territoire afin de développer des réponses adaptées en termes d'actions de prévention et d'éducation à la santé, un diagnostic et un programme local de santé en lien avec les besoins du territoire et en cohérence avec les politiques régionales de santé.

Les structures sur le territoire de santé du Havre

	structures supports	territoire d'intervention	communes	population	superficie	coordination
ASV	CODAH	-Montivilliers -Gonfreville l'Orcher -Harfleur -Le Havre/Quartier sud	3 1	190 924 34 695	47 49,11	2ETP

RLPS	Centre Hospitalier de Fécamp	pays des hautes falaises	100	77 460	624	1 ETP 1 ETP
RLPS	Hôpital Bolbec/ Lillebonne		47	67 224	484	
RLPS	RLPS Risle Charentonne/Risle estuaire	LPS Risle- Estuaire/Risle/Charentonne	218	118804	Risle-Charentonne: 1303 Risle-Estuaire: 722	1 ETP

Les principales priorités de santé communes issues des diagnostics sont :

- les addictions
- la santé mentale
- la nutrition

Les diagnostics élaborés dans le cadre de l'ASV mettent en évidence des difficultés d'accès aux soins sur certains territoires.

Les coordonnateurs des réseaux initient des groupes de travail composés par les acteurs locaux pour travailler sur les actions à mettre en place.

Réseaux	Groupe de travail
ASV Du Havre Gonfreville/ Montivilliers Harfleur	addiction Santé mentale
ASV Quartiers Sud du Havre	addiction Santé mentale Accès aux soins
RLPS Fécamp	addiction santé mentale santé/sexualité/IST nutrition/ précarité
RLPS Bolbec	addiction sexualité/ IST
RLPS de Bernay (intervenant sur Pont-Audemer)	Nutrition Maladie Chronique Missions recentralisée Pôle ressources

Les travaux des groupes de travail, en particulier au sein de comités techniques se sont traduits par la mise en place d'actions sur les territoires concernés. Pour l'essentiel elles font suite au diagnostic réalisé sur leur zone d'intervention respective.

L'enjeu concernant ces dispositifs est relatif notamment à leur consolidation ainsi qu'à la nécessité de rendre convergentes les politiques développées dans le cadre de leurs diagnostics territoriaux au regard des priorités et six axes stratégiques définis par l'agence régionale de santé (Cf. six axes thématiques).

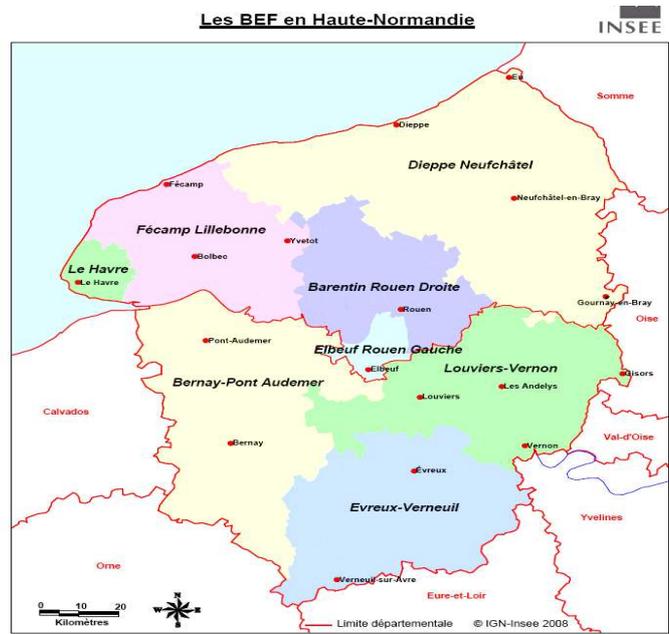
Les établissements scolaires

Le **bassin d'éducation et de formation** (BEF) est un cadre d'animation dans lequel les différents établissements scolaires peuvent se concerter. Leurs missions s'organisent autour de trois pôles principaux : le pilotage et l'animation pédagogique, la gestion des ressources humaines de proximité, les relations avec les partenaires locaux. Les établissements scolaires du territoire de santé du Havre dépendent de 2 BEF :

-8 BEF sur l'ensemble du territoire Haut-Normand dont :

- Un BEF pour la zone du Havre
- Un BEF pour la zone Fécamp /Lillebonne
- Un BEF pour la zone de Bernay/ Pont-Audemer

Une des missions de l'éducation Nationale est de promouvoir la santé des élèves et de les aider à adopter des comportements favorables à leur santé. A ce



titre les établissements scolaires sont dotés d'un CESC, Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté qui a pour vocation à définir un programme d'action en matière de prévention et d'éducation à la santé en direction des élèves en concertation avec un ensemble d'acteurs.

Les missions locales

Les missions locales sont des structures d'accueil pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans et sont chargées de les accompagner dans leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle. Elles assurent une prise en charge globale qui permet aux jeunes d'aborder l'ensemble de ces difficultés : logement, formation, santé... Pour répondre aux difficultés de santé rencontrées par ces jeunes, les structures d'accueil mettent en place des actions de santé : permanences de professionnels délocalisées, actions de prévention....

Cinq missions locales couvrent le territoire de santé du Havre :

- 2 missions locales au Havre
- 1 mission locale Montivilliers
- 1 mission locale Lillebonne
- 1 mission locale à Criquetôt l'Esneval
- La PAIO de Fécamp

Depuis 4 ans, le nombre des structures d'accueil qui répondent à l'appel à projet a fortement diminué.

Les coordinations locales d'information et d'orientation (CLIC)

Le CLIC est « un guichet » d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées et à leur entourage; il rassemble les informations, évalue les situations, mobilise les ressources, coordonne les professionnels pour répondre aux états chroniques invalidants stabilisés.

↳ **Les CLIC de niveau 1** assurent essentiellement une mission d'information, d'orientation et de facilitation des démarches.

↳ **Les CLIC de niveau 2** assurent, en plus, des missions d'évaluation des besoins, d'élaboration d'un plan d'accompagnement ou d'un plan d'intervention.

↳ **Les CLIC de niveau 3** assurent également la coordination et le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs (services du Département ou des communes, associations spécialisées, professions de santé...).

La Seine-Maritime compte aujourd'hui 16 CLIC, qui couvrent l'essentiel du département : quatre de niveau 1 et 2, et douze de niveau 3. Les CLIC sont également ouverts aux professionnels de santé et aux acteurs du maintien à domicile

Trois CLIC maillent le territoire de santé du Havre

→ CLIC des Hautes-Falaises-Fécamp (labellisé niveau 2) (Cantons de Criquetot-L'Esneval, Fécamp, Goderville, Valmont. Canton de Fauville-en-Caux (exception faite de la commune d'Hautot-le-Valois). Communes d'Ancourteville-sur-Héricourt, Beuzeville-la-Gérard, Cleuville, Sommesnil, Thionville.

→ CLIC le Havre (labellisé niveau 3) Cantons du Havre (comprend la commune de Sainte-Adresse)

→ CLIC communautés de communes Caux Vallée de Seine : Cantons de Cany Barville, Fontaine le Dun, Saint Valery en Caux Communes d'Hautot-le-Vatois, Anvéville, Le Hanouard, Héricourt-en-Caux, Ourville-en-Caux, Routes, Veauville-lès-Quelles, Carville-Pot-de-Fer, Hautot-l'Auvray, Oherville, Robertot, Saint-Vaast-Dieppedalle
→ CLIC Pont-Audemer /Bernay

Les PASS (permanences d'accès aux soins et à la santé)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

3 PASS fonctionnent sur le territoire de santé du Havre :

- 1 PASS au Havre, Groupe Hospitalier du Havre, Hôpital Flaubert
- 1 PASS à Fécamp, hôpital de Fécamp
- 1 PASS à Lillebonne, Hôpital de Lillebonne

Les services des conseils généraux

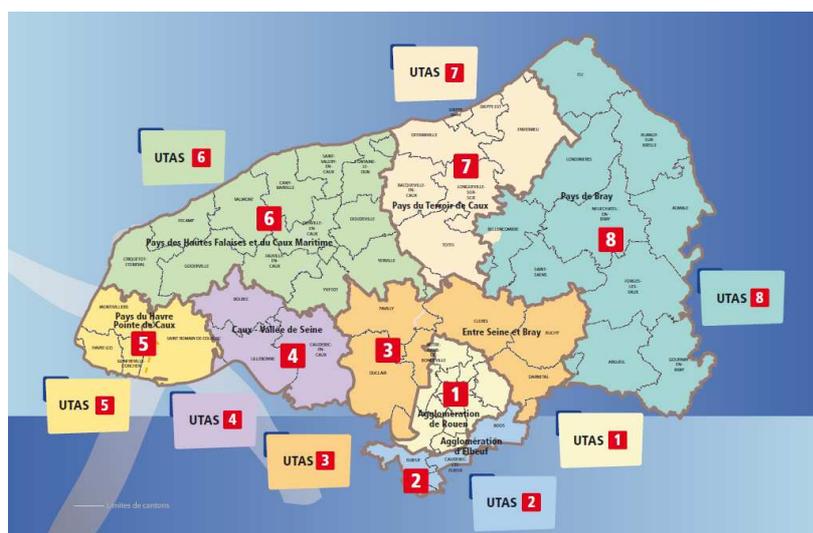
Les UTAS

Les **4 missions principales** des Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS) sont les suivantes :

- Mettre en œuvre les **politiques d'action sociale** élaborées par l'échelon départemental
- Représenter le Département auprès de la population et des partenaires sur le **territoire de l'UTAS**, pour ce qui concerne les **compétences d'action sociale du Conseil Général**
- Garantir un service de proximité et une prise en charge équitable des **usagers**
- Prendre en compte et relayer les évolutions du territoire et l'activité des **équipes médico-sociales**

Répartition des UTAS en Seine Maritime. Le territoire de santé du Havre comprend 3 UTAS (UTAS 4, 5 et 6), pour sa partie située dans le Département.

Deux d'entre elles ont des territoires en commun avec le territoire de santé de Rouen. Il s'agit des UTAS 4 et 6. Ces unités sont composées de différents dispositifs, (PMI, CDAG, etc.....) offrant un service de proximité, en particulier en matière d'éducation et de promotion de la santé. Chaque UTAS ne dispose pas de l'ensemble de ces dispositifs.



Les PMI

Les consultations de PMI sont implantées au sein des centres médico-sociaux et sont réparties sur l'ensemble du territoire. Des consultations infantiles, prénatales, des consultations de planification, ou encore des conseils conjugaux et séances de préparation à la naissance y sont dispensés. Les infirmières puéricultrices des PMI organisent également des bilans de santé auprès des enfants âgés de 3 à 4 ans scolarisés dans les écoles maternelles. Ces dépistages concernent les troubles de l'audition, du langage, du développement et de la vision. Le Département assure également le traitement des documents administratifs : attestations de grossesse, avis de naissance, certificat de santé du 8e jour, des 9e et 24e mois.

Les centres de planification

Les professionnels des centres de planifications : sages femmes et conseillères conjugales interviennent dans les établissements scolaires.

Les centres de vaccination

Le Conseil Général de Seine Maritime a développé des permanences de vaccination dans les centres médico-sociaux. Des équipes de vaccination mobiles composées par des médecins et des secrétaires effectuent ces permanences.

Les équipes de vaccination réalisent des séances de vaccination sur site : établissements scolaires, centres de formation et aires pour les gens du voyage.

- ① Dans l'Eure, les séances sont effectuées dans des centres de vaccination situés dans les établissements de santé. Il n'y a pas de centres de vaccination dans la zone géographique de l'agglomération Seine Eure.

Le service prévention de la CPAM du Havre

Le service prévention santé de la CPAM du Havre mène des actions de sensibilisation et d'information par le biais de forum santé auprès de la population générale sur des thématiques prioritaires pour l'Assurance Maladie (hygiène bucco-dentaire « Mt Dent », dépistage organisé des cancers sein et colorectal, maladies chroniques.).

Les centres spécialisés en addictologie

Les **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** (CSAPA) sont des structures résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST), prévu par le décret du 14 mai 2007. La plupart ont été constitués en 2010, quelques-uns sont encore en cours.

Ce sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1er Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé. Les personnes qui sont dans une relation de dépendance plus ou moins forte et néfaste à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique (jeux, sexualité, anorexie/boulimie...) ont vocation à être reçues dans les CSAPA. Ceux-ci accueillent également l'entourage (parents, conjoints, famille, amis).

CSAPA hospitalier	
Centre Hospitalier de la Risle	Pont–Audemer
CH Intercommunal du Pays des Hautes Falaises	Fécamp
Hôpital - Clinique du Val de Seine	Lillebonne

CSAPA associatif	
Fondation de l'Armée du Salut	Le Havre
Oppelia	Le Havre

ANPAA	structure régionale
--------------	----------------------------

Les unités de consultations et de soins ambulatoires

Les UCSA sont des unités situées dans les établissements pénitenciers et sont rattachées à un établissement de santé. Elles assurent la prise en charge de la santé des personnes détenues. Des comités de pilotages ont été mis en place en 2006/2007 et étaient chargés de mettre en œuvre des actions de prévention au sein de la structure pénitentiaire.

A ce jour, ils ne sont plus opérationnels, ce qui a pour conséquences:

- Les actions ne sont plus coordonnées entre les différents partenaires : UCSA, SPIP et établissements pénitentiaires.
- Les thèmes des actions ne sont pas adaptés aux contraintes de la pénitentiaire (ex : actions sur l'équilibre alimentaire)
- Les intervenants méconnaissent le contexte d'intervention (missions des UCSA, méconnaissances de la population carcérale...).

L'IRSA

L'institut Interrégional pour la Santé a pour objet le développement de la médecine préventive, de la santé publique et de la promotion de la santé. Celui-ci est composé d'un centre de prévention et de santé situé sur la ville du Havre. Complété par deux antennes : Lillebonne et Pont –Audemer.

Le service santé de la CODAH

Depuis 2003, la CODAH a intégré la compétence facultative santé. A ce titre en 2005 de nouveaux statuts ont été validés par le conseil communautaire sur la compétence « santé/ environnements/ hygiène » afin de les rendre plus visibles et notamment pour mettre en œuvre un programme pluriannuel d'actions en santé publique. Dans le cadre de cette compétence on retiendra particulièrement comme missions :

- Appui à la mise en adéquation de la démographie des professionnels de santé avec les besoins;

- Appui au développement du travail en réseau (réseaux santé de proximité et réseaux thématiques de prévention)
- Mise à disposition d'informations en Santé publique;
- Actions de prévention et de promotion de la santé.

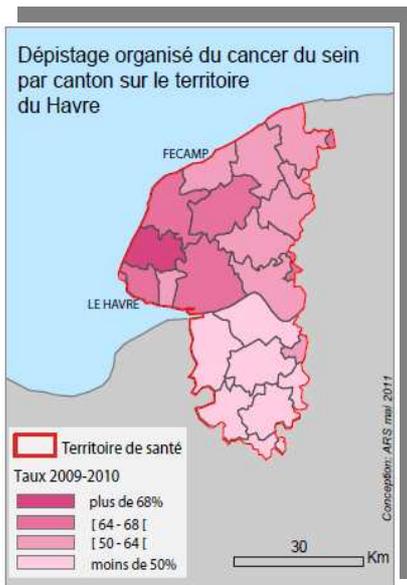
2) Les actions sur le territoire

Dépistage

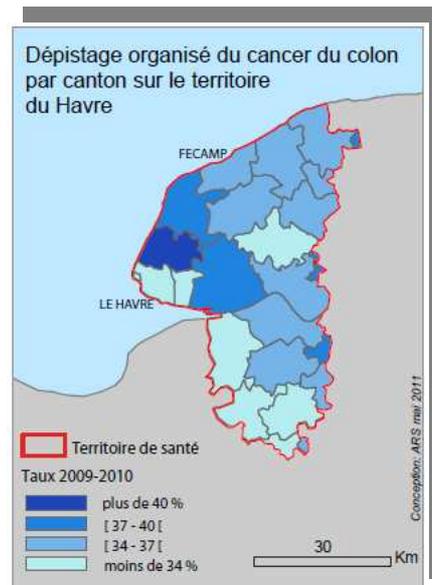
Le dépistage organisé du cancer du sein et du colon

Deux structures sont chargées du dépistage organisé sur le territoire du Havre :

- association EMMA (Seine Maritime)
- association DECADE (Eure)



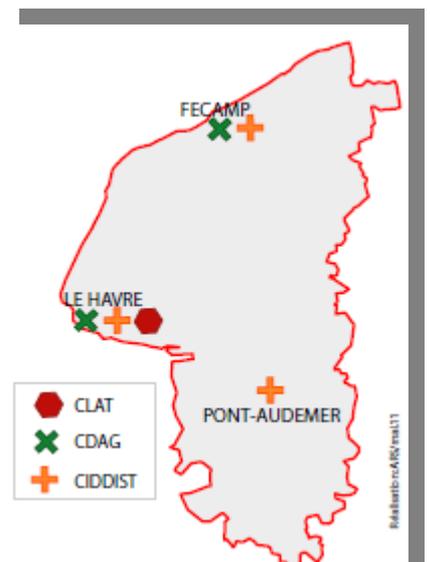
Le taux de participation est de 55.25% (objectif national fixé à 70%). Le sud du territoire à un taux de participation inférieur à 50%.



Le taux de participation est de 34.9% (objectif national fixé à 45%) Le Sud du territoire et la zone de Bolbec ont des taux de participation inférieurs à 34%

VIH & Infections sexuellement transmissibles (IST)

		Consultations	Pathologies dépistées
CDAG du territoire	Le Havre	1871 consultants	1 VIH +, 1 VHC +, 6 Ag HBs + (VHB)
	Fécamp (antenne de la CDAG du Havre)	166 consultants	
CIDIST	Le Havre	2662 consultants (femmes 55% - 20-29 ans 37%),	286IST diagnostiquées
	Fécamp	82 consultants (femmes 55% - 20-29 ans 60%),	1 IST diagnostiquée
	Pont –Audemer	57 consultants	



Les actions de prévention/promotion de la santé

Sur l'ensemble des 13 thèmes traités par les actions développées sur l'ensemble du territoire de santé Havrais, on trouve en premier plan :

- Les addictions
- Le PRAPS
- La nutrition

Viennent ensuite :

- Le Cancer
- Santé/ environnement
- Santé globale
- SIDA

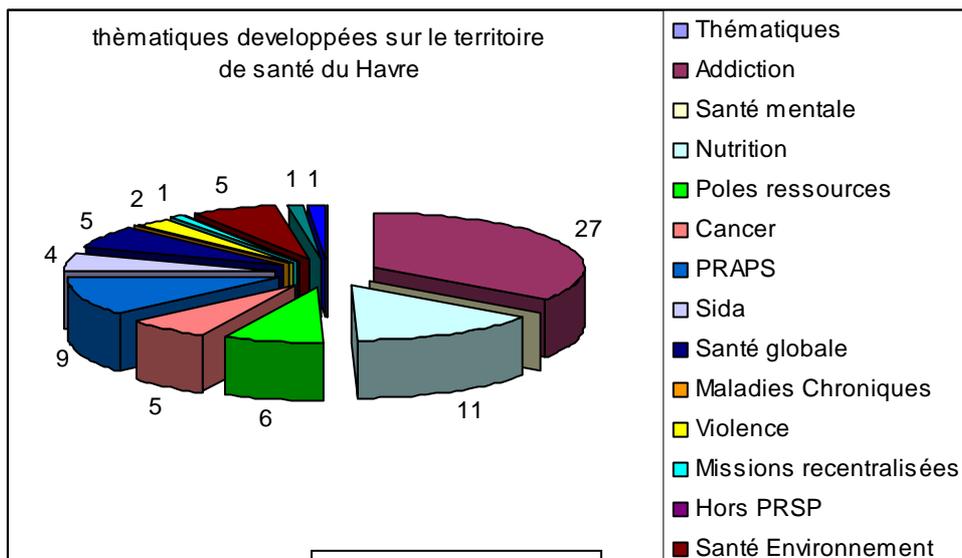


Fig. a

Les actions développées sur le territoire, sont issues : d'actions à rayonnement régional, départemental ou bien pour l'essentiel développées au sein même des territoires de proximité. L'analyse (Fig. b) objective :

-Que le territoire de proximité du Havre a quasiment développé des actions sur l'ensemble des 13 thèmes.

-Que les autres territoires de proximité présentent une variété de thèmes moins importante.

- Que les quatre territoires de proximité ont des actions sur les mêmes thèmes : Addiction, nutrition, IST/SIDA

Enfin on retiendra que l'ensemble des actions

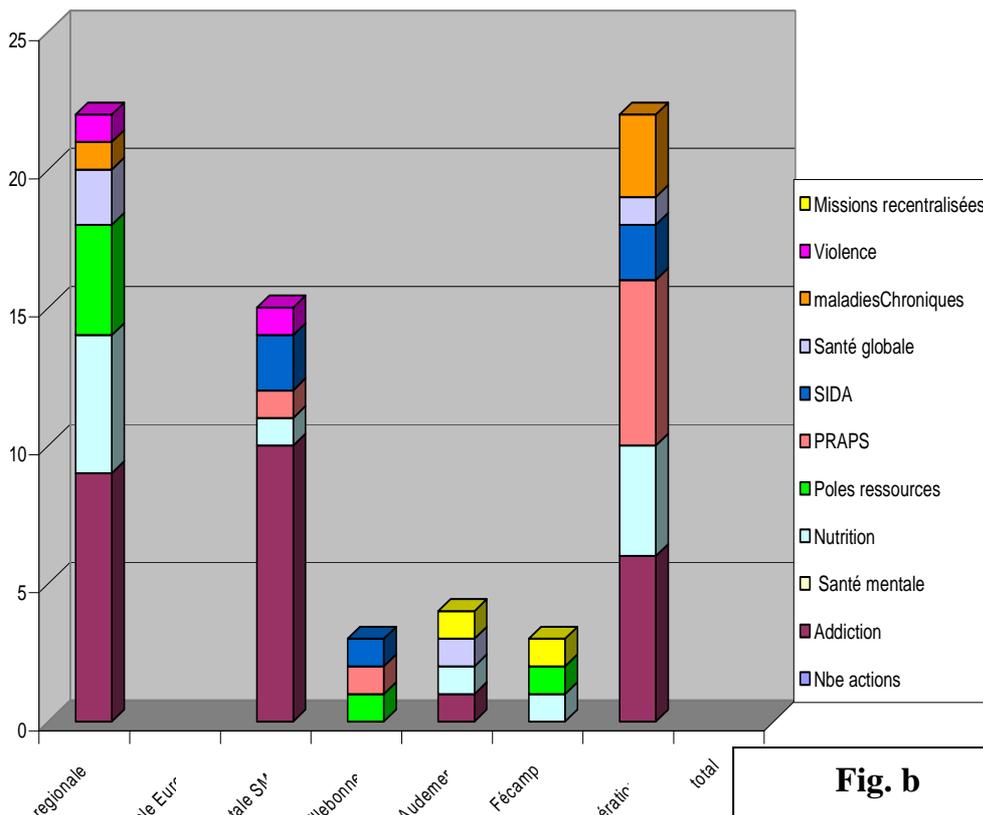


Fig. b

est pour l'essentiel en adéquation avec les problématiques de santé objectivées lors des différents diagnostics élaborés par les Réseau Locaux de Promotion de la Santé et les Ateliers Santé Ville sur leur territoire respectif.

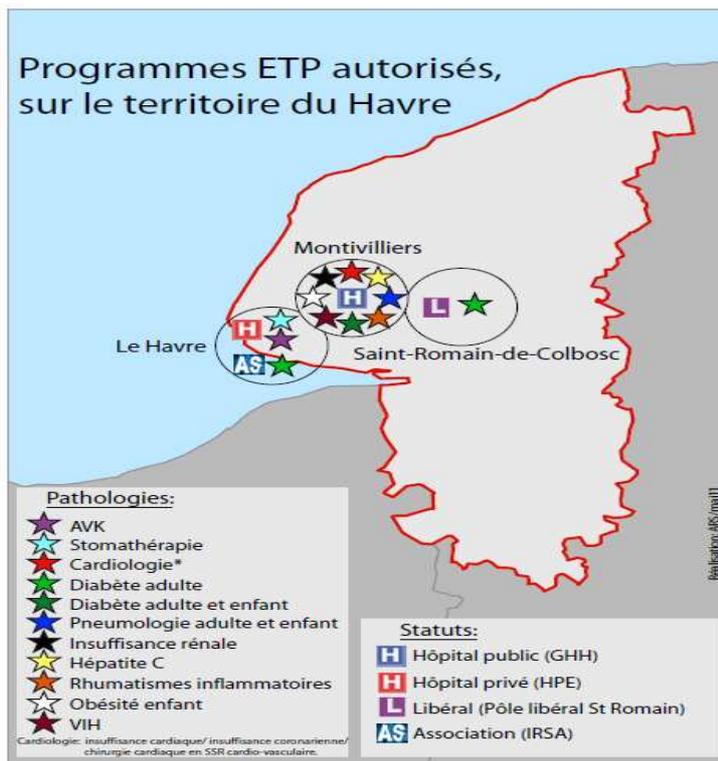
L'éducation thérapeutique

L'Education Thérapeutique du Patient est un processus continu dont le but est d' « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique L'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Elle n'est pas opposable au malade ... » (Article L.1161-1 CSP) Elle est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications. Elle est donc intégrée à la stratégie de prise en charge.

Les programmes autorisés au 17 juin 2011 pour le territoire du Havre

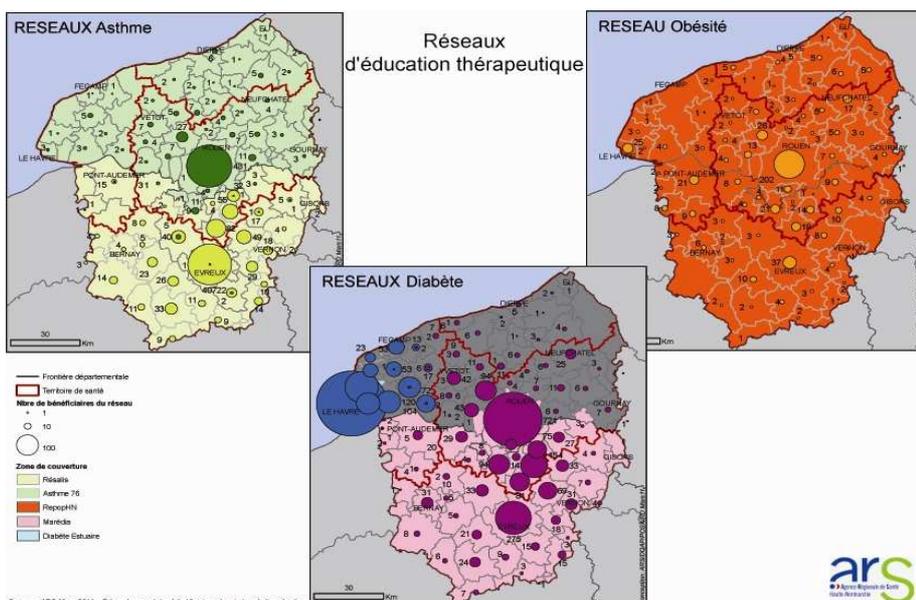
	Le Havre	
	Hospitalier	Ambulatoire
Rhumatismes inflammatoires	1	
Insuffisance cardiaque Réadaptation cardiaque	3	
VIH/SIDA	1	
Lombo-radicalgies		
Psychiatrie		
Diabète adultes	1	2
Diabète enfant	1	
AVK	1	
Asthme, BPCO, IRC	1	
Asthme infantile	1	
Mucoviscidose pédiatrie	1	
Dermatologie		
Hémophilie, tr coagulation		
Obésité adulte		
Obésité enfant	1	
Hépatites	1	
Mal inflammatoires chroniques intestin		
Cancérologie		
Insuffisance rénale	1	
Stomathérapie	1	
Total	15	2



Les programmes sont essentiellement hospitaliers, 2 programmes diabète développés en ambulatoire (IRSA et MSP St Romain)
Le réseau diabète de l'estuaire a une activité importante sur l'agglomération havraise

Des réseaux régionaux sont porteurs de programmes sur l'ensemble de la région sur les thèmes : asthme, diabète et obésité de l'enfant.

- REPOP (obésité enfant),
- Asthme 76
- MAREDIA (diabète).



2/ LES ENJEUX ET ORIENTATIONS DU TERRITOIRE

Prévention / promotion de la santé

Depuis maintenant plusieurs années, la politique en matière de prévention et de promotion de la santé du territoire de santé du Havre s'est structurée progressivement principalement dans le cadre du développement de réseaux : les RLPS et les ASV. Ceux-ci ont été développés dans le cadre des programmes régionaux de santé et du volet santé de la politique de la ville. A l'instar des autres territoires de santé de Haute-Normandie, les actions impulsées sur le territoire ne l'ont pas été uniquement par le biais de ces réseaux. En effet, dans le cadre du Programme Régional de Santé Publique de nombreuses structures, établissements, associations ou bien réseaux ont construit et développé des actions également, souvent en « électron libre », ceci se traduisant par un manque de coordination ne facilitant pas la mise en place d'une politique de prévention structurée et cohérente.

Par ailleurs, on note un déséquilibre flagrant entre le sud du territoire desservi par le RLPS Risle/Charentonne, qui couvre une zone étendue sur plus de 218 communes comprenant 118804 Habitants et les autres RLPS . En effet en termes de relais d'information cela ne pose pas foncièrement de problème. Pour autant lorsqu'il s'agit de développer des actions, d'apporter de la méthodologie, les caractéristiques géographiques du territoire deviennent assez rapidement des freins.

Enjeux relatifs à l'accès aux soins

A l'identique du territoire de santé de Rouen, l'appréhension des problématiques de santé inhérentes aux populations en situation de précarité, situation d'exclusion cumulant les co-morbidités (santé mentale, addictions, etc) demeure aujourd'hui un enjeu majeur. Néanmoins, elle n'est pas le seul fait du territoire urbain, en particulier du territoire de proximité Havrais. La question de l'accès aux soins en zones rurales (Bolbec/ Fécamp) subsiste également comme un enjeu de ce territoire. Ce qui pose les constats suivants :

- De l'amélioration de l'accès aux soins, notamment par des propositions d'orientation en matière de démographie médicale à moyen termes (MSP) ;
- De l'accessibilité aux structures de droits communs (Services de soins, CMP,...) en lien avec des dispositifs spécifiques (PASS, etc....)
- De la coordination et du travail en réseaux avec ces dispositifs ainsi que de leur rôle dans l'impulsion d'actions de prévention, d'éducation à la santé en direction des typologies de publics vulnérables

Enjeux relatif à la santé mentale

Au-delà de l'accès aux soins en matière de psychiatrie, pour les réflexions relatives à la santé mentale, l'enjeu réside dans le développement d'un réseau et de sa structuration afin d'améliorer la coordination et le travail en commun de l'ensemble des acteurs. Celui-ci passe dans un premier temps par le développement d'une culture commune de sensibilisation/ information en matière de santé mentale. Celle-ci n'étant pas une fin en soi dans la mesure où elle doit **se traduire par une opérationnalité plus grande interrogeant en particulier les cadres institutionnels et l'implication des professionnels** dans le réseau. Par ailleurs, la co-évaluation des actions mises en œuvre, notamment en terme d'opérationnalité en aval des formations sera un axe relativement important.

De manière infra territoriale se pose l'enjeu de développer des actions sur le thème du suicide sur le territoire de proximité de Fécamp ainsi que d'interroger l'ensemble des partenaires sur les thèmes de la santé mentale et des adolescents.

Enjeux relatif à la périnatalité

Dans le cadre de la politique régionale relative à la périnatalité, les orientations qui seront à développer sur le territoire de santé du Havre en fonction du diagnostic et des travaux de concertation, notamment dans le cadre du Contrat Local de Santé concernent:

→Pour la période pré-conceptionnelle

- Améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives et leur accès
- Améliorer l'accès à l'IVG
- Améliorer le dépistage des comportements à risque et des troubles mentaux des futures mères

→Période de la grossesse

- Généraliser l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse
- Prévenir les expositions des femmes enceintes aux substances toxiques dans le cadre professionnel (PRST) ou domestique

Addiction

Le thème des addictions demeure une priorité de santé publique sur de nombreux territoires de la région. A ce titre les propositions et orientations sur ce thème découleront notamment des réunions programmées en juin/ juillet 2011.

Au regard de l'ensemble de ces éléments la volonté des principaux acteurs du territoire de santé est de construire une politique cohérente, structurée dans le cadre de politiques institutionnelles complémentaires (conseil général, DDSC, ...). A cet égard les acteurs ont retenu plusieurs éléments incontournables à la mise en place d'une politique de prévention efficiente:

- La consolidation des trois RLPS/ASV, de leur reconnaissance comme véritable plateforme de coordination des acteurs et d'impulsion des actions ;
- Le développement d'une culture territoriale de la prévention et de l'éducation pour la santé des acteurs et des usagers ;
- Le développement des actions à l'ensemble des territoires de proximité (Caudebec en Caux, Certains cantons du pays des Hautes Falaises) ;
- La prise en considération du thème « populations vulnérables », en lien avec l'ensemble des acteurs du champ social ;
- L'implication des professionnels de santé dans l'ensemble des processus d'élaboration et de réalisation des actions ;
- Favoriser la déclinaison de ressources régionales en les articulant avec celles du territoire (décentralisation des formations, etc.) ;
- Favoriser la transversalité dans le cadre des prises en charge des usagers dans le système de santé : prévention, accès aux soins, médico-social.
- Favoriser le déploiement d'une réelle démocratie sanitaire avec une place dédiée aux populations dans les orientations prises.
- Réaliser un Contrat Local de Santé avec la CODAH ;

- Vaccinations

A l'instar d'autres territoires de santé de Haute-Normandie, le territoire du Havre est caractérisé par un manque important de données qualitatives et quantitatives sur les couvertures vaccinales. A ce titre l'un des enjeux du territoire, est relatif à une meilleure connaissance des données afin de fixer des objectifs en termes de couverture vaccinale.

Par ailleurs, de nombreuses problématiques se dégagent sur le territoire :

- Une insuffisance de communication sur la vaccination (type de vaccin, effet indésirables, etc.) ;
- Un décalage entre la vérification (carnet de santé) par certains professionnels (Education Nationale) et l'incitation à se faire vacciner ;
- Un manque de coordination et de collaboration inter professionnels (Education Nationale/ médecins généralistes) ;
- Des difficultés relatives au manque de transmission des cas de rougeole à l'ARS ;
- Des problèmes liés au coût de certains vaccins.

Orientations sur le territoire

- Favoriser la communication en direction des professionnels de santé
 - Médecin généraliste
 - Infirmières scolaires
 - Etudiants des IFSI
 - Pluri professionnels
- Favoriser la communication en direction des populations, en s'adossant sur les RLPS/ ASV, pour diffuser l'information, les outils et participer à la communication, notamment en direction de population vulnérables (migrants, habitants de quartiers, etc....).
- Favoriser de nouvelles organisations intra et inter institutionnelles, ainsi que de nouvelles expérimentations
 - Intégrer la vaccination dans le cadre des Maisons de Santé Pluridisciplinaires

- Consolider la vérification des carnets de santé réalisée dans le cadre des urgences pédiatriques/ Favoriser le lien avec les médecins généralistes.
- Opérationnaliser concrètement les suites d'actions d'information par l'organisation d'une vaccination.

- Dépistages et repérages

Les cancers représentent sur le territoire de santé du Havre la première cause de mortalité. En effet, celle-ci représente 33% de l'ensemble des décès. L'analyse épidémiologique objective une surmortalité par cancer :

- Du colon/ rectum chez la femme
- Du poumon chez l'homme et la femme

En matière de recours au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, il ressort de l'analyse des données régionales de grandes disparités territoriales. A cet égard, on observe un déséquilibre inter cantonal en la défaveur :

- Du Sud du territoire de santé¹³ pour les dépistages du cancer du sein et colorectal qui présente les taux les plus bas du territoire.
- Du canton de la ville du Havre pour le dépistage colorectal.
- Du territoire de proximité de Bolbec pour le dépistage colorectal.

Concernant le repérage des VIH/IST, le territoire est relativement bien maillé en structures CDAG et CIDDIST. Néanmoins certaines zones (Bolbec/ Lillebonne) du territoire en sont dépourvues et se pose la question de l'accès au dépistage.

Enfin le recours au dépistage organisé du cancer s'adosse sur les professionnels de santé et en particulier sur les omnipraticiens et radiologues. Or à ce titre le sud du territoire est caractérisé par une démographie médicale problématique avec les taux les plus faibles du Département.

Les priorités régionales en matière de dépistage et repérage

- Améliorer l'accès, notamment des populations vulnérables, aux dépistages des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, cancer col utérin)
- Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage – Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux (mesure 14 & 16 du Plan cancer 2009-2013).
- Permettre un égal accès à tous au dépistage (IST, VIH), notamment les personnes vulnérables, les personnes accueillies ou prises en charges dans des établissements ou par des services médico-sociaux

Les propositions et orientations au sein du territoire

Dépistage cancer Sein/ colorectal

Objectif : Augmenter le nombre de dépistage colorectal (axe régional)

- Saisir l'opportunité du dépistage du cancer du sein pour proposer le dépistage colorectal (axe régional)
- Faciliter les démarches d'accès : Permettre à des personnes ayant déjà fait le test et souhaitant le refaire de ne pas passer par le médecin traitant mais recevoir le test par voie postale.
- Impliquer les pharmaciens dans la promotion du dépistage.

Objectif : Favoriser le dépistage de typologies de publics vulnérables

- Réflexion à mener en lien avec les PASS pour favoriser l'orientation
- Impliquer les CPAM concernant les populations à la CMU/ en lien avec les agents d'accueil des CPAM
- Développer des accompagnements/ relais (professionnels sociaux) pour favoriser le dépistage chez des personnes analphabètes, etc....

¹³ Territoire de proximité de Pont –Audemer

Objectif : Sensibiliser/ informer l'ensemble des habitants des territoires de proximité sur les campagnes de dépistage

- S'appuyer sur les RLPS/ASV pour le ré-enclenchement d'actions pertinentes et déjà réalisées.

Objectif : Favoriser la connaissance des publics et des territoires/ compréhension des freins.

- Améliorer les connaissances et affiner les données qualitatives et quantitatives des populations ayant accès au dépistage/ou n'ayant pas accès sur des territoires plus petits afin d'améliorer les stratégies d'actions. A ce titre mise en place d'une plateforme d'analyse.

Cancer du Col de l'Utérus

Objectif : Favoriser le dépistage par la formation (axe régional)

- Améliorer l'implication des médecins généralistes dans la réalisation des frottis cervico-vaginaux (Mise en place de Formateurs (gynécologue/ Médecin libéraux) pour former les omnipraticiens volontaires. En lien avec l'URPS).

- Application de la recommandation de la HAS sur la périodicité/nombre de dépistage.

-Réflexion du dépistage dans le sud du territoire qui recoupe la problématique de la démographie médicale.

Ré-enclencher les stratégies initiées par les réseaux : pour la CODAH la stratégie est validée par les élus, pour le RLPS de Fécamp par une collaboration avec l'association EMMA (mise en place d'actions hybrides concrètes par exemple dans le cadre d'octobre Rose pour aller au devant de la population en complémentarité des actions IST. Pour le Réseau local de Bolbec, consolider l'existant.

Tuberculose

Objectif : Améliorer la prévention.

-Consolider/ développer le dispositif de dépistage des CLAT pour les populations en situation de précarité dans les lieux sociaux (FTM, CHRS, etc....) ;

VIH/IST

Objectif : Améliorer l'information/le dépistage/ prise en charge.

- Favoriser le dépistage dans la population générale/ relayer les campagnes d'informations VIH/SIDA.

- Etudier la possibilité d'un élargissement de l'utilisation du Test Diagnostic d'Orientation Rapide (TROD) de l'association AIDES à certains omnipraticiens (de quartiers par exemple) et à certains médecins du Conseil général. Consolider le dépistage au sein des CDAG et des CIDDIST en lien avec le Département.

- Favoriser le dépistage sur certaines zones du territoire Bolbec (Organisation du Département).

- Améliorer le dépistage et le traitement chez les partenaires des personnes infectées (chlamydiae).

-Elargissement du dépistage aux gonococcies.

- Education thérapeutique du patient

Les programmes développés sur le territoire du Havre sont relativement nombreux et polymorphes. En effet un nombre importants de pathologies sont prises en considération. Néanmoins il n'existe pas programmes relatifs au cancer qui est une problématique majeure du territoire de santé ainsi que des programmes relatifs aux pathologies psychiatriques. Par ailleurs, le secteur du Havre concentre à lui seul la majorité des programmes portés par des établissements de santé. Posant la question des inégalités territoriales et du développement de programmes sur d'autres territoires de proximité (Fécamp, Lillebonne, Pont-Audemer).

Par ailleurs de nombreuses interrogations et problématiques se posent de la manière suivante :

- Un manque de clarté sur les financements octroyés aux établissements de santé et leur utilisation pour les programmes.
- Un manque de coordination des professionnels en intra hospitalier et en extra, notamment avec les médecins libéraux.
- Un difficile positionnement des associations d'usagers, confrontées aux difficultés d'agrément (ainsi qu'aux financements).
- Une insuffisance des programmes en direction de populations vulnérables (détenus, ..)
- Un manque de communication relatif aux programmes développés
- Des difficultés d'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des programmes

Les orientations régionales en matière d'éducation thérapeutiques du patient

Impliquer le patient dans le processus thérapeutique

-En proposant une offre de services

-En développant sur les territoires de proximité une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire

S'assurer de l'accès aux programmes d'ETP notamment des populations fragiles (détenus, précaires, adultes et enfants handicapés, personnes âgées)

Les orientations au sein du territoire :

-Améliorer la transparence des budgets octroyés et de leur utilisation dans le cadre des MIG (travail d'articulation en intra ARS) ;

Elargissement de la couverture : favoriser les financements par l'ARS de thèmes peu développés (psychiatrie/ cancer) ;

-développer une offre sur Fécamp, Bolbec, Lillebonne

- Favoriser le développement de programmes en direction de populations vulnérables (recoupe l'objectif régional) ;

Définir une stratégie de collaboration, de coordination des acteurs en intra hospitalier et extra hospitalier afin de mutualiser certaines prestations ainsi que de les coordonner notamment en extra hospitalier ;

- Favoriser, pour l'évaluation, l'implication des acteurs de l'ambulatoire/ actions ETP ;

Développer des actions innovantes : télémédecine (expérience de Basse-Normandie sur l'insuffisance cardiaque).



DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

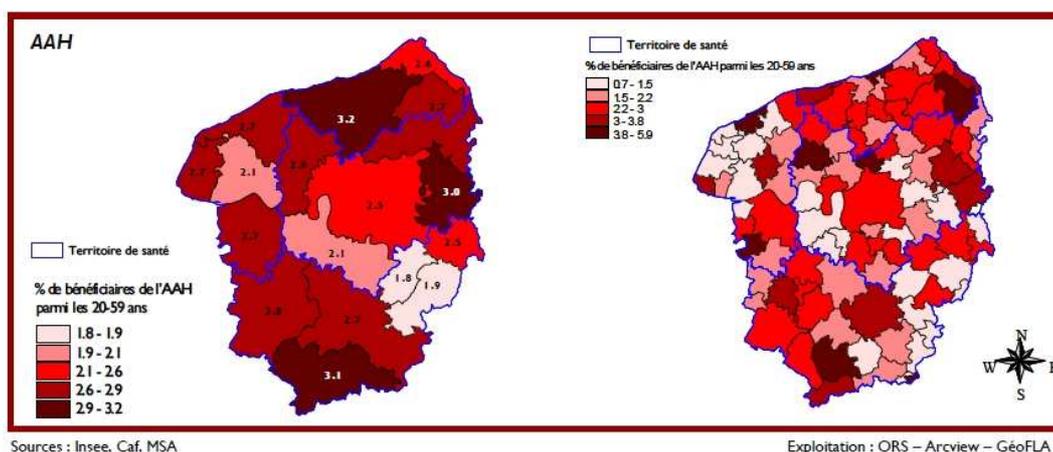
Annexe 3.3

Territoire de santé de Dieppe

d'un quart de sa population non scolarisée est non diplômée. Le nord du territoire est encore plus marqué avec des taux proches de 30%.

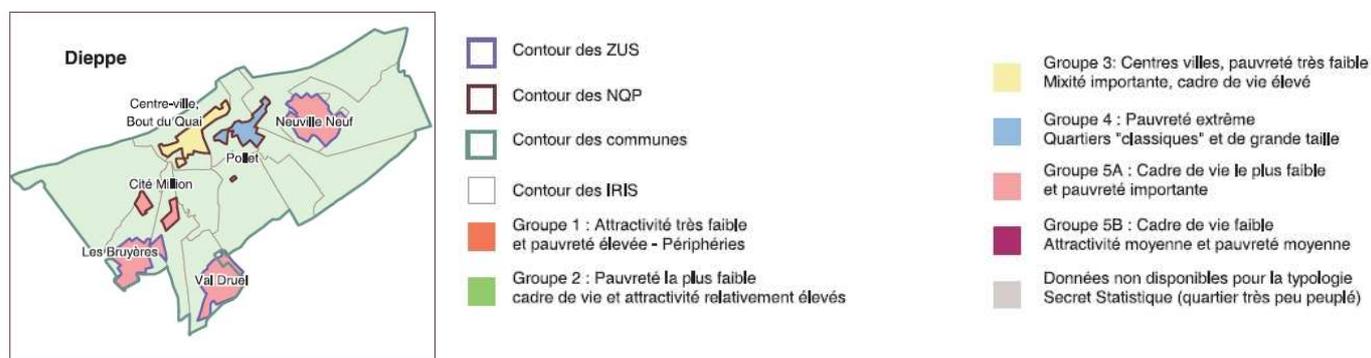
Minima Sociaux

A l'inverse du Revenu de solidarité active, qui est légèrement inférieure à celle observée en Haute Normandie, la proportion de bénéficiaires de l'**Allocation Adultes Handicapés** est la plus élevée de Haute Normandie (3,4% des personnes âgées de 20-59 ans bénéficient de cette allocation contre 2,9% en région).



Populations vulnérables identifiées par le PRAPS

Les quartiers politiques de la ville du territoire de santé de Dieppe se concentrent sur Dieppe et son agglomération. Ils se caractérisent par une pauvreté importante et accueillent 32 % de la population dieppoise.



Le territoire de santé de Dieppe se caractérise par le plus faible taux de familles monoparentales. En effet, celui-ci représente près de 11% des familles contre 12.5 % au niveau régional.

Territoire de santé de Dieppe	Nombre de familles		
	2007	%	% 1999
Couples avec enfants	22 488	45,5	50,2
Familles monoparentales	5 326	10,8	10,4
- hommes seuls avec enfant(s)	884	1,8	1,6
- femmes seules avec enfant(s)	4 443	9,0	8,8
Couples sans enfant	21 582	43,7	39,4

Concernant les autres populations vulnérables identifiées par le PRAPS, le territoire de Dieppe ne dispose d'aucune aire pour les gens du voyage ni de foyers pour travailleurs migrants. Enfin, aucun centre de détention n'est présent sur le territoire.

Indicateurs d'offre médico-sociale

Structures pour personnes âgées

Taux d'équipement en structures d'accueil et de soins pour personnes âgées en 2010

Territoire de santé	Tx équipement en places de SSIAD	Tx équipement en lits médicalisés
Dieppe	25,6	100,9
Evreux-Vernon	21,9	132,1
Le Havre	15,9	104,7
Rouen - Elbeuf	16,7	119,4
Haute-Normandie	18,5	116,4
Fr métropolitaine	17,4	97,7

Sources : ARS, Insee RP2007

* P. 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Le territoire de Dieppe présente la meilleure offre en places de SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) par rapport aux autres territoires de santé de la région. Mais il dispose néanmoins de la plus faible offre en termes de structures d'hébergement médicalisées pour personnes âgées.

Structures pour adultes handicapés

Le territoire de santé de Dieppe dispose d'un taux d'équipement en hébergement de 5,9 pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans, se classant au 2^{ème} rang des quatre territoires, et de 3,4 pour 1000 adultes en établissement protégé, soit le dernier de la région.

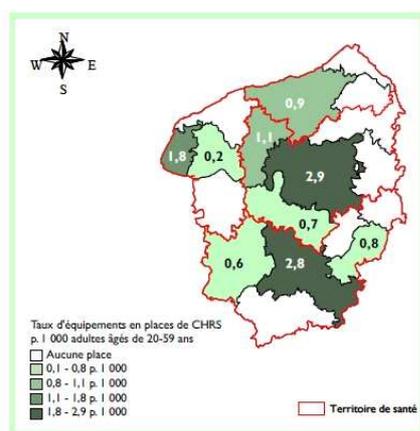
Taux d'équipement en structures d'accueil pour adultes handicapés en 2010

Territoire de santé	Taux d'équipement en hébergement pour adultes handicapés	Taux d'équipement en établissements de travail protégé
DIEPPE	5,9	3,4
EVREUX	6,2	5,3
LE HAVRE	5,0	3,8
ROUEN	4,6	3,7
Haute-Normandie	5,1	4,1
Fr métropolitaine	4,3	4,2

Sources : ARS, Insee RP2007

* P. 1 000 personnes âgées de 20-59 ans

Structures pour personnes en situation de grande précarité



Sources : Insee RP 2007, ARS

Le territoire de Dieppe se distingue par le plus faible taux d'équipement en CHRS. Aucun Lit halte soins et aucune pension de famille ne sont également recensés sur ce territoire. On peut noter qu'aucune structure n'est présente dans le nord du territoire de santé de Dieppe.

Structures de lutte contre les addictions

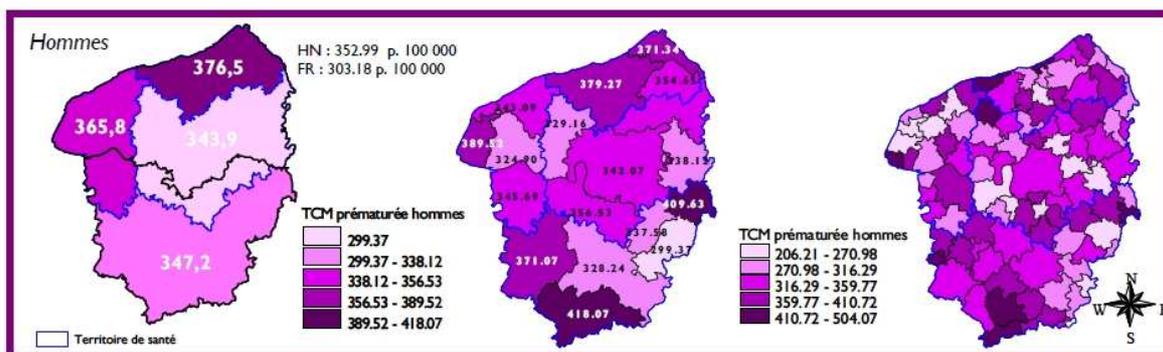
Le territoire de Dieppe est pourvu de **2 CSAPA** (centres de soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), l'un situé au centre hospitalier et l'autre situé à Neuville les Dieppe mais il

ne dispose d'aucun CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues).

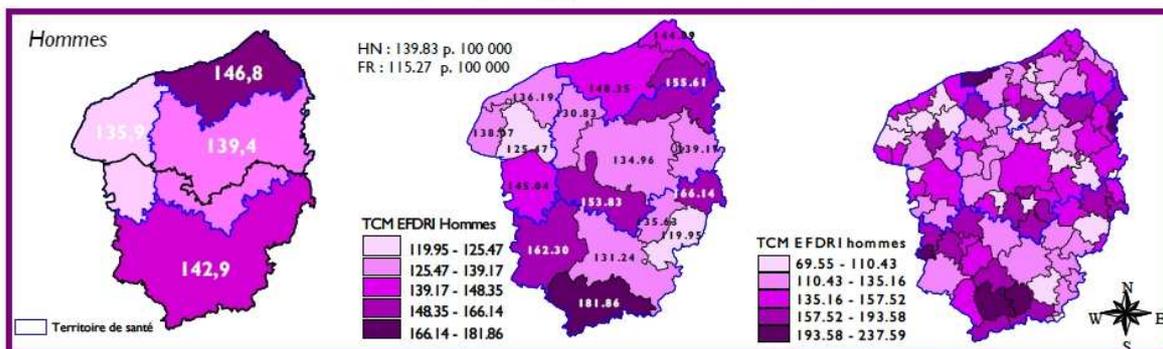
Indicateurs de santé

La Haute Normandie présente une surmortalité générale et prématurée par rapport à la France métropolitaine. Cette situation s'avère plus marquée sur le territoire de Dieppe surtout si l'on s'intéresse à la mortalité prématurée évitable par action sur les facteurs de risques individuels.

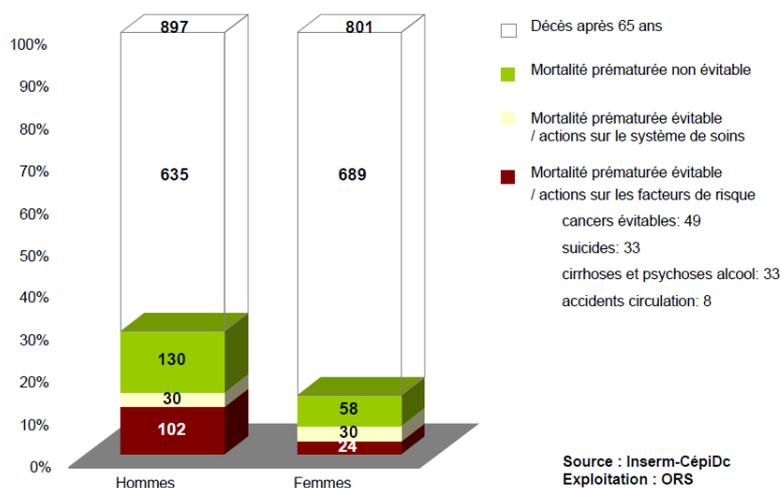
Taux comparatifs de mortalité prématurée 2000/2008



Taux comparatifs de mortalité prématurée évitable par action sur les facteurs de risques individuels 2000/2008



Mortalité prématurée évitable – moyenne 2000/2008



La part de la mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque représente en moyenne 126 décès par an avec une proportion nettement plus importante chez les hommes (102 décès en moyenne par an).

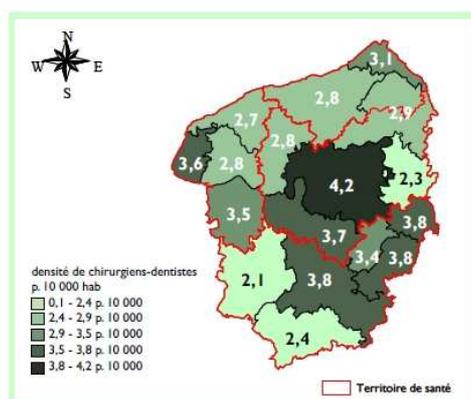
Concernant les principales causes de mortalité, le territoire se distingue notamment par une **très forte mortalité par cancer** (30% des décès) et pour les causes de **décès liées à une consommation excessive d'alcool** (chez les hommes comme chez les femmes). Le territoire présente également une **surmortalité par suicide** par rapport à la Haute Normandie (4% contre 3.4%).

Indicateurs d'offre de soins ambulatoires

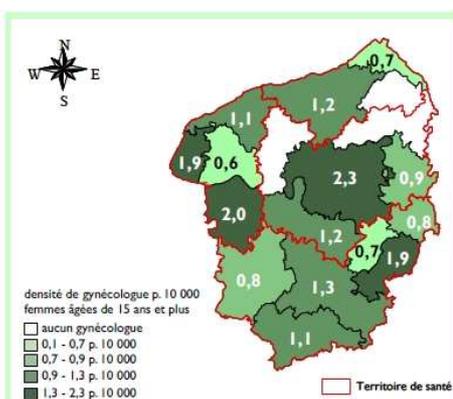
De façon générale le territoire de santé de Dieppe se caractérise par une **sous densité en terme de professionnels de santé libéraux**, par rapport aux données régionales, quelles que soient leurs spécialités.

	TS de Dieppe	Haute Normandie	France métropolitaine
Omnipraticiens	8,4	9	nr
Chirurgiens dentistes	2,7	3,6	6
Gynécologues	1	1,5	nr
Cardiologues	0,4	0,5	nr
Radiologues	0,5	0,7	nr

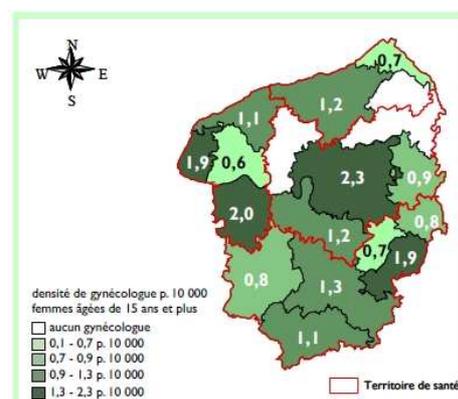
(Nombre de professionnels pour 10 000 habitants)



Sources : Insee RP 2007, ARS



Sources : Insee RP 2007, ARS



Sources : Insee RP 2007, ARS

Seule la situation des infirmiers libéraux demeure supérieure à celle de la région mais inférieure par rapport à la France métropolitaine.

Le territoire de santé de Dieppe ne dispose d'aucune **Maison de Santé Pluridisciplinaire**, ni d'aucun projet de ce type.

On peut toutefois rappeler que l'offre de soins hospitaliers de Dieppe est positionnée sur les villes côtières : Dieppe et son agglomération, disposant d'un centre hospitalier de référence et de deux cliniques (Les Aubépines et la clinique MEGIVAL). Le dispositif hospitalier public est complété par deux établissements sans plateau technique : le Centre hospitalier de Eu à l'est et l'hôpital local de Saint Valéry en Caux à l'ouest.

Offre de prévention et promotion de la Santé

1) Les acteurs « institutionnels » du territoire

Les établissements scolaires

Le bassin d'éducation et de formation (BEF) est un cadre d'animation dans lequel les différents établissements scolaires peuvent se concerter. Leurs missions s'organisent autour de trois pôles

principaux : le pilotage et l'animation pédagogique, la gestion des ressources humaines de proximité, les relations avec les partenaires locaux. Les établissements scolaires du territoire de Dieppe dépendent du BEF de Dieppe Neufchâtel.

Une des missions de l'école est de promouvoir la santé des élèves et de les aider à adopter des comportements favorables à leur santé.

Les services du Conseil Général

UTAS

Les 4 missions principales des Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS) sont les suivantes :

- Mettre en œuvre les politiques d'action sociale élaborées par l'échelon départemental
- Représenter le Département auprès de la population et des partenaires sur le territoire de l'UTAS, pour ce qui concerne les compétences d'action sociale du Conseil Général
- Garantir un service de proximité et une prise en charge équitable des usagers
- Prendre en compte et relayer les évolutions du territoire et l'activité des équipes médico-sociales

Trois Unités territoriales d'action sociale sont présentes sur le territoire :

- Pays des Hautes falaises – Plateau Caux Maritime
- Pays Terroir de Caux
- Pays de Bray – Vimeu et Bresle



La PMI

Les consultations de PMI sont implantées au sein des centres médico-sociaux et sont réparties sur l'ensemble du territoire. Des consultations infantiles, prénatales, des consultations de planification, ou encore des conseils conjugaux et des séances de préparation à la naissance y sont dispensés. Les infirmières puéricultrices des PMI organisent également des bilans de santé auprès des enfants âgés de 3 à 4 ans scolarisés dans les écoles maternelles. Ces dépistages concernent les troubles de l'audition, du langage, du développement et de la vision. Le Département assure également le traitement des documents administratifs : attestations de grossesse, avis de naissance, certificat de santé du 8e jour, des 9e et 24e mois.

L'Assurance Maladie

Les caisses d'Assurance Maladie (CPAM, MSA, RSI, CAMIEG...) ont pour mission de promouvoir la santé par le biais de campagne de prévention auprès de leurs assurés. Les services prévention développent effectivement des actions de sensibilisation autour de thèmes tels que l'hygiène bucco-dentaire, le sevrage tabagique, le dépistage des cancers sein et colo-rectal, les maladies chroniques, la vaccination...

2) Les autres acteurs du territoire

Le RLPS

Le Réseau Local de Promotion de Santé de Dieppe et son agglomération a pour mission d'impulser une dynamique à l'échelle du territoire et de coordonner les acteurs autour d'un programme d'actions prenant en compte les priorités régionales de santé et les spécificités du territoire. Le RLPS doit relayer la politique régionale de santé de l'ARS en participant notamment aux réunions régionales. Le RLPS a également pour mission d'apporter un soutien aux acteurs en leur offrant notamment un soutien méthodologique à la conception d'action, en leur mettant à disposition un point relais documentaire et en leur favorisant l'offre de formation.

Le RLPS de Dieppe a impulsé en 2011 des groupes de travail sur les thématiques : addiction, dépistage, périnatalité, sexualité, maladies chroniques, santé mentale.

Les Missions locales

Les missions locales sont des structures d'accueil pour les jeunes âgées de 16 à 25 ans et sont chargées de les accompagner dans leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle. Elles

assurent une prise en charge globale qui permet aux jeunes d'aborder l'ensemble des difficultés : logement, formation, santé...

Pour répondre aux difficultés de santé rencontrées par ces jeunes, les structures d'accueil mettent en place des actions de santé : permanence de professionnels délocalisées, actions de prévention....

Une mission locale est présente sur le territoire de Dieppe : la mission locale de la Côte d'Albâtre.

Les CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique)

Le CLIC est « un guichet » d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées et à leur entourage ; il rassemble les informations, évalue les situations, mobilise les ressources, coordonne les professionnels pour répondre aux états chroniques invalidants stabilisés.

Quatre CLIC sont présents sur le territoire de santé de Dieppe

CLIC	Territoire d'intervention
CLIC du Littoral	Dieppe Offranville
CLIC de la vallée de la Bresle	Blangy sur Bresle - Eu - Aumale
CLIC du Terroir	Envermeu – Bacqueville en Caux – Longueville sur Scie – Tôtes – Bellencombre
CLIC du Caux Maritime	Cantons de Cany Barville, Fontaine le Dun, Saint Valery en Caux Communes d'Hautot-le-Vatois, Anvéville, Le Hanouard, Héricourt-en-Caux, Ourville-en-Caux, Routes, Veauville-lès-Quelles, Carville-Pot-de-Fer, Hautot-l'Auvray, Oherville, Robertot, Saint-Vaast-Dieppedalle

Les PASS

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Une PASS est présente sur le territoire de Dieppe, elle se situe dans les locaux du Centre Hospitalier de Dieppe.

3) Les actions financées en 2010 (GRSP & CUCS)

Promoteur local

Promoteur	Thématique	Action	Territoire d'intervention
L'Ancre	SIDA	JMS	Le Tréport
L'Ancre	SIDA	Un été sans soucis	Le Tréport
L'Ancre	Nutrition	Santé-vous bien	Le Tréport
Inseraction	PRAPS	Accompagnement	Eu/Le Tréport
Alcool Addict	Alcool	Aide et assistance	Dieppe
Maison des jeunes	SIDA	JMS	Dieppe
Oxygène	Nutrition	Les ados ont du PEP'S	Dieppe
Audrey Régis Méningite	Vaccination	Sensibilisation	Dieppe
Ville de Dieppe	Pôle Ressource	RLPS	Dieppe & agglo
CH de Dieppe	Vaccination	Campagne de vaccination méningite	Dieppe
CH de Dieppe	Missions recentralisées	CLAT	Dieppe
Inseranté (CUCS)	Alcool	Accompagnement	Dieppe
Inseranté (CUCS)	Santé Mentale	Relai écoute psychologique	Dieppe
Inseranté (CUCS)	Alcool	Prévention alcoologie et REAP	Dieppe
Inseraction (CUCS)	Santé globale	Action de prévention personnes âgées	Dieppe
Ville de Dieppe (CUCS)	Pôle Ressource	RLPS	Dieppe & agglo

Promoteur Départemental menant des actions sur le territoire

Promoteur	Thématique	Action	Territoire d'intervention
Emma	Cancer	Dépistage organisé des cancers	Seine Maritime
Inseranté	Alcool	Accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool	Seine Maritime
CHU de Rouen	Violence	Centre d'accueil spécialisé dans les agressions	Seine Maritime
AIDES	SIDA	Sensibilisation public à risque	Seine Maritime

Promoteur Régional menant des actions sur le territoire

Promoteur	Thématique	Action	Territoire d'intervention
CRES	Pôle ressource	Promouvoir et accompagner le développement à la santé	Région
Maredia	Maladies chroniques	Amélioration de la prise en charge du diabète de type 2	Région
REPOP	Nutrition	Promotion des activités physiques adaptées aux enfants en surpoids	Région
Sécurité Solaire	Cancer	Vivre avec le soleil, à l'école, au centre de loisir et en famille	Région

4) Analyse des actions et/ou résultats dans le territoire

Promotion de la santé et éducation pour la santé

De façon générale on constate un certain dynamisme en termes d'actions de promotion et d'éducation à la santé sur Dieppe et son agglomération structurées autour du RLPS. Les structures locales travaillent en partenariat sur les problématiques spécifiques. De ce fait, des actions peuvent être mises en place sans forcément de financement car les ressources existent.

Le RLPS apparaît comme un dispositif reconnu, mobilisant et fédérant les acteurs. En effet, celui-ci a permis de faire du lien entre les acteurs et de favoriser le travail en réseau à l'échelle du territoire du réseau.

Cependant, même si ce dynamisme existe bien à l'échelle de l'agglomération de Dieppe, le nord du territoire (Eu/le Tréport) ne dispose d'aucune structure permettant d'impulser une dynamique locale de prévention et de promotion de la santé. Seule l'association locale l'Ancre mène des actions sur Eu et le Tréport. Ponctuellement, l'association Inseraction intervient sur le secteur.

Vaccination

La vaccination représente un enjeu majeur de santé publique sur le territoire de Dieppe avec la campagne de vaccination contre le méningocoque B14. Actuellement 51 515 enfants ont débuté un protocole de vaccination dans les 3 centres de vaccination dédiés (Maison du département à Neufchâtel en Bray, Centre Hospitalier de Dieppe, Gournay en Bray).

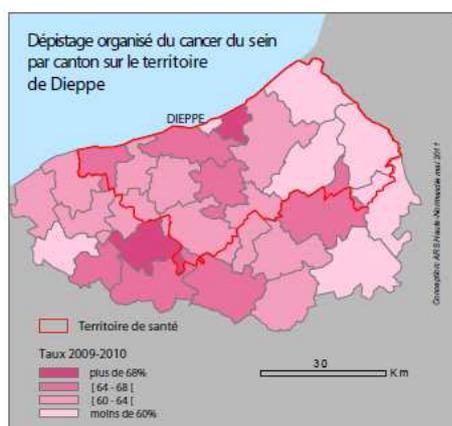


En termes d'actions, un travail est en cours avec l'ORS afin d'avoir des données à l'échelle du territoire sur les plus de 15 ans concernant la rougeole, la méningite C, l'hépatite B, le HPV et la coqueluche ainsi que sur la couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans.

Les délégués de l'Assurance maladie mènent des actions auprès des médecins généralistes afin de faire progresser la couverture vaccinale de la population. Une campagne d'information vers les pharmaciens de la région est également prévue en septembre 2011 (soirée d'information). Enfin une réflexion est actuellement en cours sur l'élaboration d'un protocole de coopération entre professionnels de santé qui permettrait aux infirmiers de vacciner en fonction de ce qui est défini dans le protocole.

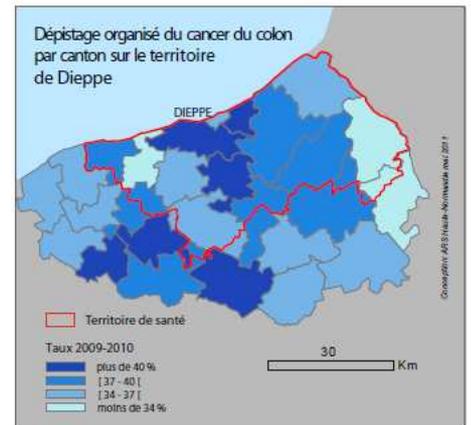
Dépistages et repérages

Le dépistage organisé du cancer du sein et du colon est coordonné sur le territoire de Dieppe par la structure de gestion Emma. Des actions de sensibilisation vers le grand public (forum, stand d'information) sont mises en place par la CPAM, le Réseau local de promotion de la Santé ainsi que la CAMIEG en lien avec la structure de gestion sur le territoire et principalement sur l'agglomération de Dieppe.

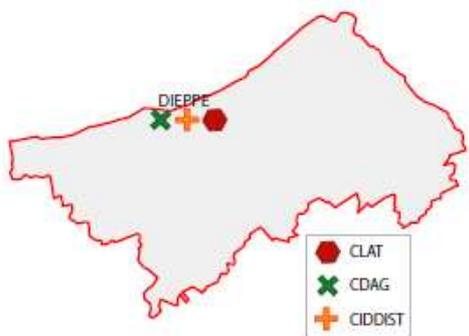


Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 58% sur le territoire (objectif national 70%). Les cantons situés à l'ouest ainsi que le canton de Dieppe sont ceux où les femmes participent le moins au dépistage organisé du cancer du sein.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du colon est de 34% sur le territoire (objectif national 45%). Les cantons situés à l'ouest ainsi que les cantons de Fontaine le Dun et de Dieppe sont ceux où la participation au dépistage organisé du cancer du colon est la plus faible.



Les infections sexuellement transmissibles et VIH



L'antenne de Dieppe de la CDAG (consultation de dépistage anonyme et gratuit) de Rouen a réalisé 260 consultations en 2010 et parmi celles-ci une personne a été dépistée positive pour le VIH et 4 pour le VHC. La CDAG mène également des actions d'éducation à la santé lors de la JMS, de la journée santé organisée sur la plage de Dieppe avant l'été, lors de forums santé. L'association AIDES est également présente sur Dieppe mais elle concentre son action vers des populations spécifiques, fréquentant les saunas.

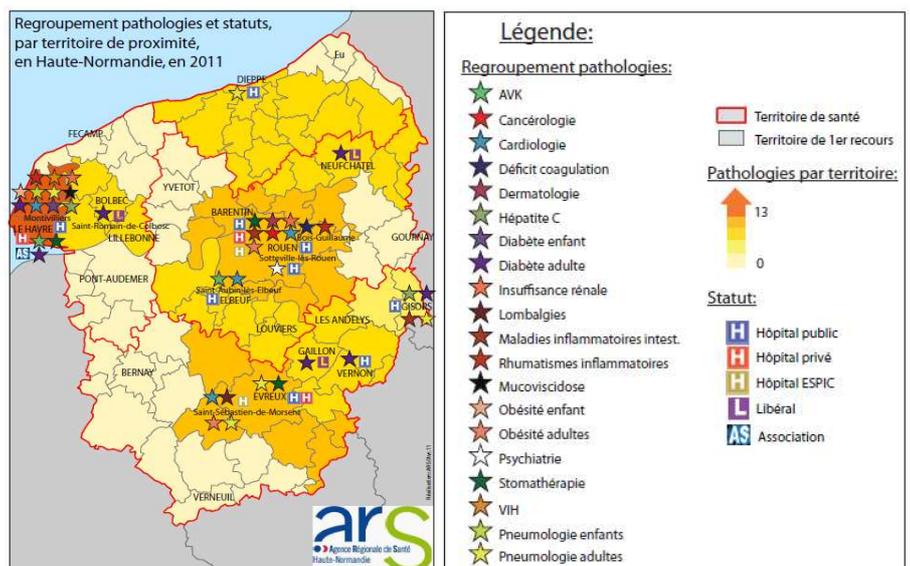
L'antenne du CIDDIST a été ouverte en 2010.

Le nord du territoire est dépourvu de structure de ce type. Sur Eu, c'est le Planning Familial qui gère de façon dérogatoire, des consultations de dépistage. La situation de Aumale est critique puisqu'aucune offre de consultation de dépistage n'est présente à moins de 25 km.

Education Thérapeutique du Patient

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu dont le but est « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (def OMS 1996).

A fin avril 2011, deux programmes d'Education thérapeutique du patient ont été autorisés sur le territoire de Dieppe. Il s'agit de programmes concernant l'Asthme et le Diabète et mis en œuvre au CH de Dieppe.



Les priorités régionales en matière de vaccination

- Améliorer la couverture vaccinale de la population
- Améliorer les données en matière de vaccination notamment sur les couvertures vaccinales, les effets secondaires et sur celles issues de la surveillance des maladies ciblées
- Sensibiliser, informer, mobiliser les professionnels de santé, le grand public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations (obligatoires et recommandées)

Les orientations sur le territoire

- Promouvoir la couverture vaccinale par le biais de relais d'information
- Diffuser les listes des centres de vaccination auprès des professionnels de santé
- Poursuite de la campagne contre le méningocoque B14
- Cibler les tranches d'âges spécifiques (plus de 15 ans notamment) et sensibiliser en fonction du type de vaccin
- Mise en place de protocole de coopération

Dépistage et repérage

Les cancers représentent la première cause de mortalité et de mortalité prématurée. En effet, la mortalité par cancer représente près 30% des décès sur le territoire de Dieppe. Le recours au dépistage organisé des cancers du sein et du colon est inégal selon les cantons du territoire. Les cantons du nord du territoire ainsi que celui de Dieppe sont ceux où les taux de participation sont les plus faibles par rapport au territoire.

Concernant le repérage des IST/VIH, on note également des disparités puisque seule une CDAG et depuis peu un CIDDIST sont présents sur Dieppe pour couvrir l'ensemble du territoire.

Les priorités régionales en matière de dépistage et repérage

- Améliorer l'accès, notamment des populations vulnérables, aux dépistages des cancers (cancer du sein, cancer colo rectal, cancer col utérin)
- Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage – Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux (mesure 14 & 16 du Plan cancer 2009-2013).
- Permettre un égal accès à tous au dépistage (IST, VIH), notamment les personnes vulnérables, les personnes accueillies ou prises en charge dans des établissements ou par des services médico-sociaux.

Les orientations sur le territoire

Concernant le dépistage organisé des cancers (et surtout celui du cancer colo-rectal) :

- « Remobiliser » les médecins généralistes sur la nécessité de faire adhérer leurs patients aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal ainsi que les médecins du travail et autres professionnels du champ médico-social surtout dans les cantons de Eu, Blangy sur Bresle, Dieppe, Fontaine le Dun (cantons où les taux de participation au dépistage sont les plus faibles)
- Sensibiliser le grand public à l'échelle du territoire notamment lors des campagnes nationales « octobre rose » et « mars bleu » et identifier les freins au dépistage
- Adapter les outils existants afin de les rendre accessibles aux personnes en perte d'autonomie et/ou handicapées
- Recueillir des données sur le cancer du col utérin en vue d'une généralisation du dépistage organisé de ce cancer

On note sur le territoire de Dieppe une surmortalité importante des cancers ORL, il apparaît donc nécessaire de :

- Communiquer sur les facteurs de risques (tabac/alcool)
- Sensibiliser, former les médecins généralistes, les ORL, les chirurgiens dentistes au repérage

S'agissant du VIH et des IST :

- Promouvoir davantage le dépistage du VIH puisqu'il existe un vrai problème de sensibilisation au dépistage notamment auprès des populations à risque
- Mener une réflexion avec les médecins généralistes, les professionnels de santé sur la promotion du dépistage et l'utilisation des tests rapides d'orientation au diagnostic pour le VIH
- Communiquer sur la présence de la CDAG et du CIDDIST sur l'agglomération de Dieppe
- Offrir une offre de consultation de dépistage au nord du territoire et communiquer sur celle-ci

La sensibilisation de la population au dépistage (cancer, IST, VIH) est un enjeu majeur du territoire qui ne peut être menée qu'en mobilisant l'ensemble des acteurs du territoire et des professionnels de santé.

Education Thérapeutique du Patient

On a pu voir précédemment que les programmes d'Education Thérapeutique du Patient sont insuffisants sur le territoire de santé de Dieppe par rapport aux autres territoires de santé de la région. En effet, seuls deux programmes se concentrent sur Dieppe et son agglomération et, le CH de Dieppe, structure développant ces programmes, ne peut répondre à la demande notamment ambulatoire face à l'insuffisance de moyens humains permettant la prise en charge des patients diabétiques et/ou asthmatiques. On peut également déplorer l'absence de programme pour les maladies cardio-vasculaire et l'absence de programme sur le nord du territoire (Eu/Le Tréport).

Les priorités régionales en matière d'éducation thérapeutique du patient

- Impliquer le patient dans le processus thérapeutique
 - en proposant une offre de services
 - en développant sur les territoires de proximité une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire
- S'assurer de l'accès aux programmes d'ETP notamment des populations fragiles (détenus, précaires, adultes et enfants handicapés, personnes âgées)

Les orientations sur le territoire

Afin de répondre aux priorités régionales sur le territoire de santé de Dieppe plusieurs orientations sont proposées :

- Diffuser les listes de programmes autorisés notamment là où l'offre est inexistante
- Assurer un appui méthodologique pour les demandes d'autorisation de programmes et l'évaluation (groupes de travail impliquant les coordonnateurs des programmes)
- Renforcer l'information, la formation des professionnels de santé libéraux sur l'ETP
- Impliquer davantage le médecin traitant dans le suivi du programme d'ETP de son patient (participation au diagnostic éducatif)
- Renforcer la coordination des acteurs hospitaliers et ambulatoires en fonction du stade de prise en charge du patient

- Inciter la création et le développement de Maison de Santé Pluridisciplinaire qui permettrait de proposer une offre d'Education Thérapeutique en mode libéral.

Ces orientations permettraient de développer l'offre de programmes d'ETP sur le territoire et également d'améliorer l'accès aux populations vulnérables (précaires, handicapées...).

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Annexe 3.4

Territoire de santé de Rouen

	DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE POLE PPS	
	Note d'orientation Territoire de Santé de Rouen Elbeuf Schéma régional de prévention	
MAJ : 9 juin 2011	Rédigé par : C. Leroy	

Sommaire

1. Données sanitaires et sociales
 - 1.1. données sociodémographiques
 - 1.2. Etat de santé de la population
 - 1.3. offre de soins
 - 1.4. offre PPS

2. Etat des lieux des ressources disponibles

3. Analyse et orientation
 - 3.1. Promotion et éducation pour la santé
 - 3.1.1. mobilisation des acteurs
 - 3.1.2. des disparités intra-régionales
 - 3.2. les thématiques
 - 3.2.1. la vaccination
 - 3.2.2. le dépistage
 - 3.2.3. l'éducation thérapeutique du patient
 - 3.2.4. autres thématiques

1/ Données sanitaires et sociales

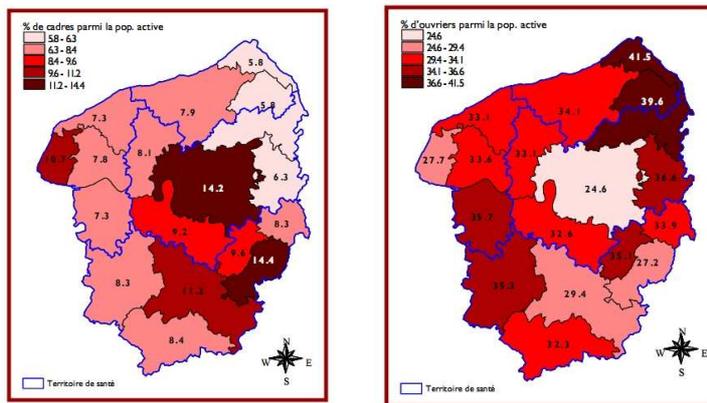
1.1 Données sociodémographiques

Avec 805 064 habitants, le territoire de santé de Rouen - Elbeuf est le plus peuplé de Haute-Normandie, représentant **44 % de la population régionale**.

Plus des deux tiers de la population du territoire se situent dans les agglomérations de Rouen et d'Elbeuf.

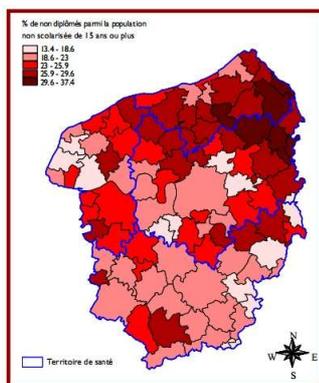
Le caractère très urbain de ce territoire reflète la **structure sociale de la population** :

- une proportion d'**agriculteurs exploitants** (0,6 %) très faible,
- **des cadres** qui sont proportionnellement plus présents sur le territoire de Rouen-Elbeuf (7,0 %) que sur la région (6,1 %).
- **la plus faible proportion d'ouvriers** de toute la région (15,9 %).



On peut noter tout de même un plus fort pourcentage d'ouvriers dans les zones géographiques de Neuchâtel/Gournay, Elbeuf/louviers et d'Yvetot.

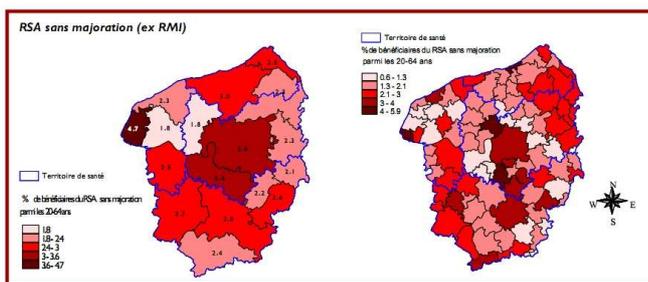
Près de 23 % de la population régionale âgée de 15 ans et plus non scolarisée est non diplômée, soit une proportion supérieure à celle observée en moyenne en France métropolitaine.



Sur le territoire de Rouen Elbeuf, le pourcentage de non diplômé est de 22.3%. On note que le pourcentage de non diplômés pour la population non scolarisée de 15 ans ou plus est plus important dans les zones géographiques situées au nord du territoire de santé Rouen Elbeuf.

Concernant les **minima sociaux**, la part des bénéficiaires du Revenu de solidarité active avec ou sans majoration est semblable à celle observée en moyenne en France.

Bénéficiaires des prestations sociales par territoire de proximité et territoire de 1^{er} recours en 2009



Le pourcentage de bénéficiaires du RSA sans majoration se situe dans les zones d'agglomération.

Sources : Insee, Cat MSA

Exploitation : ORS - Arcview - GeoPLA

Les gens du voyage

Aires d'accueil subventionnées en activité au 1er janvier 2011

	Capacité d'accueil
Yvetot	16
Elbeuf	8
Grand Couronne	10
Le Grand Quevilly	50
Rouen/Petit quevilly	50
Sotteville lès Rouen	34
ND de Bondeville	10
Le Trait	12
Barentin	10
Louviers	83
Val-de-Reuil	
Acquigny	
total	283

Les personnes détenues

Maison d'arrêt de Rouen

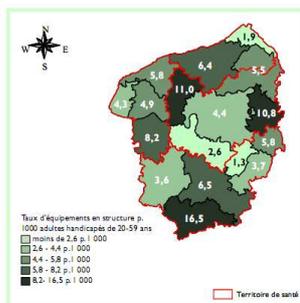
Capacité d'accueil : 651 places

Catégorie : quartiers maison d'arrêt hommes majeurs ; centre de jeunes détenus; 1 quartier maison d'arrêt femmes ; 1 quartier de semi-liberté.

Centre de détention de Val de Reuil

Capacité d'accueil : 819 places.

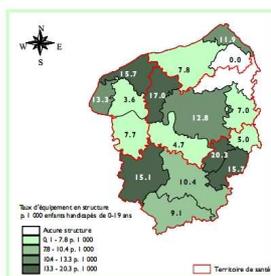
Les adultes handicapés :



Le taux d'équipement est inférieur dans l'agglomération de Rouen.

structures d'accueil pour adultes handicapés	nbre de places
Foyers d'hébergement	500
Maisons d'Accueil Spécialisé	150
Foyers de vie	766
Foyers d'accueil médicalisé	429
Etablissements et services d'aide par le travail	1313
Entreprise adaptée	261
total	3419

Les enfants handicapés



structures pour enfants handicapés	nbre de places
Instituts médico-éducatifs	1006
Etablissements enfants et ados polyhandicapés	160
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques	251
Etab. expérimental pour enfance handicapée	40
Etablissements pour déficients moteurs	40
Etablissements pour déficients sensoriels	130
total	1627

A l'inverse, le taux d'équipement pour les enfants handicapés est plus important sur l'agglomération de Rouen.

Les familles monoparentales

Les territoires de santé du Havre et de Rouen–Elbeuf présentent les proportions de familles monoparentales les plus importantes de la région.

Territoire de santé de Rouen - Elbeuf	Nombre de familles		
	2007	%	% 1999
Couples avec enfants	100 755	45,1	49,9
Familles monoparentales	30 059	13,5	12,3
- hommes seuls avec enfant(s)	4 776	2,1	1,8
- femmes seules avec enfant(s)	25 283	11,3	10,5
Couples sans enfant	92 664	41,5	37,8

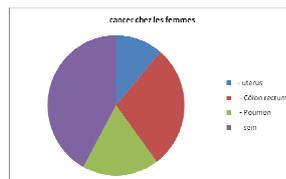
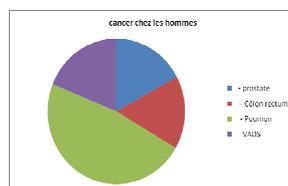
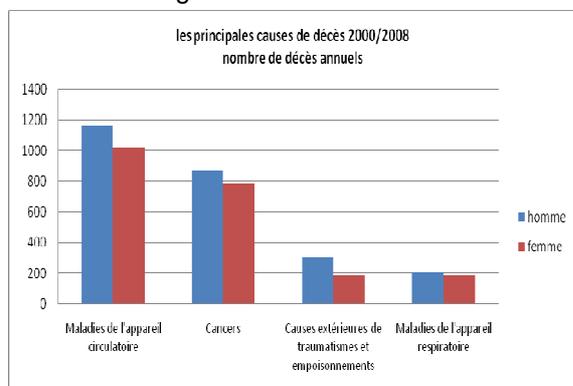
Les migrants

6 foyers sont gérés par ADOMA sur le territoire de Rouen-Elbeuf

- Foyer Jean Macé à Saint Etienne du Rouvray,
- Foyer Claude Monet à Petit Quevilly,
- Foyer Le Grand Cèdre à Deville
- Foyer Raspail à Caudebec les Elbeuf,
- Foyers Stanislas Girardin,
- Résidence Sociale Le Mont Riboudet à Rouen,

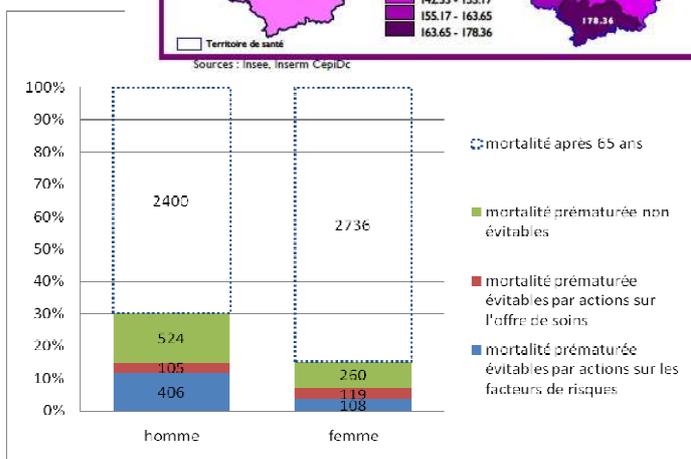
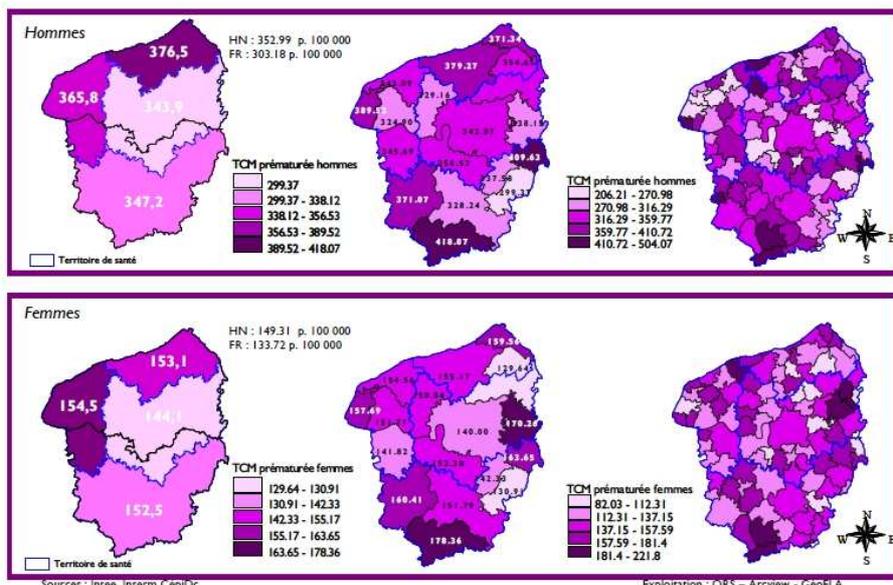
1.2 Etat de santé de la population

- mortalité générale



- mortalité prématurée évitable par actions sur facteurs de risque

Taux comparatifs de mortalité prématurée 2000/2008



Les facteurs de risque sur lesquels il faudrait agir :

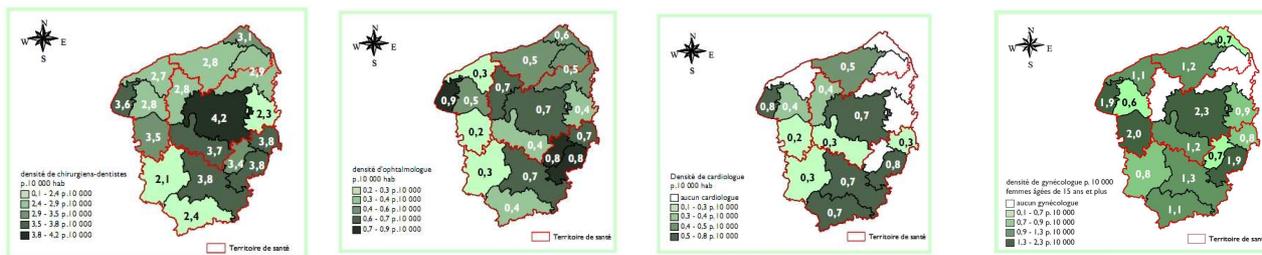
- cancers évitables : 223
- suicides : 114
- cirrhoses et psychoses alcooliques : 112
- accidents de la circulation : 42

Si le territoire de santé de Rouen-Elbeuf présente les taux comparatifs de mortalité générale et prématurée les plus faibles de la région, ceux-ci restent pour autant largement supérieurs à ceux observés en moyenne en France métropolitaine et certaines causes de décès sont davantage représentées sur ce territoire. Notons également, qu'à structure d'âge comparable, le territoire présente une des plus fortes mortalités par cardiopathies ischémiques.

1.3 offre de soins ambulatoire

Omnipraticiens : Le territoire de proximité de Rouen présente la densité la plus élevée de la région. A l'inverse, le territoire d'Yvetot a une densité moins importante.

Les autres professionnels de santé : le territoire présente une densité globale semblable ou supérieure à celle observée en moyenne en région sauf pour les infirmiers sur Elbeuf-Louviers



Par contre l'accès à un dentiste, un ophtalmologiste, un gynécologue et un cardiologue est plus difficile dans les zones de Neufchâtel/Gournay et Elbeuf/louviers.

Maison de la santé :

Un groupement de coopération sanitaire s'est créé en 2008 sur le territoire de Neufchâtel en Bray.

Objectifs :

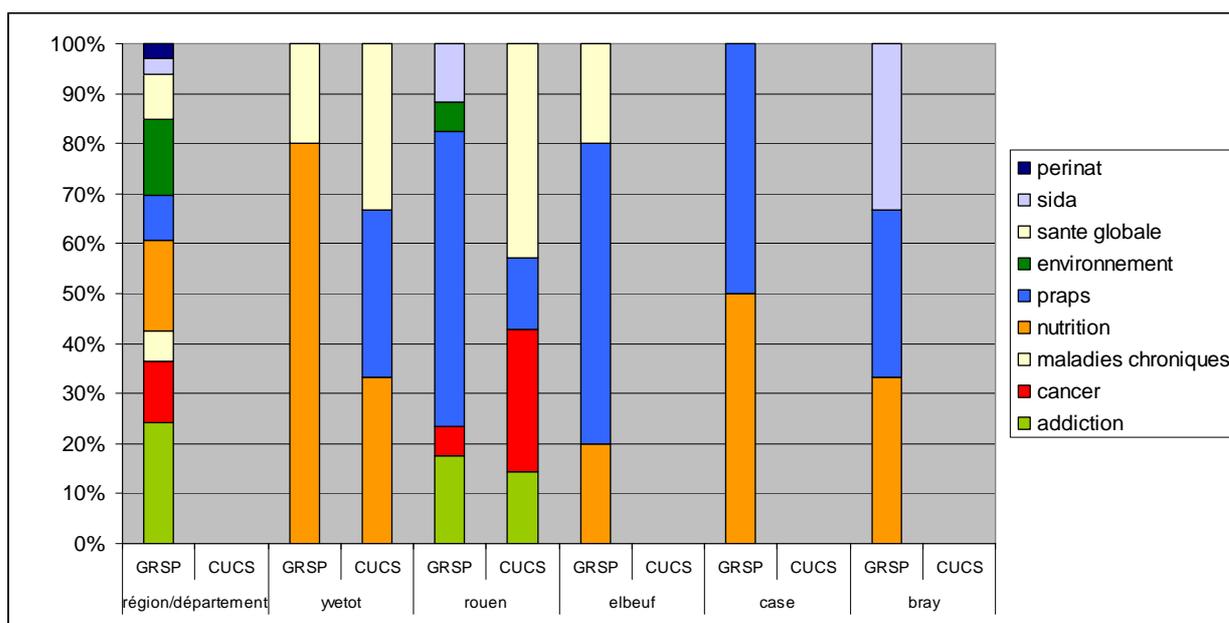
- Assurer les premiers soins au centre hospitalier
- Assurer la permanence des soins
- Animer des groupes de travail interdisciplinaires (ateliers d'éducation thérapeutique, prise en charge médico-sociale des personnes âgées...)
- Un projet d'intégrer aux activités du GCS un réseau local de promotion de la santé afin de développer les actions de prévention

La maison médicale de la plaine (Val de Reuil) regroupe différents professionnels de santé et existe depuis plus de 30 ans. C'est la première maison de santé pluridisciplinaire de la communauté d'agglomération seine-Eure.

Projet de maison de la santé sur le territoire de la communauté d'agglomération Seine Eure.

1.4 offre de PPS

Etat des lieux des actions financées dans le cadre du GRSP et du CUCS 2010



2- état des lieux des ressources disponibles

- Les réseaux locaux de promotion de la santé et les ateliers santé ville :

	structures supports	territoire d'intervention	communes	population	superficie	coordination
RLPS	communauté d'agglomération seine eure	communauté d'agglomération Seine Eure	29	61000	253	1 ETP de coordination
RLPS	hôpital local d'Yvetot	pays Caux Maritime	109	65 512	707	1 ETP de coordination
RLPS	hôpital local de Barentin	cantons Pavilly et Duclair	39	54 830	366	1 ETP de coordination

ASV	commune de Rouen	ville de Rouen : quartier des hauts de Rouen et Grammont (12% pop)	1	12787	21,4	1 ETP de coordination
ASV	CREA	communes de l'ancienne agglomération d'Elbeuf	10	56211	96	1 ETP de coordination

Chaque réseau a élaboré avec les acteurs locaux un diagnostic de son territoire d'intervention. Les principales priorités de santé communes sont :

- * les addictions
- * la santé mentale
- * la nutrition

Les diagnostics élaborés dans le cadre d'un ASV mettent en évidence des difficultés d'accès aux soins et des problèmes d'hygiène.

Les coordonnateurs des réseaux initient des groupes de travail composés par les acteurs locaux pour travailler sur les actions à mettre en place.

réseaux	Groupes de travail
ASV Rouen	addiction hygiène
ASV Elbeuf	addiction santé mentale santé et sexualité nutrition des seniors
RLPS Pavilly/Duclair	santé mentale nutrition addiction hygiène
RLPS d'Yvetot	addiction hygiène santé mentale nutrition

Le RLPS de l'agglomération Seine Eure : priorités en cours

- Les établissements scolaires

Le **bassin d'éducation et de formation** (BEF) est un cadre d'animation dans lequel les différents établissements scolaires peuvent se concerter. Leurs missions s'organisent autour de trois pôles principaux: le pilotage et l'animation pédagogique, la gestion des ressources humaines de proximité, les relations avec les partenaires locaux. Les établissements scolaires du territoire de Rouen Elbeuf dépendent de 5 BEF :

- Barentin / Rouen RD
- Louviers / Vernon
- Elbeuf / Rouen RG
- Dieppe / Neufchâtel
- Fécamp / Lillebonne

Une des missions de l'école est de promouvoir la santé des élèves et de les aider à adopter des comportements favorables à leur santé.

Pour mettre en œuvre un programme d'actions de santé, le ministère de la santé a mis en place les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Leur composition doit représenter l'ensemble de la communauté scolaire (direction, professeurs, professionnels de santé, parents et élèves)

Les missions d'un CESC :

- 1°Il contribue à l'éducation à la citoyenneté ;
- 2°Il prépare le plan de prévention de la violence ;

3° Il propose des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ;
 4° Il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.

Le CESC inter-établissements sur le territoire de Neuchâtel

Ce CESC a été créé en 2002. Il regroupe 2 collèges et 2 lycées de Neuchâtel.

L'objectif est de favoriser l'émergence de projets communs entre les établissements scolaires.

Plusieurs partenaires sont associés : le centre hospitalier, le centre social, le centre de planification, la MSA, la CPAM, les pompiers, les gendarmes...

Un mi-temps de coordination est financé par la commune.

Les actions menées en 2009/2010 ont porté sur la sécurité routière, la nutrition, le SIDA, les addictions, les gestes qui sauvent et les nouvelles technologies.

- Les missions locales

Les missions locales sont des structures d'accueil pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans et sont chargées de les accompagner dans leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle. Elles assurent une prise en charge globale qui permet aux jeunes d'aborder l'ensemble des difficultés : logement, formation, santé...

Pour répondre aux difficultés de santé rencontrées par ces jeunes, les structures d'accueil mettent en place des actions de santé : permanence de professionnels délocalisés, actions de prévention....

Cinq missions locales couvrent le territoire de Rouen Elbeuf :

- mission locale de Rouen
- mission locale d'Elbeuf
- mission locale de Louviers-Val de Reuil
- mission locale d'Yvetot
- mission locale du Talou (Neufchâtel en Bray)

Depuis 4 ans, le nombre des structures d'accueil qui répondent à l'appel à projet de l'ARS a fortement diminué.

Les centres locaux d'information et de coordination

CLIC	Territoire d'Intervention
CLIC du Pays de Caux	Caudebec-en-Caux, Doudeville, Yerville, Yvetot
CLIC Vallée de Seine-Austreberthe	Pavilly, Duclair
CLIC Repér'âges	Elbeuf, Caudebec-lès-Elbeuf
CLIC du Sud de l'Agglomération Rouennaise	Sotteville-lès-Rouen (Est-Ouest), Grand-Couronne, St-Etienne du Rouvray, Le Grand-Quevilly, Le Petit-Quevilly
CLIC Buchy, Clères, Darnétal	Buchy, Clères, Darnétal
CLIC des Aînés	Canton de Rouen
CLIC Seniors du Plateau Nord	Mont-St-Aignan, Bois-Guillaume, Bihorel, Houpeville, Isneauville
CLIC de la Vallée de la Bresle	Blangy sur Bresle, Eu, Aumale
CLIC du Terroir	Envermeu, Bacqueville en caux, Longueville sur Scie, Totes, Belleconbre
CLIC du canton de Boos	Canton de Boos
CLIC du Pays de Bray	Neufchâtel en Bray, Londinières, Saint Saens, Forges les Eaux, Argueil et Gournay
CLIC du Caux Maritime	Cantons de Cany Barville, Fontaine le Dun, Saint Valery en Caux, Communes d'Hautot-le-Vatois, Anvéville, Le Hanouard, Héricourt-en-Caux, Ourville-en-Caux, Routes, Veauville-lès-Quelles, Carville-Pot-de-Fer, Hautot-l'Auvray, Oherville, Robertot, Saint-Vaast-Dieppedalle
CLIC Louviers	

Le CLIC est « un guichet » d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées et à leur entourage; il rassemble les informations, évalue les situations, mobilise les ressources, coordonne les professionnels pour répondre aux états chroniques invalidants stabilisés.

Les PASS (permanences d'accès aux soins et à la santé)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

3 PASS fonctionnent sur le territoire de Rouen Elbeuf

- 1 PASS à Rouen, CHU de Rouen
- 1 PASS à Elbeuf, centre hospitalier inter-communal Louviers-Elbeuf-Val de Reuil
- 1 PASS à Louviers, centre hospitalier inter-communal Louviers-Elbeuf-Val de Reuil

Les services des conseils généraux

Les UTAS

Les **4 missions principales** des Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS) sont les suivantes :

- Mettre en œuvre les **politiques d'action sociale** élaborées par l'échelon départemental
- Représenter le Département auprès de la population et des partenaires sur le **territoire de l'UTAS**, pour ce qui concerne les **compétences d'action sociale du Conseil Général**
- Garantir un service de proximité et une prise en charge équitable des **usagers**
- Prendre en compte et relayer les évolutions du territoire et l'activité des **équipes médico-sociales**

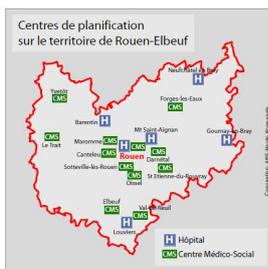
Répartition des UTAS en Seine maritime,
Les **UTAS concernés par le territoire de santé Rouen/Elbeuf** sont :
6 UTAS de Seine Maritime (UTAS 1.2.3./6.7.8)
1 UTAS dans l'Eure



Les PMI

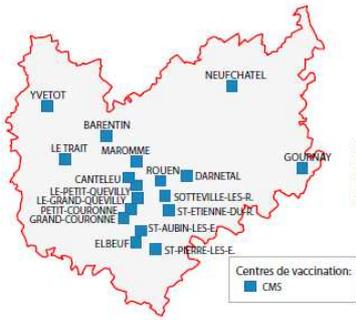
Les consultations de PMI sont implantées au sein des centres médico-sociaux et sont réparties sur l'ensemble du territoire. Des consultations infantiles, prénatales, des consultations de planification, ou encore des conseils conjugaux et séances de préparation à la naissance y sont dispensés. Les infirmières puéricultrices des PMI organisent également des bilans de santé auprès des enfants âgés de 3 à 4 ans scolarisés dans les écoles maternelles. Ces dépistages concernent les troubles de l'audition, du langage, du développement et de la vision. Le Département assure également le traitement des documents administratifs : attestations de grossesse, avis de naissance, certificats de santé du 8e jour, des 9e et 24e mois.

Les centres de planification



Les professionnels des centres de planifications : sages femmes et conseillères conjugales interviennent dans les établissements scolaires.

Les centres de vaccination



Le Conseil Général de Seine Maritime a développé des permanences de vaccination dans les centres médico-sociaux. Des équipes de vaccination mobiles composées par des médecins et des secrétaires effectuent ces permanences. 18 permanences sont réparties sur le territoire de Rouen/Elbeuf.

Les communes :

Les CCAS

Le Centre communal d'action sociale (CCAS) anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune.

L'action des CCAS porte sur quatre types de préoccupations :

- **Accueil de la petite enfance**

Crèches collectives, haltes-garderies, crèches à domicile, relais d'assistantes maternelles...

- **Précarité**

Centres d'hébergement et de réadaptation sociale, foyers pour travailleurs migrants, terrains pour gens du voyage, Samu social...

- **Vie des quartiers**

Centres sociaux, clubs de jeunes, centres de loisirs...

- **personnes âgées**

Maisons de retraite, foyers-logements, accueil de jour, services à domicile...

① Ville de Rouen : ville santé OMS

La ville de Rouen adhère au réseau des villes santé OMS. Les villes qui s'engagent dans ce réseau montrent une réelle volonté de mettre en œuvre une politique de santé publique qui réponde aux 21 buts fixés par l'OMS et définie autour de 5 grands thèmes :

- amélioration de l'état de santé général de tous,
- réduction des inégalités devant la santé,
- modes de vies favorables à la santé,
- qualité de l'environnement,
- offre de soins adaptés et accessibles.

L'Assurance Maladie

Les caisses d'Assurance Maladie (CPAM, MSA, RSI, CAMIEG...) ont pour mission de promouvoir la santé par le biais de campagnes de prévention auprès de leurs assurés. Les services prévention développent effectivement des actions de sensibilisation autour de thèmes tels que l'hygiène bucco-dentaire, le sevrage tabagique, le dépistage des cancers du sein et colorectal, les maladies chroniques, la vaccination...

Les centres spécialisés en addictologie

CSAPA hospitalier	
Hôpital Local de Barentin	PERMANENCE SUR YVETOT, BARENTIN, NEUFCHATEL ET GOURNAY
CH Intercommunal Elbeuf - Louviers - Val de Reuil	ELBEUF
CHU Hôpitaux de Rouen	ROUEN Cedex
CHS du ROUVRAY	ROUEN Cedex

CSAPA associatif	
La Passerelle	ZONE ELBEUF ET LOUVIERS
La Boussole	TERRITOIRE DE PROXIMITE DE

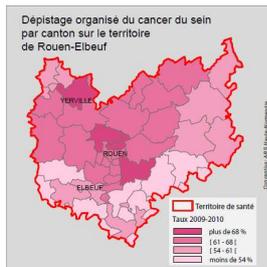
	ROUEN
ADISSA CSAPA des Andelys/Val De Reuil	VAL DE REUIL
ANPAA	structure régionale

Les structures de dépistage

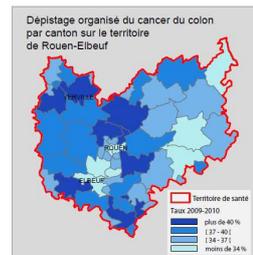
Dépistage organisé du cancer du sein et du colon

Deux structures sont chargées du dépistage organisé sur le territoire de Rouen/Elbeuf :

- association EMMA (Seine Maritime)
- association DECADE (Eure)



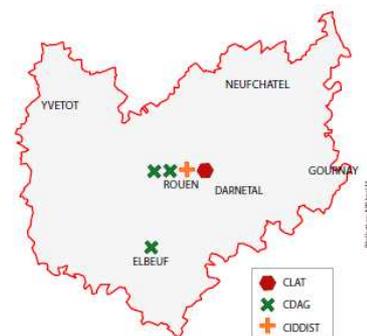
Le taux de participation est de 60% (objectif national est fixé à 70%). Le sud du territoire a un taux de participation inférieur à 54%.



Le taux de participation est de 35.6 % (objectif national est fixé à 45%). Les zones géographiques d'elbeuf, Buchy et Saint Saens ont un taux en dessous de 24%.

VIH et Infections sexuellement transmissibles (IST)

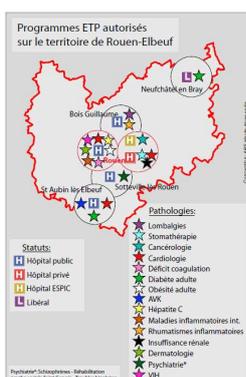
	consultations	Pathologies dépistées
Centre de dépistage anonyme et gratuit du CHU-Charles Nicolle	1265	5 VIH +, 10 VHC +, 5 VHB
CDAG du Conseil Général	1322	4 VIH +, 4 VHC +, 4 Ag HBs
CIDDIST	375	162 IST diagnostiquées dont 2 VIH
Antenne à Elbeuf de la CDAG de Rouen	133	1 VIH +, 1 VHC +, 3 Ag HBs + (VHB)



Les unités de consultations et de soins ambulatoires

Les UCSA sont situées dans les établissements pénitentiaires et sont rattachées à un établissement de santé. Elles ont en charge de la prise en charge de la santé des personnes détenues.

Structures et cabinets médicaux ayant obtenu une autorisation pour leur programme d'éducation thérapeutique



Les programmes sont portés en majorité par des établissements de santé.

1 pôle libéral est porteur d'un programme : Neufchâtel en Bray (1 projet en cours à Val de Reuil).

Des programmes sont portés par des réseaux de santé : REPOP (obésité), Asthme 76 et MAREDIA (diabète).

3- Analyse et orientation

3.1 Promotion et éducation pour la santé

3.1.1 Mobilisation des acteurs locaux :

Les acteurs de ce territoire ont défendu l'importance de travailler en partenariat. Les participants ont été unanimes pour dire qu'il est essentiel d'inscrire une action dans le cadre d'une coordination partenariale afin d'améliorer l'efficacité et la cohérence des interventions sur le territoire. Ils ont témoigné que les coordonnateurs des RLPS et des ASV leur apportaient un soutien méthodologique pour mener leurs actions et qu'ils favorisaient l'élaboration de programmes d'actions à plus long terme.

Les formations (exemple: formation en santé mentale par l'IGRSP (ex CRASM) et addictions par l'IREPS (ex CRES)) permettent aux acteurs de se connaître, de se fédérer et de mener des actions ensemble. L'impact des formations est difficile à mesurer car les changements de pratiques demandent beaucoup de temps. Pour être plus efficaces, elles doivent s'inscrire dans le programme d'actions afin de travailler sur les contenus en amont avec les acteurs et de faciliter la mise en œuvre d'actions en aval.

Pour mettre en œuvre le programme d'actions, les acteurs ont besoin de s'appuyer sur des structures identifiées comme compétentes au niveau régional et qui fassent référence à des contenus validés par le niveau national.

Plusieurs difficultés ont été évoquées :

- Les financements qui ne sont pas pérennes et qui rendent difficiles la mise en œuvre d'un programme d'actions sur plusieurs années.
- Le manque de temps rencontré par les acteurs locaux pour s'investir dans des actions de santé compte tenu du contexte économique actuel (moins de personnels, recentrage sur les missions spécifiques de la structure....).

3.1.2 Disparités intra-territoriales

Le territoire de Rouen Elbeuf montre des contrastes importants.

* **Des zones urbaines : les territoires de proximité de Rouen et Elbeuf/Louviers**

Ces zones se caractérisent par un nombre plus important de personnes plus vulnérables. 17 communes sont en politique de la ville sur ces zones. Plusieurs d'entre elles font partie des zones répertoriées en classe 6 par l'ORS compte tenu de leurs indicateurs (« zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée »)

Les populations de ces quartiers sont, plus que d'autres, confrontées à des problèmes de santé. C'est pourquoi la santé est une des priorités traitées dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale.

D'autres populations vulnérables sont particulièrement présentes dans ces zones géographiques :

- 287 places sur les aires d'accueil pour les gens du voyage sont réparties sur cette zone. Il est plus difficile de mener des actions de santé auprès de ce public compte tenu de sa mobilité importante. L'association régionale des gens du voyage est une ressource indispensable pour les professionnels de santé. Elle ne souhaite pas intervenir directement auprès des familles mais plutôt être un facilitateur pour les intervenants.
- Ces zones géographiques ont également un taux d'équipement pour les enfants handicapés plus important que sur les autres zones.
- 1 500 personnes détenues effectuent des peines dans un des deux établissements pénitentiaires. Les actions de santé qui sont menées actuellement ne sont pas adaptées aux contraintes de la pénitencière et ne sont pas coordonnées par les différents intervenants en milieu carcéral (UCSA, SMPR, SPIP).

Elle se caractérise également par des zones géographiques où de nombreux indicateurs sont défavorables : Rouen, Saint Etienne, Canteleu, Elbeuf et CASE.

L'offre de soins ambulatoires est correcte sauf pour le territoire de proximité d'Elbeuf/Louviers concernant certains spécialistes comme les cardiologues, les gynécologues et les ophtalmologistes.

Indicateurs de mortalité plus marquants :

- Territoire de proximité d'Elbeuf/Louviers : cirrhose alcoolique, psychose alcoolique et cardiopathies ischémiques.
- Territoire de proximité de Rouen : cancer des poumons chez les hommes

Les réseaux locaux de promotion de la santé et les ateliers santé ville

Les différents diagnostics menés par les réseaux mettent en évidence des priorités de santé sur les thèmes des addictions, de la santé mentale, de la nutrition et des difficultés d'accès aux soins.

Les acteurs locaux s'appuient beaucoup sur les coordonnateurs de ces réseaux pour améliorer leurs compétences dans le domaine de la santé et pour être accompagnés dans leurs projets de santé.

L'atelier santé ville de Rouen ne concerne que deux quartiers : les hauts de Rouen et Grammont. Il n'y a actuellement pas de projet de santé à l'échelle de la commune qui permettrait d'étendre les actions à d'autres habitants de la ville.

Le RLPS de Caux Austreberthe concerne un plus petit territoire d'intervention et bénéficie d'un temps plein de coordination.

Plusieurs communes du territoire de proximité de Rouen ne sont pas concernées par ces réseaux.

Enfin, lors d'une enquête menée en 2007 par la DDASS, plusieurs communes avaient exprimé leur volonté de travailler sur les questions de santé mais un manque de moyens humains et financiers ne leur permettait pas de mettre en œuvre un programme de santé.

Les actions financées sur ce secteur concernent les addictions, le cancer, la nutrition, la santé mentale et l'accès aux soins. Ce territoire bénéficie d'un nombre important de structures de santé qui mettent en place des actions de prévention (CRES, CSAPA, centre hospitalier).

Plusieurs des actions financées par le GRSP et le CUCS sont portées par des structures sociales dont le public rencontre des difficultés de santé (ex. : carrefour des solidarités). Le centre du Puchot situé à Elbeuf a réussi à mobiliser un groupe d'habitants qui s'impliquent dans les projets de santé.

*** Une zone rurale: le territoire de proximité de Neufchâtel/ Gournay**

Cette zone se caractérise par une population moins diplômée et plus ouvrière. Le taux de chômeurs de longue durée y est plus important.

L'offre de soins et les ressources disponibles pour mettre en œuvre des actions de prévention y sont moins importantes.

Indicateurs de mortalité les plus marquants : cancer du sein, suicide, maladies respiratoires et plus spécifiquement chez les hommes : psychose alcoolique et accidents de la circulation.

Pour répondre aux difficultés de santé, des professionnels des champs sanitaire, social et éducatif se sont mobilisés et ont créé des « micros réseaux » (maison de la santé, CESC inter établissement).

Il n'y a pas de réseau local de promotion de la santé sur ce territoire.

Les actions de santé financées se situent essentiellement sur Neufchâtel en Bray.

Concernant les populations vulnérables, ce territoire a un taux d'équipement pour personnes handicapées adultes plus important.

*** Une zone semi urbaine, semi rurale: le territoire de proximité d'Yvetot**

La commune d'Yvetot a un quartier en politique de la ville.

Cette zone rencontre des difficultés d'offre de soins concernant les dentistes et les gynécologues.

Indicateurs de mortalité les plus marquants : cancer du sein, cardiopathies ischémiques et accidents de la vie courante.

Le réseau local de promotion de santé a pour territoire d'intervention le pays du Plateau Caux Maritime et recouvre ainsi 3 territoires de santé différents. Il est difficile pour le coordonnateur d'assurer un programme d'actions sur l'ensemble de son territoire.

La majorité des actions financées sur ce secteur concerne la nutrition et s'adresse à un public jeune ou un public en situation de précarité.

Enjeux et orientations

Zones urbaines :

- ⇒ Améliorer la connaissance des ressources et des dispositifs disponibles intervenant dans le domaine de la prévention
- ⇒ Développer des actions adaptées aux populations les plus vulnérables
- ⇒ Mettre en œuvre un contrat local de santé avec les communes de Saint Etienne du Rouvray, Rouen, la communauté d'agglomération Seine Eure, Canteleu et Elbeuf.
- ⇒ Mettre en place l'ASV d'agglomération afin d'accompagner les communes de la politique de la ville dans l'élaboration de projets de santé et de tisser des liens entre les structures de santé et les communes.
- ⇒ Structurer l'organisation des réseaux locaux de promotion de la santé et des ateliers santé ville sur le territoire de la CREA.
- ⇒ Mettre l'accent sur les addictions tout particulièrement sur l'agglomération Seine Eure

Zone rurale de Neufchâtel/Bernay :

- ⇒ Inscrire la santé dans les actions de développement du pays de Bray
- ⇒ Développer des actions de prévention sur le secteur de Gournay
- ⇒ Favoriser les interventions des associations régionales ou départementales sur ce secteur faute de promoteurs locaux
- ⇒ Créer un réseau local de promotion de la santé à partir de la maison de la santé de Neufchâtel

Zone semi urbaine et semi rurale d'Yvetot

- ⇒ Réajuster le territoire d'intervention du réseau local de promotion de la santé
- ⇒ Renforcer le lien entre le RLPS et le CUCS
- ⇒ Mobiliser les professionnels de santé en s'appuyant sur le PLSP
- ⇒ Faciliter l'implication du RLPS dans le projet de maison de santé de Doudeville/Yerville afin d'y intégrer un volet santé publique.

3.2 Les thématiques de santé

3.2.1 les vaccinations

- Couverture vaccinale

Il est constaté un manque important de données sur les couvertures vaccinales.

Les informations disponibles proviennent des certificats d'examen de santé du 24^{ème} mois.

Le Conseil Général et l'Education Nationale ont des données de couvertures vaccinales par la vérification du carnet de santé lors des bilans de santé.

Une enquête a été menée auprès des élèves de 6^{ème} et de 2nd en 2010 pour connaître le taux de couverture vaccinale contre la rougeole.

Une meilleure connaissance des données permettrait :

-De fixer des objectifs aux professionnels de santé (taux de couverture vaccinale/ objectif à atteindre pour obtenir une couverture correcte).

- De mettre en place des actions de sensibilisation adaptées par territoire et par population.

- Centres de vaccination

- Dans l'Eure, les séances sont effectuées dans des centres de vaccination situés dans les établissements de santé. Il n'y a pas de centres de vaccination dans la zone géographique de l'agglomération Seine Eure.
- En Seine Maritime, le conseil général a conservé la compétence de la vaccination. Des équipes de vaccinations effectuent des permanences dans les différents centres médico-sociaux. Ces équipes de vaccination réalisent des séances de vaccination sur site : établissements scolaires, centres de formation et aires pour les gens du voyage.

Dans les établissements scolaires, les équipes vérifient les carnets de vaccination des élèves de 6^{ème}. Si les parents ont signé l'autorisation de vaccination, le médecin réalise les vaccinations non à jour.

- La vaccination par les infirmières

Les infirmières peuvent réaliser une injection de vaccin si un médecin a fait une prescription médicale.

Par contre, une infirmière ne peut pas réaliser le vaccin sans prescription. Les centres de vaccination ne peuvent donc pas fonctionner sans médecin sauf si un protocole de coopération entre professionnels de santé permettait au médecin de déléguer l'acte médical à une infirmière.

- La vaccination des populations vulnérables

Les gens du voyage

- des expériences de vaccination ont été menées dans les aires d'accueil de l'agglomération avec le camion de Médecins du Monde et les équipes de vaccination du Conseil Général.

Les résultats semblent décevants car les personnes ne sont pas toujours présentes sur l'aire d'accueil même si la vaccination avait été programmée.

Une expérience a été menée avec l'institutrice de soutien scolaire sur le terrain de Petit Couronne sous forme de théâtre de marionnettes pour sensibiliser les enfants.

Les personnes en situation de précarité

- PASS (permanence d'accès aux soins de santé) : la PASS de Louviers propose systématiquement des vaccins. Leur difficulté est que le médecin n'a pas de vaccins disponibles dans les locaux de la PASS.

Les missions locales : il n'y a pas de séances de vaccination réalisées pour les jeunes 16/25 ans par le Conseil Général 76 par manque de temps des équipes de vaccination.

Les personnes détenues : projet de réaliser des rattrapages de vaccin au centre de détention de Val-de-Reuil

Les personnes handicapées : il n'y a pas d'information sur la vaccination de personnes handicapées.

Enjeux et orientations

- ⇒ Recenser les données sur les couvertures vaccinales du conseil général, de l'éducation nationale et des CPAM.
- ⇒ élaborer un protocole de coopération entre les professionnels de santé afin d'optimiser les jours d'ouverture des centres de vaccination
- ⇒ organiser la vaccination de proximité sur le territoire de la communauté d'agglomération Seine Eure.
- ⇒ développer les permanences de vaccination dans les zones géographiques dont les indicateurs sont les plus défavorables
- ⇒ intégrer des projets sur la vaccination dans les maisons de santé
- ⇒ rechercher si des expériences ont été menées dans d'autres régions pour améliorer la couverture vaccinale des gens du voyage
- ⇒ faciliter l'organisation de séances de vaccination dans les UCSA et dans les PASS.
- ⇒ Sensibiliser les professionnels des champs de la santé, du social, de l'insertion pour qu'ils soient des relais d'information auprès de leur public.

3.2.2 les dépistages

Les dépistages organisés du cancer du sein et colorectal :

- pour le dépistage du cancer du sein, le taux de participation est inférieur à l'objectif national. Il semble que le taux de participation maximum soit atteint. L'objectif serait donc de maintenir ce niveau de participation.

Pour le dépistage du cancer colorectal : l'objectif d'atteindre un taux de participation à 45% n'est pas atteint après 2,5 ans d'expérience. Les zones géographiques d'Elbeuf, Buchy et Saint Saens ont un taux en dessous de 24%

- 50% des femmes qui participent au dépistage du cancer du sein ne font pas le dépistage du cancer du colon
- Des actions de sensibilisation sont à engager pour améliorer le taux de participation.

L'accès aux dépistages :

- ⇒ les personnes qui n'ont pas de droits ouverts et qui ne peuvent pas se faire soigner suite au dépistage
- ⇒ Les gens du voyage : il y a un problème d'accès à l'information pour recevoir l'invitation au dépistage
- ⇒ Les personnes qui habitent dans les quartiers en difficulté.
- ⇒ Les personnes en milieu rural
- ⇒ Les personnes handicapées
- ⇒ Les personnes détenues

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

- Il n'y pas de dépistage organisé en Haute Normandie
- Le référentiel n'est pas toujours respecté par les médecins.
- Les données relatives au cancer du col sont en cours de recueil auprès des CPAM.

Enjeux et orientations

- ⇒ Poursuivre les actions de sensibilisation dans les communes (semaine rose)
- ⇒ Demander une dérogation à l'INCA qui permettrait aux radiologues ou aux secrétaires de parler du dépistage colorectal au cours du RDV de dépistage du cancer sein
- ⇒ Demander une dérogation pour une expérimentation sur 2 ans qui permettrait aux personnes déjà entrées dans le dispositif (ayant fait le test) de réaliser le dépistage du colon en recevant directement le test sans passer par le médecin traitant.
- ⇒ Action en direction des pharmaciens
- ⇒ Concernant le dépistage du cancer du col, organiser des formations en direction des professionnels de santé

Pour favoriser l'accès de tous aux dépistages :

- ⇒ possibilité d'organiser une action avec Emma, IREPS et RAGV en fonction du calendrier de venue des gens du voyage sur les aires d'accueil.
- ⇒ interventions dans les quartiers défavorisés : sensibilisation des professionnels qui accompagnent ces publics.
- ⇒ sur les territoires ruraux : appui des maires et des conseillers généraux
 - Mettre en place des actions de sensibilisation à l'occasion de manifestations organisées sur les territoires (marché, manifestation sportive...).
 - ligue contre le cancer a signé une convention avec l'association des maires de France => opportunité pour proposer une action clé en main

VIH et Infections sexuellement transmissibles (IST)

Les structures de dépistage :

- La CDAG du CHU manque de médecins
- Il n'y a pas de CDAG sur territoire Elbeuf-Louviers Val de Reuil

Les TROD (test rapide d'orientation au diagnostic)

- Deux professionnels de l'association AIDES sont actuellement en formation pour réaliser les tests rapides de dépistage.

Enjeux et orientations

- ⇒ COREVIH : projet de mise en place d'une commission prévention-dépistage
- ⇒ projet d'expérimentation d'un centre de santé sexuelle regroupant les activités CDAG/CIDDIST/CPEF
- ⇒ **proposer un dépistage multithématique dans les zones rurales (camion) avec la participation du Pôle libéral de santé publique (PLSP).**

3.2.3 Education thérapeutique du patient

La majorité des programmes d'ETP se situe dans les établissements de santé du territoire de proximité de Rouen.

- **coordination des acteurs**

Une coordination entre les professionnels de santé ambulatoires est nécessaire pour travailler ensuite à une programme d'ETP coordonné entre le secteur ambulatoire et hospitalier.

Les maisons de santé qui regroupent plusieurs professionnels libéraux pourraient faciliter ce lien entre professionnels.

- A Neufchâtel-en-Bray une équipe pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, kinésithérapeute, IDE) de 12 professionnels de santé se réunit tous les 2 mois afin de fédérer tous les professionnels de santé. L'éducation thérapeutique implique pour les professionnels de santé libéraux une révolution des pratiques (travail en équipe, forfait...). Il est difficile d'être impliqué sur tous les sujets donc il faut une éducation thérapeutique plus large organisée sur le territoire.

- **accès des populations vulnérables**

- Les patients qui n'ont pas de moyens de locomotion ont des difficultés d'accès aux programmes d'ETP. La CPAM ne prend pas en charge le transport.
- Les personnes détenues : il y a beaucoup de polyopathologies alors que les programmes sont définis par pathologie, d'où une difficulté à transférer les programmes en détention. Il faudrait envisager une formation à l'éducation thérapeutique transversale de base pour les professionnels des UCSA.
- Les personnes handicapées :
 - o les programmes destinés à la population générale peuvent être adaptés aux personnes handicapées
 - o il y a des disparités dans la pluridisciplinarité des équipes d'une structure à l'autre.

- **Moyens financiers :**

- les coordonnateurs ont des difficultés à identifier clairement les financements attribués à leur programme dans les MIG des structures hospitalières.
- il faudrait envisager la mutualisation des moyens (exemple : partage kiné, diététicienne, psychologues, secrétariats...).

Enjeux et orientations

- Développer des **coopérations entre les établissements de santé qui ont mis en place des programmes d'ETP et les professionnels de santé des soins ambulatoires**
- Mener une réflexion sur « **des programmes d'ETP adaptés à plusieurs pathologies** » afin de favoriser le développement de programmes en ambulatoire ou dans les UCSA
- **Faciliter l'accès aux programmes d'ETP** pour les personnes qui ont des difficultés de mobilité (transport non remboursé par la CPAM) et des personnes handicapées
- **Impliquer les médecins du PLSP** dans l'ETP
- Organiser sur le territoire de santé ou par territoire de proximité **des temps de partage d'expériences**
- Assurer **la lisibilité des financements dans les MIG** pour les services porteurs d'un programme

3.2.4 Autres thématiques

Les addictions

Les addictions sont une des priorités de santé identifiées dans les différents diagnostics menés sur le territoire de santé de Rouen Elbeuf.

Concernant les interventions menées en milieu scolaire :

Les constats :

- Les actions qui sont actuellement menées par les établissements scolaires dans le cadre des CESC restent trop souvent des actions ponctuelles.
- Il y a une méconnaissance des structures qui peuvent intervenir dans le domaine de la prévention des addictions.
- Il y a un manque d'information sur les outils pédagogiques et les référentiels existants.
- Il serait nécessaire d'élaborer un cadre d'intervention (ne pas répondre à une demande d'intervention dans l'urgence, inscrire l'action dans le CESC, élaborer un programme d'actions au sein de l'établissement) qui permette d'harmoniser les réponses aux demandes d'intervention des établissements scolaires.

Les ressources existantes :

Il y a 7 CSAPA sur le territoire de santé de Rouen-Elbeuf. L'ensemble des CSAPA ont une mission de prévention.

Les deux CSAPA, la Boussole et la Passerelle, ont développé un service de prévention avec des animateurs dédiés à cette mission. Ils interviennent dans les quartiers, les établissements scolaires, les structures de formation pour apporter un soutien méthodologique dans le montage de projet de prévention, pour mettre en œuvre ces projets et pour former les acteurs de leur territoire.

Ces deux associations font partie du pôle de compétence du CRES-IREPS.

En 2010, le CRES IREPS a initié un groupe de travail sur les interventions en milieu scolaire sur le territoire de santé de Rouen-Elbeuf. Il est composé de représentants de l'éducation nationale, du Conseil Général, de la Boussole et de l'ARS. Pour améliorer les interventions en milieu scolaire, le groupe a :

- Créé une « boîte à outils » pour les établissements scolaires (cadre d'intervention, listes des structures agréées pour intervenir en milieu scolaire...).
- Travaillé sur un module de formation sur « comment aborder les addictions autrement : les compétences psychosociales »
- Proposé de mettre en place deux expérimentations sur deux sites : Rouen et Neufchâtel en Bray.

Enjeux et orientations

- ⇒ Créer des liens entre les RLPS/ASV et les UCSA pour qu'ils forment des binômes d'intervention pour élaborer et mettre en œuvre les projets de prévention.
- ⇒ Evaluer les deux expérimentations menées par le CRES

Santé mentale

Au-delà de l'accès aux soins en matière de psychiatrie, pour les réflexions relatives à la santé mentale, l'enjeu réside dans le développement d'un réseau et de sa structuration afin d'améliorer la coordination et le travail en commun de l'ensemble des acteurs. Celui-ci passe dans un premier temps par le développement d'une culture commune de sensibilisation/ information en matière de santé mentale. Celle-ci n'étant pas une fin en soi dans la mesure où elle doit **se traduire par une opérationnalité plus grande interrogeant en particulier les cadres institutionnels et l'implication des professionnels** dans le réseau.

Formation :

La formation des acteurs du territoire est un axe important de travail en santé mentale. L'IGRSP (ingénierie du groupement régional de santé publique) coordonne et met en place les formations sur l'ensemble de la région. Les formations proposées ont pour objectifs globaux de travailler sur le décroisement entre le médico-social et la psychiatrie et d'améliorer la connaissance des dispositifs de psychiatrie.

Le public visé par ces formations est l'ensemble des professionnels du champ santé, social et éducatif.

3400 stagiaires ont été formés sur l'ensemble de la région.

La maison de l'adolescent (MDA)

Une maison de l'adolescent a été créée en 2010. Elle se situe sur deux sites : un dans le centre ville de Rouen et un au CHU. Les adolescents sont souvent adressés par un professionnel de l'éducation nationale. Actuellement, la réponse apportée aux adolescents s'oriente plus vers une prise en charge du mal être. Des partenaires tels que la Boussole et les services du Conseil Général (planification, CDAG) ont débuté des permanences à la maison de l'ado afin de répondre aux problèmes d'addiction, de contraception ... Il serait

nécessaire que l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans ce cadre puisse travailler sur l'articulation de leurs missions avec celles des professionnels de la maison de l'ado afin de tendre vers une prise en charge plus globale des adolescents.

Le conseil local de santé mentale

En 2009, la ville de Rouen et la ville de Sotteville les Rouen ont souhaité créer un conseil local de santé mentale. Ce conseil doit permettre de travailler sur une programme de prévention et de prise en charge (accès aux soins, le maintien dans le logement, accès aux sports, aux transports...).

Le groupe de travail composé de représentants de la police municipale, de travailleurs sociaux, de la psychiatrie a dans un premier temps travaillé à partir de situations concrètes sur le rôle des différents acteurs. Le groupe s'est ensuite un peu « essoufflé » et n'a pas réussi à définir des objectifs de travail à plus long terme.

Enjeux et orientations

- ⇒ Préciser dans l'évaluation des formations de l'IGRSP l'origine géographique et professionnelle des participants
- ⇒ Renforcer les liens entre l'IGRSP et les RLPS/ASV (mise en œuvre et suivi des formations)
- ⇒ Favoriser l'implication des partenaires extérieurs dans la maison de l'adolescent
- ⇒ Redynamiser le groupe de travail du conseil local de santé mentale

Nutrition

Une des orientations du PNNS est d'améliorer la nutrition des personnes en situation de précarité.

Des actions sont déjà menées en direction de ces populations :

- territoire de proximité d'Yvetot
- territoire de proximité d'Elbeuf- Louviers dans le cadre de projets globaux menés par des centres sociaux.

Enjeux et orientations

- ⇒ Faire une évaluation des actions menées sur les territoires
- ⇒ Compte tenu du nombre de quartiers en politique de la ville dans la zone urbaine :
 - Sensibiliser les coordonnateurs de réseaux à cette thématique
 - Apporter un soutien méthodologique aux structures qui souhaitent travailler sur cette thématique

Commune	Territoire	Structure	Statut	Intitulé	Coordonnateur	Groupement
Dieppe	Dieppe	CH Dieppe	Hosp public	Diabète adulte	Dr Kerleau Jean-Marc	Diabète
Dieppe	Dieppe	CH Dieppe	Hosp public	Asthme	Dr Durand Luc	Pneumo
Dieppe	Dieppe	CH Dieppe	Hosp public	Patient souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique	Dr Bacquet Deschryver Hélène	Rhumato
Dieppe	Dieppe	CH Dieppe	Hosp public	Enfant diabétique et son entourage	Dr Deniau Françoise	Diabète enfant
Eure	Eure	Resalis	Réseau	Asthme et Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive	Dr Durand Marc	Pneumo
Bernay	Evreux-Vernon	CH Bernay	Hosp public	Diabète et éducation thérapeutique	Dr Ozanne Bernard	Diabète
Evreux	Evreux-Vernon	CHI Eure Seine	Hosp public	Asthme	Dr Pages Brigitte	Pneumo
Evreux	Evreux-Vernon	Clinique Pasteur	Hosp privé	Stomathérapie	Dr de Moulins Hubert	Stomathérapie
Evreux	Evreux-Vernon	CHS Navarre	Hosp public	ETP et réhabilitation psychosociale pour patients souffrant de troubles schizophréniques	Dr Grandsire Anne	Psychiatrie
Gaillon	Evreux-Vernon	MSPS	Libéral	Diabète type 2	Mme Ducrocq Aurélie	Diabète
Gisors	Evreux-Vernon	CH Gisors	Hosp public	Diabète 1 et 2 gestationnel	Mme Mémin Marie Andrée	Diabète
Gisors	Evreux-Vernon	CH Gisors	Hosp public	Maladie Inflammatoire Chronique intestinale	Mme Mémin Marie Andrée	Gastro
Gisors	Evreux-Vernon	CH Gisors	Hosp public	Hépatite C	Mme Mémin Marie Andrée	Hépatite
Gisors	Evreux-Vernon	CH Gisors	Hosp public	Asthme	Mme Mémin Marie Andrée	Pneumo
Saint Sébastien de Morsent	Evreux-Vernon	La Musse	Hosp ESPIC	Réadaptation cardiaque	Mme Tessier Nelly	Cardio
Saint Sébastien de Morsent	Evreux-Vernon	La Musse	Hosp ESPIC	Surpoids/Obésité	Dr Doublet Lamour Patricia	Obésité
Saint Sébastien de Morsent	Evreux-Vernon	La Musse	Hosp ESPIC	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive et Insuffisance Respiratoire Chronique	Dr Bussi Serge	Pneumo
Saint Sébastien de Morsent	Evreux-Vernon	La Musse	Hosp ESPIC	Lombalgique chronique	Dr Le Fol Patricia	Rhumato
Vernon	Evreux-Vernon	CHI Eure Seine	Hosp public	Diabète	Dr Richard Christian	Diabète
Le Havre	Le Havre	Hôpital Privé de l'Estuaire	Hosp privé	Patient sous Antivitamine K	Mme Menard Françoise	AVK
Le Havre	Le Havre	Maison Médicale Les Colibris	Libéral	HTA de l'adulte	Dr Didier Agnès	Cardio
Le Havre	Le Havre	Maison Médicale Les Colibris	Libéral	Surpoids de l'enfant	Dr Didier Agnès	Obésité enfant
Le Havre	Le Havre	Hôpital Privé de l'Estuaire	Hosp privé	Stomathérapie	Mme Menard Françoise	Stomathérapie
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Insuffisance cardiaque en SSR cardio-vasculaire	Dr Favier Jean Pierre	Cardio
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Insuffisance coronarienne en SSR cardio-vasculaire	Dr Favier Jean Pierre	Cardio
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Chirurgie cardiaque en SSR cardio-vasculaire	Dr Favier Jean Pierre	Cardio
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Diabète 1 et 2 gestationnel	Dr Kasawat Franck	Diabète
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Diabète de l'enfant et de l'adolescent (pompe à insuline et découverte du diabète)	Dr Le Roux Pascal	Diabète enfant
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Traitement de l'hépatite C en gastro-entérologie	Dr Tranvouez Jean Luc	Hépatite
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Insuffisance rénale chronique non terminale en néphrologie dialyse		Insuff rénale
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Mucoviscidose en pédiatrie	Dr Le Roux Pascal	Maladies rares
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	L'obésité en pédiatrie	Dr Le Roux Pascal	Obésité enfant
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Insuffisance respiratoire chronique en SSR affections respiratoires	Dr Marques Marie Hélène	Pneumo
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Ecole de l'asthme	Dr Le Roux Pascal	Pneumo
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Immunothérapie en rhumatologie	Dr Zarnitsky Charles	Rhumato
Montivilliers	Le Havre	Groupe Hospitalier du Havre	Hosp public	Suivi des patients VIH	Dr El Forzli Kouziaeff Natacha	VIH
Saint Romain de Colbosc	Le Havre	Pôle libéral Saint Romain	Libéral	Diabète 2	Dr Labbe Gerard	Diabète
	Le Havre	Réseau Diabète Estuaire	Réseau	Diabète 2	Dr Aulanier Sylvie	Diabète
	Région	Maredia	Réseau	Diabète 2	Dr Dubuisson Michel	Diabète
	Région	REPOPHN	Réseau	Obésité de l'enfant	Dr Gehanno Bogna	Obésité enfant
Bois Guillaume	Rouen	CHU	Hosp public	Lombalgiques et lombo-radicalalgiques chroniques	Dr Pouplin Sophie	Rhumato
Bois Guillaume	Rouen	CHU	Hosp public	Rhumatisme inflammatoire chronique sous biothérapie sous cutanée	Dr Pouplin Sophie	Rhumato
Bois Guillaume	Rouen	clinique du Cèdre	Hosp privé	Patient en stomathérapie	Dr Labat Jean	Stomathérapie
Bois Guillaume	Rouen	CHU	Hosp public	Diabète traité par insuline à l'hôpital	Dr Ozenne Geneviève	Diabète
Neufchâtel en Bray	Rouen	Réseau territorial de santé Pays de Bray	Libéral	Diabète 2	Dr Fricchet Jacques	Diabète
Oissel	Rouen	CHU	Hosp public	Patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée à un stade léger ou des aidants naturels des malades Alzheimer ou apparentés	Dr Bérard Marie	Gériatrie
Rouen	Rouen	CH Becquerel	Hosp ESPIC	Patients allogreffés de moelle ou de cellules souches hématopoïétiques	Dr Contentin Nathalie	Cancéro
Rouen	Rouen	CH Becquerel	Hosp ESPIC	Patients atteints de cancer et traités par chimiothérapie orale	Dr Daouphars Mikael	Cancéro
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Insuffisance cardiaque	Dr Bauer Fabrice	Cardio
Rouen	Rouen	Clinique Saint Hilaire	Hosp privé	Réadaptation cardiaque	Dr de Corbière Philippe	Cardio
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Dermatologie: maladies bulleuses et psoriasis	Dr Duval Modeste Anne Bénédicte	Dermato
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Hépatites et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	Dr Gorla Odile	Hépatite
Rouen	Rouen	Clinique de l'Europe	Hosp privé	Insuffisance rénale chronique et dialysés	Dr Bouzernidj Mouloud	Insuff rénale
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Hémophilie et déficit constitutionnel sévère en facteur de coagulation	Mme Savary Isabelle	Maladies rares
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Patient atteint de mucoviscidose	Pr Marguet Christophe, Dr Dominique Stéphane et Mme Pichon Katia	Maladies rares
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Parent et leur enfant ou jeune adulte ayant un déficit immunitaire primitif grave nécessitant un tt prolongé	Dr Marie Cardine Aude	Maladies rares
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Patient drépanocytaire et sa famille: du dépistage néo-natal à l'âge adulte	Dr Dumesnil Cécile	Maladies rares
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Obèses adultes	Dr Folope Vanessa	Obésité
Rouen	Rouen	Clinique Mathilde	Hosp privé	Stomathérapie	M Devergne Jeremy	Stomathérapie
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	VIH/SIDA	Dr Borsa Lebas Françoise	VIH
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Mieux vivre avec la maladie de Parkinson	Dr Maltete David	Neuro
Rouen	Rouen	Clinique Mathilde	Hosp privé	Prise en charge de l'obésité: hygiène et habitudes de vie	Dr Leclerc Patricia	Obésité
Rouen	Rouen	Clinique de l'Europe	Hosp privé	Restauration fonctionnelle du rachis	Dr Dzogang Edenezzer	Rhumato
Rouen	Rouen	Clinique de l'Europe	Hosp privé	Patient porteur d'une stomie digestive	Dr Maillochaud Jean Hugues	Stomathérapie
Rouen	Rouen	Clinique de l'Europe	Hosp privé	Patient porteur de plaies complexes de cicatrisation difficile	Mlle Cate Laurie	Dermato
Saint Aubin les Elbeuf	Rouen	CHI Elbeuf Louviers	Hosp public	Patients sous Anti Vitamine K	Dr Toussaint Christian	AVK
Saint Aubin les Elbeuf	Rouen	CHI Elbeuf Louviers	Hosp public	Insuffisance cardiaque	Dr Toussaint Christian	Cardio
Saint Aubin les Elbeuf	Rouen	CHI Elbeuf Louviers	Hosp public	Diabètes tous types	Dr Perraudin Véronique	Diabète
Saint Aubin les Elbeuf	Rouen	CHI Elbeuf Louviers	Hosp public	ETP du patient atteint de rhumatismes inflammatoires sous biothérapie	Dr Da Silva Luis Fernando	Rhumato
Saint Aubin les Elbeuf	Rouen	CHI Elbeuf Louviers	Hosp public	Education thérapeutique des patients en néphrologie	Dr Martin Passos Elsa	Insuff rénale
Sotteville les Rouen	Rouen	CHS Rouvray	Hosp public	Schizophrènes	Mme Flageolet Sarah	Psychiatrie
Sotteville les Rouen	Rouen	CHS Rouvray	Hosp public	Réhabilitation psycho sociale Saint Gervais	Dr Bretel Fethi	Psychiatrie
Sotteville les Rouen	Rouen	CHS Rouvray	Hosp public	Troubles bipolaires	Dr Bourgeois Valérie	Psychiatrie
	Seine Maritime	Réseau asthme 76	Réseau	Asthme	Dr Anfray Florence	Pneumo
	Région	ANIDER	Association	Patients dialysés à l'ANIDER haute-Normandie	Dr Hue Patricia	Insuff rénale
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Patients porteurs d'une hypertension artérielle pulmonaire	Dr Bauer Fabrice	Cardio
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Diabète: éducation thérapeutique de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille	Dr Wielizko Marie Claire	Diabète enfant
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Patient atteint de lymphoedème après curage ganglionnaire	Dr Vandhuick Sonia	Vasculaire
Rouen	Rouen	CHU	Hosp public	Programme thérapeutique d'un patient sous AVK	Dr Benhamou Ygal	AVK
Val de Reuil	Rouen	Association prof de santé libéraux CASE	Libéral	ETP des patients diabétiques	Dr Bourez Thomas	Diabète



DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

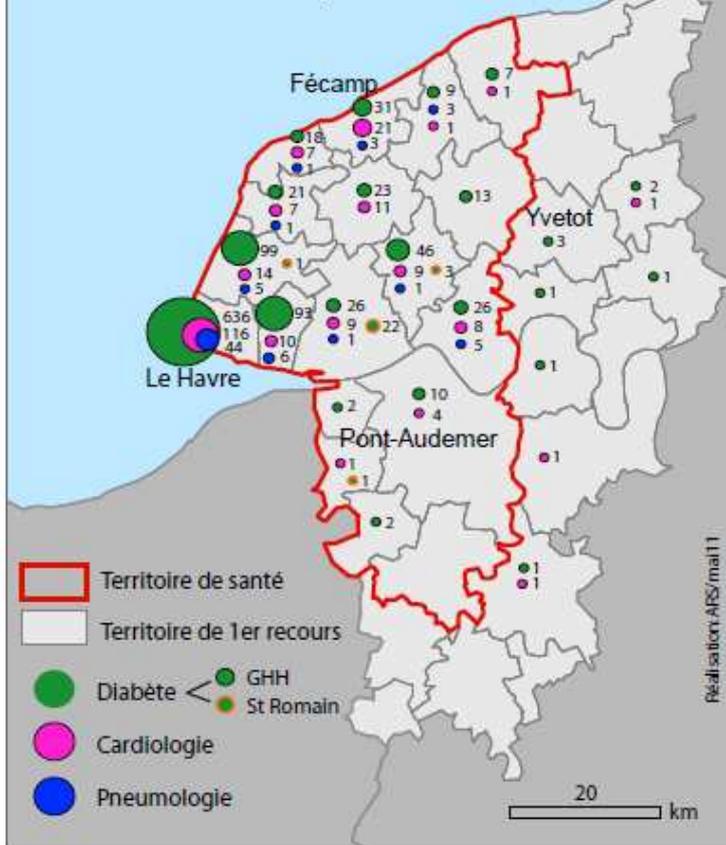
Annexes 5

Cartographies d'activité en Education Thérapeutique du Patient

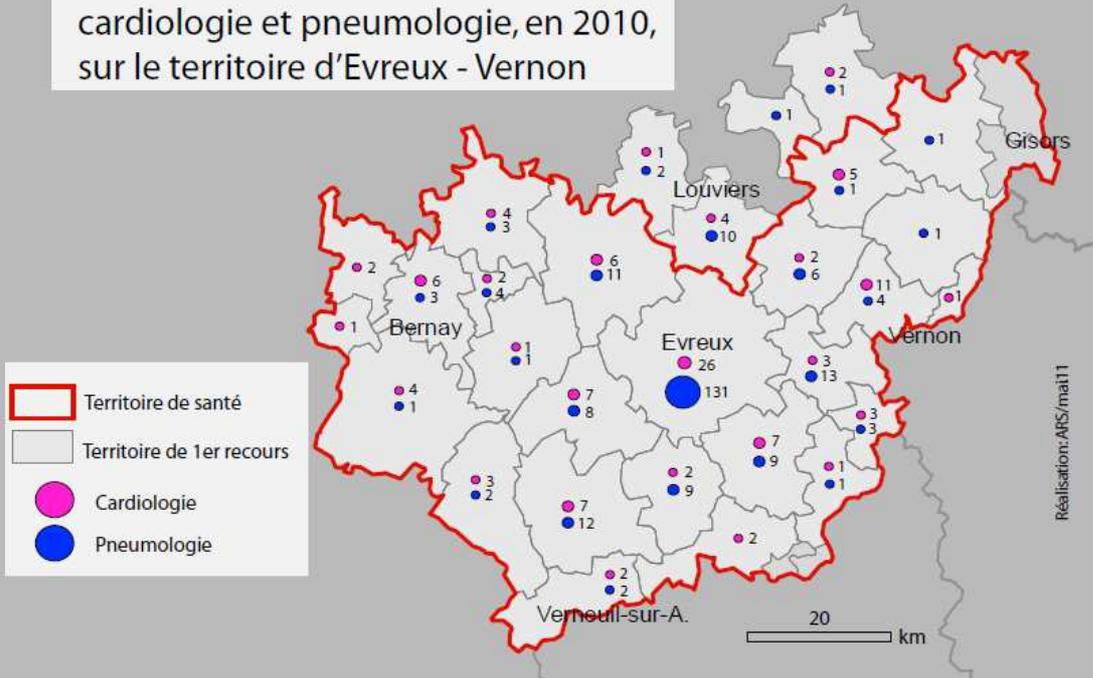
Activités ETP:
diabète et pneumologie, en 2010,
sur le territoire de Dieppe



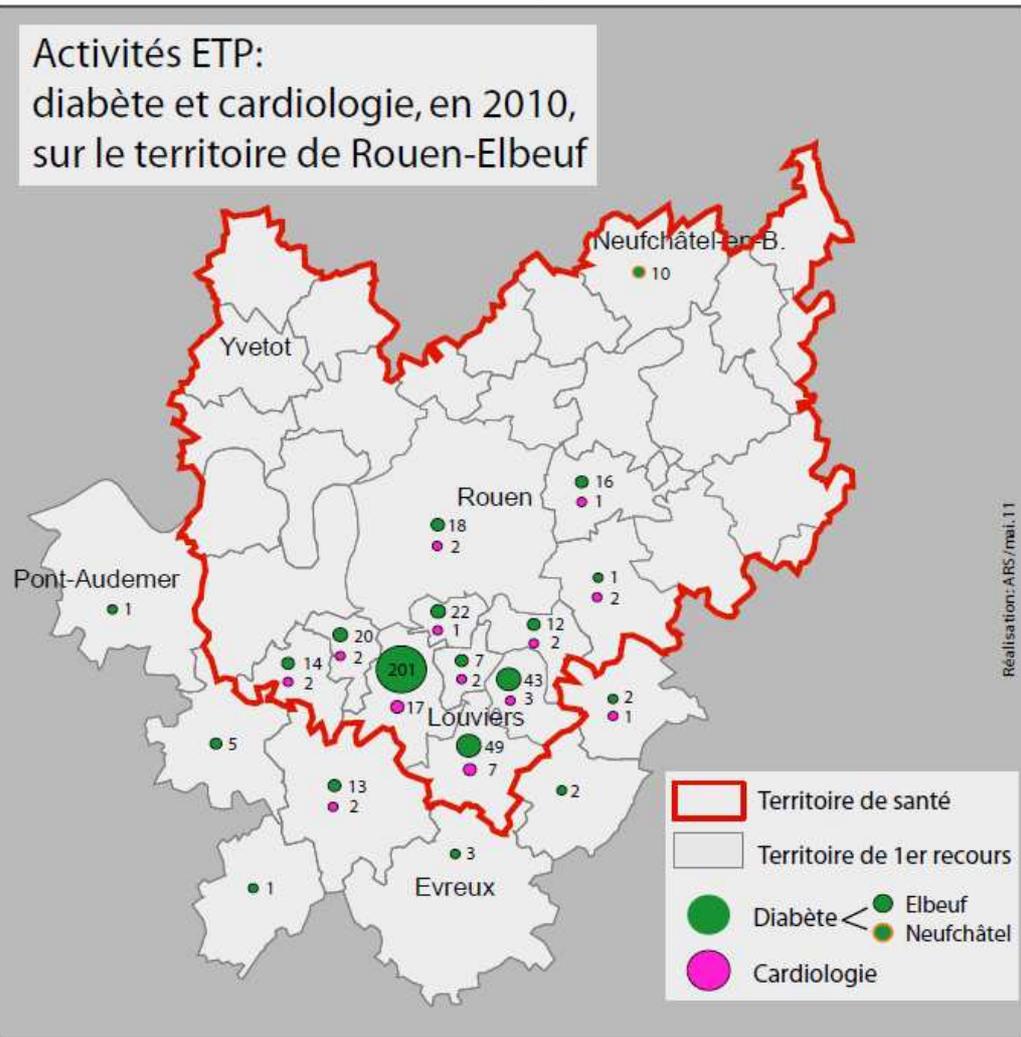
Activités ETP:
diabète adulte, cardiologie, pneumologie
Le Havre, en 2010



Activités ETP:
cardiologie et pneumologie, en 2010,
sur le territoire d'Evreux - Vernon



Activités ETP:
diabète et cardiologie, en 2010,
sur le territoire de Rouen-Elbeuf





DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

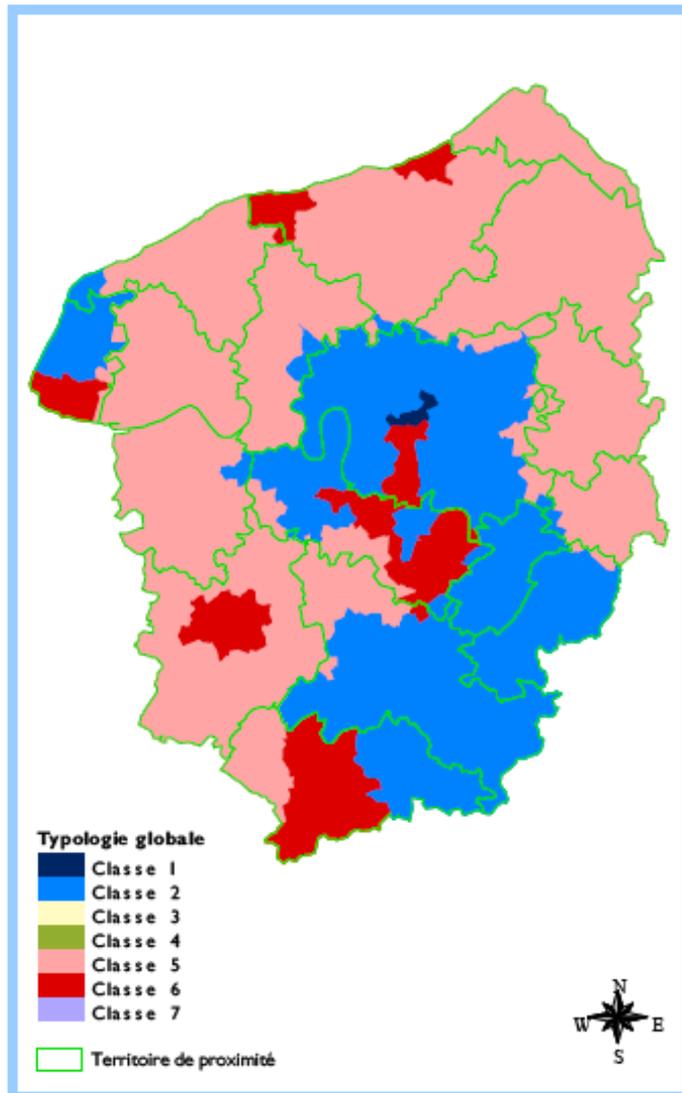
SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Annexes 6

Cartographies territoires prioritaires

Typologie globale FNORS

Typologie globale



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts (Snir), DGI, Drees, Géoconcept SA, Insee, Inserm Cépidec, Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, Odomatrix 2010, Inra UMR 1041 CESAER, Dijon
Analyse et cartographie : Fnors

Classe 1 : « zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services hospitaliers, en sous-mortalité ». Cette classe est circonscrite dans la région à deux cantons, Bois-Guillaume et Mont-Saint-Aignan.

Classe 2 : « zones périurbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale (un peu meilleure) que pour la mortalité (sous-mortalité pour quelques causes), relativement peu dotées en services de soins libéraux ». Cette classe se retrouve dans le pourtour de l'agglomération de Rouen-Elbeuf, les cantons du littoral au nord du Havre et, dans l'Eure, au niveau de l'agglomération d'Evreux et de sa périphérie, ainsi que dans la vallée de la Seine. Cette classe concerne un peu plus du tiers de la population régionale mais les deux-tiers de celle du territoire de santé d'Evreux-Vernon.

Classe 3 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones peuplées, avec une offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ».

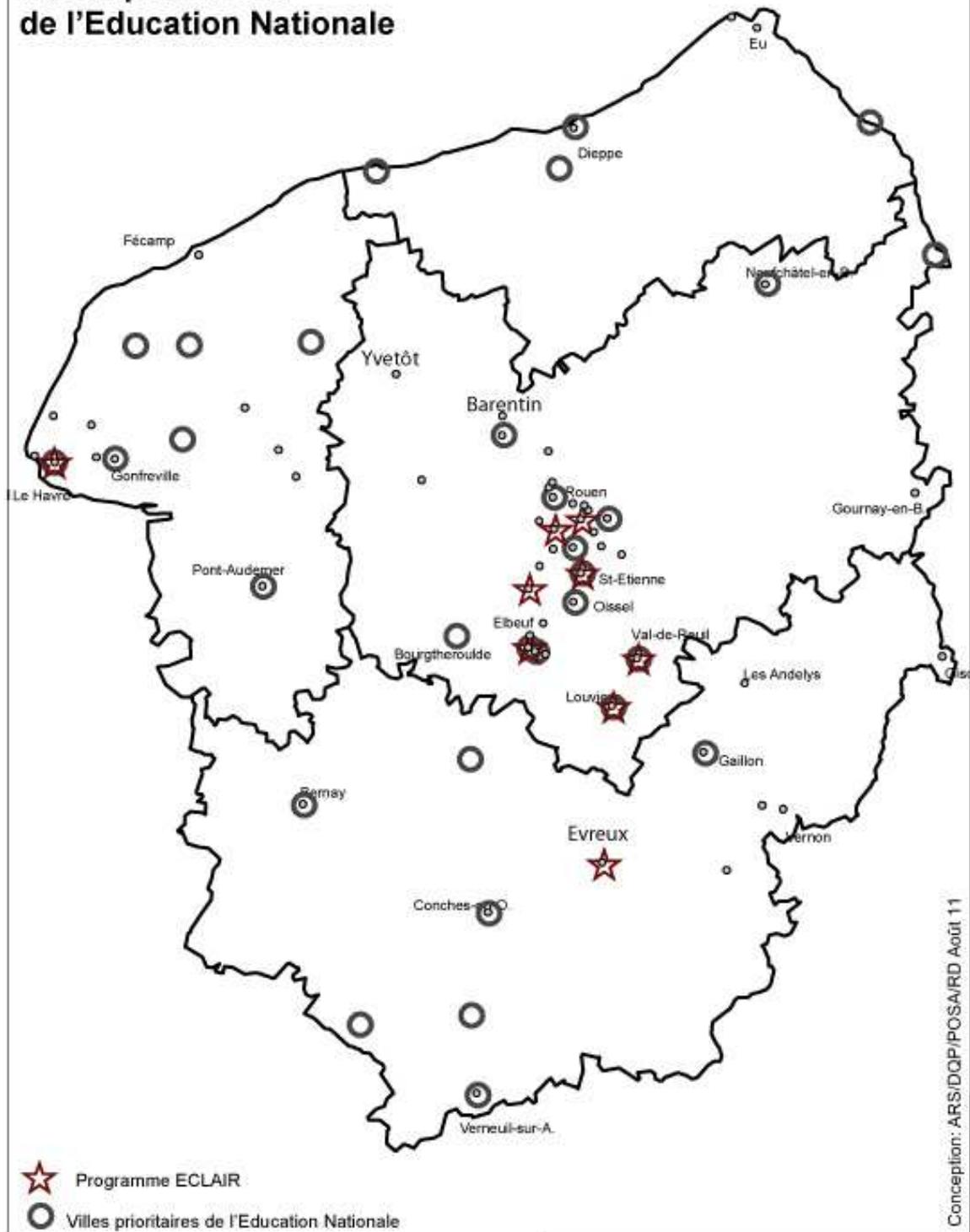
Classe 4 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles ».

Classe 5 : « zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large ». Cette classe est la plus étendue dans la région en termes de superficie (46 cantons). Elle concerne 30 % de la population régionale et est nettement plus retrouvée dans les territoires de santé du Havre et surtout de Dieppe que dans les deux autres.

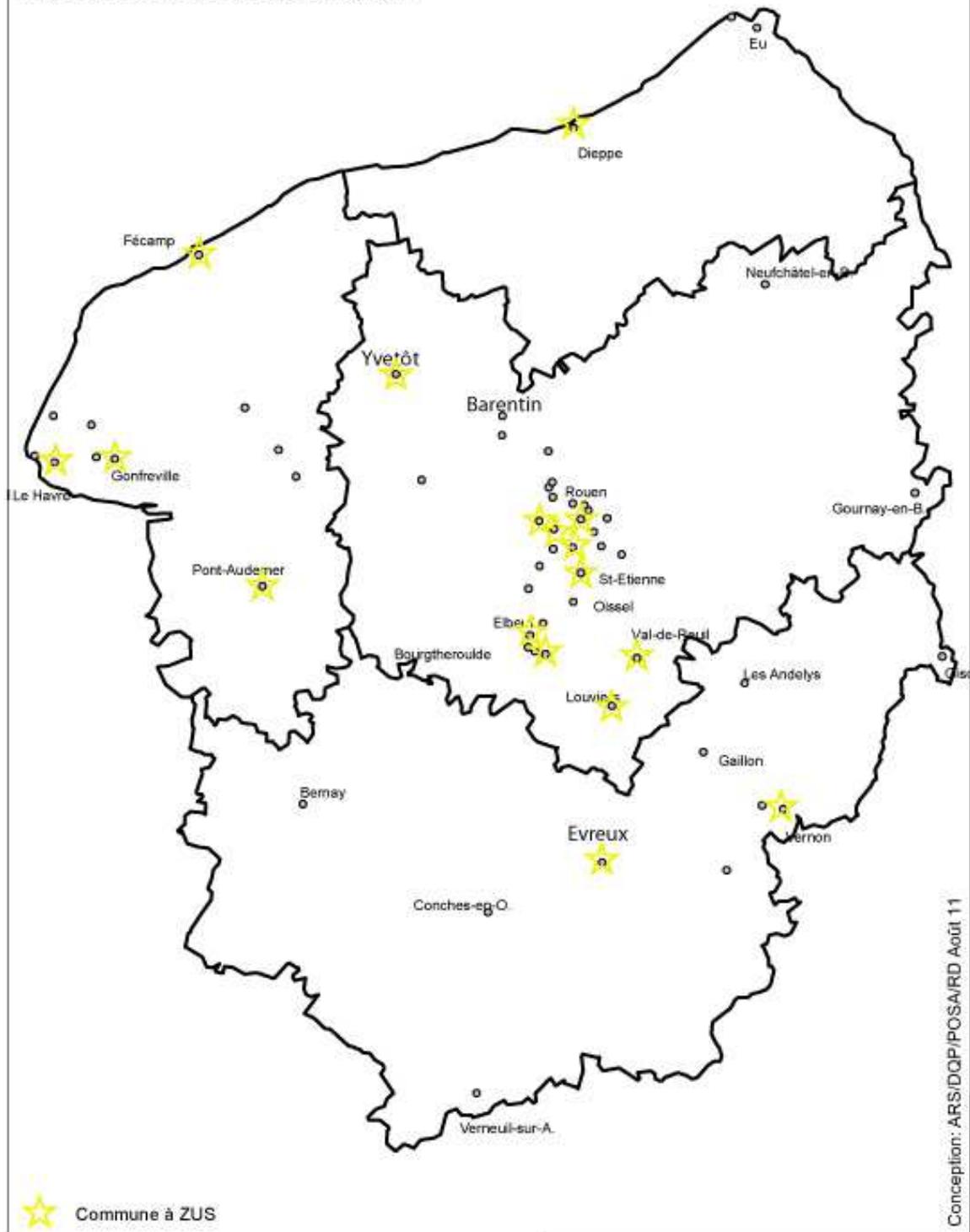
Classe 6 : « zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée ». Cette classe, dans laquelle se retrouve le tiers de la population régionale, concerne une partie des deux grandes agglomérations ainsi que des villes moyennes et un secteur plus rural du sud de l'Eure.

Classe 7 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales mais en sous-mortalité par cancers ».

Zones prioritaires de l'Education Nationale



Zones urbaines sensibles



Projet Régional de Santé pour la Haute Normandie 2012-2017

Avis de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie 14 février 2012

Ce premier Projet Régional de Santé (PRS) pour la Haute-Normandie, élaboré selon les orientations fixées par la Loi HPST, est l'aboutissement d'un très **important travail** effectué dans des délais contraints. De nombreux groupes de travail ont été impliqués, particulièrement pour les nouveaux schémas de ce PRS, avec des acteurs jusqu'alors dispersés. Plusieurs temps de **concertation** ont eu lieu pilotés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), avec une large participation de membres de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Cette approche nouvelle a permis de mettre bien en évidence la **complexité des structures** intervenant dans le domaine de la santé. Si le secteur sanitaire peut être piloté en grande partie, au moins au niveau régional, par une unique autorité, il n'en est pas de même pour les secteurs médico-social et de la prévention intégrés dans ce PRS. Cette complexité a de multiples effets délétères. Le principal est de ne pas permettre d'identifier clairement les marges de manœuvre des différents acteurs régionaux par rapport au niveau national et à toutes les composantes institutionnelles de celui-ci.

En adéquation stricte avec des schémas imposés, la présentation **de ce PRS demeure très segmentée**. Ceci rend difficile l'appréciation des principales difficultés et leur positionnement stratégique dans les différentes étapes de la séquence « prévention-soins-médico-social » que l'on souhaiterait décloisonnée, fluide et cohérente. Il existe un risque fort de voir les professionnels en rester à leurs cloisonnements habituels et à leur strict domaine d'intervention. Ils seront dans l'impossibilité d'assimiler ce document dense et segmenté. Ils ne seront pas en mesure de replacer celui-ci dans le cadre général d'un système de santé régional complexe et évolutif.

L'avis préparé, par la commission permanente, et adopté à l'unanimité, moins trois abstentions, par l'assemblée plénière de la CRSA s'est surtout attaché à relever les éléments généraux, transversaux, d'un schéma à l'autre (Schéma Régional de Prévention, ou SRP, Schéma Régional de l'Organisation des Soins, ou SROS, Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale, ou SROMS). Les avis de trois commissions spécialisées de la CRSA sur les schémas correspondants sont annexés à ce document.

La CRSA considère comme positifs les points suivants :

- **La reconnaissance de la prévention et du secteur médico-social** comme parties intégrantes du système de santé, devant interagir entre eux et avec le secteur sanitaire, est un excellent déterminant pour l'avenir. Ce nouveau périmètre du système de santé, plus en accord avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), va nécessiter, pour qu'il prenne corps, l'élaboration d'une culture commune, dans le respect de la différence, entre des professionnels, des institutions, œuvrant bien souvent jusqu'alors selon des logiques distinctes dans des cadres séparés.
- La CRSA apprécie la dynamique de travail engagée entre l'ARS et les **collectivités territoriales**, particulièrement les conseils généraux, ou d'autres structures déconcentrées de l'Etat. Les expériences prenant appui sur des communes, et/ou bassins de vie, déjà engagées dans des actions de prévention, ou d'appui médico-social doivent être encouragées. On ne peut que souhaiter le décroisement entre ces différentes institutions (Etat, Collectivités territoriales, Education Nationale, Assurance Maladie...) et la transparence entre elles pour les missions de santé qu'elles peuvent avoir en commun. La CRSA souhaite la mise en place, en région, de guichets uniques auxquels pourront s'adresser les professionnels pour les actions de santé dépendant jusqu'à présent de plusieurs financeurs, sans attendre les réformes nationales concernant la fongibilité de tels crédits.
- Les actions menées par l'ARS en vue d'augmenter les dotations d'internes et de postes d'assistant pour accroître les offres régionales en post internat sont très positives. De telles actions, qui doivent concerner toutes les professions, médicales **et** paramédicales, vont bien dans le sens souhaité lors de la motion arrêtée par la CRSA au moment de sa constitution, comme de son avis sur le PSRS et des engagements pris en vue d'améliorer l'état de la **démographie des professionnels de santé dans toute la région**. On s'accorde à considérer que de telles démarches doivent être associées à d'autres venant de divers acteurs, nationaux ou régionaux, pouvant **contribuer à l'attractivité des territoires** ou de certaines formes d'exercice. D'autres commentaires ou suggestions pourront être faits à propos du Programme prévu spécifiquement sur ce sujet.
- La réduction **des inégalités de santé** entre les territoires et le souci de veiller à apporter à chaque citoyen les mêmes ressources en matière d'offre de soins sont aussi à souligner. On ne peut cependant occulter les inégalités de population entre ces territoires et l'impossibilité de mettre en place, à l'identique, des structures ou activités de soins dépendant d'un seuil minimum de population pour qu'elles aient leur pleine efficacité. Quant à la liaison entre

inégalités territoriales et inégalités sociales de santé, elle est discutée et, en l'état des débats, ceci doit faire traiter de manière spécifique, complémentaire et coordonnée ces deux formes d'inégalité.

- Le développement **des nouveaux outils de communication offre de multiples perspectives d'innovation**. Parmi ceux-ci, la CRSA estime indispensable le développement dès que possible du Dossier Médical Personnel (DMP). Même si ce développement est aussi dépendant de celui des réseaux à très haut débit et de leur sécurisation, en particulier pour la télé imagerie, ces outils apportent déjà des services appréciés de téléconsultation dans des domaines spécifiques. Cependant une connaissance approfondie et une confiance entre les partenaires partageant une même culture de communication en sont des préalables. Ce sujet mériterait d'être couplé à une analyse des blocages de développement observés, afin d'agir non seulement sur ces outils mais sur les changements culturels que leur plein emploi nécessite. Un avis plus circonstancié sera fourni à l'occasion du Programme dédié à la télémédecine.
- Le projet d'Observatoire des données médico-sociales répond à une attente forte des professionnels de ce secteur et des associations concernées.

1. Par contre la CRSA émet des réserves sur les points suivants :

- Souvent approfondi par rapport au Projet Stratégique Régional de Santé (PSRS), le **diagnostic se limite** encore trop à une description simple des moyens, sans précision sur leur mobilisation, la qualité des usages qui en sont faits (fonctionnalité, évaluation). Si, pour le secteur médico-social, il y a consensus sur ce « reste à faire » en matière de diagnostic fonctionnel, dans le secteur sanitaire, pour divers motifs méritant d'être plus explorés, notamment une faible culture générale d'évaluation des pratiques, une attitude plus franchement volontariste est souhaitée, destinée aussi à apprécier l'adéquation des moyens aux besoins.
- Notamment, la **prise en compte des déterminants sociaux** apparaît insuffisante alors qu'elle est indispensable pour des orientations cohérentes et réalistes. Les actions de prévention, comme la mise en œuvre de plusieurs volets de l'offre de soins présentés dans le SROS (Hospitalisation à Domicile, ou HAD, Chirurgie ambulatoire, santé mentale...) en sont dépendantes.
Des partenariats avec les organismes compétents doivent être développés au niveau régional facilitant les actions concrètes à réaliser sur le terrain.

- **La mise en place de ponts, d'interfaces, entre les trois secteurs** reconnus constitutifs du système de santé, prévention, sanitaire et médico-social est reconnue dans le PRS. Cependant, sans méconnaître le poids et la complexité des cadres institutionnels en place au niveau national et les blocages qui en découlent, notamment pour les financements, la CRSA estime que ce chapitre, avec ses développements régionaux, est insuffisamment priorisé et développé dans le PRS. Le décloisonnement entre ces trois secteurs est d'autant plus nécessaire que les schémas régionaux imposés continuent de les séparer. Il ne se fera pas sans des incitations plus marquées que celles présentées, toute mise en concurrence entre secteurs sanitaire et médico-social devant être évitée. Il pourrait justifier la mise en place de groupes de travail de professionnels en interface dans un même bassin de vie, missionnés pour proposer des référentiels adaptés à des difficultés identifiées en commun concernant le parcours de la personne. L'emploi d'une méthodologie commune pourrait être élaboré au niveau régional. Cette évolution doit être adaptée à des bassins de vie qui ne correspondent pas aux limites administratives existantes, ce que la CRSA avait relevé lors de la discussion sur les territoires de santé.

Les interfaces de la séquence « prévention - soins - médico-social » et leurs différentes formes prises selon les âges, les situations sociales, les bassins de vie, pourront faire l'objet du travail de tels groupes. Ainsi ce PRS appellera vraiment chacun à se repositionner dans un continuum allant de la prévention aux soins et aux prises en charge de caractère médico-social ou social.

Ainsi pour les addictions, ou le parcours de santé (et pas seulement le parcours de soins), le parcours de vie de la personne, surtout si elle est handicapée ou âgée et fragile, et à un moindre degré pour la santé mentale, malgré le désir affiché d'une continuité, le document n'apporte que peu ou pas d'éléments sur les points noirs, les goulots d'étranglement, (principalement aux interfaces entre structures d'un même secteur ou de secteurs différents), à traiter prioritairement, ni sur les moyens mobilisés pour y faire face ; il reste très centré sur les difficultés des structures hospitalières.

- **Les déplacements de patients**, (ceux qui ne correspondent pas à la gradation des soins en place), entre territoires et/ou vers d'autres régions, particulièrement préoccupants dans les territoires de Dieppe et plus encore d'Evreux, peuvent certes avoir des liens avec la démographie des professionnels de santé. Mais il ne s'agit là que d'un symptôme dont les causes, variables selon les territoires et les disciplines, mériteraient d'être davantage analysées avec les professionnels et les usagers.

- **Les réflexions sur les évolutions à court et moyen terme sont essentiellement limitées** à celles de la démographie, (celle de la population comme celle des professionnels), certes importantes à prendre en compte. Mais les évolutions culturelles, particulièrement celles des professionnels (sur spécialisation technicienne...), ou concernant l'impact des évolutions des techniques de soins (imagerie, radiologie interventionnelle, chirurgie...), ainsi que les évolutions sociétales, économiques, ou environnementales, sont quasiment absentes alors qu'elles modifieront l'accès aux soins, le comportement des acteurs et la répartition des soins entre eux, avec en corollaire l'adéquation d'une partie du PRS aux réalités de demain.

- **L'offre de soins de premier recours**, telle qu'elle est décrite dans la Loi HPST, est reprise dans le PRS essentiellement dans le volet « organisation des soins de ville » du SROS, sous une forme plus réglementaire que fonctionnelle. Dans son avis sur le PSRS, la CRSA considérait « les soins de premier recours comme une priorité à part, structurante pour les autres organisations prévues dans le parcours de la personne tout au long de sa vie ». La place qui lui est faite dans ce PRS doit être nettement accentuée.

Compte-tenu des besoins de santé dans notre région, des attentes des jeunes professionnels, nous pensons que ce concept de premier recours doit être employé pour aborder les questions et difficultés concernant l'entrée d'une personne dans le **système de santé et pas seulement dans le système de soins**. De ce fait, les missions possibles de ce dispositif reconnu être au plus près des personnes, sont à l'intersection des trois schémas. Il doit devenir un lieu de coordination entre les professionnels concernés par ces schémas et selon des fonctionnalités qu'ils définissent en commun, au cas par cas. La matérialité immobilière paraît moins importante que le **projet fonctionnel** partagé, acté et reconnu par toutes formes possibles de financement.

*Certaines missions sont bien dans le cadre réglementaire actuel, tels les soins :

- Directement ou comme coordonnateur des différents soins et intervenants de proximité que peut nécessiter l'état de santé d'une personne (particulièrement dans le cas de poly pathologies, de personnes en situation de fragilité ou de perte d'autonomie).
- Adressage pour les avis spécialisés en ambulatoire ou pour des prises en charge, aussi programmées que possible, auprès de services hospitaliers publics ou privés.

*Ou pourraient y être rattachée : La permanence des soins ambulatoires

*D'autres pourraient être incluses, dans la logique d'une offre de santé de premier recours selon le projet fonctionnel autour duquel se seront regroupés et mobilisés des professionnels :

- La prévention, dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé ou dans celui, d'une éducation pour la santé
- Le dépistage
- La participation à des plans de santé publique, nationaux ou régionaux
- La liaison avec des réseaux (locaux de proximité mais aussi régionaux thématiques)
- Certains problèmes sociaux,
- La PMI, la médecine scolaire, la médecine préventive universitaire
- La médecine du travail

En effet, à côté du médecin généraliste, dont les modes d'exercice actuels ne correspondent plus aux attentes des jeunes diplômés, d'autres professionnels de la santé peuvent et doivent être impliqués dans le fonctionnement, en fonction de leurs compétences propres mais aussi de délégations de tâches préalablement déterminées afin d'assurer les missions retenues. Les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), les sages femmes, les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les professionnels de services sociaux, les kinésithérapeutes ... ont un rôle novateur à jouer. Cette énumération n'est pas limitative et fonction des missions que se donne le dispositif et de l'environnement dans lequel il se trouve. Ces professionnels doivent être identifiés, leurs rôles précisés et de nouveaux modes de rémunération proposés.

Différentes modalités d'organisation existent dès à présent. Selon le projet des promoteurs et les missions retenues, les opportunités de financement, le choix pourra se faire entre réseaux de proximité, pôles de santé, maisons de santé ... dans des formes et des modalités nouvelles et innovantes.

Dans tous les cas la fonction, primordiale, de coordonateur du dispositif doit être reconnue et valorisée, au sein d'une démarche de soins coordonnée et en précisant les responsabilités des différents professionnels.

Nous pensons qu'un engagement fort de l'ARS, par l'intermédiaire du PRS, pour promouvoir un « Premier recours » innovant et contribuant au développement de la qualité des soins, peut être un des facteurs d'attractivité régionale pour les jeunes professionnels ainsi que d'attractivité pour la médecine générale. Il permettrait de dépasser le qualificatif de médecin « traitant », et d'associer le « prendre soin » au « donner des soins ».

Ces propositions ont l'ambition de répondre en partie à des difficultés spécifiques de la santé dans la région. Les mesures appelées, organisationnelles et financières, n'ont pas mission à être reproduites à l'identique au niveau national, afin de tenir compte de la diversité actuelle des situations (difficultés sociales, état de santé, démographie des professionnels ...) selon les régions, et de la complexité de telles évolutions quand elles doivent être réalisées, à l'identique, dans tout le pays.

- **L'absence de données d'évaluation médico-économiques** contraste avec la priorité qui avait été donnée à ce thème lors du PSRS. Alors que l'efficacité apparaît comme un objectif récurrent et que l'impact des données économiques sur les comportements réels des professionnels, d'un secteur comme de l'autre, est une réalité, les données nécessaires ne sont pas lisibles. Cela est particulièrement regretté dans les cas où plusieurs options de développement sont possibles notamment quand ils font intervenir plusieurs sources possibles de financement, en sus de l'Assurance maladie (ainsi, notamment, pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), ou pour les modalités d'épuration extra rénale). L'importance des montants engagés doit amener à un rapprochement des institutions et professionnels concernés pour fournir ces données et les soumettre au débat, particulièrement dans le contexte actuel de leur retentissement sur les comptes publics, et des contraintes de la dette publique.

- La CRSA s'inquiète enfin **des très nombreuses priorités** annoncées dans les différents schémas du PRS et des moyens nécessaires, non seulement matériels pour les financer, mais aussi humains pour en animer ou en contrôler le développement. La pérennité des ressources, dans le cadre de financements pluriannuels, paraît préférable à leur dispersion sur trop de postes si cela aboutissait à leur fragilité dans le temps. Les financements multiples, s'ils permettent des opérations financièrement lourdes, exposent aussi au risque de déstabilisation d'actions longues en cas de défaut de l'un des financeurs, et doivent être liés à des engagements des différents partenaires, financeurs comme opérateurs.

- **De façon plus ponctuelle**, nous suggérons :
 - qu'au vu de la réalité des capacités en lits de réanimation, de leur répartition géographique et de l'impact possible sur l'accès de tous à des praticiens compétents sans surcharge financière, une concertation approfondie soit engagée avec les différentes parties. Celle-ci s'efforcera de mettre au clair tous les paramètres en place (fuites éventuelles de patients, de professionnels, réglementations, sécurité, conséquences financières, lobbies ...).

- un approfondissement et des propositions de mesures correctrices, dans le volet Insuffisance rénale du SROS, devant l'observation du faible taux de greffe de rein et de prélèvements d'organes dans la région,
- que la diversité dite significative de la fréquence de césariennes selon les établissements notée dans le volet périnatalité soit davantage justifiée.

2. La CRSA formule des recommandations, préconisations et demandes

- **Le développement de l'évaluation.** L'utilisation des données déjà fournies par les diverses visites d'accréditation, ou d'agrément, comme par les cellules qualité des établissements peut constituer une base de travail, à développer. Cependant les pratiques inadéquates ne doivent pas être dépistées seulement à l'intérieur d'une structure ou d'un cabinet mais tout au long de la chaîne de prise en charge du patient, partant de son domicile et revenant à celui-ci. C'est le développement d'une démarche qualité impliquant, autour de valeurs partagées, l'ensemble des acteurs d'une chaîne de prise en charge, qui est nécessaire. Les obstacles objectifs et les réserves émises par les professionnels devront être pris en compte. Cette évaluation doit être conçue et perçue comme source de progression et non de pénalisation. L'efficacité et l'efficience sont ici liées. Sans que cela soit limitatif, des domaines tels que la psychiatrie, les différentes formes de prise en charge des insuffisants rénaux, la réanimation/surveillance continue, les risques liés aux soins, représentent autant de secteurs dans lesquels une délimitation plus large de la démarche qualité pourrait être développée.
- **La coordination** est fréquemment sollicitée dans les schémas de ce PRS, notamment lors de conventions. Mais elle nécessite des moyens matériels et des professionnels rendant compte à une autorité « juge de paix ». Ceux-ci animeront des interfaces de concertation dans un territoire défini et sur des champs dont la délimitation aura sens pour les acteurs, fondés par exemple sur des « points noirs bloquant » relevés lors du diagnostic.
- **L'observation de la santé** doit pouvoir bénéficier des multiples sources actuellement existantes dans la région ayant cette finalité. La CRSA suggère un travail de rapprochement des structures et de mutualisation des données ainsi collectées de façon séparée, voire redondantes. Vu les importantes données dont dispose l'Assurance Maladie, celle-ci devrait, parmi d'autres, contribuer à ce rapprochement.
- **La faible lisibilité sur la mise en œuvre**, (selon quelle séquence ? avec quelle implication des partenaires institutionnels ? tels les Conseils généraux, et d'autres, comme l'Education Nationale, que l'on souhaiterait voir impliqués)

pourrait être améliorée par l'apport de certains outils de lecture. Ainsi ceux concernant **la connaissance des chaînes de financement** quand plusieurs organismes interviennent sur la chaîne de prise en charge sanitaire puis médico-sociale pourraient être présentés avec profit pour identifier les responsabilités de chacun et ainsi contribuer au bon fonctionnement de la démocratie sanitaire. La CRSA rappelle que **le rééquilibrage des ressources attribuées à la région**, en matière sanitaire et médico-sociale, avec la préoccupation de faire respecter le principe de l'égalité républicaine, était une des conditions qu'elle avait mise à l'approbation du PSRS.

En conclusion, la CRSA de Haute Normandie, dans son assemblée plénière du 14 février 2012, approuve le PRS, pour 2012-2017, sous réserve de la prise en compte des réserves, recommandations et préconisations ci-dessus, dont elle souhaite que la communication soit faite en même temps que celle du PRS. Elle demande à être impliquée dans la mise en œuvre des travaux que celles-ci nécessiteront ainsi que dans le suivi régulier de l'ensemble de ce PRS. Elle prend à son compte les trois avis sur les trois schémas régionaux donnés par les commissions spécialisées correspondantes.

Annexes : les avis des commissions spécialisées sur le SROS, le SROMS, le SRP

ars

Siège régional

ARS de Haute-Normandie
31, rue Malouet
BP 2061
76040 Rouen Cedex

Téléphone : 02.32.18.32.18
Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

www.ars.haute-normandie.sante.fr