



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfecture de la région Champagne-Ardenne

**DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE CHAMPAGNE-ARDENNE**

PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE 2006 - 2008



CHAMPAGNE ARDENNE

novembre 2006

SOMMAIRE

Introduction	2
Contexte général	2
Contexte régional	3
Cadre juridique du Plan Régional de santé Publique	4
Les priorités d'actions du PRSP	5
Lutte contre le cancer	7
Lutte contre les addictions	15
Programme d'accès à la prévention et aux soins	24
Développement du repérage des souffrances psychiques	29
Promotion de la santé par la nutrition et le sport	33
Bien vieillir	37
Promotion de l'éducation à la sexualité et prévention du sida, des IST et des grossesses non désirées	40
Amélioration de la prise en charge des maladies rares	45
Priorités d'action à mettre en œuvre par l'Etat et les institutions	47
Structuration de la veille et de l'alerte sanitaire	48
Plan santé scolaire	53
Promotion de l'éducation du patient	55
Lutte contre les risques liés à l'environnement et au travail	62
Schéma régional d'éducation pour la santé	73

Introduction

L'organisation des services et actions en faveur de la santé s'est imposée depuis les années 1980, avec la mise en place progressive d'outils : sectorisation psychiatrique (1986), les schémas régionaux d'organisation sanitaire (1991), puis les programmes régionaux de santé (1996), et entre autres, les schémas régionaux d'éducation pour la santé (2001).

Chacun de ses outils a développé l'objectif d'une cohérence établie dans son seul domaine d'application, au sein d'une multitude d'intervenants et de décideurs autour de la santé définie par l'OMS en 1946, comme un état de bien être physique, mental et social.

Il est évident qu'agir pour la santé revient à s'intéresser aux différents champs de la prévention, des soins, de la réinsertion réadaptation, mais aussi du social, du travail et de l'habitat par exemple.

Il convenait dès lors de déterminer un moyen d'utiliser ces différents outils de planification existants, de façon coordonnée et cohérente, à travers une animation globale de la politique de santé, s'écrivant autour d'objectifs simplifiés, concrets et évaluables, validés par l'ensemble des acteurs et décideurs locaux.

C'est là l'espoir du Plan Régional de Santé Publique, mis en œuvre par le futur Groupement Régional de Santé Publique dont l'installation aura lieu le 27 novembre 2006.

Cette version 2007 du PRSP intègre les modifications et adaptations souhaitées par les groupes techniques régionaux travaillant autour de chacun des axes de ce plan, au regard des actions engagés et des besoins constatés et ressentis.

Contexte général

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 affirme la responsabilité de l'Etat vis à vis de la protection de la santé de la population et impose une démarche d'évaluation systématique. Elle rappelle enfin les principes de réduction des inégalités, du respect de la parité, de la protection de la jeunesse et de la concertation.

L'amélioration et la protection de la santé dépendent d'une multitude de facteurs et donc d'actions nationales, régionales ou locales.

Ainsi, l'Etat a défini 100 objectifs de santé publique quantifiables et élabore des plans pluriannuels spécifiques, qui sont au nombre de six pour la période 2004-2008.¹ Ces objectifs

¹ Plan de lutte contre le cancer. Plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, ces comportements à risque et des conduites addictives. Plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement. Plan de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Plan pour améliorer la prise en charge des maladies rares. Plan nutrition santé.

constituent un tableau de bord permettant d'animer tous les cinq ans, un grand débat autour de la santé par le parlement.

L'échelon régional est confirmé comme le plus pertinent pour la mise en œuvre de cette politique nationale de santé publique.

Pour cela, un plan régional de santé publique (PRSP), arrêté par le Préfet, concourt à la réalisation des principaux objectifs nationaux dans une mise en cohérence avec l'observation de la santé dans la région et en tenant compte des problématiques régionales spécifiques.

Il est ici pertinent de définir un besoin de santé, source de priorité, comme la situation dans laquelle un problème significatif dans les sphères cliniques et sociales est reconnu, et qu'il peut trouver une réponse en terme de réduction ou contention du problème, par une intervention thérapeutique, politique ou sociale.

Ce plan de santé publique a résulté d'une réflexion collégiale de tous les acteurs autour d'un diagnostic partagé, des objectifs poursuivis et des actions à mettre en œuvre. Il fut arrêté après avis de la Conférence Régionale de Santé par le Préfet en date du

Le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) qui propose des recommandations d'organisation et de répartition de l'offre de soins graduée, ainsi que les Schémas d'organisation sociale et médico-sociale, s'articulent avec le PRSP.

Il bénéficie également d'une nouvelle organisation autour d'une procédure harmonisée de financement des actions de santé publique et autour d'un regroupement des différents intervenants et décideurs, dans une mise en cohérence accrue des mondes sociaux, médico-sociaux et sanitaires de la santé, publics et privés.

Le préfet dispose ainsi, pour la mise en œuvre du plan régional, du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), opérateur créé sous la forme d'un groupement d'intérêt public.

Contexte régional

Pour la préparation de la première version du PRSP de Champagne Ardenne, un comité de pilotage rassemblant la DRASS, les DDASS, l'URCAM, l'ARH, l'ORS a été mis en place (18 mars 2005), afin de déterminer l'organisation d'un état des lieux et d'élaborer des propositions en terme de structuration du PRSP.

Une première instance régionale pré-configurant la future Conférence Régionale de Santé, s'est ensuite réunie en avril 2005, choisissant et modifiant les priorités régionales du PRSP après présentation du diagnostic partagé.

L'entrée thématique autour de quelques grands axes a été retenue, permettant une approche claire et pragmatique, autour de groupes de travail déjà constitués, sachant que leur déclinaison tient compte tout à la fois, d'une approche globale de la santé autour de l'individu, et d'une approche populationnelle pour chaque stratégie spécifique.

Les groupes techniques spécifiques à certaines thématiques retenues ont alors été réactivés afin d'élaborer pour chacun d'entre eux, des objectifs généraux, stratégiques et opérationnels révisés au regard de ce diagnostic et des notions dégagées à l'occasion de la première réunion de concertation.

C'est donc un diagnostic régional précisé et des priorités d'actions clarifiées et déclinées, qui ont alors été présentés devant les quatre conférences départementales de santé les 15, 16, 22 et 23 septembre 2005 dans chacun des quatre départements.

Suite à ces concertations départementales, un projet de PRSP comprenant les objectifs opérationnels de chaque priorité, a été proposée pour avis, modification ou validation lors de la réunion de concertation régionale de santé du 13 octobre 2005, puis lors de la conférence régionale de santé du 20 décembre 2005.

Il fut arrêté par le Préfet le 24 avril 2006.

Ce présent document propose une version complétée et adaptée du PRSP pour l'année 2007.

Cadre juridique du Plan Régional de Santé Publique

Le cadre juridique du PRSP repose sur les articles L. 1411-10, L. 1411-11, L. 1411-12, L. 1424-1, et Art R 1411-10 du Code de Santé Publique.

Le PRSP est élaboré sur la base d'un diagnostic régional partagé, en cohérence avec les objectifs, plans et programmes nationaux et les programmes et actions régionaux.

Il décrit les relations avec les collectivités et autres partenaires, les populations et territoires prioritaires.

Les priorités d'actions du PRSP

- 1 - Lutte contre le cancer
- 2 - Lutte contre les addictions
- 3 - Programme d'accès à la prévention et aux soins
- 4 - Développement du repérage des souffrances psychiques
- 5 - Promotion de la santé par la nutrition et le sport

- 6 - Bien vieillir
- 7 - Promotion de l'éducation à la sexualité et prévention du sida, des IST et des grossesses non désirées
- 8 - Amélioration de la prise en charge des maladies rares

Priorités d'action à mettre en œuvre par l'Etat et les institutions :

- 1 - Structuration de la veille et de l'alerte sanitaire
- 2 - Plan santé scolaire
- 3 - Education du patient
- 4 - Lutte contre les risques liés à l'environnement et au travail
- 5 - Schéma régional d'éducation pour la santé

PRIORITES REGIONALES

LUTTE CONTRE LE CANCER

Lutte contre le Cancer

Rappel quant au diagnostic partagé

Les cancers constituent la première cause d'années de vie perdues et d'affections longue durée chez les hommes et les femmes, et également la première cause de mortalité chez les hommes, la seconde chez les femmes.

Chez les hommes, les principales localisations sont la prostate, les poumons, le colon rectum, les lèvres, la bouche pharynx, et la vessie.

Chez les femmes, ce sont le sein, le colon rectum, l'utérus, les ovaires et les poumons.

L'incidence de cancer de la prostate, du poumon (hommes), du colon rectum de la vessie et de la lèvre bouche pharynx, est supérieure à la moyenne nationale et en constante progression. En outre les années de vie perdues liées au tabac seul constituent la 3^{ème} cause chez les hommes et la 4^{ème} chez les femmes, hors cancer.

Priorités de l'action publique régionale :

1 - Cibles principales de prévention primaire :

- lutte contre l'alcoolisme chronique :

Les actions renvoient à l'axe 2 du PRSP lutte contre les addictions.

Références autres : Plan Cancer National / Plan MILDT

- lutte contre le tabagisme,

Les actions renvoient à l'axe 2 PRSP.

9 mesures sur 70 Plan Cancer national ; Plan MILDT

- prévention de l'exposition au soleil

Il existe un groupe de travail qui se met en place sous l'animation du réseau de cancérologie.

Travail programmé sur des référentiels de soins mais aussi les actions de prévention.

Idées de formation des professionnels amenés à pouvoir repérer et orienter vers les médecins spécialistes : kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, généralistes.

Les structures ADPS ne peuvent s'impliquer que dans le cadre d'un dépistage organisé. Il existe un dépistage volontaire.

20 % des travailleurs vus par un médecin du travail ne seraient pas suivis par un médecin traitant.

La ligue contre le cancer organise des opérations de prévention primaire sur ses crédits propres.

Il n'est pas conclu à une priorité de prévention primaire supplémentaire vis à vis de ces mélanomes pour le moment. A suivre.

- nutrition sport :

Les actions renvoient à l'axe PRNS du PRSP.

- Infections sexuellement transmissibles :

Les actions renvoient à l'axe « éducation à la sexualité et prévention des IST du sida et des hépatites », du PRSP.

Une conférence va se tenir entre l'institut Jean Godinot, le CHU et des cliniques privées dans le cadre de la RCP de gynéco-oncologie, sur le cancer du col de l'utérus.

- Environnement :

Les actions renvoient à l'axe PRSE (Lutte contre les risques liés à l'environnement et au travail) du PRSP.

Le plan Cancer fait également référence à des actions dans ce domaine.

La population est exposée quotidiennement à des pollutions environnementales dues à des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu du travail. Le champ de la santé environnementale recouvre à la fois les risques liés à l'eau, à l'habitat, à l'environnement extérieur dont l'environnement industriel, mais aussi à la sphère professionnelle.

Les objectifs du plan national sont :

- Garantir un air et une eau de bonne qualité,
- Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers,
- Mieux informer le public et protéger les populations sensibles.

26 actions peuvent être déclinées au niveau régional, dont certaines concernant l'axe Cancer du PRSP (cf axes PRSE)

- Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle.
- Améliorer la qualité de l'eau potable en préservant les captages d'eau potable des pollutions ponctuelles et diffuses
- Limiter les pollutions des eaux et des sols dues aux pesticides
- Limiter les pollutions des eaux et des sols dues aux substances potentiellement dangereuses d'origine industrielle et urbaine
- Réduire les expositions professionnelles aux agents Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR)
- Organiser l'exploitation des données existantes pour estimer l'exposition de la population aux pesticides
- Promouvoir la démarche d'évaluation des risques auprès des différents acteurs de la prévention en entreprise

2 - Cibles principales de préventions secondaires :

- dépistage du cancer du sein (INCA/Préfet/ Assurance Maladie)
- dépistage du cancer du colon rectum, (INCA / Préfet/ Assurance Maladie)
- dépistage des mélanomes
- dépistage des cancers buccaux (chirurgiens dentistes)

2.1 Dépistage Cancer du Sein :

Généralités :

Diagnostiquer à un stade plus précoce les tumeurs malignes pour réduire la mortalité.

Les Cancer du sein de moins de 1 cm, sans envahissement ganglionnaire, ont une survie à 10 ans de 90 % (55% si atteinte ganglionnaire)

Cahier des charges (2001): examen clinique,
mammographies avec deux clichés par sein, double lecture,
tous les deux ans, femmes de 50 à 74 ans.

Généralisation à toute la France en 2004

Taux de participation national : 40 % ; Sur 60 % autres, 30 % ont recours au dépistage spontané.
30 % non dépistées.

2003 : 2 millions de mammographies ; dont 850 000 en dépistage organisé.

Intégration de la radiologie numérique (attente AFSSAPS , HAS)

Région Champagne Ardenne :

Dépistage organisé dans les 4 départements depuis 2003.

Pour le dépistage non organisé, les caisses primaires d'assurance maladie peuvent évaluer le taux de mammographie dans les tranches d'âge concernées à l'aide de la cotation spécifique de l'acte de mammographie Z41.

Problème financier des structures de dépistage qui ne reçoivent en juillet que la première délégation de paiement pour le premier semestre avec des montants inférieurs aux besoins exprimés .

Les structures de gestion

Département	Nom de la structure	Dépistage
Ardennes	Société Ardennaise de Cancérologie (SAC)	Sein et colo rectal
Aube	Association pour le DÉpistage des Cancers de l'Aube (ADECA)	Sein
Marne	Association Départementale des Professions de Santé de la Marne (ADPS 51)	Sein et colo restal
Haute-Marne	Association Départementale des Professions de Santé de la Haute-Marne (ADPS 52)	Sein

Le dépistage du cancer du sein dans les départements des Ardennes et de la Marne a débuté respectivement en 1989 et 1990. Pour l'Aube et la Haute-Marne, les invitations ont démarré en juin 2003.

L'activité des SG : Taux de participation INSEE par département et pour la région Champagne Ardenne - Document INVS

	2003	2004	2005
--	------	------	------

Ardennes	55,6%	61,7%	53,2%
Aube	20,9%	51,0%	55,1%
Marne	39,8%	36,2%	51,0%
Haute Marne	17,9%	45,1%	45,8%
Région	37,9%	46,4%	51,6%

Les structures de gestion font remarquer que les taux de participation calculés par l'INVS indiquent la participation « suite à l'invitation ». Il est nécessaire de faire preuve d'une grande prudence dans l'analyse et l'interprétation des taux de participations (il faut connaître ce que l'on met dans les numérateurs et dénominateurs, si l'on calcule sur « date d'invitation » ou date de dépistage.....)

Enfin, concernant les radiographies numériques, les structures de dépistage rapportent que cette mise en place nécessitera un budget supplémentaire de 100 000 euros.

2.2 Dépistage Cancer colo rectal :

Débuté dans la Marne et les Ardennes en décembre 2004 (départements pilotes)
Après 50 ans et avant 74 ans. Sauf si antécédents familiaux (40 ans) : par coloscopie directement. Tous les 2 ans.

Par Hémocult II : étude bretonne : positif dans 2.5 % ; après coloscopie des positifs : 10.5 % cancers colo- rectaux, 22.2 % adénomes évolués, 10.6 % adénomes peu évolués
Très spécifique mais peu sensible (détecte un cancer sur deux) . Coloscopie si positif.

Dans l'incertitude des crédits qui seront délégués à la région, ce dépistage colo rectal ne peut être étendu pour le moment aux deux autres départements.
Un nouvel appel à candidature n'est pour le moment plus à l'ordre du jour au niveau national.

De la même façon, le dossier CRISAP déposé par les structures de gestion doit être gelé dans l'attente de possibilité de crédits supplémentaires demandés au Ministère .

2.3 Dépistage des cancers buccaux :

Les carcinomes épidermoïdes représentent 90 à 95 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures, et restent de très mauvais pronostic (50 % de survie à 3 ans). De nombreux cancers buccaux sont visibles par les 40 00 chirurgiens dentistes en exercice, avec un rôle important dans le repérage pour un diagnostic précoce et taux de guérison plus élevé.

Dépistage préconisé par la profession pour les chirurgiens dentistes ; formation sensibilisation.
Cancer de lèvre, langue, gencives, plancher buccal, palais, joues, amygdales.

2.4 Dépistage des cancers utérus

Non organisé , basé sur le droit commun et le volontariat.
Dépistage des dysplasies cervicales du col par frottis tous les 3 ans après deux frottis annuels normaux, chez femmes de 20 à 65 ans.

Peut compléter par test HPV
Expérimentation Bas Rhin Doubs, Isère, Martinique

3 - Cibles de la prévention tertiaire :

3.1 - Extrait du SROS intéressant le domaine du Cancer : (pour information)

SROS Cancer : Prise en charge des personnes atteintes de cancer

Organisation actuelle : répartition des sites en trois niveaux de soins :

- Niveau de proximité : traitement à risque réduit et surveillance au long cours, à domicile ou en établissements
- Niveau spécialisé ou niveau de décision thérapeutique et de mise en route du traitement et de la surveillance immédiate
- Niveau hautement spécialisé, pour les pathologies complexes ou nécessitant un traitement à risque majeur à court ou à moyen terme (chargé de développer l'enseignement et la recherche)

Avec mise en place d'un **réseau régional de cancérologie (ONCOCHA)** dont la mission est :

- mettre en place des référentiels de prise en charge et les diffuser
- mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)
- mettre en place le dossier communiquant en cancérologie
- appuyer la mise en place des centres de coordination en cancérologie : 5 en Champagne Ardenne.
- Appui au dispositif d'annonce : cf infra chapitre spécifique

SROS Soins palliatifs

Huit équipes mobiles mises en place entre 1999 et 2005 réparties sur 7 territoires. (Charleville, Reims :2, Chalons, Romilly/Sézanne, Troyes, Chaumont (à créer) , Saint Diziers. Elles ont une activité croissante.

Egalement une unité fixe de 5 lits au centre de Romilly/Seine, qui sert aussi de lieu de recherche en soins palliatifs et en éthique.

Enquête un jour donné dans les structures hospitalières et médico-sociales pour personnes âgées :

1269 patients concernés dont 79% hospitalisé, 12% à domicile et 32% de l'ensemble souffrant de cancer (cette proportion passe à 56% dans les services de court séjour et 69% dans les HAD). Cette étude a abouti à des lits identifiés et a permis de faire un lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs

Objectifs de ces soins palliatifs (SP):

Respect du choix du patient, information de la population sur les différents types de prises en charge

Prise en charge selon trois modalités : unité fixe de SP, lits identifiés et équipes mobiles

Permettre l'égalité de l'accès aux soins et la diffusion de savoirs faire pour les autres professionnels de santé par la création d'un réseau de soins palliatifs

SROS Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle :

Objectif d'une meilleure adéquation entre lieu de résidence et lieu d'hospitalisation. Meilleure utilisation des capacités (étude du taux d'occupation des lits)

SROS HAD

20% sont des entrées directes. Méconnaissance des praticiens hospitaliers et médecins généralistes.

Peu d'accessibilité des populations rurales

Limites liées à l'épuisement des familles et à leur réticence après une hospitalisation complète

Trois structures (Charleville, Troyes et Reims)

Peut être proposée pour les protocoles de suivi des chimiothérapies sous condition de respect des normes de la pratique de chimiothérapie (notamment contraintes de reconstitution des cytostatiques)

Doit être mieux impliquée dans la prise en charge des chimiothérapies à domicile

SROS Imagerie médicale et techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

L'activité de cancérologie doit s'organiser autour de l'optimisation de plateaux techniques existants (notamment scanographes et radiothérapie)

Nombre de tomographes à émission de positons doit être porté à 2 .

3.2 : actualités juridiques :

Le traitement du cancer est désormais une activité de soins , soumise à une autorisation de l' ARH qui doit être encadrée par des conditions d'implantation prises par décret en Conseil d' Etat, et par des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret simple.

Conditions d'implantation :

Le décret détermine les conditions d'attribution de l'autorisation et prévoit les conditions d'implantation : champ de l'autorisation, modalités thérapeutiques pratiquées, organisation en réseau et organisation de la prise en charge et du suivi des patients. Il pose également le principe de niveau d'activité minimale nécessaire.

Il met ainsi en place certains critères généraux et transdisciplinaire de qualité exigés des établissements traitant le cancer : participation à un réseau de cancérologie, mise en œuvre de principes d'organisation des soins (annonce, pluridisciplinarité, référentiels, accès aux soins de support, aux innovations et à la recherche clinique). Il prévoit la déclinaison spécifique de l'autorisation en modalités thérapeutiques : chirurgie des cancers, radiothérapie et chimiothérapie. Il pose le principe de seuils d'activité minimale.

Conditions techniques de fonctionnement :

Le décret simple décrit les principes et modalités de réalisation de la concertation pluridisciplinaires et de la continuité des soins. Il prévoit les critères spécifiques de qualité de la mise en œuvre de ces conditions techniques.

3.3 : actualités diverses :

Accompagnement, écoute, information des patients et de leur famille :

Des lieux et dispositifs d'écoute se sont spontanément mis en place dans la région à l'initiative des associations : par exemple

- Point d'écoute sur Langres et Chaumont par la ligue contre le cancer 582 , avec projet sur St Diziers. Une fois par semaine ; bénévoles de l'association
- Ecoute accompagnement par l'association ONCOBLEUET.

Un bilan de l'existant devra être réalisé par le réseau de cancérologie.

Au niveau national, la Ligue Contre le Cancer, l'Institut Gustave Roussy de Villejuif et la laboratoire SANOFI AVENTIS, ont permis l'ouverture de 8 Espace de Rencontres et d'Information (ERI) en France. Ces espaces permettent aux patients atteints de cancer (hospitalisés ou en ambulatoire) et à leur proches de trouver des informations complémentaires de celles données par les équipes soignantes.

Ré insertion sociale et professionnelle :

Un point particulier est rappelé sur l'aide aux emprunts des personnes malades ou guéries du cancer, qui méritera une déclinaison locale.

Priorités actualisées de l' axe CANCER du PRSP

(hors priorités déjà déclinés dans d'autres axes du PRSP)

Prévention primaire :

- **réaliser une veille épidémiologique sur les cancers, y compris d'origine environnementale**

objectif : établir et diffuser un suivi prospectif de la mortalité et morbidité sur les cancers ciblés : sein, colon rectum, prostate, foie, pancréas, poumons

indicateur : tableau de bord régional en 2007

Prévention secondaire :

- **développer le dépistage du sein organisé en terme de taux de participation**

Objectif : taux de participation des femmes à 90% (comprenant le non organisé) dont 70 % d'organisé d'ici 2008.

Indicateurs : Taux de participation INSEE .
Chiffres CPAM Z41

- **poursuivre le dépistage colo rectal dans les deux départements pilotes et l'étendre aux deux autres départements**

Objectif : maintien du nombre de dépistages colo rectaux

Indicateur : nombre de dépistages colo rectaux

- **Réfléchir sur une formation à destination des professionnels , médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmiers libéraux pour le repérage des mélanomes malins.**

Objectif : une formation régionale pour 100 professionnels d'ici 2008

Indicateur : nombre de professionnels formés

Prévention tertiaire :

- **Améliorer le dispositif d'annonce**

Travail confié au réseau de cancérologie.
A suivre.

- **Développer les alternatives à l'hospitalisation**

Renvoie au SROS cancérologie à venir. Equipe mobile de chimiothérapie à domicile / points de délivrance plus proche des domiciles.

- **Assurer un meilleur maillage régional des centres d'onco génétiques**
- **Améliorer les conditions de reprise ou de poursuite du travail chez les patients atteints de cancer et assurer une meilleure prise en charge sociale.**

Favoriser les possibilités d'emprunt et de crédits pour les personnes malades et guéries.

Animation

Animateur de projet : Dr Luc Chouchkaieff (DRASS)

Plan de référence : Plan national de lutte contre le cancer.

LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

Lutte contre les addictions

Rappel quant au diagnostic partagé

La région se caractérise par une surmortalité dans les pathologies pour lesquelles le tabac et l'alcool constituent les facteurs de risques prédominants.

De la même façon, l'alcool se trouve à l'origine de syndromes d'alcoolisation fœtale ou à minima de certains handicaps mentaux, et d'une accidentologie routière supérieure à la moyenne nationale. Enfin, la région est confrontée à une consommation de cannabis à l'image de la France entière.

Objectifs généraux

1.1 : En matière de prévention

- A - Favoriser une éthique et une culture commune au niveau de la région
- B - Assurer un maillage de prévention en terme de compétence, de pertinence et de proximité
- C - Sensibiliser la population et l'informer pour des choix éclairés de comportement

1.2 : En matière de coordination et d'harmonisation régionales

- D - Harmoniser et coordonner les actions en matière de prévention, de soins et d'accès aux soins
- E - Favoriser une culture de réseau en matière d'addictologie

1.3 : En matière de soins

- F - Promouvoir les bonnes pratiques de dépistage (tous produits y compris dopage) au sein de réseaux
- G - Favoriser pour l'alcool et le tabac une prise en charge adaptée des soins et de leur accès
- H - Favoriser un repérage pertinent et une prise en charge adaptée des drogues illicites

Objectifs spécifiques

1: en matière de prévention :

A1 : améliorer et harmoniser la formation initiale des différents intervenants.
Dans un premier temps, celle des infirmières , sage femmes, médecins.

<p><u>Action prioritaire A- 11 Régionaliser un module pédagogique commun minimum inter disciplinaire pour les sept Instituts de Formation aux Soins Infirmiers et l'école de sages femmes.</u></p>
--

A2 : Améliorer et harmoniser la formation continue des différents intervenants.

Elle s'adresse aux personnels médicaux, aux travailleurs sociaux, aux professionnels de l'éducation nationale (enseignants et non enseignants) et de l'enseignement supérieur, aux professionnels des établissements privés d'enseignements et de formation (CFA par exemple) ; professionnels des lycées agricoles, aux forces de l'ordre, aux personnels paramédicaux , aux professionnels des auto-écoles.

Le projet de formation devra :

- répondre à au moins un des objectifs généraux du PRS,
- prévoir la mise en place d'un accompagnement dans la durée et dans la mise en œuvre des acquis de la formation : formation évolutive devant comprendre évaluation et adaptation type formation action, et formation intégrant un projet plus global avec la mise en œuvre du savoir faire et savoir être.
- Comporter un volet auto évaluation.
- Etre porté par un acteur de la région Champagne Ardenne.
- Intégrer le cadre général proposé par la MILDT en matière de formation.

B1 : Valoriser les actions menées, mutualiser les expériences.

Instaurer de manière lisible et suivi, un recueil des actions menées sur la région, financées comme non financées ; développer une bourse d'idée et favoriser l'organisation d'échanges interdisciplinaires. Mission du CIRDD

B - 11 Organiser une journée d'échange régionale intégrant les partenaires extérieurs à la santé .

B2 : Valoriser les outils pédagogiques et les ressources documentaires .

Cette action sera portée par le CRES et le CIRDD.

C1 : Informer le public jeune de la région.

- *public précarisé ; ateliers santé ville*
- *12-18 ans*
- *étudiants sur campus*

C - 11 développer un programme de prévention en milieu pénitentiaire en incluant les personnes détenues ayant des conduites addictives dans les programmes d'éducation pour la santé et en développant des actions de réduction des risques infectieux VIH VHC.

C - 12 Diffuser des informations de prévention nationales et régionales dans les lycées et collèges.

Cette action doit s'intégrer dans l'axe santé scolaire du PRSP.

C2 : informer les parents

2 : en matière de coordination et d'harmonisation régionale :

D1 : clarifier les rôles respectifs des différents territoires et organiser la concertation

D2 : maintenir transparents les différents financements pour tous les financeurs

E1 : Favoriser la collaboration avec la justice (SPIP, maisons d'arrêt, DDPJJ, magistrats), les services répressifs ,et les services de soins et associations de soutien.

E- 11 : Instauration d'un volet « justice santé » dans les forums addictions.
Cette action s'inscrit au sein de l'action B - 01.

3 : en matière de soins :

La difficulté de ce volet soins est son articulation avec principalement les SROS existants (cancer, volet addiction du SROS santé mentale, soins de suite et réadaptation), mais aussi les Schémas d'organisation sociaux et médico-sociaux ; car les structures de soins de suites, réadaptation réinsertion se trouvent pour certaines dans le médico-social et pour d'autres dans le sanitaire, avec actuellement deux organisations différentes en terme de planification et deux tutelles.

Une approche par produit a été préférée avec une définition d'objectifs calquée sur le parcours habituel de l'usager, et les différentes difficultés observées à chaque grande phase de ce parcours.

F1 : sensibiliser, mobiliser et former les intervenants des sites pertinents de repérage et établir des liens avec des acteurs de prise en charge.

Les sites pertinents ont été listés : Médecins généralistes, familles, Education Nationale, services judiciaires et de répression, travailleurs sociaux, équipes

d'addictologie de liaison, contrôles antidopage, foyers de l'aide sociale et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, consultations d'aide au sevrage tabagique, centres de soins pour toxicomanes, médecine du travail, examens systématiques de la CPAM, commissions médicales du permis de conduire, consultations d'alcoologie, service de médecine préventive universitaire.

La question posée est de savoir quelle formation commune est dispensée à ces intervenants, comment est-elle mise en pratique et vers qui se fait l'orientation.

F - 11 : Sensibiliser et promouvoir les dispositifs de repérage et d'orientation au service des professionnels de santé :

- Femmes enceintes
- Repérage Précoce et Intervention Brève (alcool ; adulte)
- Repérage précoce jeune tous produits
- Ateliers santé ville
- Maisons d'arrêt et centre de détention.

F- 12 : Formaliser une articulation entre les médecins des commissions primaires du permis de conduire et l'orientation vers le soin spécialisé.

G1 : favoriser le sevrage tabagique :

L'accent est ici mis sur l'aide au sevrage et la prévention des risques liés à grossesse tabac.

cinq objectifs stratégiques:

- sensibiliser et généraliser le conseil minimal et l'orientation auprès de l'utilisateur quelque soit l'acteur.
- favoriser l'aide au sevrage
- favoriser le renforcement de l'aide au sevrage dans le dispositif de premier recours (médecine générale, professionnels de santé, médecin de l'éducation nationale par exemple)
- faciliter les expériences de prise en charge de substitut nicotinique dans des protocoles thérapeutiques contractuels.
- Favoriser les expérimentations plate-forme : diététicienne, psychologue, médecins, etc

G- 11 : établir un maillage des consultations de tabacologie en lien avec le SROS et le plan cancer et le faire connaître dans l'aide au sevrage (avec une coordination régionale des actions dans l'aide au sevrage) en lien avec l'URML

G- 12 : promouvoir l'informatisation du dossier de suivi des structures de sevrage tabagique et en prévoir une exploitation régionale.

G- 13 : réaliser des protocoles thérapeutiques de prise en charge par les substituts nicotiniques durant les phases d'hospitalisation.

G2 : assurer une prise en charge adaptée aux besoins de l'alcoologie :

Les objectifs de la lutte contre l'usage nocif et la dépendance à l'alcool concernent ici tant les soins que la réadaptation.

Le principal objectif déterminé l'a été sur le constat qu'il fallait que l'offre dans chaque département et au niveau de la région **permette une prise en charge** :

- **ambulatoire** (médecin généraliste ou structure médico sociale) (avant, repérage précoce, pendant et après les phases de crises ou d'hospitalisation)
- **des phases de crises ou d'accès aux soins** : (Cf CIRCULAIRE N° DHOS/O2/DGS/SD6B/2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives)
 - Equipe hospitalière d'alcoologie de liaison : bilan, évaluation, construction d'un projet de suivi
 - lits « MCO »(médecine chirurgie obstétrique) pouvant être fléchés dans un service hospitalier sous la responsabilité d'un médecin formé à l'addictologie ; pour des séjours de 72 heures
 - Temps d'accueil
 - Temps de construction d'un projet de soins
 - unité d'addictologie selon ses capacités et son organisation (à créer ou à renforcer)
- **des courts séjours de 10 jours à 2 mois** : sevrage simple, sevrage complexe ; sanitaire (soins de suite et de réadaptation)
- **des post cures de 2 à 6 mois**. sanitaire (soins de suite et de réadaptation) ou médico-social, ou post cures ambulatoires formalisées.

Il est intéressant d'envisager des structures de soins de suite ou mode de prise en charge interne pour les dommages induits (cognitifs ou neuro-cognitifs par exemple).

Concernant le court séjour et la postcure, il est judicieux de prévoir l'articulation avec la tabacologie

En conclusion, il est acté de créer un schéma régional de prise en charge des toxicomanies et des dépendances intégrant les structures des champs sanitaires et médico-sociales.

G-3 : favoriser la création des structures inexistantes dans certains départements au regard du bilan des besoins et en lien avec le SROS : CSST en Haute Marne, plateforme.

Cette action sera traitée au sein des SROS santé mentale et soins de suite, et du futur schéma régional sanitaire et médico social addictologie.

G-31 : promouvoir le décloisonnement des professionnels (diététicienne, psychologue, médecins, travailleurs sociaux , etc) et des structures dans une cohérence régionale des réseaux par l'intermédiaire de plate-formes, avec une utilisation optimum des ressources existantes en matière d'addictologie, en lien avec le SROS et le volet éducation du patient

H1 : assurer les moyens d'une orientation vers une prise en charge médicale et ou socio éducative en cas d'utilisation du cannabis.

Une fois le repérage effectué, le diagnostic médico-psychologique effectué par le médecin généraliste si possible, ou tout intervenant formé et choisi, et la voie d'entrée dans le soin bien définie, l'objectif du PRS est de s'assurer que dans les cas de non dépendance, l'orientation se fait vers un soutien médical (médecin généraliste) et/ou socio éducatif, et dans les cas vers des professionnels formés (médecins généralistes, CSST, CCAA, psychiatrie, etc.)

L'orientation doit de faire vers une prise en charge médicale et/ou socio éducative en cas de non dépendance au cannabis et vers un professionnel formé (médecins généralistes, CSST, CCAA ,service de psychiatrie) en cas de dépendance.

H-11 : Faire un bilan de la mise en place de consultations spécifiques cannabis, de leurs files actives et de leurs pratiques.

H2 : En terme de substitution, favoriser la coordination avec la Caisse Primaire d' Assurance Maladie pour la mise en place de protocoles, étudier le problème des mésusages et les détournements d'usage des traitements de substitution

On doit aborder différemment l'héroïne (avec méthode de substitution), la cocaïne et l'ecstasy ; pour les opiacés (héroïne), problème du détournement des traitements de substitution. La poly consommation est cependant fréquente.

H-21 : sensibiliser les médecins à l'usage et au mésusage des médicaments psychotropes et réfléchir sur des protocoles pratiques sur le sevrage ambulatoire aux psychotropes.

Evaluation

Il s'effectue à travers le suivi des objectifs généraux :

A - favoriser une éthique et une culture commune au niveau de la région,

- Avoir une approche globale des addictions dans 100 % des IFSI et à la faculté de médecine en 2007.
- Avoir 100 % de toutes les écoles paramédicales et sociales en 2008.

B - assurer un maillage de prévention en terme de compétence, de pertinence et de proximité.

- obtenir une journée régionale par an.

C - sensibiliser la population et l'informer pour des choix éclairés de comportement

- obtenir que 50 % des établissements s'engagent dans un programme spécifique addiction qui lui soit propre d'ici 2008 ,
- ou que 50 % des comités de coordination l'ait abordé.

D - harmoniser et coordonner les actions en matière de prévention, de soins et d'accès aux soins.

- Obtenir au minimum deux réunions du Groupe Technique Addiction par an.

F - Promouvoir les bonnes pratiques de dépistage (tous produits) au sein de réseaux

- Nombre de médecins généralistes formés au repérage précoce supérieur à 30 par département d'ici 2008.
- Obtenir que 50 % des commissions de permis de conduire aient un dispositif formalisé avec les structures de soin.

G - Favoriser pour l'alcool et le tabac une prise en charge adaptée des soins et de leur accès.

- avoir un maillage des consultations de tabacologie en 2006
- obtenir que 100 % des consultations de sevrage tabagique soient informatisées
- Obtenir que 50 % des établissements disposant de service de réanimation ou chirurgie aient validé des protocoles thérapeutique de prise en charge par les substituts nicotiques durant les phases d'hospitalisation, en 2007.
- Obtenir que ce taux soit de 75 % en 2008.

H - Favoriser un repérage pertinent et une prise en charge adaptée des drogues illicites

- obtenir le bilan des consultations cannabis en 2006
- obtenir que 100% de la délivrance de Subutex soient conforme aux recommandations officiels dans les établissements pénitentiaires, en 2008
- obtenir qu'au moins 30 professionnels de santé soient formés par département sur le sevrage aux psychotrope en 2008

C - SUIVI DES INDICATEURS ADDICTIONS :

(CIRDD) = il sera demandé au CIRDD d'établir des perspectives à partir des cinq dernières années, afin d'établir statistiquement une différence significative proposée pour 2008 au GTR.

Alcool :

- Consommation des jeunes (Enquête escapad 2003)

- | | | |
|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| - Usage régulier | 22 % H ; 5 % F | objectif 2008 : (CIRDD) |
| - Ivresses répétées et régulières : | 28% H ; 12% F | objectifs 2008 : (CIRDD) |

- Mortalité (Inserm ; Indice Comparatif de Mortalité = ICM)

- | | | |
|----------------------------|---------------|--------------------------|
| - ICM par cirrhose du foie | 113 H ; 123 F | objectifs 2008 : (CIRDD) |
| - ICM par cancer VADS | 120 H ; 111 F | |
| - ICM par psychose | 133 H ; 107 F | |

- Morbidité : admission ALD pour :

- | | | |
|---|-------------|----------------------|
| - Maladie active du foie et cirrhose | 339 ; 2,4 % | pas d'objectif suivi |
| - Tumeurs malignes lèvre bouche pharynx | 237 ; 1,7% | |
| - Tumeurs malignes larynx | 80 ; 0,6 % | |
| - Tumeurs malignes œsophage | 73 ; 0,5 % | |

- Accidentologie routière :

- Nombre d'accident corporel et mortem en rapport avec l'alcool
154 accident en 2004 ; 9, 9 % des accidents objectif 2008 : 9 %
- nombre de contrôles positifs alcool et cannabis sur nombre total de contrôles
- Chiffres à trouver objectif 2008 : - 10 %

Tabac :

- Consommation :

- | | | |
|-----------------------|---------------------------|----------------|
| - Vente de cigarettes | 1400 / hab de + de 15 ans | pas d'objectif |
|-----------------------|---------------------------|----------------|

- vente de substitut nicotinique à trouver objectif 2008 : + 10 %
- Consommation enquête escapad
 - Tabagisme quotidien 42 % ado objectifs 2008 : (CIRDD)
 - Age de 1^{ère} cigarette 13, ;4 ans objectifs 2008 : (CIRDD)
- Nombre de femmes enceintes continuant à fumer à trouver

- Mortalité (ICM) :

- ICM par cancer trachée et poumons 119 H 114 F objectifs 2008 : (CIRDD)
- ICM par bronchite chro et maladie pulmo obstruct 118 H 104 F idem
- ICM par cardiopathies ischémiques 106 H 104 F idem

- Morbidité (admission en ALD pour :)

- tumeur trachée bronches et VADS : 4,5 % 2002 objectif 2008 : (CIRDD)

Drogues illicites :

- Consommation :

- usage régulier cannabis 11% objectif 2008 : (CIRDD)
- usage quotidien 4,7% objectif 2008 : (CIRDD)
- expérimentation cannabis : 52% objectif 2008 : (CIRDD)

- **Mortalité par overdose :** x objectif 2008 : 0

- Morbidité

- cas de sida par injection intraveineuse 2 % (03-04) objectif 08 : 1 %
- idem hépatite B C : prévalence 50 % VHC chez toxicomanes DIV

- Réduction des risques :

- vente de stéribox
- vente de méthadone et subutex
- objectif 2008 : augmentation % personnes bénéficiant substitution sur consommateur totaux

- Médicaments psychotropes :

- consommation Escapad
 - expérimentation 26% objectif 08 : (CIRDD)
 - usage régulier 3,5 % idem
 - usage quotidien 2,3 % idem
- prescriptions : cf chiffres CPAM.

Animation

Animateur de projet : Dr CHOUCHKAIEFF (DRASS)

Plans de référence : MILDT / Plan cancer / Plans de sécurité routière départementaux

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Le PRAPS

Rappel sur le diagnostic régional partagé

Le PRAPS est un dispositif défini par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. Il cible une partie de la population dont le profil sociologique comme les besoins sont hétérogènes.

Les personnes concernées par le PRAPS sont les jeunes, les sans Domicile Fixe, les femmes seules avec enfant, les personnes âgées isolées, les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion, les personnes sans emploi. Le PRAPS a pour ambition de favoriser et de mettre en œuvre tous les moyens pour faciliter l'accès au système de santé.

Suite à l'évaluation du premier PRAPS, un PRAPS de 2^{ème} génération a été élaboré et publié fin 2003 pour la période 2003 - 2006.

Objectif général

Favoriser l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité

Objectifs spécifiques

- A- Prévenir les problèmes de santé
- B- Accompagner et suivre les publics précaires
- C- Développer et encourager les réseaux médico-sociaux de proximité pour articuler les prises en charge

Les actions doivent reposer sur un diagnostic partagé avec les acteurs de terrain et éventuellement les usagers.

Les actions répondant à des besoins en milieu rural seront particulièrement étudiées.

Actions prioritaires

A-1 Développer des actions collectives, des outils d'information et d'expression pour favoriser l'accès à la santé (concerne la prévention et l'éducation) en privilégiant les interventions multi-professionnelles

A-2 : Faciliter les possibilités d'accès aux bilans de santé de droit commun (dans les centres de bilan des CPAM, dans les centres de planification de proximité...)

A-3 Développer les actions d'expression de la souffrance psychique et de valorisation de l'image de soi et de soutien psychologique des équipes par des formateurs formés ou des professionnels

B-1 Mettre en place des accompagnants santé chargés d'orienter et d'accompagner les publics précaires vers les dispositifs de droit commun et d'assurer leur suivi

B-2 Soutenir le développement d'espaces santé dans les missions locales, les Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation et les Points Accueil Ecoute Jeunes

B-3 Conforter et développer les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

C-1 Développer des formations interprofessionnelles spécifiques aux besoins identifiés sur le repérage, le suivi et l'orientation des publics précaires et développer des journées d'échange sur les pratiques professionnelles

Public concerné

les jeunes (en situation de précarité)

les sans domicile fixe

les femmes seules avec enfants

les personnes âgées isolées

les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion

les personnes sans emploi

Evaluation

Travaux issus des premières réflexions du Groupe Technique Régional PRAPS du 19 janvier 2006 :

✓ **Evaluation de l'objectif général** « Favoriser l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité » :

La déclinaison de l'objectif général en trois objectifs spécifiques doit s'inscrire d'une part dans une démarche de diagnostic partagé et d'autre part dans une logique de couverture géographique satisfaisante en tenant compte des besoins en milieu rural.

- ***Une couverture géographique satisfaisante et la prise en compte des zones prioritaires :***

. Que 50 % des actions concernent des zones géographiques prioritaires identifiées par l'étude de l'ORS « Les inégalités infra-régionales en Champagne-Ardenne - Typologie de l'état de santé de la population et de ses déterminants » décembre 2004 : villes centres de la région - cantons ouvriers - cantons ruraux et agricoles qui révèlent des taux de mortalité prématurée préoccupantes. Il convient de noter que les quatre départements de la région sont inégalement touchés (prévalence des Ardennes et de la Haute-Marne)

. Augmentation des actions s'étendant en milieu rural en articulation avec des acteurs locaux.

- ***Prise en compte des trois objectifs spécifiques en termes d'actions par les promoteurs (en amont et en aval)***

- ***Articulation avec les autres dispositifs en direction des publics précaires :***

. Augmentation du nombre d'actions concernant les publics précaires menées par des promoteurs inscrits dans d'autres thématiques.

✓ Evaluation des objectifs spécifiques « Prévenir les problèmes de santé » - « Accompagner et suivre les publics précaires » - « Développer et encourager les réseaux médico-sociaux de proximité pour articuler les prises en charge » :

« Prévenir les problèmes de santé » :

- Augmentation du nombre de bilans de santé des personnes en situation précaire 2006/2003 (ciblage de quelques promoteurs pour évaluer la progression).
- Augmentation du nombre d'équipes intervenant auprès des publics en situation de précarité bénéficiant d'une supervision d'ordre psychologique.
- Nombre d'usagers ayant bénéficié de permanences de psychologues dans les structures d'accueil et d'hébergement ou ayant accès à des consultations de psychologues à l'extérieur de ces structures.

« Accompagner et suivre les publics précaires » :

- Augmentation des PAIO, missions locales et PAEJ ayant un espace santé ou orientant vers un espace santé extérieur.
- Augmentation de la proportion de jeunes fréquentant une PAIO, mission locale ou PAEJ ayant eu une proposition d'accès à l'espace santé.
- Augmentation du nombre des jeunes pris en charge dans cet espace santé.

(NB : Critères qualitatifs à rechercher sur les freins à cette prise en charge). Nombre d'actions ayant pris ces critères en considération lors de leur évaluation.

- Pourcentage de personnes ayant un accès aux soins après un « aiguillage » PRAPS (ciblage de quelques promoteurs).

(NB à demander aux promoteurs de l'évaluer par la suite)

- Augmentation de la file active des PASS.
- Augmentation de l'implication en réseau interne et externe des PASS : nombre de partenariats formalisés entre les PASS et d'autres structures.

« Développer et encourager les réseaux médico-sociaux » :

- Augmentation du nombre d'Ateliers Santé Ville en 2006 par rapport à 2005 : 6 ASV en 2005, objectif de 8 ASV en 2006.
- Nombre de journées d'échanges sur les pratiques professionnelles et ou de formations interprofessionnelles et professionnels concernés.

- Augmentation des actions associatives se déroulant en partenariat avec un ou des intervenants extérieurs.
- Augmentation des réseaux médico-sociaux multidisciplinaires.

Développement du repérage des souffrances psychiques

Développement du repérage des souffrances psychiques

Objectif général

Améliorer la prévention, l'accueil, le repérage, et l'orientation des personnes en souffrance psychique.

Souffrance psychique : définition

La souffrance psychique concerne autant la détresse psychologique réactionnelle que les troubles psychiatriques, ce qui permet de prendre en compte les dimensions individuelles et sociales de cette souffrance.

Population prioritaire

- Jeunes
- Adultes en difficulté d'insertion (cf axe PRAPS)
- Victimes de violences ou de discrimination,
- Familles et proches de personnes en souffrance,
- Milieu du travail (lien axe lutte contre les risques liés à l'environnement et au travail)
- Personnes âgées (lien axe bien vieillir)

Objectifs spécifiques

- A - Améliorer la cohérence du dispositif d'accueil et d'écoute et le renforcer.
- B - Repérer, dépister et différencier les souffrances psychiques
- C - Orienter les personnes souffrant de troubles psychiques vers une prise en charge adaptée.
- D - Informer et former sur les troubles et souffrances psychiques.

Actions prioritaires

- A1 - Identifier les réseaux existants entre les différents partenaires
- A2 - Créer des groupes d'échange de pratiques inter disciplinaire pour faciliter le travail en partenariat.
- B1 - Former les intervenants (dont associatifs) au repérage, à l'accueil et à l'écoute des troubles et souffrances psychiques
- B2 - Mener des actions de terrain relayant les campagnes nationales : journée de sensibilisation, session d'information, manifestations culturelles, actions interactives.
- C1 - Développer les lieux d'écoute et d'orientation vers les services adaptés.
- C2 - Développer les services téléphonique et les faire connaître.

D1 - Favoriser les échanges entre pairs avec l'appui ou autour de professionnels.

D2 - Informer et former les aidants (familles et professionnels) des personnes âgées à la souffrance et aux troubles psychiques.

D3 - Informer et former les aidants (familles et professionnels) des personnes souffrant de troubles psychiques, à la souffrance et aux troubles psychiques

Evaluation : Indicateurs de performances

❖ Tableau de suivi

- Nombre d'acteurs-promoteurs et types d'action (nombre de groupes de parole, nombre de formations à la crise suicidaire, nombre de lignes de téléphonie sociale...)
- Typologie des publics, typologie des acteurs de terrain, typologie des territoires
- Répartition des acteurs sur le territoire (milieux urbains, milieux ruraux)
- Type des projets déposés : actions pérennes ou ponctuelles
- Nombre d'actions déposées et nombre d'actions financées
- Montant des subventions demandées et attribuées
- Analyse des évaluations des promoteurs : Nombre d'actions engagées, nombre d'actions ayant respecté le programme, étude des raisons de non respect du programme.

Le GTR détermine un cadre d'évaluation à proposer aux promoteurs par la suite
Un des buts de ce tableau de bord est l'identification des réseaux existants.

❖ Indicateurs

Pour l'objectif général

Indicateur : Taux régional de mortalité par suicide
Valeur cible : Diminuer de 5% en trois ans

Indicateur : nombre de passages dans les services d'urgence psychiatrique
Valeur cible : à redéfinir

Pour les objectifs spécifiques

- Objectif spécifique A

Indicateur : Cf tableau de bord : identification des réseaux existants

- Objectif spécifique B

Indicateur : Nombre de formations mises en place. Nombre de participants

Valeurs cible : 8 formations (toutes typologies confondues) par an et par département. Chaque formation, si elle est initiale doit durer au moins deux jours.

Indicateur : nombre d'actions relayant les campagnes nationales (semaine nationale sur la santé mentale et la journée nationale prévention du suicide)

Valeur cible : au moins une action par département et par an

- Objectif spécifique C

Indicateur : nombre de groupes d'échange de pratiques

Valeur cible : un par département et par an

Indicateur : nombre d'appels gérés par les services téléphoniques régionaux

Valeur cible : augmentation de 10% de 2005 à 2008

- Objectif spécifique D :

Indicateur : nombre de groupes d'échanges entre pairs

Valeur cible : trois par départements de 2005 à 2008

Indicateur : Nombre d'actions contenant une information à destination des aidants des personnes âgées à la souffrance et aux troubles psychiques

Valeur cible : quatre dans la région de 2005 à 2008

Indicateur : Nombre de formations à destination des aidants des personnes âgées à la souffrance et aux troubles psychiques

Valeur cible : deux dans la région de 2005 à 2008

Indicateur : Nombre d'actions impliquant l'information des aidants des personnes souffrant de troubles psychiques à la souffrance et aux troubles psychiques

Valeur cible : 8 dans la région de 2005 à 2008

Animation

Animateur de projet : Dr Frédérique ALBERT (DRASS)

Promotion de la santé par la nutrition et le sport

Promotion de la santé par la nutrition et le sport

Rappel quant au diagnostic partagé

Les besoins ressentis par la population (enquête TNS Sofres ; l'Union du 16 juin 2005) :

Les personnes interrogées accordent beaucoup d'importance ou de l'importance à :

La santé : 88%

L'alimentation : 84%

La forme physique : 82%

Le sommeil : 80%

La vie sexuelle : 70%

Le poids : 68%

Les effets de l'âge sur le corps : 53%

Objectifs généraux

- Prévenir l'obésité, l'hypertension et les troubles glucido-lipidiques
- Prévenir les malformations fœtales, les pathologies carencielles et l'allergie alimentaire chez l'enfant
- Prévenir la perte d'autonomie chez la personne âgée (cf. programme bien être axe 5.1)
- Lutter contre la sédentarité

Objectifs spécifiques

Axe 1 : prévention lors de la grossesse et de l'enfance

- 1.1 prévention des malformations et anomalies de développement du fœtus
- 1.2 prévention des allergies
- 1.3 prévention de l'obésité post grossesse
- 1.4 prévention de l'obésité de l'enfant

Axe 2 : prévention chez l'adulte

- 2.1 prévention de l'obésité et des facteurs de risques cardio-vasculaires
- 2.2 lutter contre la sédentarité

Axe 3 : prévention chez la personne âgée (cf. axe 5.1)

Objectifs opérationnels

Relatifs à l'axe 1 (grossesse et enfance)

- 1.1 Améliorer le statut en folates des femmes avant la grossesse, réduire la carence en fer, optimiser le dépistage et la prise en charge du diabète gestationnel

- 1.2 Eviter la consommation d'aliments pro allergisants chez les femmes enceintes et allaitantes ayant des antécédents familiaux d'atopie, promouvoir l'allaitement maternel, respecter les recommandations concernant l'introduction des aliments de compléments et la diversification alimentaire chez le nourrisson.
- 1.3 Dépister les femmes à risque et leur donner accès à une prise en charge nutritionnelle, d'activités physiques et psychologiques
- 1.4 Respecter les recommandations concernant l'alimentation du nourrisson/enfant, identifier les enfants à risque et donner accès à leur parent à une prise en charge nutritionnelle, réduire les perturbations relationnelles de la dyade mère enfant.

Relatifs à l'axe 2 (adulte)

- 1.5 Travailler sur l'offre alimentaire pour adulte
- 1.6 travailler sur l'offre d'activités physiques et sportives

Objectifs opérationnels généraux

- 1.7 Proposer un appui méthodologique et d'évaluation pour le montage des projets aux associations par le réseau d'éducation pour la santé.
- 1.8 Promouvoir la culture de l'évaluation (conditions physiques, facteur de risque, orientation adaptée)
- 1.9 Promouvoir le développement d'actions municipales
- 1.10 Accompagner le mouvement associatif
- 1.11 Identifier les besoins en formation et documentation, structurer les ressources correspondantes
- 1.12 Favoriser la recherche appliquée

Evaluation

*** Prévenir l'obésité, l'hypertension et les troubles glucido lipidiques :**

Nombre d'adolescents atteints d'obésité :

- 2 % en 2008

*** Prévenir les malformations fœtales, pathologies carencielles et l'allergie alimentaire chez l'enfant :**

% de maternités ayant mis en place une procédure de sensibilisation des mères :

30 % en 2008

- * Lutter contre la sédentarité :
 - % d'adultes sans activité sportive (enquête)
 - 5 % en 2008.

Animation

Animateur de projet : Dr Jean Luc GRILLON (DRDJS) et Pr. Eric BERTIN (CHU)

Bien vieillir

Bien vieillir

Objectifs généraux

1 - Préserver l'autonomie de la personne

2 - Favoriser les actions permettant de maintenir et développer le lien social et accompagner les changements de parcours de vie

Objectifs spécifiques et actions prioritaires

Objectif 1 : préserver l'autonomie de la personne

- **Action prioritaire 1.1** : promouvoir l'hygiène de vie.
Actions pour promouvoir l'hygiène de vie en incluant les thèmes suivant : nutrition, activités physiques, hygiène bucco-dentaire, sommeil, stimulation de la mémoire. Les projets doivent combiner au moins 2 de ces thèmes.
- **Action prioritaire 1.2** : permettre le maintien des fonctions essentielles
Actions d'information sur le dépistage et la prévention du glaucome, de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age, de l'incontinence urinaire et sur le dépistage des troubles cognitifs.

Objectif 2 : Favoriser les actions permettant de maintenir et de développer le lien social et accompagner les changements de parcours de vie

- **Action prioritaire 2.1** : Développer les actions de préparation à la retraite
- **Action prioritaire 2.2** : Développer l'aide aux aidants : groupes de paroles, modules de formation (connaissance des troubles cognitifs, souffrance psychique...)

Evaluation. Indicateurs de performance

La réflexion menée par le groupe a mené à la conclusion qu'il n'existe pas ou trop peu actuellement d'éléments de départ pour apprécier une évolution. L'année 2006 constituera en fait un état des lieux et point de départ.

Le tableau de bord des projets liés à l'axe "bien vieillir" comportera les rubriques suivantes pour chaque objectif spécifique et chaque type d'action :

- Nombre de dossiers reçus
- Nombre d'actions proposées
- Nombre d'actions réalisées
- Nombre de personnes concernées par action

- Financement attribué (oui-non ; montants)
- Localisation (couverture régionale, zones géographiques) des actions par thème
- Nombre de partenaire associés et nature du partenariat
- Calendrier (respect des échéances fixées)
- inscription de l'action dans le cadre d'un plan national (plan nutrition, plan cancer, ...)

L'évaluation de chaque action est assurée par le promoteur.

Animation

Animateurs de projet : Dr Jean-Louis ROYER et Mme Lysiane LENICE (MSA)

**Promotion de l'éducation à la
sexualité et prévention du sida,
des infections sexuellement
transmissibles et des grossesses
non désirées (IVG, contraception)**

Promotion de l'éducation à la sexualité et prévention du sida, des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées (IVG, contraception)

Rappel quant au diagnostic partagé

Environ 500 personnes vivent avec le VIH en Champagne-Ardenne. En 2005, 44 personnes ont découvert leur séropositivité (pour environ deux tiers d'entre eux, l'infection datait de plus de 6 mois), 15 personnes de plus ont été déclarées malades. Parmi les nouvelles découvertes de séropositivité, un quart concerne des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne et un quart concerne des homosexuels, populations dites « à risques ». Le contexte national est préoccupant à différents titres : augmentation des pratiques à risques, augmentation majeure de la part des personnes originaires d'Afrique subsaharienne dans les nouvelles découvertes de séropositivité, retard de prise en charge en raison d'un stade de découverte souvent tardif.

7000 découvertes de séropositivité en France ont été signalées en 2004. Les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination (environ 60%). Ensuite viennent les contamination par rapports homosexuels (environ 25%). L'activité des CDAG est globalement en voie d'augmentation.

(données InVS)

En France, il y a 4 à 5000 nouvelles contaminations par l'hépatite C, 500 à 600000 personnes atteintes, 3000 à 3500 décès par an. Pour l'hépatite B : 500 nouveaux cas par an, 300000 personnes en sont atteintes de façon chronique, 1000 à 1500 personnes en décèdent tous les ans.

(données InVS)

Pour ce qui est des interruptions volontaires de grossesse, les taux champ-ardennais sont légèrement en dessous des taux français (10.4/1000 pour 14/1000 femmes entre 15 et 49 ans) et restent en hausse en suivant la courbe nationale, mais par contre le taux de mineure est très nettement supérieur : 8.3% des IVG pour un taux national à 5.4%.

Objectifs généraux

- A - Promouvoir l'éducation à la sexualité
- B - Réduire l'incidence et la prévalence du VIH, des infections sexuellement transmissibles et des hépatites et en promouvoir le dépistage
- C - Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes par le VIH/sida et/ou des hépatites
- D - Réduire le nombre des grossesses non désirées et le nombre des interruptions volontaires de grossesses

Ces objectifs doivent être sous-tendus par la lutte contre toute forme de discrimination.

Objectifs spécifiques

- A-1 Améliorer et développer les connaissances sur la sexualité : en partant des acquis et des représentations de la personne, connaître et comprendre les différentes dimensions de la sexualité dans le respect de soi et des autres
- A-2 Aider à développer des attitudes de responsabilité individuelles, familiales et sociales
- B-1 Favoriser la prévention et inciter au dépistage les personnes ayant des pratiques à risque
- B-2 Développer et harmoniser les compétences des acteurs de prévention et/ou de soins
- B-3 Dynamiser le partenariat entre les différents acteurs
- C-1 Contribuer à renforcer la capacité des personnes à mieux gérer au quotidien leurs problématiques liées au VIH
- C-2 Sensibiliser les acteurs de droit commun sur les problématiques VIH et hépatites
- D-1 Promouvoir et favoriser l'accès à une contraception adaptée
- D-2 Etablir un diagnostic régional sur l'augmentation des IVG

Objectifs opérationnels

- A-1 Mettre en place des groupes de parole avec des femmes et des migrants
- A-2 Développer l'éducation à la sexualité auprès de jeunes en milieu scolaire (en lien avec le Plan Santé Scolaire)
- A-3 Mettre en place ou développer des actions d'éducation à la sexualité auprès de jeunes hors circuit scolaire : missions locales, etc
- A-4 Formations en direction des acteurs de la vie associative
- B-1 Former des acteurs de la prévention et du soin aux infections sexuellement transmissibles
- B-2 Mettre en place et/ou développer des actions de terrain
- B-3 Favoriser les échanges de savoirs (savoir être et savoir-faire) entre pairs à l'intérieur de différentes communautés
- C-1 Mettre en place et/ou développer des actions d'accompagnement, d'insertion et d'autonomisation des personnes
- C-2 Sensibiliser les acteurs du monde du travail à la problématique VIH/hépatites
- D-1 Créer et développer des séances d'information sur la contraception pour les jeunes (notamment en milieu rural)
- D-2 Informer sur les réseaux existants d'accès à la contraception
- D-3 Réaliser une enquête régionale permettant une analyse qualitative des IVG

Evaluation

1- Etat des lieux et tableau de suivi :

Ce tableau permet le suivi du travail du groupe technique, l'évaluation des objectifs de l'axe en fonction des efforts consacrés à la thématique.

- Nombre d'acteurs-promoteurs et types d'action (répartition des actions en fonction des objectifs spécifiques et opérationnels)
- Nombre et contenu (objectifs et modalités) des actions déposées ne répondant pas aux objectifs généraux
- Cartographie des acteurs
- Cartographie des actions
- Nombre d'actions déposées et nombre d'actions financées
- Montant des subventions demandées et attribuées
- Analyse des évaluations des promoteurs : Nombre d'actions engagées, nombre d'actions ayant respecté le programme, étude des raisons de non respect du programme

2- Indicateurs

Pour tous les indicateurs, il est nécessaire de bénéficier d'un chiffre pour 2005 et d'un autre en 2008.

❖ Objectif général B

Indicateur : nombre de nouveaux cas de séropositivité (données InVS)

Valeur cible : arrêt de la progression du nombre de nouveaux cas de séropositivité de 2005 à 2008

Indicateur : proportion des découvertes tardives d'infection par le VIH (au-delà de 6 mois suivant la contamination) (données InVS)

Valeur cible : arrêt de la progression de la proportion des découvertes tardives

❖ Objectif spécifique B1

Mettre en place une procédure permettant de connaître le nombre de personnes et la typologie des publics dépistés à l'échelon régional

❖ Objectif opérationnel A1

Indicateur : nombre de groupes de parole de femmes, de migrants (et nombre de femmes et de migrants y participant)

Valeur cible : au moins un groupe par département et par public cible

❖ Objectif opérationnel A3

Indicateur : nombre d'actions d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles

Valeur cible : deux actions par département et par an

❖ Objectif opérationnel A4

Indicateur : nombre d'acteurs relais formés

Valeur cible : 40 sur la région en trois ans

❖ Objectif opérationnel B1

Indicateur : nombre de formations aux infections sexuellement transmissibles d'acteurs de la prévention et du soin

Valeur cible : 12 sur la région sur trois ans (soit une formation par an et par département)

❖ Objectif opérationnel C1

Indicateur : nombre de promoteurs travaillant de façon régulière sur l'accompagnement à la vie sociale des personnes atteintes par le VIH/sida et/ou une hépatite

Valeur cible : un par département en trois ans

❖ Objectif opérationnel C 2

Indicateur : nombre de journées de sensibilisation aux problématiques spécifiques vih hépatites à destination des acteurs du monde du travail (partenaires sociaux, médecine du travail, inspections du travail)

Valeur cible : une journée de sensibilisation régionale en trois ans

❖ Objectif opérationnel D-1

Indicateur : nombre de séances d'information sur la contraception pour les jeunes hors milieu scolaire

Valeur cible : au moins trois par département en trois ans

❖ Objectif opérationnel D-2

Indicateur : production et diffusion d'un document d'information par département sur l'accès à la contraception

Valeur cible : un document par département en trois ans

❖ Objectif opérationnel D-3

Une enquête qualitative régionale en trois ans

Observations

La valeur cible des indicateurs fixés exprime la volonté du groupe technique régional d'orienter les actions autour des thématiques VIH, hépatites, infections sexuellement transmissibles et grossesses non désirées. Si en 2008, ces valeurs ne sont pas atteintes, il faudra expliquer les écarts et donner en conséquence de nouvelles orientations.

Le groupe technique souhaite attirer particulièrement l'attention sur :

-la nécessité de développer des actions en directions des publics les plus concernés : les homosexuels et les migrants,

-la nécessité de former les intervenants associatifs à l'éducation à la sexualité et aux infections sexuellement transmissibles

-la nécessité de développer des actions d'accompagnement à la vie sociale des personnes atteintes par le VIH et/ou les hépatites

-la nécessité de sensibiliser le monde du travail au VIH

-la nécessité d'informer les jeunes hors scolaire sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles.

Animation

Animateurs de projet : Dr Frédérique ALBERT (DRASS)

AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES RARES

Amélioration de la prise en charge des maladies rares

Rappel sur le diagnostic partagé

Une maladie est dite rare si moins d'une personne sur 2000 en est atteinte ; 7000 maladies rares sont identifiées.

Objectifs généraux

- Mieux connaître l'épidémiologie et la spécificité des maladies rares
- Développer une information pour les malades, les professionnels de santé et le grand public concernant les maladies rares
- Former les professionnels de santé à mieux identifier les maladies rares
- Organiser le dépistage et l'accès aux tests diagnostics
- Améliorer l'accès aux soins et à la qualité de prise en charge
- Répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement des personnes atteintes de maladies rares

Objectifs stratégiques 2005, 2006

- Etat des lieux
- Centre de ressources
- Plaquettes information

Evaluation

- Faire un état des lieux des centres de références
 - Réalisation effective de l'état des lieux en 2006
- Etablir une plaquette d'information sur les maladies rares à destination des patients
 - Réalisation et diffusion de la plaquette en 2008

Animation de projet

Animateur de projet : Pr. GILLERY (CHU)

Plan de référence : SROS, schéma sociaux et médico-sociaux

Priorités d'action à mettre en œuvre par l'Etat et les institutions

1 - Structuration de la veille et de l'alerte sanitaire

2 - Plan santé scolaire

3 - Education du patient

4 - Lutte contre les risques liés à l'environnement et au travail

5 - Schéma régional d'éducation pour la santé

Structuration de la Veille et Alerte sanitaire

AXE 1 : Structuration de la Veille et Alerte sanitaire

1 Rappel quant au diagnostic partagé

L'article L 3110-6 du code de la santé publique prévoit que le PRSP comporte obligatoirement un plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Celui-ci contient :

- un inventaire des données dans le domaine de la surveillance sanitaire et environnementale à visée d'alerte,
- un inventaire des plans de gestion des alertes incluant la lutte contre le terrorisme Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (NRBC).

Cet état des lieux a permis de dégager des objectifs de développement pour la région.

2 Objectifs généraux

- Organiser la détection précoce des phénomènes potentiellement épidémiques
- Permettre la mise en place des mesures de prévention adaptées
- Organiser le signalement et la gestion des situations d'urgence sanitaire en coordination avec les différents partenaires .

3 Objectifs spécifiques

3.1. Objectifs de développement des systèmes d'alerte et leur mise en œuvre

3.1.1. Au sein du système sanitaire et social

a- Formaliser la collaboration avec le CHU de Reims qui exploite les données issues du serveur régional de veille et d'alerte mis en place par l'ARH.

b- Faire participer les acteurs du champ médico-social (médecins généralistes, pharmaciens, institutions médico-sociales,...) à une organisation à finalité d'alerte, notamment :

- rappeler aux généralistes (via l'URML) l'obligation de signalement aux autorités sanitaires de tout phénomène anormal pouvant affecter la santé publique (références législatives,
 - renforcer l'information sur les MDO, via les bulletins trimestriels du Conseil de l'Ordre des Médecins.
- c- Faire passer une information standardisée sur le système de veille sanitaire (rôle des DDASS, dispositif des MDO) à tout nouveau médecin qui s'inscrit au Conseil de l'Ordre et faire des rappels annuels d'information. Insister sur le contenu de la loi de santé publique et l'article obligeant tout professionnel de santé à signaler tout phénomène menaçant potentiellement la santé publique.
- d- Réactiver chaque été les services spécifiques (maladies infectieuses et urgences) impliqués dans les surveillances programmées saisonnières.
- e- Rendre opérationnelle l'obligation pour les établissements de santé de signaler au C-CLIN les infections nosocomiales, en mobilisant les médecins et les infirmières. Par ailleurs les Clin devront définir comme action prioritaire la sensibilisation de leurs déclarants. Cette action sera évaluée par l'intermédiaire de leurs rapports d'activité.
- f- Prévoir un document régional annuel d'information pour sensibiliser les professionnels de santé aux principales menaces sanitaires (via plaquette)

3.1.2. Avec les partenaires extérieurs au champ sanitaire et social

- a - Rendre opérationnelle l'obligation pour tous les exploitants d'eau de signaler aux DDASS toutes valeurs anormales de leurs auto-contrôles.
- b- Développer des collaborations inter-services telles que décrites dans le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) :
- déclaration des taux élevés de légionelles dans les Tours Aéro Réfrigérantes (TAR) par la DRIRE,
 - résultat anormal d'un contrôle d'exploitation industrielle pouvant entraîner une exposition des populations,
 - déclaration sur les champs de compétences partagées des contrôles positifs réalisés lors des inspections par les DDSV et DDCCRF (exemples : salmonelles, listéria...)

3.1.3. Au sein du circuit DDASS--DRASS-Cire-InVS-Ministère de la santé

a- Optimiser la permanence de réception des signaux en DDASS en communiquant sur les numéros d'urgence des préfectures soir et week-end via la plaquette annuelle d'information

b- Organiser l'analyse permanente des signaux dans les départements :

- Mettre à disposition des fiches d'information sur les principales menaces,

- Mutualiser les procédures de réception du signal ; mettre à disposition des fiches réflexes pour analyser les signaux, caractériser les alertes, investiguer les événements ;

- Améliorer la formation des cadres impliqués dans la réception des signaux en DDASS,

- Optimiser l'organisation de permanence des services permettant de dégager du temps dédié à la veille sanitaire.

c- Mettre en place, selon les moyens humains disponibles, dans les DDASS, une saisie des certificats de décès permettant, le cas échéant, la surveillance ponctuelle de certaines causes de décès.

3.2. Objectifs de développement des systèmes de gestion des situations d'urgence

3.2.1. *Effectuer des mises à jour régulières des différents plans ainsi qu'un archivage précis*

3.2.2. *Mieux organiser les moyens pour l'astreinte au niveau des départements afin d'envisager ensuite une astreinte technique régionale :*

a- Mutualiser les outils utiles :

- il est souhaitable de formaliser la conduite à tenir en cas d'alerte pour chaque thématique envisageable (maladies à déclaration obligatoire, effraction d'un captage, pollution d'un cours d'eau...). Aussi, une fois les nouvelles fiches obtenues de la part de la DRASS du Nord Pas de Calais, un groupe de travail élaborera une refonte des fiches qui le nécessiteront comme pour la fiche CO qui a été mutualisée au niveau régional. Il a été établi que les premières fiches qui seront revues sont celles qui concernent la légionellose, les TIAC, la listériose, la salmonellose, la rage, la méningite, vigipirate.

- les fiches actions DDASS des plans de gestion des situations d'urgence seront révisées par un groupe de travail. Il a été proposé que dans un premier temps seront revues en priorité les fiches des plans variole, iode, antibiotiques et pandémie grippale.

- une cartographie régionale sera élaborée. Celle-ci permettra au cadre d'astreinte de pouvoir gérer l'alerte à distance dans un premier temps. Le système employé par le département de l'Aube devrait être acheté par les autres DDASS et la DRASS (coût moindre et accessibilité importante).

- mise en commun d'une liste d'experts lors d'une situation exceptionnelle.

b- Mutualiser les moyens humains :

Une réflexion sur la possibilité de mettre en place une astreinte technique régionale est en cours. Les pharmaciens inspecteurs participent d'ores et déjà à une astreinte technique zonale. De part le manque d'effectifs régional du corps des médecins inspecteurs, ceux-ci pourraient envisager une astreinte régionale. En ce qui concerne les ingénieurs, une fois qu'un certain nombre d'outils seront mutualisés et en fonction du retour d'expérience obtenu auprès d'autres régions telles que la Lorraine, la réflexion reprendra (d'ici 2006).

3.2.3. *Communiquer efficacement via des partenaires, notamment:*

- des préfetures,
- des médecins libéraux (déterminer les possibilités du réseau apicrypt),
- autres vecteurs de l'information à déterminer (sites internet de la DRASS et des DDASS par exemple).

3.3. Projet de circulaire - perspectives d'évolution de l'organisation des échelons territoriaux en région Champagne Ardenne

Un dispositif de cadrage général de l'organisation des échelons territoriaux du ministère des solidarités, de la santé et de la famille (DDASS, DRASS, ARH, Cire) a été prévu pour prévenir et gérer une situation d'urgence sanitaire. Il sera complémentaire du dispositif d'astreintes instauré par la circulaire du 23/12/2002.

Il s'inscrit dans le cadre de la loi de santé publique, tenant compte des nouvelles dispositions des plans d'organisation des secours issus de la loi de modernisation civile du 13 août 2004.

Il établit un dispositif de gestion des situations "exceptionnelles" défini à partir d'une organisation de veille mettant en réseau l'ensemble des intervenants.

Ce dispositif vise trois objectifs essentiels :

- ✓ Doter les directions (DDASS, DRASS, ARH) d'une organisation de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire en réseau avec les structures locales et régionales d'expertise et de vigilances,
- ✓ Définir le rôle et les responsabilités des différents échelons,
- ✓ Préciser les circuits d'alerte et d'information.

Pour l'exercice de ces missions permanentes, chaque échelon mettra en place une cellule de prévention et de gestion des risques ; cette cellule devra disposer d'un point d'entrée unique pour la réception et le traitement des signaux.

La gestion des situations d'urgence sanitaires et/ou de crise conduira à la mise en place de « cellule d'appui », prolongement des cellules de prévention et de gestion des risques.

4- Résultats attendus et indicateurs d'évaluation :

- rapports des CLIN établissant le nombre de signalements d'infections nosocomiales effectués par les établissements de santé,

- nombre de valeurs anormales des auto-contrôles déclarées par les exploitants d'eau aux DDASS,
- convention ARH - Cire concernant l'exploitation des données du serveur régional de veille et d'alerte,
- plaquette annuelle d'information à destination des médecins sur les signalements obligatoires et la veille sanitaire,
- nombre d'articles concernant la veille sanitaire dans le bulletin trimestriel du Conseil de l'Ordre des médecins,
- nombre de contrôles positifs réalisés par les DSV et DDCCRF, déclarés aux DDASS,
- nombre de fiches action réflexe des plans de secours départementaux mises à jour pour la mallette d'astreinte,
- réalisation et opérationnalité de la cartographie régionale pour les astreintes départementales et régionale,
- élaboration d'une liste régionale d'experts mobilisables lors d'une situation exceptionnelle,
- dans le cas d'astreinte technique, nombre d'interventions réalisées par thématique et par corps.

5- Animation du projet

Animateurs de projet : Florence Kermarec et Maud Billon/ Luc Chouchkaieff

plan santé scolaire

AXE 2 : Le plan santé scolaire

Rappel quant au diagnostic partagé

La circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 a mis en place un programme quinquennal de prévention et d'éducation. L'école a la responsabilité particulière, en liaison avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé.

Désormais la politique éducative de santé s'inscrit dans un programme quinquennal, défini en terme d'objectifs généraux et de stratégies d'action et d'évaluation.

Objectifs généraux

Les quatre objectifs généraux sont :

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

Animation du projet

Animateur de projet : Dr Pascal DEMONS (Rectorat)

Promotion de l'éducation du patient

AXE 3 : Promotion de l'éducation du patient

CF SROS éducation du patient

CONTEXTE NATIONAL :

- ❖ Augmentation des personnes souffrant de maladies chroniques
- ❖ Modification de la relation patient-soignant
- ❖ Patient acteur
- ❖ Nécessité de décloisonner la prise en charge

Ainsi que ces constats soulevés par les groupes nationaux :

(Constitués d'associations de malades, professionnels de santé, représentants des institutions : INPES, DGS, DHOS, CNAMTS, HAS,..., et représentants de sociétés savantes)

- ❖ L'offre d'information et d'éducation se développe, mais elle reste disparate et mal identifiée
- ❖ Les activités éducatives sont peu reconnues, peu valorisées, et leurs financements non pérennes ; dans les établissements de santé, le développement des pratiques éducatives est freiné par le manque de reconnaissance professionnelle et le défaut de fléchage des activités
- ❖ Il existe une carence de recommandations de bonnes pratiques et un manque de formation des professionnels
- ❖ Les personnes atteintes et les associations de patients sont insuffisamment associées à la définition des activités mises en place

CONTEXTE REGIONAL :

Reprendre les éléments de la conférence de santé (données épidémiologiques) et ceux de l'état des lieux des URCAM sur l'éducation du patient

INSTANCES DE PLANIFICATION :

1. LE COMITE DE PILOTAGE REGIONAL « VILLE-HOPITAL » DE L'EDUCATION DU PATIENT : ARH / URCAM / DRASS / COLLECTIVITES TERRITORIALES ?

Composition : cf supra + URML, Syndicats des paramédicaux, CAF, Travailleurs sociaux, pharmaciens, chirurgiens dentistes, représentants du mouvement sportif, représentants des salles de remise en forme, collectivités intéressées, expérimentations MSA ...

Missions :

- Assure la coordination entre les différents programmes (PRSP, PRCAM, SROS)
- Définit les orientations régionales stratégiques en terme de structuration et de développement de l'éducation du patient (thématiques cibles, zones d'intervention géographique, liens ville-hôpital,...)

- Impulse la création d'un « centre ressource » documentaire, méthodologique en éducation du patient
- Est l'interlocuteur privilégié des acteurs régionaux afin d'assurer la coordination entre les structures d'éducation du patient et celles d'éducation à la santé (les centres d'examen de santé, les centres médico-sportifs, les centres de médecine du travail, la maison du diabète et de la nutrition, les structures d'addictologie, les structures impliquées dans les IST VIH Hépatites, le CRES, les CODES)
- Coordonne et définit la politique de formation initiale et continue (en collaboration avec les partenaires extérieurs : CRES,...)
 - Formation initiale : IFSI, Faculté de médecine et pharmacie et dentaire, IRTS, IRUSSA, UFR STAPS et opérateurs DRDJS IUT
 - Formation continue :
 - Médecins signant un accord de bon usage des soins (formation)
 - Médecins et infirmières libérales (information / sensibilisation)
 - Assistante sociale, éducateurs des MJC et des Missions locales
 - Pharmaciens ; dentistes
 - Diététiciennes, psychologues, éducateurs médico-sportif
- Organise éventuellement une journée régionale sur l'éducation du patient ouverte sur la ville
- Contribue à l'évaluation des processus et procédures, et de la montée en charge du dispositif dans son ensemble

NB : dans un même bassin de vie, il pourrait ainsi être envisagé une articulation :

- entre la ville et l'hôpital
- entre les structures d'éducation à la santé et les structures d'éducation du patient
- entre les structures à vocation généraliste et transversale à plusieurs maladies et celles à vocation plus spécialisée, destinée à la prise en charge d'une pathologie ciblée

2. LE COMITE TECHNIQUE REGIONAL DU SROS EDUCATION DU PATIENT

Composition : définie par l'ARH

Missions :

- Favorise le développement d'une culture commune en éducation du patient
- Valide des outils éducatifs et référentiels de bonne pratique clinique
- Met en œuvre les orientations définies par le Comité de pilotage régional et veille à un équilibre des prestations fournies sur l'ensemble du territoire
- Évalue la pertinence des actions menées au regard des objectifs et missions définis
- Définit des indicateurs d'évaluation (quantitatifs et qualitatifs) des activités proposées :
 - compétences professionnelles (processus et qualité de l'éducation)
 - des pratiques et comportements de « soins »
 - impact au niveau des patients : effets à court, moyen et long terme sur la santé des patients,
- Identifie les freins au développement et à la montée en charge et formule des propositions et mesures correctives
- Propose des programmes de formation
- Favorise la recherche : comportements des malades et leurs déterminants, organisation des connaissances et leurs modalités de mise en œuvre, expériences et représentations de la maladie, des traitements, de la physiologie, etc.

- Emet un avis sur les conventions de partenariat élaborées entre les PFEP et les structures de ville

OBJECTIF PRINCIPAL :

MIEUX REpondre AUX BESOINS DES DIFFERENTS BASSINS DE VIE LA REGION, EN TERME DE PRESTATIONS EDUCATIVES, NOTAMMENT POUR LES PATHOLOGIES/PROBLEMATIQUES SUIVANTES :

- OBESITE
- DIABETE DE TYPE 2
- MALADIES CARDIO-VASCULAIRES
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- ASTHME ET BPCO
- CONDUITES A RISQUE (TABAC, ALCOOL, SEXUALITE)

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

1 - RENFORCER ET STRUCTURER L'ACTIVITE EDUCATIVE PROPOSEE PAR LES HOPITAUX

1.1 Via les plates formes d'éducation du patient (PFEP)

1.1.1. Liste des plates formes éducatives

Chalons en Champagne, Epernay, Reims
Charleville-Mézières
Saint Diziers , Chaumont (en cours de création)
Romilly , Troyes

1.1.2. Missions des plates formes :

Fournir des activités éducatives de groupe² aux patients hospitalisés pour les approches transversales suivantes :

- alimentation
- activité physique
- gestion du stress, restauration de l'estime de soi et développement de compétences psychosociales
- prise des médicaments (AVK, anti-rétroviraux, ADO/Insuline, B2 mimétiques...)
- induction de changements de comportement à travers l'approche motivationnelle (arrêt du tabac ...)

Mettre en œuvre et coordonner à l'échelon de l'établissement des prestations éducatives de qualité pour les pathologies suivantes : obésité, diabète de type 2, hyperlipidémies, insuffisance

² Les séances de groupe ne doivent pas délivrer des messages de façon descendante, mais favoriser une participation active des patients. Les approches de type mise en situation, favorisant l'acquisition des savoir faire et savoir être, seront privilégiées.

coronaire et cardiaque, asthme et BPCO, insuffisance rénale chronique, conduites à risque (tabac, alcool, sexualité)

Les prestations éducatives doivent comporter les quatre étapes aujourd'hui bien identifiées dans la littérature : le diagnostic éducatif, la négociation des objectifs éducatifs, l'utilisation d'outils et de méthodes adaptés, et une évaluation régulière quant à la pertinence de l'approche pédagogique utilisée et plus systématiquement quant à leur impact chez les patients ; elles seront élaborées si possible en partenariat avec les associations de patients.

Assurer la sensibilisation et la formation des soignants à l'éducation du patient

1.1.3. Règles de fonctionnement communes³ aux différentes plates formes :

Coordination par un cadre de santé sous la responsabilité d'un médecin référent investi dans l'éducation du patient, et secrétariat permettant de gérer l'accueil des patients, leur inscription dans les différentes séquences éducatives, les différentes composantes du dossier éducatif et son suivi.

Mise à disposition par la structure hospitalière :

- d'infirmière(s), de psychologue(s), et d'assistante sociale ayant, dans la mesure du possible, une activité partagée entre les services de soins et la PFEP
- d'un diététicien et d'un éducateur médico-sportif dédiés à la plate forme
- de vacations médicales destinées à la diffusion des bonnes pratiques éducatives

Proposition de séquences éducatives basées sur une évaluation des besoins éducatifs ou au mieux un « diagnostic éducatif »⁴, réalisé par le soignant adressant le patient ; l'exigence d'une évaluation des besoins éducatifs / d'un « diagnostic éducatif » en amont de la PFEP étant destinée à promouvoir la « culture » éducative dans le système de soins

Constitution d'un dossier éducatif personnalisé intégrant notamment les diagnostics éducatifs et les comptes rendus envoyés aux soignants

Envoi d'un compte rendu au soignant ayant adressé le patient à l'issue de chaque séquence éducative (lien dans le cadre de la coordination du parcours de soins)

1.2. Via la constitution de pôles de prévention et d'éducation pour la santé

Ils sont destinés à coordonner l'ensemble des activités dédiées à la prévention et l'éducation

1.2.1 Leurs objectifs :

³ Règles valables tant pour les patients hospitalisés que les patients extra-hospitaliers

⁴ Prenant en compte les composantes ne relevant pas des éléments propres à la pathologie : caractéristiques du patient, de son mode de vie, de ses problématiques et de son vécu, de sa motivation, de ses priorités et de ce qu'il est prêt à changer

- Permettre une meilleure identification et reconnaissance des prestations de prévention et d'éducation proposées par l'hôpital
- Développer une prise en charge globale
- Faciliter l'accès des patients aux différentes prestations proposées
- Favoriser le partage d'expériences et la mutualisation d'une partie des ressources (humaines et matérielles)
- Mieux répondre aux missions qui leur sont confiées en matière de santé publique par les instances régionales

1.2.2 Les activités intégrées aux pôles

- Plate forme d'éducation du patient
- Equipe d'alcoologie ou addictologie de liaison
- Consultation de sevrage tabagique
- Consultation cannabis
- CDAG
- Dispensaire anti-vénérien
- PASS
- Dispensaire anti-tuberculeux
- Antenne médicale de prévention du dopage (Pôle Sport-Santé de Champagne-Ardenne)

NB : Mise en cohérence des activités du pôle avec les actions de prévention menées auprès des personnels hospitaliers : ANFH et médecine du travail

1.2.3 Modalités de constitution des pôles

- tenir compte de l'historique et des ressources intra et extra hospitalières (Maison du Diabète et de la Nutrition, associations de patients, associations sportives, MJC,...) pré existantes
- se baser sur les besoins estimés de la population concernée par les activités des pôles

1.2.4 Missions et modalités de fonctionnement des pôles

- s'appuyer en première instance sur les PFEP qui contribuent, de par la transversalité des prestations qui y sont proposées (cf. point 1.1), à structurer et dynamiser ces pôles
- veiller à assurer une bonne coordination et continuité des soins avec les relais ambulatoires
- réaliser un bilan (périodicité à définir) tant quantitatif que qualitatif unique de l'ensemble des activités des pôles
- assurer la formation des personnels concernés, des partenaires de la ville et des réseaux dans deux directions bien identifiées
 - formation initiale et continue par rapport à l'acte éducatif spécialisé (diététique, activités physiques, ...) avec organisation régionale ou interrégionale
 - sensibilisation/formation sur site des différents professionnels pour une culture commune d'éducation du patient et une cohérence dans la prise en charge des patients
- proposer ces actions de formation dans le cadre du « schéma régional de formation tout au long de la vie » (Conseil Régional)

2 – STRUCTURER ET DEVELOPPER L'ACTIVITE EDUCATIVE EXTRA-HOSPITALIERE *Via les pôles de prévention et d'éducation pour la santé*

2.1 Faire connaître l'existant

2.1.1. Communiquer auprès des professionnels de santé/ intervenants, sur les structures existantes : champs d'intervention, localisation géographique,... (Via un outil cartographique)

2.1.2 Inciter à l'intégration de l'éducation du patient et la prise en compte de la qualité de vie dans la formation initiale et continue des acteurs de santé (partenariat avec la faculté de Médecine et l'axe formation du SREPS)

2.1.3. Informer les patients :

- sur leur pathologie (lors d'une entrée en ALD par exemple)
- sur les enjeux et bénéfices d'une prise en charge éducative adaptée
- sur les structures existantes dans le secteur sanitaire et social dont ils dépendent

2.2 Promouvoir la mise en place d'initiatives novatrices et coordonnées

2.2.1 Utiliser les outils/ressources et financements disponibles

- Dotation Régionale de Développement des Réseaux
- Contrat de Santé Publique
- Convention de partenariat
- Aides à l'installation pour cabinets pluridisciplinaires
- autres financements Etat Assurance Maladie et collectivités territoriales : article D6321-1 du CSP (ex : Centre National pour le Développement du Sport, Fonds interministériel à la ville, MILDT,...)

2.2.2 Afin de mettre en œuvre, par exemple

- *Pour les professionnels de santé :*
 - des actions de formation, initiale et continue
 - des groupes de pairs
 - des conférences débats
 - une incitation à participer aux éventuelles actions de santé publique proposées
- *Pour les patients :*
 - des séances éducatives « ambulatoires » collectives
 - des prestations d'éducation délocalisées via des équipes mobiles pour favoriser l'accessibilité
 - une éducation par les pairs
 - des conférences débats
 - l'utilisation du réseau internet

- un suivi par téléphone

LUTTE CONTRE LES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT ET AU TRAVAIL

AXE 4 : Lutte contre les risques liés à l'environnement et au travail (Plan Régional Santé Environnement)

La santé-environnementale

La population est exposée quotidiennement à des pollutions environnementales dues à des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu du travail. Le champ de la santé environnementale recouvre à la fois les risques liés à l'eau, à l'habitat, à l'environnement extérieur dont l'environnement industriel, mais aussi à la sphère professionnelle. Il est encore difficile de mesurer l'impact de l'environnement sur la santé. L'amélioration de la connaissance, le renforcement de la prévention et le principe de précaution doivent donc être les leviers des actions mises en place par les services de l'Etat concernés.

Contexte institutionnel

Le Plan National Santé Environnement (PNSE) a été adopté par le gouvernement français le 21 juin 2004 et la circulaire interministérielle (santé, écologie, travail) du 3 novembre 2004 demande à ce que les services de l'Etat déclinent le Plan National en Plan Régional Santé Environnement (PRSE). La DRASS, la DRIRE et la DRTEFP, en tant que services directement impliqués dans la santé environnementale, ont été désignés coordonnateurs de l'élaboration du PRSE.

Le PNSE

Les objectifs du plan national sont :

- Garantir un air et une eau de bonne qualité,
- Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers,
- Mieux informer le public et protéger les populations sensibles.

Les objectifs du PNSE sont classés en 8 axes qui figurent dans le tableau page suivante. Pour chaque axe, le PNSE définit des actions qui doivent être déclinées entre 2005 et 2008. Au total, 45 actions sont listées dont 11 sont considérées comme prioritaires au niveau national. D'après la circulaire du 3 novembre 2004, 26 actions peuvent être déclinées au niveau régional dont 6 relèvent d'une priorité nationale.

Elaboration du PRSE de Champagne-Ardenne

Les 26 actions ont fait l'objet d'une concertation interministérielle afin d'atteindre un consensus quant au niveau de priorité donné à l'action, aux modalités de mise en œuvre et aux indicateurs de suivi. Ce partenariat a été institutionnalisé par un comité de pilotage composé des 3 pilotes (DRASS, DRIRE, DRTEFP) et de 3 membres associés, DRE, DIREN, DRAF et par 3 groupes de travail thématiques : « Environnement du travail » animé par la DRTEFP, « Environnement extérieur » animé par la DRIRE et la DIREN et « Bâtiment » animé par la DRASS.

Ces unités d'œuvre ont examiné les 26 actions proposées par le PNSE afin de les hiérarchiser. Certaines actions originelles du PNSE ont été adaptées en les scindant ou en en modifiant le titre. Le nombre d'actions à décliner au niveau régional est donc porté à 28 .

Les critères choisis pour hiérarchiser les actions ont été les suivants :

- le caractère prioritaire du thème au niveau national et régional,
- la population touchée par l'action,
- l'activité des services relative au thème,
- l'efficacité des actions envisagées et leur évaluation,
- la faisabilité (moyens humains et financiers),
- la réalisation envisagée dans le temps.

4 catégories d'actions ont été ainsi créées, assorties de 4 couleurs :

- **niveau 1 (en rouge)** : ces actions font partie des missions développées en priorité par les services de l'Etat.
- **niveau 2 (en bleu)** : ces actions font l'objet d'une veille active des services de l'Etat.
- **niveau 3 (en vert)** : ces actions ne sont pas prioritaires dans la période 2005-2008.
- **actions non déclinées** : ces actions ne nécessitent pas de mise en œuvre ou de planification spécifique dans le cadre du PRSE.

Les actions retenues en Champagne-Ardenne par axe et priorité sont les suivantes :

N° PRSE	Axes / Actions PRSE
1. Prévenir les décès liés aux infections/intoxications aiguës	
I	Réduire de 50% l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008
II	Réduire de 30% la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone à l'horizon 2008
2. Protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux	
III	Mieux prendre en compte l'impact du bruit sur la santé généré par les infrastructures de transport
IV	Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle
V	Améliorer la qualité de l'eau potable en préservant les captages d'eau potable des pollutions ponctuelles et diffuses
VI	Limitier les pollutions des eaux et des sols dues aux pesticides
VII	Limitier les pollutions des eaux et des sols dues à certaines substances potentiellement dangereuses d'origine industrielle et urbaine
VIII	Promouvoir les modes de déplacements alternatifs
IX	Limitier les pollutions des eaux et des sols dues à certaines substances potentiellement dangereuses utilisées pour la protection de la santé humaine et animale
3. Protéger la population de la pollution à l'intérieur des locaux	
X	Protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre
XI	Limitier l'exposition de la population aux fibres minérales naturelles et artificielles
XII	Réduire l'exposition au radon dans les bâtiments à usage d'habitation et mieux évaluer le risque
4. Mieux maîtriser les risques liés aux substances chimiques	
XIII	Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques
5. Renforcer la protection des enfants et des femmes enceintes	
XIV	Améliorer la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués
XV	Améliorer la prise en compte de la problématique du bruit au quotidien et protéger la population des risques auditifs
XVI	Améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies
XVII	Veiller à la qualité des bâtiments accueillant des enfants
7. Améliorer les dispositifs de veille, de surveillance et d'alerte	
XVIII	Organiser l'exploitation des données existantes pour estimer l'exposition de la population aux pesticides
8. Consolider la formation et développer l'information et la communication	
XIX	Promouvoir la démarche d'évaluation des risques auprès des acteurs de prévention au sein de l'entreprise

Les actions de niveau 1, c'est à dire prioritaires, sont développées ci-après.

AXE 1 : Prévenir les décès liés aux infections/intoxications aiguës.

I- Réduire de 50% l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008.

Contexte et enjeux

La légionellose est une infection pulmonaire accompagnée d'un syndrome grippal. La contamination de l'homme se fait en respirant des micro-gouttelettes ou des aérosols d'eau contaminée de légionelles. Ces bactéries sont présentes dans les eaux naturelles et elles prolifèrent dans les réseaux d'eau quand la température se situe entre 25 et 45 °C. Les principales situations d'exposition sont la prise de douches, l'utilisation de bains à remous ou l'inhalation de vapeur d'eau générée par les systèmes de refroidissement par voie humide appelés tours aérorefrigérantes.

La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire depuis 1987. En 2004, 1202 cas de légionellose ont été déclarés à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). 14% des cas dont l'évolution a été connue se sont avérés mortels, ce qui porte à 138 le nombre de décès. L'origine de la contamination est souvent difficile à déterminer. Dans 38% des cas seulement, la source de contamination a pu être définie : 6% attribuables à une exposition en hôpital, 1% en station thermale, 5% en maison de retraite, 18% liés aux voyages (dont hôtels et campings 12%), 8% liés à d'autres expositions notamment les épidémies.

Dans la région

- En 2004, 32 cas de légionellose ont été déclarés en Champagne-Ardenne, soit une incidence de 2,4 cas pour 100 000 habitants contre 2 cas pour 100 000 habitants en France.
- Au 31 décembre 2005, 149 établissements sont connus de l'inspection des installations classées comme possédant des circuits de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air en Champagne-Ardenne.

Actions

- Contrôler les établissements de santé sur la maîtrise du risque lié aux légionelles.
- Former, informer et sensibiliser sur le risque lié aux légionelles.
- Informer les gestionnaires de tours aérorefrigérantes sur le nouveau dispositif réglementaire.
- Connaître de façon exhaustive l'implantation des tours aérorefrigérantes et en contrôler le mode de fonctionnement.
- Coordonner l'action de l'Etat pour prévenir ou gérer une épidémie en cas de contamination industrielle.

Résultats - Indicateurs

- Nombre annuel de signalements de cas de légionellose reçus par les DDASS.
- Nombre annuel de dépassements du seuil de 100 000 UFC / L (Unité Formant Colonie par litre) sur les tours aérorefrigérantes.

II- Réduire de 30% la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone à l'horizon 2008.

Contexte et enjeux

En France, le monoxyde de carbone (CO) cause environ 300 décès par an et 6000 intoxications. Ces intoxications sont dues aux appareils et installations de chauffage défectueux, mal entretenus ou employés dans de mauvaises conditions.

Depuis janvier 2005, un nouveau système de surveillance piloté par l'InVS a été mis en place par les DRASS-DDASS. Son objectif est double : connaître les cas de manière exhaustive pour améliorer la prévention (procéder rapidement à l'enquête technique et éviter les récives) et caractériser l'épidémiologie des intoxications (volet médical et sociologique).

Dans la région

- 57 personnes ont été intoxiquées au monoxyde de carbone en 2003, soit 4,2 pour 100 000 habitants, et 78 en 2004, soit 5,8 pour 100 000 habitants.
- Les Ardennes et la Marne placent la région en tête des régions les plus touchées en France chaque hiver.
- Ces chiffres sont sous-estimés en raison de la faiblesse de l'ancien dispositif de surveillance des intoxications au CO.

Actions

- Améliorer la surveillance des intoxications CO en appliquant le nouveau dispositif.
- Renforcer la prévention des intoxications au CO notamment en sensibilisant les médecins généralistes et les professionnels chauffagistes.

Résultats - Indicateurs

Nombre annuel de signalements de cas d'intoxication au CO auprès de l'autorité sanitaire.

AXE 2 : Protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux.

III- Mieux prendre en compte l'impact du bruit sur la santé généré par les infrastructures de transport.

Contexte et enjeux

La prévention du bruit généré par les infrastructures de transports terrestres fait l'objet d'une réglementation européenne et nationale conséquente. Ces textes visent d'une part à la connaissance des enjeux (habitations, équipements scolaires,...) fortement exposés et à la réduction des nuisances sonores relatives à ces enjeux ou « points noirs », d'autre part à la prise en compte des effets du bruit dans les projets d'infrastructures.

Les effets du bruit sur la santé varient selon le degré de nuisances générées par l'infrastructure. Outre les effets auditifs du bruit qui ne sont généralement pas en cause ici, deux grands types d'effets sont concernés :

- les effets biologiques extra-auditifs : sur le sommeil, sur les systèmes cardio-vasculaire et endocrinien.
- les effets subjectifs ou la gêne dont les causes (facteurs individuels, sociaux, culturels) et les conséquences (fatigue chronique, perte de vigilance...) sont multiples.

Dans la région

- D'après la dernière enquête de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) sur la qualité de vie des français, parmi les nuisances recensées dans les communes ou les unités urbaines de plus de 50 000 habitants, le bruit arrive en première position dans les causes d'insatisfaction des ménages.
- En Champagne-Ardenne, plusieurs grands projets existent : l'autoroute A34 dans les Ardennes, la ligne TGV Est, l'élargissement à 4 voies de la RN19 entre Langres et Vesoul et les contournements de Châlons-en-Champagne et Reims.

Actions

- Inclure la dimension de santé publique dans les projets d'infrastructures de transport (prise en compte des impacts en terme de bruit dans les constructions nouvelles d'infrastructures).
- Déterminer l'exposition des populations au bruit.
- Renforcer les pratiques d'information du public.

Résultats - Indicateurs

Mise à disposition du public des cartes relatives aux points noirs de nuisances sonores.

IV- Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle.

Contexte et enjeux

Certaines substances émises ou utilisées par des installations industrielles (incinération d'ordures ménagères, production d'acier, métallurgie, grandes installations de combustion...) sont susceptibles d'affecter la santé des populations en raison de leur caractère cancérigène (benzène, cadmium, dioxines, chlorure de vinyle monomère) ou neurotoxique (mercure, plomb). Les nouveaux objectifs fixés à horizon 2010 visent une diminution des émissions dans l'air de 85% pour les dioxines, 50% pour le cadmium, 65% pour le plomb, 40% pour le chlorure de vinyle monomère et 35% pour le benzène (années de référence 2000 et 2001 pour le benzène).

Dans la région

En Champagne-Ardenne, 61 établissements susceptibles d'émettre des substances toxiques ont dû établir un bilan de leurs émissions et un descriptif des dispositifs de traitement des fumées. Au 31 janvier 2006, après réception des résultats d'analyses, 21 des 61 établissements ont été identifiés et doivent proposer des programmes de réduction.

Actions

- Elaborer un plan d'action régional sur la base des programmes de réductions proposés par les 21 établissements identifiés.
- In fine, réduire à l'horizon 2010 les quantités émises dans l'air des 6 substances prioritaires suivantes : les dioxines de 85%, le cadmium de 50%, le plomb de 65%, le chlorure de vinyle monomère de 40%, le benzène de 35% et le mercure (années de référence 2000 et 2001 pour le benzène).

Résultats - Indicateurs

Taux de réduction des émissions des polluants des installations concernées par rapport aux objectifs de réduction définis.

V- Améliorer la qualité de l'eau potable en préservant les captages d'eau potable des pollutions ponctuelles et diffuses.

Contexte et enjeux

La mise en place de périmètre de protection autour des points d'eau à usage d'eau potable est une obligation légale. Ils instaurent un zonage différencié (périmètre immédiat, rapproché, éloigné) associé à des contraintes spécifiques pour lutter contre les pollutions ponctuelles (généralement accidentelles). L'élaboration des périmètres de protection passe par la prise d'un arrêté préfectoral de Déclaration d'Utilité Publique (DUP). Au niveau national, 39% des points d'eau seulement sont protégés. La lutte contre les pollutions diffuses, souvent liées à des pratiques agricoles ou industrielles, est mise en œuvre à l'échelle des bassins versants, notamment à travers la modification des pratiques.

Dans la région

La Champagne-Ardenne est une région riche en captages : 1552 étaient en service en 2004 dont 41% disposaient d'un périmètre de protection, chiffre se situant dans la moyenne nationale.

Actions

- Assurer la protection des ressources en eau destinée à la consommation humaine.
- Améliorer la sécurité sanitaire des eaux distribuées.
- Communiquer et informer.

Résultats - Indicateurs

Nombre de captages ayant fait l'objet d'une procédure complète de mise en place de périmètre de protection.

VI- Limiter les pollutions des eaux et des sols dues aux pesticides.

Contexte et enjeux

La France occupe le deuxième rang mondial en matière de consommation de produits phytosanitaires. Ces produits contiennent des molécules qui peuvent présenter un risque pour l'homme et les écosystèmes. Bien que ces produits soient homologués par le ministère chargé de l'agriculture, leur utilisation à grande échelle favorise le fait de les retrouver dans l'environnement, notamment dans l'eau.

Dans la région

- Les quantités de produits phytosanitaires appliquées en Champagne-Ardenne étant importantes (plus de 5000 tonnes vendues en 2002) une COMmission Régionale d'étude de la Pollution des Eaux par les produits Phytosanitaires (CORPEP) s'est mise en place pour animer, initier et coordonner les actions de lutte contre les pollutions par les produits phytosanitaires.
- Le suivi des eaux de surface assuré par la DIREN depuis 2002 montre une contamination à des degrés variés sur 60 des 61 points de suivis.
- Entre 1997 et 2002, 59% de la population champardennaise disposait d'une eau de bonne qualité vis à vis des pesticides et 3% d'une eau fortement dégradée. Dans la Marne, en 2004, une dérogation temporaire a été obtenue par une dizaine de communes délivrant une eau de mauvaise qualité.

Actions

- Améliorer la qualité de l'eau distribuée par la mise en œuvre de mesures correctives (incitation des collectivités par la DDASS).
- Poursuivre le réseau de suivi des eaux superficielles (Agences de l'eau, DIREN) et atteindre le bon état écologique des eaux à l'horizon 2015.
- Sensibiliser tous les professionnels et particuliers en Zone Non Agricole (ZNA) et les acteurs du monde agricole/viticole pour une utilisation maîtrisée des produits phytosanitaires.

Résultats - Indicateurs

Nombre de dépassements des valeurs réglementaires en pesticides lors du contrôle sanitaire de l'eau potable (DDASS).

VII- Limiter les pollutions des eaux et des sols dues aux substances potentiellement dangereuses d'origine industrielle et urbaine.

Contexte et enjeux

Dans le cadre de la transposition de la directive 76/464/CE et de la Directive Cadre sur l'Eau, la France a lancé le 4 février 2002 une campagne nationale de recherche de substances toxiques dans l'eau. Cette opération vise à rechercher dans les effluents émis par différents secteurs d'activité (industriels, stations d'épurations urbaines, effluents d'élevages, hôpitaux,...) 132 substances polluantes dangereuses pour l'environnement aquatique. Le but de cette action est d'identifier les sites émetteurs de ces substances, la nature, les quantités émises et de poser les bases d'un programme national de surveillance de l'environnement et de réduction des pollutions.

Dans la région

La région Champagne-Ardenne a réalisé dès 2000 une première phase de recherche de substances polluantes dans l'eau auprès de 114 établissements industriels et de 2 stations d'épuration urbaines.

Une deuxième et dernière phase de recherche sera réalisée en 2006. Au 28 février 2006, 20 établissements industriels et 15 stations d'épuration urbaines se sont engagés à participer à l'action.

Actions

- Etudier par district hydrogéographique les incidences de l'activité humaine sur l'état des eaux de surface (rejets industriels, eaux usées urbaines).
- In fine, réduire progressivement les rejets des substances prioritaires.

Résultats - Indicateurs

Nombre d'établissements (industries et stations d'épuration) participant à l'action.

AXE 3 : Protéger la population de la pollution à l'intérieur des locaux.

X- Protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre.

Contexte et enjeux

La lutte contre les logements insalubres a été lancée sous la forme d'un plan d'action pluriannuel à la suite de l'adoption du programme communautaire de lutte contre les exclusions, au sommet

européen de Nice en décembre 2000. Ce plan d'action est une priorité des pouvoirs publics et s'inscrit dans plusieurs programmes de travail pluriannuels à caractère interministériel : le plan national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005, le plan national santé environnement, le plan de cohésion sociale.

Les causes d'insalubrité sont multiples : humidité excessive, insuffisance de chauffage, manque d'éclairage, défauts de ventilation, risque d'intoxication au monoxyde de carbone (CO), présence de toxiques et/ou de nuisibles, défauts d'aménagement entraînant un risque d'accidents domestiques... Les dimensions sociale et comportementale sont également à prendre en compte.

Dans la région

2 arrêtés d'insalubrité ont été pris en 2004 (Ardennes, Marne).

100 enquêtes ont été réalisées par les DDASS à la suite d'une plainte liée à l'habitat en 2004.

Actions

- Résorber l'insalubrité exposant les occupants à des risques sanitaires importants par un meilleur diagnostic du parc de logement, de la population occupante et des situations à risque.
- Informer et sensibiliser le public, les élus, les acteurs de terrain sur les risques sanitaires et les règles d'hygiène à respecter pour préserver la qualité de l'habitat.

Résultats - Indicateurs

Nombre de procédures d'insalubrité engagées, nombre d'arrêtés d'insalubrité (dénominateur : nombre total de logement sur un territoire).

AXE 4 : Mieux maîtriser les risques liés aux substances chimiques.

XIII- Réduire les expositions professionnelles aux agents Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR)

Contexte et enjeux

En 2003, près de 2,4 millions de personnes, soit 13,5% des salariés, ont été exposées à un ou plusieurs produits CMR. Même si depuis 1994, une prévention accrue des expositions dans certains secteurs d'activité a été constatée, il ressort que les risques sont encore mal maîtrisés dans certaines entreprises [Source : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) enquête Sumer 2003].

La stratégie européenne et nationale d'amélioration de la protection des travailleurs face aux risques liés à l'exposition aux substances chimiques dangereuses et notamment CMR repose sur 2 fondements :

- Le développement de l'évaluation des dangers des substances chimiques mises sur le marché européen.
- La mise en œuvre dans les entreprises d'une démarche de substitution de produits CMR par des substances non dangereuses ou, à défaut, moins dangereuses. La réglementation française, dans 2 décrets du 1^{er} février 2001 et du 23 décembre 2003, place le principe de substitution au sommet de la hiérarchie des mesures de prévention des risques d'exposition professionnelle aux agents chimiques et CMR à mettre en place par les entreprises, dès lors que cela est techniquement possible.

Dans la région

On estime que 4 à 8,5% des cancers en France sont d'origine professionnelle (*source : rapport 2003 de la commission d'orientation sur le cancer*).

Cette estimation laisse supposer que 250 à 530 cas de nouveaux cancers professionnels seraient diagnostiqués chaque année en Champagne-Ardenne.

Actions

- Faire progresser, notamment dans le secteur du bois, traitement de surface, activité de peinture en bâtiment et cabinets de radiologie, la réalité de l'évaluation des risques, le niveau de mise en conformité et s'assurer de l'effectivité des mesures de prévention. Veiller à la mise en œuvre du principe de substitution, à défaut, promouvoir l'utilisation des produits en système clos ou l'installation de protections collectives (ventilation...).
- Préserver la santé au travail de tous les salariés, y compris les populations fragilisées (jeunes travailleurs de moins de 18 ans, femmes enceintes, travailleurs handicapés...).

Résultats - Indicateurs

Nombre d'entreprises contrôlées au titre de la réglementation CMR / Nombre total de contrôles.

AXE 7 : Améliorer les dispositifs de veille, de surveillance et d'alerte.
--

XVIII- Organiser l'exploitation des données existantes pour estimer l'exposition de la population aux pesticides.

Contexte et enjeux

La population est exposée aux pesticides par ingestion (eau, aliments) et par inhalation (air). Des effets sur la santé (cancers, troubles neurologiques, troubles de la reproduction) peuvent survenir après plusieurs années suite à des expositions à faibles doses répétées. Une revue de la littérature sur les effets sanitaires liés aux pesticides et l'état de la recherche en France dans ce domaine sera publiée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) début 2006. Par ailleurs, l'Observatoire des résidus de pesticides créé récemment a pour objectif de collecter les mesures de pesticides dans les différents milieux et produits consommés par l'homme et d'estimer les niveaux d'exposition par les populations.

Dans la région

La Champagne-Ardenne est l'une des régions les plus consommatrices de produits phytosanitaires en France. La présence de ces substances dans l'environnement inquiète les autorités sanitaires locales. Aussi, depuis 2002, dans le cadre de la COMmission Régionale d'étude de la Pollution des Eaux par les produits Phytosanitaires (CORPEP), les services de l'Etat, DRASS, DDASS, DRAF-SRPV (Service Régional de Protection des Végétaux) mènent une étude visant à caractériser l'exposition via l'air des populations aux produits phytosanitaires dans la zone viticole champenoise. Les résultats des campagnes de mesures réalisées en 2004 et 2005 ont montré la présence à des teneurs relativement importantes d'un fongicide toxique chez l'animal.

Actions

- *Evaluer l'exposition des populations aux produits phytosanitaires via l'air dans la zone viticole champenoise en poursuivant les campagnes de mesures de produits phytosanitaires dans l'air.*
- *Caractériser in situ les traitements effectués et la dispersion des produits.*
- *Mettre en œuvre, si nécessaire, un programme de réduction de l'exposition.*

Résultats - Indicateurs

Diminution des concentrations dans l'air en substances actives potentiellement dangereuses pour la santé humaine.

AXE 8 : Consolider la formation et développer l'information et la communication.

XIX- Promouvoir la démarche d'évaluation des risques auprès des différents acteurs de la prévention en entreprise.

Contexte et enjeux

La loi du 31 décembre 1991 a fait de l'évaluation des risques un principe fondamental de protection de la santé et de la sécurité au travail. Sur la base de cette obligation générale, depuis la parution du décret du 5 novembre 2001, tout employeur doit transcrire dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs.

La mise en œuvre de la démarche d'évaluation des risques est une priorité essentielle du gouvernement car elle produit des repères indispensables pour aider les entreprises à assurer la pleine application des règles de santé et de sécurité au travail. Les entreprises se sont mobilisées pour développer cette nouvelle approche, soutenues en cela par les services de l'état et les organismes de prévention. Les efforts engagés doivent cependant être poursuivis pour garantir la bonne appropriation de la démarche, notamment par les Très Petites Entreprises / Petites et Moyennes Entreprises (TPE/PME) éprouvant d'avantage de difficultés.

Dans la région

Fin 2005, seulement 38% des entreprises de Champagne-Ardenne ont élaboré leur document unique et donc finalisé leur démarche d'évaluation des risques. Ce chiffre tombe à 17% pour les entreprises de moins de 10 salariés. La situation semble plus satisfaisante dans les plus grandes entreprises. (respectivement 60% et 75% pour les entreprises de 21 à 50 salariés et de plus de 50 salariés). Les services de l'inspection du travail ont contrôlé la mise en œuvre de la démarche d'évaluation des risques dans plus de 550 entreprises en 2004 et plus de 500 en 2005.

Actions

Faire progresser le nombre d'entreprises qui ont engagé la démarche et qui réalisent une réelle évaluation des risques professionnels aboutissant à des plans d'action notamment dans le secteur du bois, traitement de surface, activité de peinture en bâtiment et cabinets de radiologie.

Résultats -Indicateurs

Nombre de contrôles d'évaluation des risques professionnels dans les entreprises ciblées /

Nombre total de contrôles dans les entreprises ciblées.

Schéma Régional d'Education Pour la Santé

AXE 5 : Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS)

Contexte

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa, qui a été adoptée lors de la Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé du 17 au 21 novembre 1986.

L'élaboration des Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé a été définie par la circulaire DGS n° 2001/504 du 22 octobre 2001.

En Champagne-Ardenne, l'ensemble des acteurs concernés, politiques, institutionnels, professionnels, associatifs, aussi bien au sein du monde de la santé qu'au sein de l'éducation nationale ou des organismes chargés de la prévention routière ou de l'insertion ont été associés dans le cadre de réunions ou rencontres.

Un bilan de l'existant a été réalisé par un état des lieux quantitatif et une enquête qualitative.

Arrêté par le préfet le 29 juillet 2004, le Schéma Régional d'Education pour la Santé (SREPS) de Champagne-Ardenne a pour objectifs d'améliorer la coordination des actions, des décisions et des financements et de renforcer la professionnalisation et la promotion des bonnes pratiques dans le champ de l'éducation pour la santé.

Les thèmes d'actions les plus représentés sont les substances psycho-actives, la nutrition, l'accès aux soins, la sexualité, les accidents de la vie courante, l'hygiène bucco dentaire, la prévention routière, l'allaitement, la santé mentale.

Les populations les plus souvent ciblées sont les jeunes, les professionnels du champ sanitaire et social, les handicapés, les personnes précaires, les détenus, les malades, les personnes âgées.

Objectifs généraux

Améliorer la coordination des actions, des décisions et des financements

Renforcer la professionnalisation et la promotion des bonnes pratiques dans le champ de l'éducation pour la santé

Renforcer les synergies avec l'éducation nationale

Objectifs spécifiques

Sept axes ont été définis pour l'atteinte des objectifs généraux :

Dossier de financement harmonisé

Il s'agit pour le groupe de travail de faire un état des lieux des financeurs, leurs champs d'intervention, les procédures et les calendriers. L'objectif est d'aboutir à un dossier commun à tous les financeurs et la mise en place d'une instruction harmonisée des demandes dès la mise en place du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

Mise en ligne du portail Internet dédié au PRSP

Axe transversal du SREPS. Un groupe de travail a travaillé sur l'élaboration d'un cahier des charges destiné à définir les caractéristiques du portail (partie informative, partie base de données) et l'appel à candidature du prestataire Internet. Le dernier trimestre 2005 sera consacré la définition du rubriquage, de la charte graphique, de la base de données (CRDP) et l'alimentation du site en collaboration du prestataire (Atypik créations) pour une mise en ligne fin décembre 2005.

Un recensement des ressources et des acteurs de la région impliqués dans l'Education Pour la Santé a commencé en 2004 via le CRES par le biais d'une enquête (acteurs, champs d'intervention en éducation pour la santé, outils et documentation utilisés). Les données de cette enquête permettront d'alimenter la base de données du portail.

Etat des lieux et prospective pour la formation en éducation pour la santé,

Une phase de diagnostic est prévue pour connaître le cursus et les besoins de formation des intervenants ainsi que les offres de formation existantes. Des propositions de formation à mettre en œuvre seront formulées pour aller vers une professionnalisation des acteurs.

Harmonisation des outils d'évaluation.

Un état des lieux des outils et des procédures sera réalisé afin d'aboutir à une formalisation du volet évaluation (déroulement et impact du projet).

Formalisation du réseau et harmonisation des procédures en documentation

Le groupe de travail doit réaliser un état des lieux des ressources documentaires et des méthodes de travail afin d'aboutir à la connaissance des pôles de documentation existants. Un cahier des charges sera élaboré pour la constitution d'un réseau documentaire régional.

Mise en place d'une charte d'intervention en milieu scolaire

Il est envisagé de réaliser une charte d'intervention pour les actions en milieu scolaire. L'objectif de cette charte est de donner un cadre d'action via un cahier des charges que chaque acteur s'engagera à respecter. Cette « labellisation » pourra être étendue au milieu extrascolaire.

Animation

Animateurs de projet : Jean Joseph ROBINEAU (URCAM) et Corine LAGACHE (DRASS)

Résultats attendus et indicateurs d'évaluation

Axes	Indicateurs	Résultats attendus
Dossier de financement harmonisé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réalisation du dossier commun ▶ Mise à disposition des financeurs pour appel à projet 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilisation d'un dossier unique par les promoteurs. ▶ Harmonisation du traitement des demandes (appel d'offre, calendrier...)
Mise en ligne d'un portail Internet dédié au PRSP	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Délai de mise en ligne du site (décembre 2005) ▶ Nombre de visites enregistrées sur le portail 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Avoir le même niveau d'information sur l'éducation à la santé ▶ Fédérer les acteurs de l'EPS autour du portail régional ▶ Partager une culture commune de l'éducation à la santé ▶ 100 visites en 2006 , 400 en 2008
Etat des lieux et prospective pour la formation en éducation pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Publication du recensement des organismes de formation ▶ Publication des métiers et des référentiels de formation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Professionnalisation des acteurs ▶ Amélioration de la qualité et de l'efficacité des actions
Harmonisation des outils d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de personnes formées à l'évaluation (promoteurs et financeurs) ▶ Nombre de projets ayant fait l'objet d'une évaluation conforme à la trame définie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adopter une culture commune sur l'évaluation ▶ Posséder des outils communs ▶ Amélioration de la qualité et de l'efficacité des actions
Formalisation du réseau et harmonisation des procédures en documentation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Publication de l'annuaire des pôles ressources de documentation ▶ Nombre de partenaires adhérents au réseau documentaire régional 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Savoir orienter les demandes de documentation ▶ Favoriser l'échange et la mutualisation des documents
Mise en place d'une charte d'intervention en milieu scolaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Publication de la charte d'intervention ▶ Nombre de chartes signées 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Meilleure réponse aux besoins identifiés ▶ Amélioration de la pertinence et de la qualité des actions.